

Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere



Jens Bonke & Jane Greve

Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere

GYLDENDAL

Helbred, trivsel og overvægt blandt danskere

Copyright © 2010 by the Rockwool Foundation Research Unit

Omslag og typografisk tilrettelægning: Birger Gregers

Omslagsfoto: H&J Wahlstrøm, Polfoto

Bogen er sat med ITC Stone Medium hos Satsen aps.

og trykt hos Narayana Press, Gylling

Printed in Denmark 2010

ISBN 978-87-02-10810-1

Kopiering fra denne bog må kun finde sted på
institutioner, der har indgået aftale med Copy Dan,
og kun inden for de i aftalen nævnte rammer

Udgivet med støtte fra
ROCKWOOL FONDEN

Indhold

Forord 7

Af *Torben Tranæs*

1 Introduktion 9

2 Hvorfor er viden om helbred og overvægt vigtig? 11

3 Hvad ved vi om danskernes helbred og overvægt? 14

4 Data og metode 16

5 Hvordan vurderer danskere deres helbred? 20

6 Hvordan er børns helbred? 35

7 Hvor udbredt er overvægt blandt danskere? 51

8 Hvordan har overvægt/BMI udviklet sig i Danmark
fra 1987 til 2009? 64

9 Er der flere overvægtige i Danmark end i andre lande? 68

10 Hvor udbredt er overvægt blandt danske børn? 72

11 Er der sammenhæng mellem fædre og mødres vægt og
deres børns vægt? 80

12 Overvægt, helbred og trivsel – er der en sammenhæng? 85

13 Spisning, motion og overvægt 91

14 Konklusion 96

Litteratur 102

Appendiks I-III 106

Litteratur fra Rockwool Fondens Forskningsenhed 2004-2010 113

Der har i de senere år været stigende opmærksomhed og bekymring omkring befolkningens helbred og forekomsten af overvægt blandt såvel børn som voksne. Det har blandt andet resulteret i Regeringens strategi *Sund hele tiden* fra 2002 og Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende måder at opnå en mere hensigtsmæssig og sund levevis. Rockwool Fonden besluttede derfor allerede for nogle år siden, at forskningsenheden skulle opprioritere forskningen i helbredsforhold og forhold, der har betydning for familiers levevilkår i almindelighed.

For at indhente ny viden om nævnte forhold besluttede Rockwool Fondens bestyrelse at udvide den eksisterende undersøgelse af befolkningens tidsanvendelse og forbrugsmønster til også at omhandle sundhed og trivsel. Forskningsenhedens tids- og forbrugsundersøgelse fra 2009 blev derfor fulgt op med geninterview om helbred, trivsel og om højde, vægt og livvidde for børn og voksne. På baggrund af disse oplysninger gives der i denne bog en omfattende beskrivelse af danskernes opfattelse af deres helbred og trivsel, og af målinger af BMI og livvidde. I senere undersøgelser vil forskningsenheden bruge oplysningerne til analyser af både helbred og overvægt og dermed bidrage til at forklare, hvorfor så mange bliver overvægtige i dag.

Bogen er blevet til i videnskabelig uafhængighed – også af Rockwool Fonden, som har stillet de nødvendige ressourcer til rådighed. Seniorforsker Jens Bonke og forsker Jane Greve, begge ph.d.'ere i økonomi og ansat i forskningsenheden, har stået for udarbejdelsen af bogen, og stud.polit. Helle Sophie Houlberg Petersen, forskningsenheden, har gennemført databehandlingen og analyserne i bogen. Danmarks Statistiks interviewerafdeling, ved kontorchef Isak Isaksen, har gennemført interviewene til undersøgelsen og takkes for tilvejebringelsen af gode data. Formidlingschef Bent Jensen har kommenteret og læst manuskriptet og stået for arbejdet med udgivelsen af bogen. Professor dr. med. Thorkild I.A. Sørensen, Institut

for Sygdomsforebyggelse, og Institut for Folkesundhedsvidenskab, København Universitet, takkes for gode og konstruktive kommentarer.

Endelig vil jeg takke Rockwool Fonden og dens bestyrelsesformand, Tom Kähler og direktør Elin Schmidt for interessen for dette projekt og for Enhedens arbejde i almindelighed.

København, december 2010

Torben Tranæs

1. Introduktion

Igennem de seneste årtier er der kommet et øget fokus på befolkningens helbredstilstand. Fra officielt hold er der udarbejdet anbefalinger om, hvordan man spiser sundt og sørger for at få tilstrækkelig motion, og samtidig er der dukket en hel "sundhedsindustri" op med tilbud og hjælp til at leve et bedre liv. Også i medierne er helbred og sundhed blevet et udbredt tema med oplysning om, hvordan man skal leve – og skrækhistorier om hvordan man ikke skal leve – for at få flest mulige raske år i sit liv.

Ud over den almindelige helbredstilstand er også overvægt blevet et anliggende, der diskuteres ivrigt i offentligheden. Med stadig flere overvægtige og især svært overvægtige er der tale om et problem, som findes ikke kun blandt voksne, men også blandt børn.

For at bidrage til belysningen af den danske befolknings helbred og overvægt gennemførte Rockwool Fondens Forskningsenhed en undersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning. Denne undersøgelse, som er en del af en omfattende tids- og forbrugsundersøgelse (Danish Time Use and Consumption Survey, DTUC), indeholdt en række helbreds- og trivselsspørgsmål, samt spørgsmål om højde, vægt og livvidde blandt alle over 6-årige medlemmer af 4.000 danske familier. Det giver mulighed for ikke blot at belyse udbredelsen og karakteren af helbredsproblemer i befolkningen, men også, som noget enestående, at se på sammenhængen mellem sådanne problemer inden for den enkelte familie. Det vil sige, om en given helbreds- og overvægtstilstand hænger sammen med forhold i ens familie og dennes livsstil, eller det kan tilskrives forhold, som alene karakteriserer det enkelte individ?

Da der er tale om en spørgeskemaundersøgelse, er oplysningerne selvrapporterede og ikke kliniske i den forstand, at der er gennemført diagnosticeringer af læger eller andre inden for sundhedssektoren. Tidligere studier viser dog, at der er god overensstemmelse mellem subjektive og objektive undersøgelser. Samtidig har selvrap-

porterede undersøgelser deres egen berettigelse ved at give et billede af folks egen opfattelse af deres helbred.

I det følgende belyses den danske befolknings helbredstilstand, trivsel og udbredelsen af overvægt i 2009. Det gælder den enkelte danskers forhold såvel som forholdene i familierne: Hvor ofte har både voksne og børn dårligt helbred, trives dårligt og/eller er overvægtige? Vi vil også se på udviklingen af overvægt over tid og sammenligne med forholdene i andre lande.

Ud over kortlægningen af helbredstilstanden i den danske befolkning ser vi lidt nærmere på sammenhængen mellem helbredsproblemer og befolkningens dagligliv og forbrugsmønster. Formålet er her at pege på sammenhænge mellem en given sundhedstilstand og en given livsstil.

2. Hvorfor er viden om helbred og overvægt vigtig?

Der er mange grunde til at beskæftige sig med helbred og overvægt. Den væsentligste er, at et godt helbred og en vægt inden for normalområdet hænger sammen med bedre livskvalitet i almindelighed. Det at være sund og rask, og almindelig rørlig, er et velfærds gode, som ingen vil sætte spørgsmålstegn ved værdien af. Når således *Sund hele livet* strategien (Regeringen, 2002) blev lanceret som led i en offentlig sundhedspolitik i 2002, var det da også med det udtrykkelige mål at pege på betydningen af et længere liv, et sundere liv og lighed i sundhed. Det indgik også i strategien, at regeringens sundhedspolitiske mål var, at stigningen i antallet af svært overvægtige skulle stoppes, se nærmere herom i Sundhedsstyrelsen (2003).

Når vi her beskæftiger os med befolkningens helbredstilstand og udbredelsen af overvægt, er det bl.a. fordi helbred og overvægt:

- hænger sammen med sundhed, sygdom og velfærd
- påvirker hvor godt den enkelte klarer sig på arbejdsmarkedet og dermed den enkeltes økonomiske situation
- påvirker de offentlige udgifter

Flere undersøgelser har vist, at der er sammenhæng mellem ens egen vurdering af helbredet og ens objektivt vurderede sundhedstilstand og dermed diagnosticering og forekomst af eventuelle sygdomme (Dixon, 2010; Gregg et al., 2007; Kristensen et al., 1998; Idler & Benyamini, 1997). Når folk rapporterer – fx i spørgeskema-interview, sådan som det gøres her – at de har et dårligt helbred, er det ofte ensbetydende med, at deres kliniske sundhedstilstand er utilfredsstillende, og at de i nogle tilfælde lider af specifikke sygdomme. Selvrapporteret helbred er derfor en god indikator for den faktiske sundhedstilstand.

Det diskuteres ofte, om forældre og børns helbred hænger sammen, og om man derfor kan tale om, at dårligt eller godt helbred arves fra generation til generation. Ud over deciderede arvelige sygdomme, er det påvist, at såkaldte livsstilssygdomme som type 2-dia-

betes og hjerte-kar-sygdomme samt psykosociale problemer oftere forekommer blandt børn af forældre med sådanne sygdomme end blandt andre børn. Forklaringen er for det første, at der for de fleste helbredsforhold kan være en genetisk disposition, som øger tilbøjeligheden for at få sygdommen eller helbredsproblemet. For det andet er det udbredt at overtage forældrenes livsstil, hvad angår ernæring og motion. Resultatet er, at man ofte kommer til at ligne sine forældre helbredsmæssigt (Whitaker et al., 1997). I hvilket omfang dette billede kan genfindes for selvrapporteret helbred og overvægt – at forældre og børn rapporterer samme helbredsstatus – er vigtigt at få belyst. Blandt andet fordi det kan have betydning for udformningen af en effektiv sundhedspolitisk intervention.

Der er ingen tvivl om, at et godt helbred er af betydning for, hvordan man klarer sig på arbejdsmarkedet. Lundborg et al. (2010) har fx vist, at svært overvægtige mænd tjener væsentlig mindre end ikke-overvægtige mænd og forklarer det med at svær overvægt bliver brugt som en markør for ens produktivitet. Der sker en statistisk diskrimination, i og med at svært overvægtige bliver betragtet som mindre produktive fordi de i gennemsnit er i dårligere fysisk form og klarer sig dårligere i skolen. Den enkelte svært overvægtige person bliver således bedømt ud fra hvordan gennemsnittet af svært overvægtige ser ud, eller hvordan arbejdsgiverens opfattelse af den gennemsnitlige overvægtige person er. At der også er en negativ sammenhæng mellem overvægt og løn for kvinder, er vist af bl.a. Greve (2008). Samtidig er det formentlig blevet endnu vigtigere end tidligere, at både mænd og kvinder har et godt helbred og er i god form, hvis de vil have et godt job og en god karriere. Hvorvidt de, der klarer sig godt, så også sørger for og måske har lettere ved at leve sundt og få tilstrækkelig motion, kan også være noget af forklaringen på den positive sammenhæng mellem godt helbred og succes på arbejdsmarkedet.

Der kan være en positiv sammenhæng mellem ægtefællers helbred og forekomsten af overvægt. Det kan forventes, at ægtefællerne på dette punkt oftere ligner hinanden, end at de er forskellige. Det kan dels skyldes, at man lettere finder en partner, som ligner én selv, dels at man efterhånden kommer til at ligne hinanden helbreds- og sundhedsmæssigt, fordi man har samme livsstil inden for familien.

At helbreds- og sundhedsproblemer er et samfundsanliggende skyldes bl.a., at der er omfattende udgifter forbundet med sygefra-

været på arbejdsmarkedet. Ikke alene kan den syge miste sin indkomst og i nogle tilfælde også sit job og dermed betale mindre i skat. Det kan også medføre, at der bliver afholdt offentlige udgifter til undersøgelser og behandling i sundhedsvæsenet. De samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med fedme vurderes til mellem 3 og 14 mia. kr. afhængig af hvilken opgørelsesmetode der benyttes og om indirekte omkostninger, såsom sygefravær og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, medregnes (Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2007). Samtidig kan et bedre helbred også medvirke til en senere tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet og dermed et større bidrag til det offentlige igennem indkomstskatter og færre udgifter til pensioner. For både sygefravær og en tidlig tilbagetrækningsalder gælder tillige, at arbejdsudbuddet bliver mindre, end det ellers ville være blevet, hvilket bidrager til at skærpe de fremtidige økonomiske balanceproblemer (Arbejdsmarkedskommissionen, 2009).

3. Hvad ved vi om danskernes helbred og overvægt?

Der findes en række medicinske undersøgelser af årsagerne til og karakteren af forskellige sygdomme i befolkningen, ligesom forskellige grupperes helbredstilstand og forekomsten af overvægt er undersøgt. Hertil kommer en række omfattende epidemiologiske undersøgelser, som indeholder oplysninger om danskernes livsstil og udbredelsen af sygdomme i forskellige befolkningsgrupper. Det gælder fx Sundheds- og sygelighedsundersøgelserne (SUSY-undersøgelserne), KRAM-undersøgelserne og *Folkesundhedsrapporten Danmark 2009* fra Statens Institut for Folkesundhed.

Det fremgår bl.a. af den seneste SUSY-undersøgelse (Ekholm et al., 2006), at middellevetiden både for mænd og kvinder er steget i løbet af de seneste 60 år, men at det er sket langsommere end i vore nabolande. I forhold til disse lande er overdødeligheden særlig udpræget blandt 35-74-årige. I 2006 var middellevetiden for danske mænd 75,9 år og 80,4 år for danske kvinder.

Det viser sig også, at dødeligheden af lungekræft, diabetes og skrumpelever (blandt mænd) er steget, mens dødeligheden af hjertesygdomme, blodprop i hjernen, infektionssygdomme og selvmord er faldet over en halvtredsårsperiode (Ekholm et al., 2006).

SUSY-undersøgelserne indeholder endvidere oplysninger om befolkningens selvrapporterede helbredstilstand, ligesom det gælder for det anvendte datamateriale i denne bog, jf. kapitel 4. Af SUSY-undersøgelsen fremgår, at knap 80 pct. af voksne danskere i 2005 vurderede deres helbred som godt eller virkelig godt. Kvinder vurderede deres helbred ringere end mænd, og personer med kortere uddannelse vurderede deres helbred ringere end personer med længere uddannelse.

Når det gælder forekomsten af overvægt, som ofte har alvorlige følgesygdomme som type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme, viser SUSY-undersøgelsen fra 2005, at mere end 10 pct. af danskerne er svært overvægtige ($\text{BMI} \geq 30$) og endnu flere moderat overvægtige

($25 \leq \text{BMI} < 30$). Det vurderes, at der de sidste 10-20 år er blevet mindst 100.000 flere svært overvægtige danskere, og at stigningen især er sket for yngre personer og personer med kortere uddannelser.

Ud over undersøgelser af voksnes helbreds- og sundhedstilstand samt sygelighed er der også gennemført tilsvarende undersøgelser vedrørende 0-15-årige børn. Disse Børne-SUSY-undersøgelser (Johansen, 2009) viser bl.a., at de fleste danske børn er raske det meste af tiden og har få sygdomsperioder. Undersøgelsen har også ladet forældrene vurdere børnenes kropsform ud fra nogle kropsbilleder og herudfra har man skønnet, at hver syvende barn er overvægtigt.

I det følgende vil vi give et opdateret billede af danskernes selv-vurderede helbred og trivsel, samt overvægtsstatus ved at anvende oplysninger fra Rockwool Fondens Tids- og Forbrugsundersøgelse (DTUC) fra 2009. Med dette datamateriale vil vi yderligere belyse, hvordan befolkningens helbredstilstand og udbredelse af moderat og svær overvægt har udviklet sig blandt danskere i perioden 1987 til 2009. DTUC fra 2009 indeholder interview med forældre og børn i samme familier, hvilket gør det muligt at belyse sammenhængen mellem helbedsvurderinger og overvægt mellem familiedlemmer.

4. Data og metode

Denne bog er hovedsagelig baseret på oplysninger fra den danske tidsanvendelsesundersøgelse 2008/09 (Danish Time Use and Consumption Survey, herefter forkortet til DTUC). Denne undersøgelse er foretaget blandt en tilfældig udvalgt stikprøve af 18-74-årige danskere fra CPR-registeret, idet der siden hen er foretaget en vægtning, som sikrer repræsentativitet af data i forhold til hhv. individer, familier og børn. Undersøgelsen startede i marts 2008 og sluttede i marts 2009.

Ud over et spørgeskema med forskellige baggrundsoplysninger indeholder undersøgelsen oplysninger fra døgnrytmeskemaer, som voksne og deres eventuelle børn over 6 år har udfyldt. Personerne, som er udvalgt til at deltage i undersøgelsen, får tildelt en tilfældig hverdag og weekenddag for hvilke, de skal udfylde døgnrytmeskemaet. Fremgangsmåden ved udfyldelsen er, at vedkommende angiver, hvad han/hun lavede på en given dag fra vedkommende stod op efter kl. 04 til han/hun gik i seng inden kl. 04 den følgende dag inden for en række hovedkategorier såsom: sov, spiste, så fjernsyn, dyrkede motion, legede med børn etc. Vi har således oplysninger om hvornår på dagen, aktiviteterne fandt sted, og hvor meget tid der sammenlagt blev anvendt på en given aktivitet, fx mængden af tid brugt på madlavning, spisning og motion i løbet af døgnet.

DTUC indeholder også oplysninger om husholdningernes forbrug af en række goder såsom fødevarer, tobak, alkohol og andre kortvarige såvel som langvarige forbrugsgoder. Købet af forskellige goder er fordelt ud på de enkelte medlemmer i husholdningen, v.s. manden, kvinden og deres eventuelle børn. Bonke og Fallesen (2010) indeholder en nærmere beskrivelse af DTUC.

Tillige med baggrunds-, døgnrytme- og forbrugsoplysninger er der yderligere indsamlet oplysninger om respondenternes helbred og overvægt via geninterview i 2009. Ud over et generelt helbreds-spørgsmål bestod interviewet af et såkaldt spørgsmålsbatteri, hvoraf dele af det er anvendt af Statens Institut for Folkesundhed (SIF), Det

Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NAF) og det amerikanske Panel Study of Income Dynamics (PSID) til at belyse respondenternes trivsel og velfærd. Det betyder, at nogle af oplysningerne om helbred, trivsel og velfærd er sammenlignelige både nationalt og internationalt. Til at vurdere respondenternes overvægtstilstand har respondenterne angivet egne målinger af højde, vægt og livvidde.

Helbredsoplysningerne er indsamlet for både voksne og børn over 6 år gennem telefoninterview eller via udfyldelse af et spørgeskema på internettet, idet respondenterne selv kunne vælge, hvilken metode de ville anvende. For børn i alderen 7-11 år skete henvendelsen gennem forældrene, som blev opfordret til at hjælpe børnene med besvarelsen af spørgsmålene. Det gjaldt også for måling af livvidden, hvortil der var udsendt et målebånd og en detaljeret vejledning (se appendiks II). Ud af 7.943 udfyldte helbredsinterviewskemaer vedrører 634 skemaer børn i alderen 7-11 år og 796 skemaer vedrører børn i alderen 12-17 år. De resterende skemaer vedrører disse børns forældre såvel som andre voksne uden børn – enlige og par.

Ligesom for de øvrige oplysninger bygger helbredsoplysningerne, som nævnt, på respondenternes egne vurderinger. Flere undersøgelser har vist, at der er stor overensstemmelse mellem selvrapporterede helbredsoplysninger og fx funktionsevne og dødelighed (se fx Idler & Angel, 1990; Idler & Kasl, 1995; Idler & Benysmini, 1997; Frijters et al., 2005). Fx er der fundet en sammenhæng mellem dårligt selv vurderet helbred og det at have en langvarig sygdom, hvilket dog ikke udelukker, at langvarigt syge kan vurdere deres helbred som godt (Ekholm et al., 2006). Med hensyn til oplysninger om højde, vægt og livvidde er disse af en mere faktuel karakter, idet respondenterne bliver bedt om at måle og angive deres højde i cm, vægt i kg og livvidde i cm. Der er dog en tendens til, at høje og tunge personer undervurderer deres højde, vægt og livvidde, mens lave og lette personer omvendt overvurderer deres højde, vægt og livvidde (Schlichting et al., 1981; Bigaard et al., 2005).

Der kan også være forskelle i oplysninger om helbred afhængig af, hvem der rapporterer. Johnston et al. (2010) viser fx, at børn vurderer egne følelsesmæssige problemer, adfærdsproblemer og hyperaktivitet mere alvorligt end forældrene, lærere eller psykiatere gør. Det tyder på, at vi i denne undersøgelse overvurderer snarere end undervurderer især de ældste børns helbredsproblemer sammenlig-

net med en situation, hvis det alene var forældrene, der skulle give disse oplysninger.

De anvendte helbredsspørgsmål for voksne og børn er angivet i afsnittene 5.2 og 6.1.

For at sikre at beregningerne i denne bog i videst muligt omfang er repræsentative for den danske befolkning, er der foretaget en vægtning for et skævt bortfald i dataindsamlingen. Det er således ikke alle grupper, der deltager i undersøgelsen i et omfang, som svarer til deres andel af befolkningen. Fx er personer med lav indkomst og uden uddannelse underrepræsenterede, hvilket vi har rådet bod på ved at vægte vores data – sample – i forhold til Danmarks Statistiks registeroplysninger for hele befolkningen (Danmarks Statistik, 2010). I kapitel 8 om udviklingen i overvægt har vi imidlertid valgt ikke at anvende disse vægte for at kunne foretage den bedst mulige sammenligning med tidligere undersøgelser (Ekholm et al., 2006). Det betyder, at vi antager, at der har været samme bortfald i DTUC som i de tidligere undersøgelser. Appendiks I viser, hvordan udvalgte andele ændres ved at bruge vægte, der korrigerer for alder, køn og civilstand, hhv. vægte, der ud over disse faktorer også tager højde for socioøkonomiske forskelle i bortfaldet.

I udarbejdelsen af vægtene har det ikke været muligt at tage højde for den skævhed der eventuelt måtte være i forhold til sundhed, trivsel og overvægt, da der ikke er oplysninger om dette for hele befolkningen. Da personer med fx overvægtsproblemer oftere end andre vælger ikke at deltage i undersøgelser om helbred og overvægt, kan der således være en tendens til at denne gruppe er underrepræsenteret i både de uvægtede og vægtede tal.

I de følgende kapitler undersøger vi sammenhænge mellem forskellige selvrapporterede helbredsindikatorer på den ene side og demografiske og socioøkonomiske forhold på den anden side. Vi ser både på de umiddelbare korrelationer mellem disse forhold og på sammenhængen, når der kontrolleres for en række forhold. I sidstnævnte tilfælde har vi valgt at benytte ordinary least squares (OLS) metoden, både når den relevante responsvariabel er lineær og binær. I de analyser, hvor den centrale responsvariabel er binær, har vi testet for forskellen i OLS og en sandsynlighedsmodel med en ikke-lineær Hausmann test. Da der ikke er signifikant forskel på resultaterne afhængig af hvilken model, der estimeres, har vi valgt at vise resultaterne fra OLS-modellen, idet disse estimater er sammenlignelige med de umiddelbare korrelationer.

Når vi i de følgende kapitler angiver sammenhænge mellem helbred, trivsel, overvægt og en række demografiske og socioøkonomiske faktorer, skal disse blot ses som statistiske sammenhænge mellem to faktorer og kan således ikke fortolkes, som om der var tale om kausale forhold.

5. Hvordan vurderer danskere deres helbred?

I det følgende giver vi en belysning af den voksne danske befolknings helbredstilstand og trivsel, herunder hvordan helbredet og trivslen er i forskellige befolkningsgrupper. Vi ser også på, om der er sammenhæng mellem helbred og trivsel, og hvad der karakteriserer personer med dårligt helbred henholdsvis dårlig trivsel.

I forhold til kliniske undersøgelser af helbred og sundhed bygger undersøgelsen på selvrapporterede helbredsoplysninger. Sådanne oplysninger om selv vurderet helbred har imidlertid vist sig at stemme godt overens med kliniske undersøgelser (Idler & Benyamini, 1997; Kristensen et al., 1998) og det er endog blevet påvist, at de er bedre til at forudsige fx dødelighed end andre mere objektive helbredsmaal. Både WHO og Eurostat anbefaler da også, at selv vurderet helbred indgår i befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed (Ekholm et al., 2006). Det ændrer dog ikke på, at dette mål ikke skal forveksles med oplysninger baseret på lægelige diagnoser om sundhed og sygelighed.

5.1. Hvordan er danskernes generelle helbred?

Det fremgår af figur 5.1, at langt den overvejende del af den voksne danske befolkning mener, at de har et godt eller vældig godt helbred. Det gælder således for 3 ud af 4 danskere – 39 pct. vurderer deres helbred som godt og andre 34 pct. som vældig godt – og medregnes også de, som vurderer deres helbred som fremragende – 13 pct. – er det næsten 9 ud af 10 danskere, som vurderer deres helbred som godt eller bedre end det. Det betyder omvendt, at omkring 15 pct. voksne danskere vurderer deres helbred som værende enten mindre godt (11 pct.) eller dårligt (4 pct.).

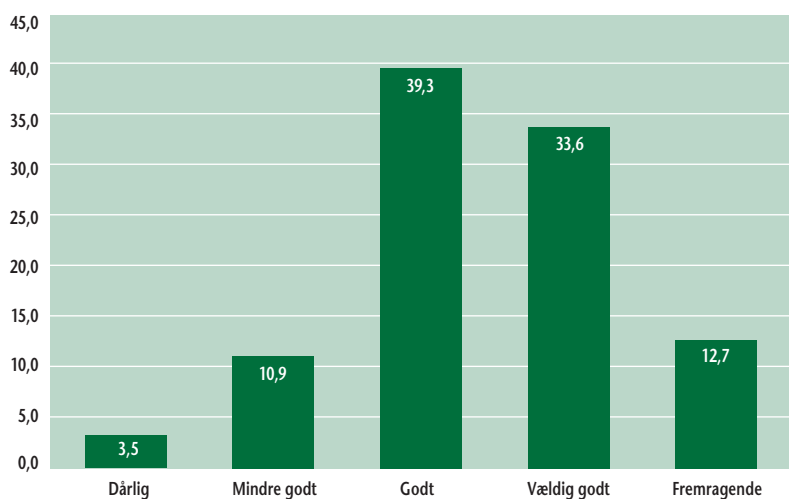
Sammenligner vi mænds og kvinders helbred, ser vi, at der er lidt flere mænd end kvinder, som vurderer deres helbred som fremragende, mens der omvendt er flere kvinder end mænd, som vurde-

rer deres helbred som godt (tabel 5.1). Hvis vi derimod ser på, hvor mange der vurderer deres helbred som godt eller bedre end det, er der ikke nogen forskel i mænd og kvinders vurderinger. Omkring 85 pct. af begge køn vurderer således deres helbred som godt, vældig godt eller fremragende, mens 14 pct. vurderer deres helbred som værende mindre godt eller dårligt (tabel 5.1).

Ikke overraskende vurderer man sit helbred som værende dårligere med alderen. Hvor 21-27 pct. unge i alderen 18-24 år finder, at deres helbred er fremragende, falder denne andel til 16-17 pct. for 25-44-årige, 10 pct. for 45-64-årige og til 4-8 pct. for over 64-årige – idet den første procent refererer til kvinders og den sidste til mænds helbred (tabel 5.1). Omvendt stiger andelen med dårligt helbred fra 0-2 pct. til 2-3 pct., 4 pct. og 5-6 pct. over nævnte aldersgrupper – med mænds andel angivet først og kvinders sidst. Det betyder, at de resterende lidt mere end to tredjedele i alle aldersgrupperne vurderer, at deres helbred er godt eller vældig godt. Når der også blandt ældre er mange, der oplyser, at de har et godt helbred, kan det bl.a. hænge sammen med, at ældre med dårligt helbred har en kortere levetid og derfor ikke er med i stikprøven.

Hvis vi ser på andelen med godt eller mere end godt helbred (godt, vældig godt, fremragende), finder vi, at der for både mænd og kvinder i alderen 18-24 år er væsentlig flere med et sådant selvur-

Figur 5.1. Selvvurderet generelt helbred. 18+ -årige i 2009. Angivet i procent.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 5.1. Selvvurderet generelt helbred efter køn og alder. 2009. Angivet i procent.

	18-24		25-44		45-64		65+		Alle	
	Mænd									
Fremragende	27	} 95	17	} 89	10	} 84	8	} 77	14	} 86
Vældig godt	41		40		33		22		34	
Godt	27		32		41		47		38	
Mindre godt	5		9		12		18		11	
Dårligt	0		2		4		5		3	
I alt	100		100		100		100		100	
Antal	266		948		980		526		2.720	
	Kvinder									
Fremragende	21	} 94	16	} 91	10	} 84	4	} 74	12	} 86
Vældig godt	42		43		30		17		33	
Godt	31		32		44		53		41	
Mindre godt	4		6		12		20		11	
Dårligt	2		3		4		6		3	
I alt	100		100		100		100		100	
Antal	272		961		1.065		595		2.893	

Note: signifikant forskel i fordelingerne mellem mænd og kvinder inden for alle aldersgrupperne, men ingen signifikant forskel mellem alle mænd og alle kvinder.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

deret helbred (95-94 pct.) end blandt unge midaldrende i alderen 25-44-årige (89-91 pct.) – forskellen for kvinder er dog ikke signifikant (tabel 5.1). Forskellen i forhold til unge er endnu mere udpræget for ældre midaldrende 45-64-årige (84 pct.) og allermest udpræget for ældre over 64 år (77-74 pct.). Helbredet vurderes altså ikke overraskende som værende dårligere med alderen, selvom et stort flertal af de ældre vurderer det som godt eller bedre end det. Det samme billede viser sig fx for Canada¹, hvor andelen med godt helbred ligeledes falder med alderen, og hvor der heller ikke er nogen nævneværdige forskelle i mænds og kvinders generelle helbred (MacMinn et al., 2007).

For at undersøge om vurderingen af ens helbred ændrer sig fra det ene år til det andet, er der i undersøgelsen også spurgt om helbredssituationen et år tidligere, nemlig i 2008. Det viser sig, at for

1 Oplysninger fra Canadian Community Health Survey, 2001.

Tabel 5.2. Ændring i selv vurderet generelt helbred siden sidste år. 18+-årige. 2009. Angivet i procent.

	Mænd				
	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Meget bedre nu	5,6	2,3	3,5	2,1	3,0
Noget bedre nu	15,4	12,5	9,1	6,2	10,3
Nogenlunde det samme	70,6	75,9	76,9	77,7	76,1
Noget dårligere nu	6,4	8,4	8,6	12,8	9,2
Meget dårligere nu	2,0	0,9	1,9	1,2	1,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	266	948	980	526	2.720
	Kvinder				
	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Meget bedre nu	6,5	4,7 ^a	4,3	3,4	4,5
Noget bedre nu	14,8	13,7	9,1	5,6	10,4
Nogenlunde det samme	71,1	73,1	75,1	71,6 ^b	73,3
Noget dårligere nu	7,0	7,0	8,9	15,9	9,5
Meget dårligere nu	0,6	1,5	2,6	3,5 ^a	2,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	272	961	1.064	595	2.892

a) Signifikant flere kvinder end mænd b) Signifikant færre kvinder end mænd

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

det store flertal – trefjerdedele – er der ikke tale om nogen ændringer, mens 13-15 pct. vurderer deres helbred som meget eller noget bedre og andre 9 pct. som værende noget dårligere end året før. Om ændringerne i hver fjerde danskers vurdering af deres helbred dækker over en faktisk ændring, eller mere kan tilskrives usikkerheder i vurderingerne, vides ikke med sikkerhed. Det ændrer dog ikke ved, at helbredet opfattes som værende dårligere, jo ældre man bliver, hvilket ses af, at flere 65+-årige angiver en sådan forværring i forhold til for et år siden, sammenlignet med de øvrige aldersgruppers vurderinger (tabel 5.2).

5.2. Hvordan kommer danskernes trivsel til udtryk?

For at belyse danskernes trivsel er der stillet 9 spørgsmål om, hvor stor en del af tiden i løbet af de seneste 4 uger, man har følt/oplevet følgende:

- Har du følt dig veloplagt og fuld af liv?
- Har du været meget nervøs?
- Har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?
- Har du følt dig rolig og afslappet?
- Har du været fuld af energi?
- Har du følt dig trist til mode?
- Har du følt dig udslidt?
- Har du været glad og tilfreds?
- Har du følt dig træt?

Der kunne angives ét af følgende svar på hvert spørgsmål: 1) hele tiden, 2) det meste af tiden, 3) noget af tiden, 4) lidt af tiden og 5) på intet tidspunkt for hvert af spørgsmålene. Spørgsmålene, der også i nogenlunde samme form er stillet i Arbejdsmiljøundersøgelserne, SUSY-undersøgelserne og i den amerikanske PSID, er dels brugt til at belyse de pågældende fænomener ét for ét, dels omregnet til et indeks, hvor de forskellige svarmuligheder er vægtet sammen til en skala fra 5-45. Herefter er denne score omregnet til en indekssværdi

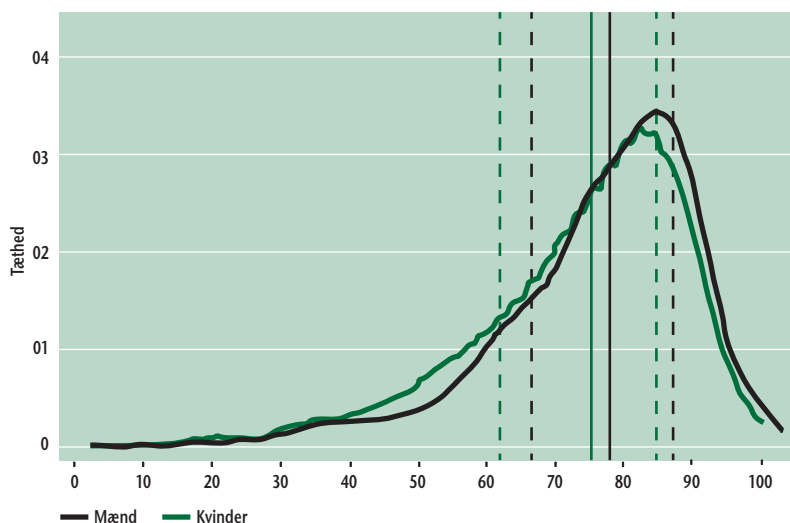
Tabel 5.3. Trivsel målt på forskellige parametre for mænd og kvinder. 18+-årige. 2009. Angivet i procent.

	Mænd			Kvinder		
	Meget	Delvist	Sjældent/ Aldrig	Meget	Delvist	Sjældent/ Aldrig
Den seneste måned:						
- Har du følt dig veloplagt	50,1 ^a	39,6 ^a	10,3 ^a	43,8	42,6	13,6
- Har du været meget nervøs	1,9	10,6 ^a	87,5	2,2	14,9	82,9
- Har du været så langt nede, at intet kunne opmuntre dig?	1,9	6,2 ^b	92,0	1,2	8,1	90,7
- Har du følt dig rolig og afslappet?	60,0 ^a	32,4 ^a	7,6 ^a	50,4	38,5	11,1
- Har du følt dig fuld af energi?	38,2 ^a	45,9 ^c	15,9 ^a	32,6	48,8	18,6
- Har du følt dig trist til mode?	3,7	13,3 ^a	83,0 ^a	3,7	17,7	78,6
- Har du følt dig udslidt?	5,9	21,2 ^c	72,9 ^a	6,2	24,3	69,5
- Har du været glad og tilfreds?	67,1 ^a	25,8 ^a	7,1 ^a	63,4	28,9	7,7
- Har du følt dig træt?	7,9 ^a	38,9	53,2 ^a	11,5	39,2	49,3
Antal	2.720			2.893		

^{a), b), c)} $p < 0,01$, $p < 0,05$, $p < 0,10$ signifikant forskel i forhold til kvinder

Note: Kategorierne er defineret: Meget: "hele tiden" og "det meste af tiden", Delvist: "en hel del af tiden" og "noget af tiden", Sjældent/aldrig: "lidt af tiden" og "på intet tidspunkt". Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Figur 5.2. Fordeling (tæthed) af trivsel for mænd og kvinder. Indeks 0-100. 18+-årige. 2009.



Note: De stiplede linjer angiver 25 og 75 percentilerne og de fuldt optrukne linjer medianerne for mænd og kvinder. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

fra 0 til 100, hvor værdien 0 angiver en meget dårlig trivsel og velvære og 100 meget god trivsel og velvære.² Der kunne være anvendt forskellige vægte for de forskellige spørgsmål, ligesom svarmulighederne heller ikke behøvede at følge samme skala for alle spørgsmål. Når det alligevel er valgt, skyldes det, at vi herved følger almindelig praksis på området.

Ser vi først på de enkelte trivselsspørgsmål, er billedet, at det store flertal af både mænd og kvinder trives godt. Omkring 90 pct. af begge køn angiver, at de meget og delvist har følt sig veloplagte, rolige og afslappede, fuld af energi og har været glade og tilfredse. Og lige så mange tilkendegiver, at de hverken lidt af tiden eller på intet tidspunkt har været nervøse, så langt nede at intet har kunnet muntre dem op, følt sig trist til mode, udslidte eller trætte (tabel 5.3).

2 For hvert spørgsmål er der tillagt værdier fra 1-5, idet høje værdier svarer til et godt velbefindende. Med 9 spørgsmål betyder det, at den samlede score kan have værdier fra 5 til 45. For at omregne scoren til et interval fra 0 til 100 anvendes formelen: $((\text{aktuel score} - \text{lavest mulige score}) / (\text{højest mulige score} - \text{lavest mulige score})) * 100$, se (Bjørner et al., 1997, kap. 7).

Tabel 5.4. Fordeling af trivsel – gennemsnitlig indekssværdi, standardafvigelse og værdier for 25, 50 og 75 pct.-percentilerne inden for aldersgrupper. 18+-årige. 2009.

	Gennemsnit	Standard-afvigelse	P25	Median	P75
Mænd					
18-25 år	74,8 ^a	13,8	68,2	77,3	84,1
25-44 år	72,7 ^a	15,6	65,9	77,3	84,1
45-64 år	74,1 ^a	17,5	65,9	79,5	86,4
65+	76,1 ^a	15,6	68,2	79,5	88,6
Alle	74,1 ^a	16,2	65,9	77,3	86,4
Kvinder					
18-25 år	71,1	15,1	63,6	75,0	79,5
25-44 år	71,0	15,4	63,6	75,0	81,8
45-64 år	71,9	17,0	61,4	75,0	84,1
65+	71,2	18,8	59,1	75,0	86,4
Alle	71,4*	16,7	61,4	75,0	84,1

* Signifikant forskel på 5%-niveau i forhold til alle mænd.

^a Signifikant forskel på 0,001-niveau i forhold til samme aldersgruppe for kvinder.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Omkring 10 pct. af danskerne tilkendegiver at have eller have haft ét eller flere trivselsproblemer. Fx angiver 14 pct. af alle kvinder og 10 pct. af alle mænd, at de lidt af tiden eller på intet tidspunkt har følt sig veloplagte, og 31 pct. af kvinderne og 27 pct. af mændene, at de i det mindste noget af tiden har følt sig udslidte, og 6 pct. af begge køn, at dette er tilfældet det meste af tiden. Det er således en betragtelig del af danskerne, der tilkendegiver at have eller have haft et trivsels-problem, og for samtlige trivselsparametre er forekomsten af problemer hyppigere blandt kvinder end blandt mænd (tabel 5.3).

Når trivselsparametrene regnes sammen til en indekssværdi, hvor 0 angiver dårlig trivsel og 100 god trivsel, jf. beskrivelsen ovenfor, scorer mænd højere end kvinder (figur 5.2 og tabel 5.4). Den gennemsnitlige score er således 74 for mænd og 71 for kvinder. For den typiske mand – medianen med lige mange over og under – er scoren på 77 mens den er 75 for den tilsvarende kvinde. At medianværdien er højere end gennemsnittet viser, at fordelingerne er skæve om-

Tabel 5.5. Fordelingen af trivsel – gennemsnitlig indekssværdi, standardafvigelse og værdier for 25, 50 og 75 pct.-percentilerne inden for uddannelsesgrupper. 18+-årige. 2009.

	Gennemsnit	Standard- afvigelse	P25	Median	P75
Mænd					
Ingen uddannelse	72,8 ^{a, c}	17,1	63,6	75,0	84,1
Faglig uddannelse	74,6 ^a	16,1	65,9	77,3	86,4
KVU	76,6 ^a	15,5	72,7	79,5	86,4
MVU	75,7 ^a	13,2	68,2	77,3	84,1
LVU	74,3 ^b	13,7	65,9	77,3	86,4
Kvinder					
Ingen uddannelse	69,7 ^d	17,5	59,1	72,7	84,1
Faglig uddannelse	72,4	17,2	61,4	75,0	86,4
KVU	73,0	14,7	65,9	77,3	81,8
MVU	72,2	15,0	63,6	75,0	81,8
LVU	75,3 ^e	12,4	68,2	79,5	84,1

^{a, b} signifikant forskel i forhold til tilsvarende kvinder på 0,01- hhv. 0,05-niveau.

^c signifikant forskel i forhold til øvrige mænd på 0,01-niveau.

^d signifikant forskel i forhold til øvrige kvinder på 0,01-niveau.

^e signifikant forskel i forhold til alle andre kvinder på 0,01-niveau.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

kring gennemsnittet for begge køn. Det vil sige, at der er flere med en score under gennemsnittet end der er med scorer over gennemsnittet – mest udpræget for kvinder, hvoraf 25 pct. har en trivselscore på under 61.

Forskellen i mænds og kvinders trivsel gælder for samtlige aldersgrupper. Det er således både unge, midaldrende og ældre kvinder, som har en dårligere trivsel end tilsvarende mænd (tabel 5.4). Der er ingen forskel i kvinders trivsel afhængig af deres alder, hvorimod 25-44-årige mænd har en væsentligt dårligere trivsel end over 65-årige mænd, hvilket kan skyldes, at forhold på arbejdsmarkedet kan opfattes som værende mere problematiske for trivslen end skavanker og sygdomme i alderdommen.

Vi finder, at kvinder på alle uddannelsesniveauer trives dårligere end tilsvarende mænd, og at såvel kvinder som mænd uden uddannelse trives dårligere end kvinder hhv. mænd med uddannelse. Tabel 5.5 viser endvidere, at mænd med en videregående uddannelse

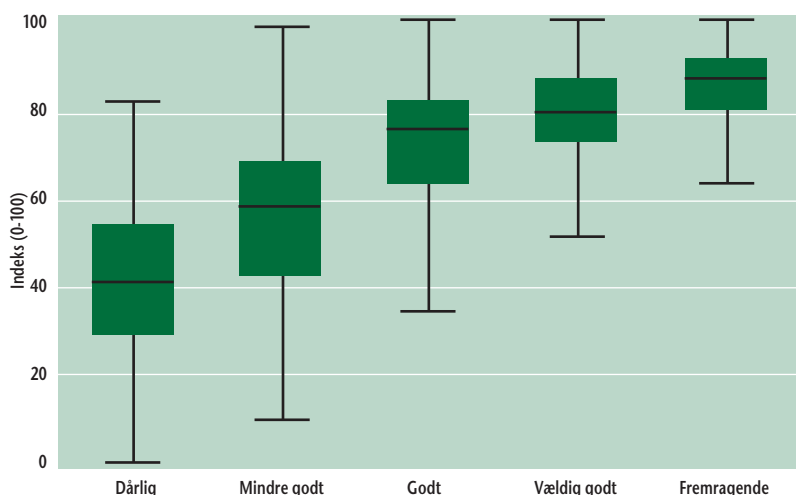
trives bedre end andre mænd og at kvinder med en lang videregående uddannelse trives signifikant bedre end andre kvinder. Der er således ingen tvivl om, at det at have en uddannelse hænger sammen med en bedre trivsel.

5.3. Hvem har et godt helbred?

Det er fremgået ovenfor, at det store flertal af danskere vurderer deres generelle helbred og deres trivsel som god, mens det kun er et mindretal, der ikke finder, at dette er tilfældet. Det interessante er, hvad der karakteriserer disse to grupper: Hvem er det, som har et godt helbred, og hvem er det, der har et dårligt helbred, og er det de samme, som vurderer at såvel deres helbred som deres trivsel er god eller dårlig?

Figur 5.3 viser ikke overraskende, at der er sammenhæng mellem vurderingen af ens generelle helbred og værdien af trivselsindekset beregnet på baggrund af oplysningerne ovenfor om forskellige trivselsforhold. Hvor et dårligt generelt helbred gennemsnitligt svarer til en indekssværdi på 41, svarer et mindre godt, godt, vældig godt og fremragende generelt helbred til indekssværdier på hhv. 58, 75, 80 og 85. Selvom både trivselsmålet og helbredsmålet måler for-

Figur 5.3. Sammenhæng mellem generelt helbred og trivsel (indeks). 2009.



Note: Boxplottet angiver hhv. minimum, 25, 50 og 75 pct.'s percentilerne og maksimum indekssværdier. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

skellige dimensioner af helbred er det forventeligt at de to subjektive helbredsangivelser korrelerer som vist i figur 5.3.

I det følgende har vi valgt at afgrænse et godt og dårligt helbred hhv. en god og dårlig trivsel på denne måde: Et generelt dårligt helbred omfatter kategorierne 1) dårligt helbred og 2) mindre godt helbred, mens et godt helbred omfatter kategorierne 3) godt helbred, 4) vældig godt helbred og 5) fremragende helbred. For trivsel son- drer vi mellem god og dårlig trivsel, dvs. en indeksscore, der ligger mere end en standardafvigelse under gennemsnittet, definerer vi som dårlig trivsel.

Med anvendelse af nævnte definitioner for godt og dårligt helbred og god og dårlig trivsel finder vi, at 15,1 pct. af 18-74-årige danskere trives dårligt, mens 84,9 pct. trives godt, og at 14,4 pct. har et dårligt helbred og 85,6 pct. har et godt helbred – ikke vist i nogen tabel.

Tabel 5.6 viser, at der er 5,2 pct. flere kvinder end mænd, der har angivet, at de trives dårligt – 17,6 pct. mod 12,4 pct. – men at denne forskel for halvdelen vedkommende kan tilskrives andre forhold end netop kønnet. Det fremgår af sidste kolonne i tabel 5.6, hvor der er kontrolleret for uddannelses-, arbejdsmarkedsmæssige og andre forskelle mellem de to køn. Hvad angår det generelle helbred er der kun forskelle mellem kvinder og mænd, når vi kontrollerer for nævnte forskelle, nemlig på 3 pct. med kvinder som dem, der har det dårligste helbred (tabel 5.7).

Tabellerne 5.6 og 5.7 viser også, at der er færre i parforhold, der har et dårligt helbred eller trives dårligt end blandt enlige, og at dette gælder selvom vi kontrollerer for en række socioøkonomiske forskelle mellem de to grupper. Der er således 4-5 pct. færre gifte eller samboende personer, som trives dårligt sammenlignet med enlige, og 2-4 pct., når det gælder deres generelle helbred. Om dette er udtryk for, at personer med et dårligt helbred eller dårlig trivsel i mindre omfang indgår i parforhold, eller om parforholdet i sig selv bidrager til et bedre helbred og god trivsel, kan vi dog ikke sige noget om.

Andelen med en selv vurderet dårlig trivsel stiger med alderen (tabel 5.6), hvilket dog kun er tilfældet, så længe vi ikke tager hensyn til andre forhold. Hvis vi kontrollerer for køn, uddannelse, socioøkonomisk status, indkomst og urbanitet er der væsentlig flere over 25-årige end blandt 18-24-årige, der vurderer deres trivsel som

Tabel 5.6. Sammenhæng mellem dårlig trivsel¹ og forskellige socioøkonomiske forhold. 18+ -årige. 2009.

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (st. afv.)	Ikke-kontrolleret	Kontrolleret ¹
Køn			
- mand (referencegruppe)	0,124 (0,329)		
- kvinde	0,176 (0,381)	0,053*** (5,53)	0,021* (2,05)
Civilstand			
- enlig (referencegruppe)	0,177 (0,381)		
- par	0,132 (0,338)	-0,045*** (-4,56)	-0,036*** (-3,56)
Børn			
- ingen børn	0,156 (0,363)		
- børn	0,131 (0,338)	-0,024* (-2,05)	0,008 (0,59)
Alder			
- 18-24 år (referencegruppe)	0,128 (0,335)		
- 25-44 år	0,145 (0,353)	0,017 (0,98)	0,085*** (3,60)
- 45-64 år	0,157 (0,364)	0,029+ (1,66)	0,090*** (3,67)
- 65- år	0,159 (0,364)	0,031+ (0,166)	0,013 (1,66)
Uddannelse			
- ingen uddannelse (referencegruppe)	0,178 (0,382)		
- faglig uddannelse	0,144 (0,351)	-0,033** (-2,96)	-0,012 (-1,01)
- KVV	0,131 (0,338)	-0,046* (-2,14)	-0,010 (-0,44)
- MVU	0,114 (0,318)	-0,063*** (-4,31)	-0,031+ (-1,92)
- LVU	0,094 (0,293)	-0,083*** (-4,12)	-0,022 (-0,95)

	OLS-regressioner (t-værdier)		
	Gns. (st. afv.)	Ikke-kontrolleret	Kontrolleret ¹
Socioøkonomisk status			
- lønmodtager (referencegruppe)	0,113 (0,317)		
- ledig	0,393 (0,491)	0,279*** (7,63)	0,172*** (4,38)
- selvstændig	0,116 (0,321)	0,003 (0,11)	0,021 (0,82)
- pensionist	0,201 (0,401)	0,087*** (7,90)	0,078*** (4,26)
- andet	0,282 (0,451)	0,168*** (8,26)	0,101*** (4,43)
Husstandsindkomst efter skat			
- 1. kvartil (referencegruppe)	0,217 (0,412)		
- 2. kvartil	0,145 (0,352)	-0,071*** (-5,69)	-0,068*** (-4,19)
- 3. kvartil	0,103 (0,304)	-0,114*** (-8,74)	-0,088*** (-5,29)
- 4. kvartil	0,078 (0,268)	-0,139*** (-10,31)	-0,11*** (-5,99)
Urbanitet			
- hovedstadsområdet (referencegruppe)	0,162 (0,369)		
- by med >100.000 indbyggere	0,150 (0,357)	-0,013 (-0,64)	0,005 (0,23)
- by med <100.000 indbyggere og landdistrikter	0,148 (0,355)	-0,014 (-1,15)	-0,005 (-0,37)
Antal	5.163	5.163	5.163
R ²			0,040

*** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$, + $p < 0,1$ signifikansniveauer.

¹ Indeks værdien på 56,1 svarende til gennemsnitsindeks værdien minus én standardafvigelse for både mænd og kvinder, se tabel 5.4 for hhv. kvinder og mænd.

² Kontrolleret for de øvrige forhold i tabellen.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 5.7. Sammenhæng mellem dårligt eller mindre godt helbred¹ og forskellige socioøkonomiske forhold. 18+ -årige. 2009.

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ikke-kontrolleret	Kontrolleret ¹
Køn			
- mand (referencegruppe)	0,141 (0,348)		
- kvinde	0,146 (0,353)	-0,005 (-0,54)	0,029** (2,90)
Civilstand			
- enlig (referencegruppe)	0,161 (0,368)		
- par	0,131 (0,338)	-0,023** (-3,08)	-0,030*** (-3,61)
Børn			
- ingen børn (referencegruppe)	0,158 (0,365)		
- børn	0,089 (0,285)	0,067*** (-5,99)	-0,001 (-0,11)
Alder			
- 18-24 år (referencegruppe)	0,051 (0,220)		
- 25-44 år	0,102 (0,302)	0,051** (3,00)	0,133*** (5,90)
- 45-64 år	0,156 (0,363)	0,106*** (6,30)	0,163*** (7,12)
- 65- år	0,236 (0,425)	0,185*** (10,21)	0,099*** (3,67)
Uddannelse			
- ingen uddannelse (referencegruppe)	0,177 0,381		
- faglig uddannelse	0,141 (0,348)	-0,036*** (-3,29)	-0,028* (-2,41)
- KVU	0,107 (0,310)	-0,070*** (-3,29)	-0,043* (-1,98)
- MVU	0,086 (0,281)	-0,090*** (-6,31)	-0,048** (-3,13)
- LVU	0,063 (0,243)	-0,114*** (-5,82)	-0,058** (-2,70)

	OLS-regressioner (t-værdier)		
	Gns. (std. afv.)	Ikke-kontrolleret	Kontrolleret ¹
Socioøkonomisk status			
- lønmodtager (referencegruppe)	0,080 (0,272)		
- ledig	0,351 (0,480)	0,270*** (7,71)	0,170*** (4,52)
- selvstændig	0,092 (0,290)	0,012 (0,51)	-0,001 (-0,06)
- pensionist	0,276 (0,447)	0,196*** (18,51)	0,157*** (9,21)
- andet	0,180 (0,385)	0,100*** (5,10)	0,069** (3,07)
Husstandsindkomst efter skat			
- 1. kvartil (referencegruppe)	0,215 (0,411)		
- 2. kvartil	0,144 (0,351)	-0,071*** (-5,79)	-0,044** (-2,67)
- 3. kvartil	0,083 (0,276)	-0,132*** (-10,36)	-0,082*** (-5,15)
- 4. kvartil	0,062 (0,241)	-0,153*** (-11,61)	-0,095*** (-5,43)
Urbanitet			
- hovedstadsområdet (referencegruppe)	0,167 (0,373)		
- by med >100.000 ind	0,104 (0,305)	-0,063** (-3,25)	-0,052** (-2,62)
- by med <100.000 indbyggere og landdistrikter	0,142 (0,350)	-0,024* (-1,99)	-0,028* (-1,99)
Antal	5.163	5.163	5.163
R ²			0,080

*** $p < 0,01$ ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$ i OLS regressionsanalyse kontrolleret for de øvrige variable i tabellen.

¹ Dårligt eller mindre godt helbred svarer til de to første kategorier i figur 5.1.

² Kontrolleret for de øvrige variable i tabellen.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

dårlig – selvom det er knap så udpræget i den ældste aldersgruppe sammenlignet med de midaldrende.

Både for trivsel og generelt helbred er der en negativ sammenhæng med uddannelse, således at jo mere uddannelse jo færre trives dårligt og har et dårligt helbred. Det gælder også for den selvvalgte helbredstilstand, men i mindre omfang, når vi kontrollerer for forskellige forhold, mens det så kun gælder for mellemlange videregående uddannelser, at trivslen er anderledes – og bedre – end for de øvrige uddannelsesgrupper.

Sammenlignet med beskæftigede er der både forholdsvis flere ledige, pensionister og andre med en dårligere trivsel og et dårligere helbred, og det gælder også selvom vi kontrollerer for demografiske og socioøkonomiske forhold. For ledige er andelen med et dårligt helbred hhv. en dårlig trivsel på 35 og 39 pct. Vi kan også se, at der er en negativ sammenhæng mellem husstandens samlede indkomst og om man trives dårligt og/eller har et dårligt helbred. Om man bor i hovedstaden, i større byer eller uden for disse har derimod ingen betydning for hvor mange, der trives dårligt, mens der er flere i hovedstaden end andre steder, der angiver at have et dårligt helbred.

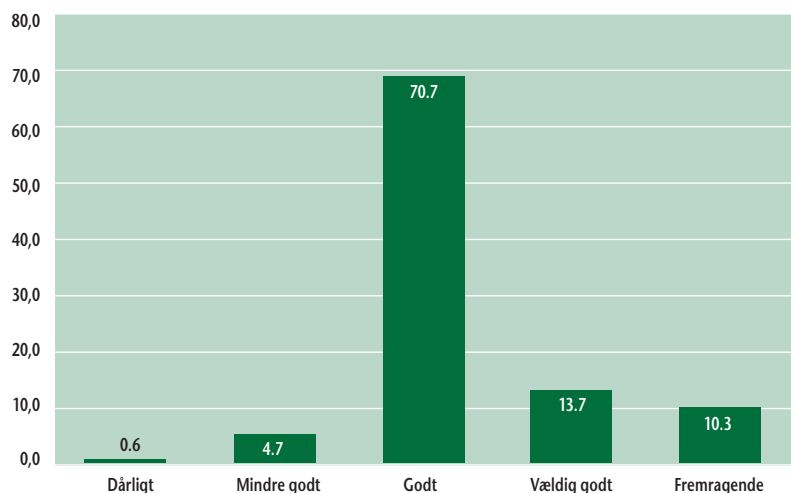
Der er med andre ord store forskelle i udbredelsen af dårligt helbred og dårlig trivsel mellem forskellige grupper i befolkningen. Hvorvidt disse sammenhænge skal fortolkes som kausale – at være ledig øger risikoen for dårlig trivsel, eller at trives dårligt øger risikoen for ledighed – er dermed ikke besvaret, og vil derfor være et naturligt emne for nærmere undersøgelser fremover.

6. Hvordan er børns helbred?

For at give et billede af 7-17-årige børns helbredssituation har vi ligesom for voksne spurgt om, hvordan de vurderer deres generelle helbredssituation: dårligt, mindre godt, godt, vældig godt eller fremragende. Vi har også spurgt om, hvordan 7-17-årige børn vurderer deres trivsel målt på en række parametre. Hvis børnene var under 12 år blev forældrene opfordret til at hjælpe, hvis dette var nødvendigt, ellers besvarede børnene spørgsmålene alene, mens over 12-årige børn udelukkende forventedes at udfylde skemaer på egen hånd.

Det viser sig, at et stort flertal (71 pct.) af børnene mener, at deres helbred er godt, mens 14 pct. og 10 pct. vurderer deres helbred som værende vældig godt eller fremragende. Kun 0,6 pct. mener, at deres helbred er dårligt og 5 pct. at det er mindre godt (figur 6.1).

Figur 6.1. Selvvurderet generelt helbred blandt 7-17-årige børn. 2009. Angivet i procent.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Det svarer til, at der blandt børnene i en skoleklasse på 30 elever sidder 1-2 elever, som ikke synes deres helbred er godt.

Sammenligner vi piger og drenge, er der ingen signifikant forskel i deres generelle helbred, idet der er nogenlunde lige mange af begge køn, der angiver at have hhv. et fremragende, vældig godt, godt, mindre godt eller dårligt helbred. Der er imidlertid forskelle i helbredet afhængig af børnenes alder, hvilket gælder for både drenge og piger. Der er færre både drenge og piger i alderen 15-17-år med et vældig godt eller fremragende helbred end blandt yngre drenge og piger, mens der er forholdsvis mange blandt de 7-9-årige drenge med et mindre godt eller dårligt helbred sammenlignet med ældre drenge. For piger er det især blandt 13-14-årige, der er forholdsvis mange med mindre godt eller dårligt helbred. Hvad angår drenge

Tabel 6.1. Generelt helbred for 7-17-årige drenge og piger efter aldersgrupper. 2009. Angivet i procent.

	Drenge				
	7-9 år	10-12 år	13-14 år	15-17 år	Alle
Fremragende	9,2	9,7	18,8	5,4	9,7
Vældig godt	12,2	12,6	9,3	13,1	12,1
Godt	70,1	74,6	67,1	77,5	73,1
Mindre godt	6,7	3,1	3,8	3,5	4,3
Dårligt	1,8	0,0	1,0	0,5	0,8
I alt	100	100	100	100	100
Antal	147	175	75	142	540
	Piger				
	7-9 år	10-12 år	13-14 år	15-17 år	Alle
Fremragende	11,6	11,6	14,9	6,7	11,0
Vældig godt	16,1	22,2	12,7	9,6	15,4
Godt	68,8	60,2	63,9	78,3	67,9
Mindre godt	3,5	5,5	6,9	5,4	5,3
Dårligt	0,0	0,5	1,5	0,0	0,5
I alt	100	100	100	100	100
Antal	114	127	98	124	460

Note: χ^2 -tests viser ingen signifikant forskel mellem svarfordelingen for drenge og piger, og heller ikke mellem aldersgrupperne for drenge, mens der er forskellige fordelinger mellem aldersgrupperne for piger. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

og piger med et godt selv vurderet helbred, udgør de hhv. godt 70 pct. og knap 70 pct. i de forskellige aldersgrupper. Når det ikke kan udtrykkes mere præcist, er det fordi usikkerheden er forholdsvis stor, når vi kigger på grupper med få observationer. Det ændrer dog ikke på, at der generelt er signifikante forskelle mellem aldersgrupperne under ét for piger, hvorimod dette ikke er tilfældet for drenge (tabel 6.1).

6.1. Hvordan kommer børns trivsel til udtryk?

Ud over spørgsmålet om det generelle helbred er børn også blevet spurgt om en række nærmere specificerede forhold vedrørende deres trivsel. De stillede spørgsmål er lidt forskellige fra spørgsmålene, som blev stillet til forældrene, men de er dog ikke anderledes end, at det er muligt at lave en sammenligning, sådan som vi gør det i afsnit 6.4.

Spørgsmålene handler om, hvordan børnene oplever at have haft det den sidste måned og de lyder:

- a. Har du følt dig frisk?
- b. Har du været meget nervøs?
- c. Har du været ked af det?
- d. Har du været så ked af det, at der ikke var noget der kunne trøste dig?
- e. Har du været fuld af energi?
- f. Har du følt dig trist til mode?
- g. Har du været glad og tilfreds?
- h. Har du følt dig træt?
- i. Er du blevet vred og hidsig?
- j. Har du været bange eller urolig?

Der kunne angives ét af følgende svar på hvert spørgsmål: 1) hele tiden, 2) det meste af tiden, 3) nogen gange, 4) næsten aldrig og 5) slet ikke, se Bjørner et al. (1997) for lignende spørgsmål og svarkategorier. I det følgende ser vi dels på de enkelte spørgsmål, dels på samtlige svar, som vi har omregnet til et indeks, hvor de forskellige svarmuligheder er vægtet sammen til en skala fra 5-50. Herefter er denne score omregnet til en indekssværdi fra 0 til 100, hvor 0 angiver en meget dårlig trivsel og 100 en meget god trivsel, se fodnote 2.

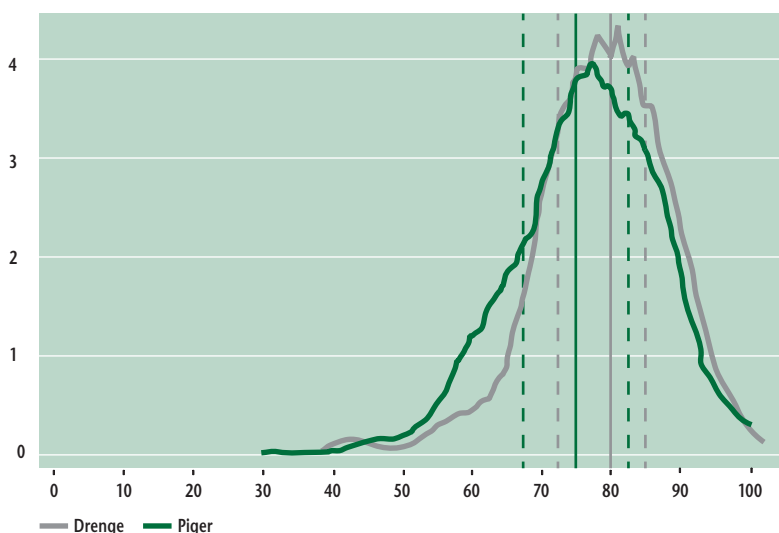
Tabel 6.2 viser, at gennemsnittet af trivselsindekset er på 78,8 og 75,8 for hhv. drenge og piger. Det viser sig også, at denne forskel i drenges og pigers trivsel er signifikant forskellig, ligesom for

mænd og kvinder. I begge tilfælde er det pigerne/kvinderne, der trives dårligere end drengene/mændene. Hertil kommer, at forskellene i trivsel blandt både drenge og piger er større end forskellen blandt mænd og kvinder – i.e. standardafvigelserne er næsten 60 pct. større for børnene end for de voksne – hvilket både fremgår af en sammenligning af resultaterne i tabel 5.4 og tabel 6.2. Det kan også aflæses ved at se på figur 5.2 og figur 6.2, som viser at kurverne i den sidste figur er mere sammenpressede end i den første figur (og p25- og p75-værdierne ligger længere fra hinanden). Det skal dog nævnes, at indeksene for voksne og børn ikke anvender lige mange og helt identiske spørgsmål, hvorfor sammenligningen mellem de to generationer skal tages med forbehold.

For piger ser vi, at de angiver en dårligere trivsel, jo ældre de bliver – fra en indeksværdi på 78,9 for 7-9-årige piger til en værdi på 72,9 for 15-17-årige piger – mens der ikke er nogle klare forskelle mellem aldersgrupper for drenge, nemlig 77,2-80,5 (tabel 6.2).

Den generelt gode trivsel blandt børn, som de høje indeksværdier er udtryk for, hænger selvsagt sammen med mange positive besvarelser af de enkelte trivselsspørgsmål, som indgår i indeksberegningen. Tabel 6.3 viser således, at omkring 80 pct. af både drenge og

Figur 6.2. Fordelingen (tæthed) af 7-17-årige drenge og pigers trivsel. 2009.



Note: De stiplede linjer angiver hhv. 25 og 75 kvartilen for drenge og piger og de fuldt optrukne medianværdierne. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 6.2. Fordelingen af trivsel – gennemsnitlig indekssværdi, standardafvigelse og værdier for den 25., 50. og 75. dreng og pige inden for aldersgrupper. 7-17-årige. 2009.

	Gennemsnit	Standard- afvigelse	P25	Median	P75	Antal
Drenge						
7-9 år	78,7	12,2	72,5	82,5	87,5	148
10-12 år	80,5	8,8	75,0	82,5	87,5	175
13-14 år	77,2	10,6	72,5	77,5	85,0	76
15-17 år	77,7	10,1	72,5	77,5	85,0	142
Alle	78,8	10,5	72,5	80,0	85,0	541
Piger						
7-9 år	78,9	9,2	72,5	80,0	85,0	114
10-12 år	77,0	10,5	70,0	77,5	85,0	127
13-14 år	74,1	9,7	67,5	75,0	80,0	98
15-17 år	72,9	11,5	65,0	75,0	82,5	120
Alle	75,8*	10,5	67,5	75,0	82,5	459

*Signifikant forskel i forhold til alle drenge på 1%’s niveau.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

piger hele tiden eller det meste af tiden har følt sig friske, har været glade og tilfredse, og sjældent eller aldrig – næsten aldrig eller slet ikke – har været meget nervøse, kede af det, utrøstelige, eller følt sig bange eller urolige, mens lidt færre sjældent eller aldrig har været vrede og hidsige hhv. fulde af energi.

Selvom de fleste altså trives, betyder det omvendt, at omkring 20 pct. eller hvert femte barn har haft ét eller flere af nævnte trivselsproblemer inden for den seneste måned. Og når det gælder det ikke at have været fuld af energi eller have følt sig træt, er det relativt få, som ikke har haft dette problem. Alene mellem hver tredje og halvdelen vurderer nogle gange at have sådanne problemer.

Det er her værd at bemærke, at det især er blandt piger, at der forekommer trivselsproblemer, som dem spørgsmålene angiver. For en række af disse trivselsparametre er forskellene således signifikant mere udbredte blandt 7-17-årige piger end blandt tilsvarende drenge (tabel 6.3). Dette resultat genfindes i andre undersøgelser (Jensen & Holstein, 2010).

Tabel 6.3. Trivsel målt på forskellige parametre for 7-17-årige drenge og piger. 2009. Angivet i procent.

	Drenge			Piger		
	Meget ¹	Delvist ²	Sjældent/ aldrig ³	Meget ¹	Delvist ²	Sjældent/ aldrig ³
Har du følt dig frisk?	84,5	13,9	1,6	82,1	16,4	1,5
Har du været meget nervøs?	1,5	15,9	82,6 ^c	2,8	18,5	78,7
Har du været ked af det?	1,9 ^c	14,4 ^a	83,7 ^a	2,5	33,1	64,4
Har du været så ked af det, at der ikke var noget, der kunne trøste dig?	1,4	4,3 ^c	94,3	1,6	5,3	93,1
Har du været fuld af energi?	65,3	30,9	3,8	68,7	27,0	4,3
Har du følt dig trist til mode?	1,9	15,3 ^a	82,8 ^a	2,5	23,9	73,6
Har du været glad og tilfreds?	91,4 ^b	6,9 ^b	1,7	89,2	9,7	1,1
Har du følt dig træt?	11,5 ^c	50,5	38,0	11,9	47,7	40,4
Har du været vred og hidsig?	2,1	27,5	70,4	1,2	30,9	67,9
Har du følt dig bange og urolig?	1,8	8,0 ^a	90,2 ^b	1,0	13,9	85,1
Antal	541			460		

^{a,b,c} signifikant forskel mellem drenge og piger på hhv. $p < 1\%$, $p < 5\%$ og $p < 10\%$'s niveau.

¹⁾ svarmulighederne hele tiden samt det meste af tiden ²⁾ nogle gange ³⁾ næsten aldrig og slet ikke. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

6.2. Hvem trives og har et godt helbred?

For at give et billede af hvad der karakteriserer børn med dårlig trivsel, må vi først foretage en afgrænsning af, hvem der tilhører gruppen. Ligesom vi gjorde det for voksne, har vi valgt at se på indeksværdierne for trivsel for de børn, hvis indekssværdi er under 66,2 beregnet som gennemsnitsværdien minus den gennemsnitlige afvigelse fra denne værdi. Og for det generelle helbred har vi valgt at se på, hvem der angiver at have et dårligt helbred i forhold til dem, der har et godt (dårligt eller mindre godt i forhold til godt, vældig godt eller fremragende).

Når vi både anvender trivselsmålet og helbredsmålet, er det fordi, de måler forskellige forhold omkring ens velbefindende. Det viser sig ved, at 88,1 pct. af børnene, der har en dårlig trivsel – sådan som vi definerer den her – angiver at have et godt eller mere end godt helbred, mens 4,3 pct. af børnene med en god trivsel har et dårligt generelt helbred. Det ændrer ikke på, at der er en sammen-

Tabel 6.4. Sammenhæng mellem dårlig trivsel (indeksværdi under 66,2) og forskellige socioøkonomiske forhold. 7-17-årige. 2009.

		OLS-regression (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
Køn			
- dreng (referencegruppe)	0,095 (0,293)		
- pige	0,174 (0,38)	0,080*** (3,75)	0,066* (2,58)
Aldersgruppe			
- 7-9 år (referencegruppe)	0,095 (0,294)		
- 10-12 år	0,100 (0,301)	0,005 (0,17)	-0,028 (-0,84)
- 13-14 år	0,140 (0,348)	0,045 (1,36)	0,006 (0,16)
- 15-17 år	0,197 (0,399)	0,102*** (3,46)	0,108** (2,97)
Selvvurderet fagligt standpunkt			
- dårlig (referencegruppe)	0,147 (0,355)		
- middel	0,124 (0,33)	-0,024 (-0,92)	-0,019 (-0,58)
- dygtig	0,091 (0,291)	-0,057 (-1,04)	-0,039 (-0,64)
- ikke opgivet	0,124 (0,33)	-0,024 (-0,83)	-0,007 (-0,19)
Forældres civilstatus			
- enlig (referencegruppe)	0,150 (0,358)		
- parforhold	0,123 (0,328)	-0,028 (-1,22)	-0,027 (-0,72)
Mors socioøkonomiske status			
- lønmodtager (referencegruppe)	0,127 (0,334)		
- ledig	0,306 (0,475)	0,179* (2,11)	0,080 (0,76)
- selvstændig	0,077 (0,273)	-0,050 (-0,69)	-0,048 (-0,60)

		OLS-regression (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
- pensionist	0,163 (0,376)	0,036 (0,57)	0,039 (0,52)
- andet	0,177 (0,385)	0,050 (1,05)	-0,008 (-0,13)
Mors uddannelse			
- ingen uddannelse (referencegruppe)	0,140 (0,348)		
- faglig udd	0,150 (0,358)	0,010 (0,330)	-0,005 (-0,13)
- KVV	0,040 (0,199)	-0,100+ (-1,71)	-0,071 (-1,04)
- MVU	0,141 (0,349)	0,001 (0,020)	-0,023 (-0,56)
- LVU	0,084 (0,279)	-0,057 (-1,32)	-0,047 (-0,84)
Urbanitet			
- hovedstaden (referencegruppe)	0,118 (0,324)		
- >100.000 indbyggere	0,16 (0,37)	0,042 (0,82)	0,002 (0,04)
- < 100.000 indbyggere	0,132 (0,339)	0,014 (0,46)	-0,007 (-0,19)
Husstandsindkomst efter skat			
- 1. kvartil (referencegruppe)	0,165 (0,374)		
- 2. kvartil	0,14 (0,348)	-0,025 (-0,51)	-0,026 (-0,20)
- 3. kvartil	0,158 (0,365)	-0,007 (-0,16)	-0,065 (-0,50)
- 4. kvartil	0,107 (0,309)	-0,058 (-1,27)	-0,094 (-0,73)
Antal	663	663	663
R ²			0,06

*** $p < 0,01$ ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$ -niveau.

¹ Indeks-værdien er beregnet som gennemsnittet minus én standardafvigelse for drenge og piger i alderen 7-17 år.

² OLS analyse kontrolleret for de øvrige variable i tabellen, og for fars socioøkonomiske status og uddannelse.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

hæng mellem børns opfattelse af deres trivsel og deres generelle helbred, sådan som det var tilfældet for voksne, jf. figur 5.3.

Tabel 6.4 viser, at der er væsentlig flere piger end drenge, som trives dårligt – ligesom vi så det i tabel 6.3 – og det gælder også, når vi tager hensyn til, at drenge og piger ikke klarer sig lige godt i skolen og ikke nødvendigvis har den samme familiebaggrund. Andelen af piger med dårlig trivsel er således 17,4 mod 9,5 for drenge svarende til, at der er mellem 80 og 90 pct. flere piger end drenge, som trives dårligt. Hvad angår det generelle helbred er der ingen signifikant forskel mellem drenge og piger, idet omkring 5 pct. af begge køn vurderer deres helbred som ikke godt (tabel 6.5).

Det er især blandt de lidt ældre børn, at nogle ikke trives så godt. I forhold til børn under 10 år er der således næsten dobbelt så mange i alderen 15-17 år, som har en dårlig trivsel, mens de 13-14-årige har en trivsel midtmellem. Sådanne forskelle findes ikke for det generelle helbred, som er det samme for alle aldersgrupperne (tabel 6.4 og 6.5).

Det kunne forventes, at ikke blot børns trivsel, men også deres generelle helbred hænger sammen med, hvor godt de klarer sig i skolen, hvad enten sammenhængen er, at dårlig trivsel og helbred betyder dårligere resultater i skolen, eller dårlige resultater i skolen giver dårligere trivsel eller generelt helbred. Da vi har oplysninger om, hvordan børnene synes, de klarer sig i skolen i matematik og dansk, har vi herudfra beregnet en score³ for deres egen vurdering af deres faglige standpunkt. For børn, der mener, at de klarer sig middel eller godt, er der forholdsvis flere med dårligt helbred. Det er dog ikke tilfældet, når der kontrolleres for andre forhold. Det generelle billede er derfor, at hverken hvad angår dårlig trivsel eller dårligt generelt helbred, er der nogen sammenhæng med, hvordan det går i skolen.

Heller ikke om børnene bor sammen med begge deres forældre eller kun den ene af dem har nogen sammenhæng med deres trivsel og generelle helbred, sådan som vi opgør det her. Det gælder derimod, hvis moderen er ledig, at 18 pct. flere børn trives dårligt sammenlignet med børn, hvis mødre er i beskæftigelse som lønmodtagere. At dette kan hænge sammen med andre forhold i hjemmet ses

3 DTUC indeholder flere spørgsmål om, hvordan 7-17-årige børn synes de klarer sig i matematik og dansk. Vi har her anvendt spørgsmålet om, hvorvidt børnene mener, at de er dårligere, lige så gode eller bedre end deres klassekammerater i de to fag, og efterfølgende omregnet disse til en skala med 6 værdier.

Tabel 6.5. Sammenhæng mellem dårligt helbred¹ og forskellige socioøkonomiske forhold. 7-17 år. 2009.

		OLS-regression (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
Køn			
- dreng (reference gruppe)	0,05 (0,219)		
- pige	0,057 (0,233)	0,007 (0,47)	0,012 (0,68)
Aldersgruppe			
- 7-9 år (reference gruppe)	0,063 (0,243)		
- 10-12 år	0,043 (0,204)	-0,02 (-1,04)	-0,022 (-0,97)
- 13-14 år	0,069 (0,254)	0,006 (0,27)	-0,02 (-0,73)
- 15-17 år	0,046 (0,211)	-0,016 (-0,83)	-0,026 (-1,07)
Selvvurderet fagligt standpunkt			
- dårlig (reference gruppe)	0,037 (0,189)		
- middel	0,067 (0,250)	0,030+ (1,75)	0,028 (1,30)
- dygtig	0,011 (0,106)	-0,026 (-0,71)	-0,027 (-0,66)
- ikke opgivet	0,053 (0,225)	0,017 (0,88)	0,007 (0,31)
Forældre			
- enlig (reference gruppe)	0,056 (0,231)		
- parforhold	0,053 (0,224)	-0,003 (-0,23)	0,0001 (-0,02)
Mors socioøkonomiske status			
- lønmodtager (reference gruppe)	0,053 (0,224)		
- ledig	0,000 (0,000)	-0,053 (-0,93)	-0,009 (-0,13)
- selvstændig	0,104 (0,313)	0,051 (1,04)	0,097+ (1,77)

		OLS-regression (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
- pensionist	0,132 (0,345)	0,079+ (1,85)	0,092+ (1,81)
- andet	0,050 (0,220)	-0,003 (-0,10)	0,009 (0,22)
Mors uddannelse			
- ingen uddannelse (reference gruppe)	0,045 (0,208)		
- faglig udd	0,054 (0,226)	0,009 (0,460)	0,023 (0,92)
- KVV	0,123 (0,333)	0,078* (1,980)	0,048 (1,04)
- MVU	0,064 (0,245)	0,019 (0,910)	0,04 (1,43)
- LVU	0,039 (0,195)	-0,006 (-0,20)	0,03 (0,79)
Urbanitet			
- hovedstaden (reference gruppe)	0,096 (0,295)		
- by med >100.000 indbyggere	0,038 (0,193)	-0,058+ (-1,69)	-0,037 (-0,92)
- by med < 100.000 indbyggere og landdistrikter	0,048 (0,213)	-0,048* (-2,36)	-0,039 (-1,53)
Husstandsindkomst efter skat			
- 1. kvartil (reference gruppe)	0,04 (0,198)		
- 2. kvartil	0,039 (0,194)	-0,001 (-0,03)	0,004 (0,05)
- 3. kvartil	0,077 (0,266)	0,037 (1,160)	0,047 (0,53)
- 4. kvartil	0,048 (0,213)	0,008 (0,250)	0,024 (0,27)
Antal	663	663	663
R ²			0,04

¹Dårligt helbred svarer til kategorierne dårligt helbred, mindre godt helbred, if. figur 5.1. ²OLS analyse kontrolleret for de øvrige variable i tabellen, og for fars socioøkonomiske status og uddannelse.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

af, at denne sammenhæng ikke genfindes, når vi kontrollerer for demografiske og socioøkonomiske forhold.

For det generelle helbred er der ingen sammenhæng mellem andelen af børn med dårlig trivsel og moderens ledighed. Det er derimod for børn med mødre, som er pensionister – formentlig førtidspensionister – eller selvstændige erhvervsdrivende, idet andelen af børn med dårligt helbred her er knap 10 pct. større end for børn, hvis mødre er beskæftigede lønmodtagere.

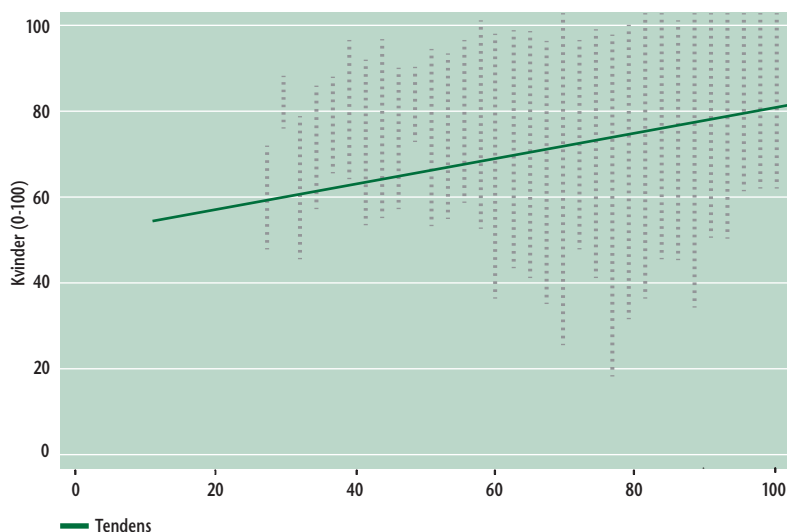
Hvad angår uddannelse, er det kun moderens uddannelse, der hænger sammen med deres børns trivsel, mens både moderen og faderens uddannelse hænger sammen med deres børns helbred. Således er der 10 pct. færre børn, der trives dårligt, og 8 pct. som har et dårligere helbred, når deres mor har en kort videregående uddannelse sammenlignet med børn af mødre uden uddannelse. Disse forskelle forsvinder dog, når vi kontrollerer for andre socioøkonomiske forhold. For børn af fædre med faglig uddannelse gælder, at 4 pct. færre har et dårligt helbred sammenlignet med børn af fædre uden uddannelse – efter at vi kontrollerer for andre socioøkonomiske forhold (tabellerne 6.4 og 6.5).

Endelig finder vi, at der i hovedstaden er flere børn med et dårligt helbred end blandt børn andre steder. Denne sammenhæng forsvinder dog, når der kontrolleres for en række andre socioøkonomiske faktorer, se tabel 6.5. Forældrenes indkomst hænger tilsyneladende ikke sammen med, om deres 7-17-årige børn trives dårligt eller har dårligt helbred.

6.3. Er der sammenhæng mellem samlevende mænds og kvinders trivsel, og mellem forældres og børns?

Da vi har oplysninger i DTUC for samlevende/gifte voksne og deres 7-17-årige børn, er det muligt at se på sammenhængene i såvel helbred som trivsel inden for familien. På den ene side kan helbred og trivsel være betinget af individuelle, psykiske forhold, og forhold som den enkelte udsættes for på arbejdspladsen, hvilket betyder, at mænd og kvinder ikke nødvendigvis vurderer deres helbred som værende lige godt. Og på den anden side kan parforholdet og omgivelserne påvirke begge parter i lige stort omfang og på samme måde, hvilket kan betyde, at vurderingen af deres eget helbred og trivsel er den samme. Det kan også være, at personer med et godt

Figur 6.3. Sammenhæng¹ mellem gifte/samlevende mænd og kvinders trivsel. 18+-årige. 2009.



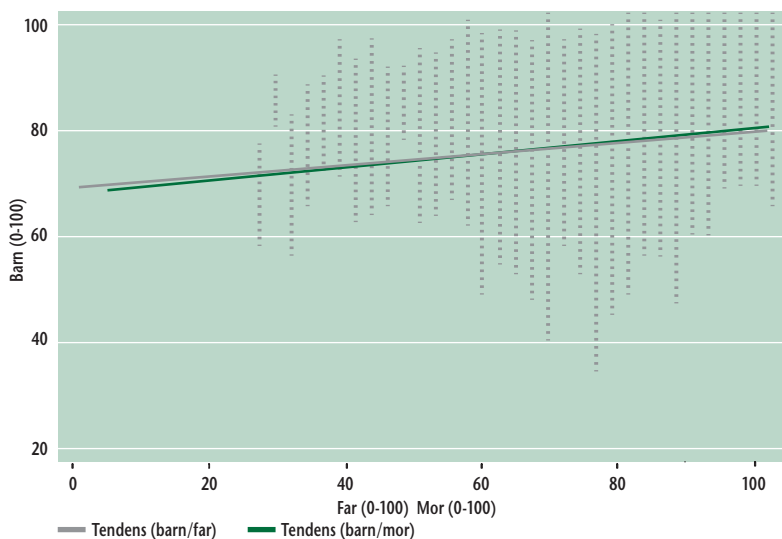
¹OLS-regression: konstant = 52,59*** (t-værdi = 27,13), BMImand = 0,267*** (t-værdi=10,64), R2 0,072, *** sign. forskel ift. 0 på 0,01-niveau. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

helbred hhv. et dårligt helbred finder sammen, hvilket også taler for, at deres trivsel og helbred og dermed vurderingen af det forbliver det samme siden hen – man "tilpasser" så at sige sit helbred og sin trivsel til partnerens som følge af ensartede vaner og livsvilkår.

Vi finder for det første, at der er en tendens til, at kvinder og mænd med god trivsel lever sammen, ligesom kvinder og mænd med dårlig trivsel gør det, jf. den positive og signifikante hældning på kurven i figur 6.3. Som nævnt, kan denne sammenhæng dels tilskrives, at mænd og kvinder med samme trivsel danner par, dels at partneres trivsel efterhånden bliver stadig mere ens.

For det andet ser vi, at sammenhængen mellem forældres – fædres og mødres – trivsel er lidt mere udpræget end for forældre og ikke-forældre taget under ét (korr. koeff.: 0,299 i tabel 6.7 og 0,267 i figur 6.3). De fleste fædre og mødre finder da også, at deres respektive trivsel er god (80 pct.), se tabel 6.7. Det betyder dog samtidigt, at knap en femtedel (18 pct.) af forældrene giver udtryk for en meget forskellig trivsel – dobbelt så mange med mødre, der trives dårligt og fædre godt, sammenlignet med fædre med dårlig trivsel og mødre med god trivsel, se tabel 6.7.

Figur 6.4. Sammenhæng mellem fædre, mødre og deres 7-17-årige børns trivsel. 2009.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Det viser sig endvidere, at der er en positiv sammenhæng mellem forældres og deres børns trivsel, om end sammenhængen er mindre udpræget end blandt forældrene indbyrdes. Denne sammenhæng er stort set den samme mellem faderens og barnets trivsel som mellem moderens og barnets trivsel – jf. de næsten ens hældninger på kurverne i figur 6.4 og koefficienterne i tabel 6.6.

Hvis vi deler forældrene – moderen og faderen – op efter, om deres trivsel er dårlig eller god, jf. afgrænsningen ovenfor, og tilsvarende om deres børn trives dårligt eller godt, finder vi, at i 76-82 pct. af familierne trives faderen eller moderen og barnet godt (se tabel 6.7). Kun i 2 pct. af familierne trives begge parter dårligt. I 12 pct. hhv. 7 pct. af familierne trives faderen og/eller moderen dårligere end barnet, mens det omvendt i andre 10 pct. af familierne er barnet, der trives dårligere end faderen hhv. moderen (tabel 6.7).

Endelig har vi også beregnet i hvor mange familier, både faderen, moderen og barnet har et dårligt helbred, sådan som det blev defineret i afsnittene 5.3 og 6.1. Resultatet er, at i 4,5 pct. af alle familier med 7-17-årige børn har både forældrene og barnet et dårligt helbred, eller hvad der svarer til hver 20. af sådanne familier. Til

Tabel 6.6. Sammenhæng mellem fædre, mødre og deres 7-17-årige børns trivsel. 2009.

	Barn indekssværdi		Mor indekssværdi
Far indekssværdi	0,115*** (3,65)		0,299*** (7,06)
Mor indekssværdi	0,142*** (5,1)		
Konstant	69,05*** (28,68)	67,27*** (32,28)	50,55*** (15,74)
Antal	646	648	650
R ²	0,02	0,04	0,07

Note: OLS-regressioner (t-værdier).

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

sammenligning er andelen af børnefamilier, hvor det kun er faderen, moderen eller barnet, der har et dårligt helbred, på hhv. 9,8 pct., 4,6 pct., og 8,1 pct. Vi finder også, at i hver tredje (34,8 pct.) børnefamilie er der mindst ét af familiemedlemmerne, der har dårlig trivsel – ikke angivet i nogen tabel.

Tabel 6.7. Fædre, mødre og deres 7-17-årige børns trivsel¹. 2009. Angivet i procent.

	Mødre			Børn		
	Dårlig trivsel	God trivsel	I alt	Dårlig trivsel	God trivsel	I alt
Fædre						
- dårlig trivsel	2,3	6,2	8,5	1,8	6,7	8,5
- god trivsel	12,0	79,5	91,5	10,0	81,5	91,5
I alt	14,3	85,7	100,0 ²	11,8	88,2	100,0
Børn						
- dårlig trivsel	2,3	9,6	11,9			
- god trivsel	11,7	76,4	88,1			
I alt	14,0	86,0	100,0			

¹) Dårlig trivsel for forældre: indekssværdi <56,1 og for børn < 66,2, se noter til tabellerne 5.6 og 6.4. ²) Antal observationer: 652.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

6.4. Sammenfatning

Vi har i dette kapitel vist, at danske børn generelt vurderer, at de har et godt helbred og trives godt. Kun omkring 5 pct. i alderen 7-17 mener, at de har et mindre godt eller dårligt helbred. Vi har også set, at der ikke er nogen forskel på, hvordan piger og drenge vurderer deres generelle helbred. Der er derimod forskel i piger og drenge vurdering af deres trivsel – flere piger end drenge synes, at de trives dårligt.

Børn i alderen 15-17 rapporterer oftere om trivselsproblemer i forhold til børn i 7-8 års alderen. Dette kan bl.a. hænge sammen med de livsbetingelser, der hører med til overgangen fra barn til teenager. Det kan også skyldes, at ældre børn bliver mere opmærksomme på, om de har følt sig triste eller bange.

Generelt lader det til, at danske børns helbred og trivsel kun i mindre grad hænger sammen med forældrenes sociale status. Det gælder også spørgsmålet om, hvordan børnene klarer sig i skolen. Heller ikke her er der fundet nogen sammenhæng med børnenes helbred og trivsel. Når det gælder sammenhængen mellem børns trivsel og deres forældres trivsel er denne positiv – jo bedre forældre trives, jo bedre trives børnene – og det er kun for 2 pct. af børnene i alderen 7-11 år, at både barnet og enten faderen eller moderen trives dårligt.

7. Hvor udbredt er overvægt blandt danskere?

Der er et stigende fokus på overvægt i hele den vestlige verden bl.a. efter at en række undersøgelser har påvist, at overvægt udgør et sundhedsproblem ved at øge risikoen for type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme, forhøjet blodtryk og forskellige kræftsygdomme (se fx Ekholm et al., 2006; MacMinn et al., 2007). Årsagerne til den seneste tids stigning især i svær overvægt er endnu ikke endeligt klarlagt (Sørensen, 2009). Selvom den statiske sammenhæng mellem utilstrækkelig motion og uhensigtsmæssig ernæring kan forklare noget af ændringerne i vægt, lader det til, at stigningen i svær overvægt kan henføres til mere komplicerede sammenhænge mellem gener, miljø og en problematisk levevis. Sidstnævnte afhænger igen af den enkeltes livsstil og af muligheden for at motionere, der hvor man bor, og at spise sundt (se fx Reidpath et al., 2002; Cawley, 2007).

For at belyse udbredelsen af overvægt i befolkningen anvender vi tre mål, nemlig Body Mass Index (BMI), livvidde og en kombination af de to mål. BMI angiver kropsvægten i kilo divideret med højden målt i meter, kvadreret (kg/m^2). Ved at inddеле i forskellige vægtgrupper, taler WHO om undervægt ($<18,5$ BMI), normal vægt ($18,5\text{-}24,9$ BMI), moderat overvægt ($25\text{-}29,9$ BMI) og svær overvægt (≥ 30 BMI) for voksne, jf. Tabel 7.1. Grænserne i BMI for overvægt er anderledes for børn, jf. kapitel 10. Da BMI ikke siger noget om fedtfordelingen på kroppen, og det har vist sig at især særlig meget fedt omkring maven er problematisk, anvendes også målet omkring livet som udtryk for overvægt, jf. tabel 7.1. Risikoen for komplikationer forbundet med overvægt forøges ved en livvidde på over 94 og 80 cm for mænd henholdsvis for kvinder, mens den forøges væsentligt ved en livvidde på over 102 og 88 cm. De fastsatte grænser for problematisk BMI og livvidde bliver dog stadig debatteret, og afhængig af målet med analysen benyttes der forskellige afgrænsninger for livvidde (Bigaard et al., 2005).

Tabel 7.1. BMI, livviddemål og helbredsrisiko for voksne.

			Helbredsrisiko	Livvidde	
				Mænd < 102 cm Kvinder < 88 cm	Mænd >= 102 cm Kvinder >= 88 cm
Helbredsrisiko				Ej overvægt	Overvægt
					Risiko for udvikling af type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme
BMI	BMI < 18,5	Undervægt	Afhænger af årsagen		
	18,5 ≤ BMI < 24,9	Normalvægt	Normal		Øget helbredsrisiko
	25,0 ≤ BMI < 29,9	Moderat overvægt	Let øget	Øget helbredsrisiko	Høj helbredsrisiko
	BMI ≥ 30,0	Svær overvægt/fedme	Middel til meget øget	Høj helbredsrisiko	Meget høj helbredsrisiko

Kilde: WHO, 2000 og Kjøller et al., 2007.

I dette afsnit har vi valgt at foretage analyser af sammenhænge mellem overvægt og socioøkonomiske forhold ved at kombinere de to mål: BMI og livvidde. Studier har således vist, at livvidden korrigeret for BMI bedre forudsiger dødelighed end det er tilfældet for BMI alene (Bigaard et al., 2005). Ved at udvælge personer med høj livvidde, som også har et højt BMI, forventer vi at få et mere præcist mål for overvægt og dermed for personer med en meget høj helbredsrisiko.

Højde og vægt er angivet af respondenterne selv i DTUC. Derudover blev de bedt om at måle livvidden med et medsendt målebånd, idet livvidden skulle angives som kroppens omkreds mellem nederste ribben og hoftebenets øverste kant (se appendiks II).

7.1. Hvordan er danskernes BMI og livvidde?

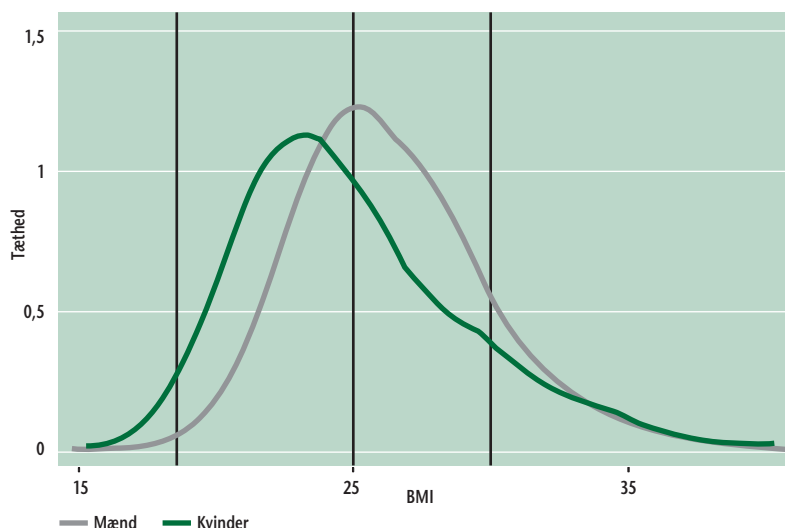
Figur 7.1 viser fordelingen af BMI for mænd og kvinder i 2009, idet også grænserne for normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt er angivet. Det ses, at flertallet af både mænd og kvinder enten er normalvægtige eller moderat overvægtige, og at mænd gennemgående har et højere BMI end kvinder: det gennemsnitlige BMI er 26,3 for mænd – svarende til, at en 1,79 meter høj mand vejer 84,8

kg – og 25,1 for kvinder – svarende til, at en 1,66 meter høj kvinde vejer 69,6 kg.

Samtidig fremgår det af tabel 7.2, at det mest almindelige BMI for mænd er mellem 25-29,5, hvilket betegnes som moderat overvægt, mens flest kvinder ligger mellem 18,5 og 24,9, hvilket betegnes som normalvægt. Hvor 43,7 pct. af mændene er moderat overvægtige gælder det for 27 pct. af kvinderne, mens 41,2 pct. og 54,1 pct. af mændene hhv. kvinderne er normalvægtige. Andelen af svært overvægtige – BMI over 30 – er tilsvarende på 14,7 pct. for mænd og 15,6 pct. for kvinder. Det bør også nævnes, at nogle er undervægtige med et BMI under 18,5, nemlig 0,5 pct. af mændene og 3,4 pct. af kvinderne.

Hvis vi lægger andelen af moderat overvægtige og svært overvægtige sammen i tabel 7.2, finder vi, at disse udgør 58,3 pct. for mænd og 42,6 pct. for kvinder, når det gælder alle 18-74-årige. Der er imidlertid væsentlige forskelle i disse andele afhængig af alderen. Således er en fjerdedel af kvinder i alderen 18-24-årige moderat overvægtige eller svært overvægtige og en tredjedel af tilsvarende mænd. For 25-44-årige kvinder og mænd er det 4 ud af 10, som er moderat overvægtige eller svært overvægtige, og for kvinder i al-

Figur 7.1. Fordelingen af BMI for mænd og kvinder. 18+-årige. 2009.



Note: De vertikale linjer angiver grænserne i BMI for normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 7.2. BMI-vægtgrupper¹ for mænd og kvinder efter aldersgrupper. 2009. Angivet i procent.

	18-24 år ²	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
Mænd					
Undervægt	2,4	0,2	0,2	0,5	0,5
Normalvægt	66,4	48,0	32,2	33,4	41,2
Moderat overvægt	27,3	38,9	47,6	53,1	43,7
Svær overvægt	3,9	12,9	20,0	13,0	14,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	124	889	1.281	459	2.753
Kvinder					
Undervægt	9,3	2,5	2,3	4,3	3,4
Normalvægt	67,0	58,4	52,4	44,7	54,1
Moderat overvægt	14,0	25,9	28,4	31,6	27,0
Svær overvægt	9,7	13,2	16,9	19,4	15,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	111	966	1.291	365	2.733

¹⁾ Se tabel 7.1.

²⁾ Fordelingen er forbundet med stor usikkerhed pga. få observationer.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

deren 45-64 år eller over 64 år er det omkring halvdelen. Blandt mænd i sidstnævnte aldersgrupper er totredjedele moderat overvægtige eller svært overvægtige.

Ser vi alene på svært overvægtige, er der mere end dobbelt så mange af de helt unge kvinder som mænd (10 pct. og 4 pct.), der har et BMI over 30 – der er betydelig usikkerhed pga. få observationer – mens der ikke er nogen forskel mellem mænd og kvinder i alderen 25-44 år (13 pct.). For 45-64-årige er der lidt flere mænd end kvinder, der er svært overvægtige, hvorimod hver ottende mand over 64 år er svært overvægtig og hver femte kvinde i samme alder. Det skal også nævnes, at der er langt færre undervægtige end overvægtige og svært overvægtige, og at undervægt er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd inden for alle aldersgrupper. Når også undervægt nævnes, er det fordi, dette kan være forbundet med somatiske og psykiske sygdomme (WHO, 2000).

Som nævnt tidligere er der usikkerhed forbundet med at bruge BMI som mål for problematisk overvægt, idet det fx ikke tager høj-

de for forskelle i muskelmasse som følge af god form. Da der ofte er flere mænd, der har mere muskelmasse, vil der være en tendens til, at muskuløse mænd bliver kategoriseret som moderat overvægtige (Burkhauser & Cawley, 2008). Denne fejlklassificering er mindre hyppig blandt kvinder, og kan forklare noget af kønsforskellen vi finder i BMI. Da det heller ikke fra et sundhedsfagligt synspunkt er ligegyldigt, hvordan vægten fordeler sig på kroppen, har vi valgt også at anvende livvidden som mål for problematisk overvægt.

Når det gælder livvidden alene, finder vi, at der er væsentlig flere kvinder end mænd med en problematisk livvidde – over 102 cm for mænd og over 88 cm for kvinder. Således har 21 pct. af alle mænd over 18 år og 36 pct. af tilsvarende kvinder et livviddeomfang, der ifølge WHO anses for at øge risikoen væsentligt for forskellige sygdomme. Tabel 7.3 viser også, at der er væsentlig flere ældre end yngre, der har en risikofyldt livvidde både blandt kvinder og mænd. Hvor det kun er 5 pct. af mænd og 17 pct. af kvinder i alderen 18-24 år, der har en stor livvidde – der er betydelig usikkerhed pga. få ob-

Tabel 7.3. Livvidde for mænd og kvinder efter aldersgrupper. 2009. Angivet i procent.

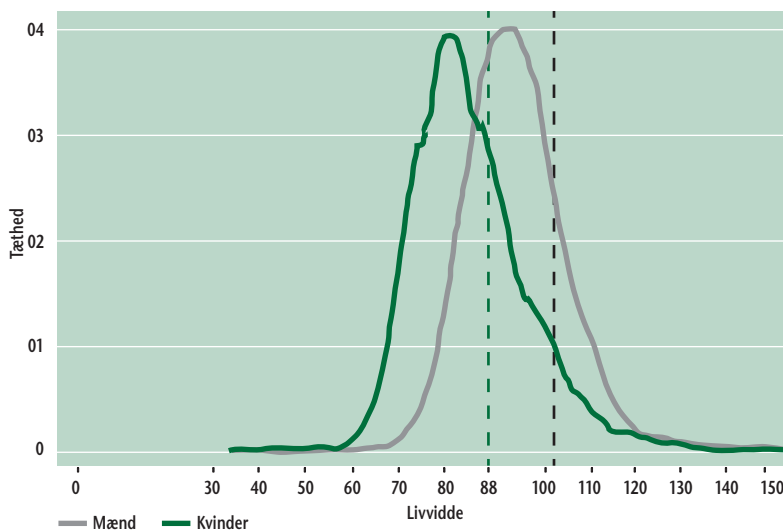
	18-24 ² år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle
	Mænd				
Livvidde					
< 102 cm	94,9	84,1	74,3	72,7	79,3
> 102 cm (risikozone)	5,1	15,9	25,7	27,3	20,7
	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	118	864	1.257	454	2.693
	Kvinder ¹				
Livvidde					
< 88 cm	82,8	69,3	59,9	56,5	64,3
> 88 cm (risikozone)	17,2	30,7	40,1	43,5	35,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	106	931	1.262	356	2.655

¹⁾ Hvis der kontrolleres for graviditetes ekstra livvidde er andelen max. 6 pct.-point mindre blandt kvinder i aldersgrupperne 18-24-år og 25-44 år, såfremt disse kvinder ikke har angivet deres vægt fra før graviditeten.

²⁾ Fordelingen er forbundet med stor usikkerhed pga. få observationer.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Figur 7.2. Livvidde-fordelingen for mænd og kvinder. 18+-årige. 2009.



Note: De stiplede linjer angiver grænseværdierne i livvidderne for overvægt for kvinder (≥ 88 cm) og mænd (≥ 102 cm).

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

servationer – er andelen oppe på godt 25 for mænd i alderen 45-74 år, mens den for jævnaldrende kvinder er på godt 40.

Endelig viser tabel 7.4, hvor mange mænd og kvinder der har en livvidde under hhv. over et vist omfang. Vi ser, at den almindelige livvidde for mænd er 94 cm og 84 cm for kvinder, mens en fjerdedel af alle mænd hhv. kvinder har en livvidde på under 86 cm og 75 cm, og en anden fjerdedel af mænd hhv. kvinder livvidder på over 100 cm og 91 cm, hvilket altså skal ses i lyset af, at 102 cm for mænd og 88 cm for kvinder er grænserne for problematiske livvidder.

Tabel 7.4. Fordelingen af livvidde – gennemsnitlig livvidde, standardafvigelse og værdier for den 25., 50. og 75. mand og kvinde. 18+-årige. 2009.

	Gennemsnit	St. afv.	p25	Median	p75
Mænd	93,7	11,2	86,0	93,0	100,0
Kvinder	84,3	12,9	75,0	82,0	91,0

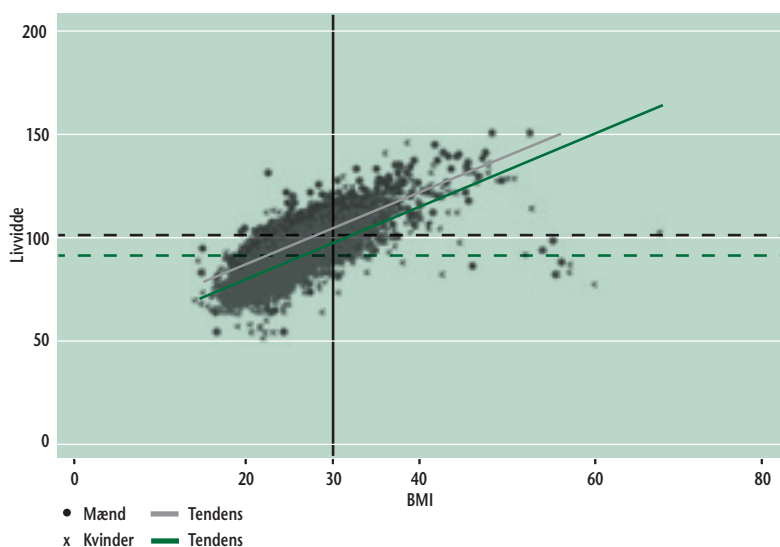
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

7.2. Hvordan er sammenhængen mellem BMI og livvidde?

Som vi skulle forvente, er der en positiv sammenhæng mellem BMI og livvidde for både mænd og kvinder. Det er således sådan, at ét ekstra BMI-point for den gennemsnitlige mand og kvinde – svarende til hhv. 3,7 og 2,9 ekstra kilo – hænger sammen med en ca. 2 cm's større livvidde for begge køn, jf. de parallelle kurver i figur 7.3 og koefficienterne i tabel 7.5. Det er med andre ord sådan, at der er tendens til at BMI og livvidde følger hinanden.

Det betyder selvfølgelig ikke, at personer med en stor livvidde altid vil have et højt BMI eller at personer med en lille livvidde altid vil have et lavt BMI. En høj kropsvægt kan sætte sig forskellige steder, og ikke kun omkring livet, ligesom en større muskelmasse også kan fordele sig jævnt over kroppen, jf. diskussionen om de to mål i første afsnit i dette kapitel. Det bekræftes af, at 10 pct. af de mænd, hvis livvidde er stor (>102 cm), ikke har et BMI der er større end 30, mens det tilsvarende gælder for 21 pct. af kvinderne (tabel 7.6). Der

Figur 7.3. Sammenhæng mellem BMI og livvidde for mænd og kvinder. 18+-årige. 2009.



Note: De stiplede linjer angiver grænseværdierne i livvidde for overvægt for kvinder (≥ 88 cm) og mænd (≥ 102 cm), og den fuldt optrukne linje grænsen i BMI for svær overvægt.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 7.5. Sammenhæng mellem BMI og livvidde for mænd og kvinder. 18+-årige. 2009.

	Kvinder (livvidde)	Mænd (livvidde)	Alle (livvidde)
BMI	2,04*** (65,89)	1,87*** (51,5)	2,06*** (81,15)
Konstant	33,23*** (42,02)	44,44*** (45,68)	35,85*** (53,93)
Antal	2.726	2.635	5.362
R ²	0,61	0,50	0,55

Note: OLS-regressioner (t-værdier).

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

er endnu færre, hvor det omvendt er livvidden, der er lille, og BMI stor – 4 pct. mænd og 1 pct. kvinder.

Da der, som tidligere nævnt, er usikkerhed forbundet med alene at bruge BMI som mål for problematisk overvægt, lader vi i det følgende også livvidden indgå i et sådant mål. Det betyder, at andelen

Tabel 7.6. BMI og livvidde for mænd og kvinder efter aldersgrupper. Angivet i procent. 2009.

	18-24 år	25-44 år	45-64 år	65+ år	Alle	Antal
	Mænd					
BMI<30 & livvidde<102	94,0	80,1	69,2	69,4	75,3	2.027
BMI<30 & livvidde≥102	1,8	7,4	11	17,4	10,2	275
BMI≥30 & livvidde<102	0,9	4,0	5,2	3,3	4,0	108
BMI≥30 & livvidde≥102	3,3	8,5	14,6	9,9	10,5	283
I alt	100	100	100	100	100	2.693
Antal	118	864	1.257	454	2.693	
	Kvinder					
BMI<30 & livvidde<88	79,3	68,5	59,4	55,4	63,3	1.680
BMI<30 & livvidde≥88	10,4	18,2	24,2	25,6	21,3	566
BMI≥30 & livvidde<88	3,5	0,8	0,5	1,1	1,0	27
BMI≥30 & livvidde≥88	6,8	12,5	15,9	17,9	14,4	382
I alt	100	100	100	100	100	2.655
Antal	106	931	1.262	356	2.655	

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

med høj helbredsrisiko, dvs. mænd og kvinder med højt BMI og stor livvidde, for mænd er 11 og for kvinder 14 (tabel 7.6). Det betyder, at hver tiende mand over 18 år har en vægt og form, der kan indebære en væsentlig forøget sygdomsrisiko, mens hver syvende kvinde er udsat for en sådan væsentlig forøget risiko pga. sin vægt og form – sammenlignet med andre mænd hhv. kvinder.

Den stærkt forøgede helbredsrisiko, som følger med højt BMI og stor livvidde, forekommer først og fremmest for 45-64-årige mænd og 65-74-årige kvinder blandt hvilke, mellem 15 og 16-18 pct. har en sådan helbredsmæssig overrisiko. For kvinder under 45 år er der også forholdsvis mange med stærkt forøget helbredsrisiko (13 pct.), mens andelen for mænd "kun" er på 9. Endelig har 7 pct. 18-24-årige kvinder og 3 pct. tilsvarende mænd en stærkt forøget helbredsrisiko alene fordi, de har et BMI over 30 og en livvidde på over 88 og 102 cm.

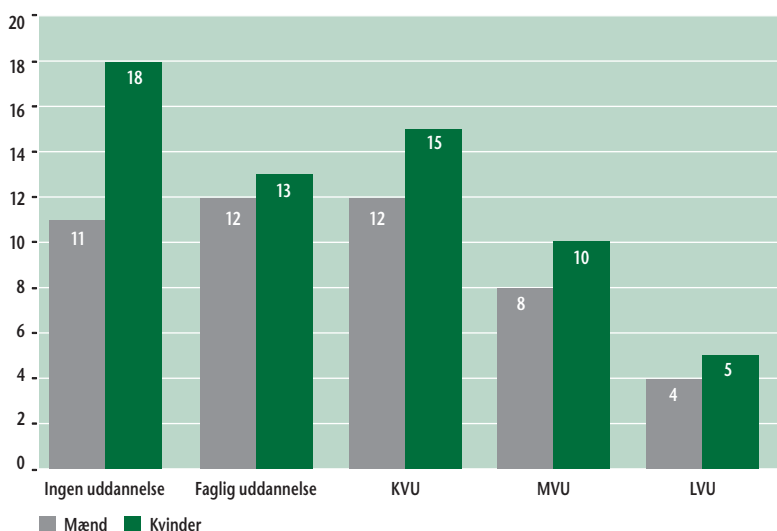
Da vi desværre ikke har oplysninger for en længere årrække, er det ikke muligt at se, hvornår man er blevet svært overvægtig, og det er derfor heller ikke muligt at vurdere, om de, der er svært overvægtige i dag, også vil være dem, der er det, når de bliver ældre. Flere undersøgelser peger dog på, at overvægtsproblemer i en ung alder med stor sandsynlighed følger én livet igennem, se fx Johansen et al. (2009).

7.3. Hvem har både et højt BMI og en stor livvidde?

Ud over at der er flere kvinder end mænd, der både har et højt BMI og en stor livvidde, finder vi, at der er en markant sammenhæng mellem denne form for overvægt og uddannelsesbaggrund (figur 7.4). Hvor 18 pct. af kvinder og 12 pct. af mænd uden uddannelse har en stærkt forøget helbredsrisiko pga. deres vægt og form, gælder det for 13-15 pct. kvinder og 12 pct. mænd med en faglig eller kort videregående uddannelse. For kvinder fortsætter risikoen med at falde, jo mere uddannelse de har, og den falder også for mænd med mellemlang og lang videregående uddannelse. Det betyder, at 8 pct. kvinder og 4 pct. mænd med lang videregående uddannelse har et højt BMI samtidig med en stor livvidde, hvilket indebærer, at disse personer har en øget risiko for type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme. Blandt kvinder og mænd uden uddannelse er den tilsvarende risiko imidlertid omkring tre gange så høj.

Hvor stor en andel risikogruppen udgør inden for forskellige so-

Figur 7.4. Andelen af svært overvægtige mænd og kvinder med stor livvidde efter uddannelse. 2009. Angivet i procent.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

cioøkonomiske grupper fremgår af tabel 7.7, hvor der også er vist betydningen af at kontrollere for forskellige demografiske og socioøkonomiske forhold. Når der kontrolleres for forskellige demografiske og socioøkonomiske forhold ændrer dette stort set ikke betydningen af uddannelse, socioøkonomisk status og indkomst. Derimod reduceres kvinders overrisiko for overvægt med godt en fjerdedel, når vi bl.a. tager hensyn til uddannelsesniveau, hvilket netop hænger sammen med, at kvinder gennemgående har kortere uddannelse end mænd.

Tabel 7.7 viser også, at 7-8 pct. flere pensionister har et højt BMI og stor livvidde end andre grupper, også når man kontrollerer for andre forhold. Familiens indkomst hænger ligeledes sammen med de voksne familiemedlemmers tendens til overvægt. Hvis man tilhører den rigeste fjerdedel af befolkningen, er risikoen således 7 pct. mindre, end hvis man tilhører den fattigste fjerdedel af befolkningen, idet halvdelen af denne effekt dog kan tilskrives andre forhold end selve indkomsten. Også stedet, man bor, viser sig at hænge sammen med risikoen for overvægt, idet risikoen er væsentlig højere i byer under 100.000 indbyggere og landdistrikter end i hovedstadsområdet. Denne sammenhæng gælder dog ikke, når vi

Tabel 7.7. Sammenhæng mellem svært overvægtige personer¹ og forskellige socioøkonomiske forhold. 2009.

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (st. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
Køn			
- mand (referencegruppe)	0,105 (0,307)		
- kvinde	0,144 (0,351)	0,039*** (4,32)	0,025** (2,63)
Civilstand			
- enlig (referencegruppe)	0,119 (0,324)		
- par	0,131 (0,337)	0,012 (1,32)	0,002 (0,15)
Børn			
- ingen børn (referencegruppe)	0,126 (0,331)		
- børn	0,122 (0,328)	-0,004 (-0,29)	0,012 (0,95)
Alder			
- 18-24 år (referencegruppe)	0,050 (0,217)		
- 25-44 år	0,105 (0,306)	0,055** (3,27)	0,093*** (4,61)
- 45-64 år	0,153 (0,360)	0,103*** (6,20)	0,120*** (5,81)
- 65- år	0,141 (0,348)	0,092*** (5,08)	0,044+ (1,77)
Uddannelse			
- ingen uddannelse (referencegruppe)	0,151 (0,358)		
- faglig uddannelse	0,126 (0,332)	-0,025* (-2,32)	-0,030** (-2,60)
- KVU	0,132 (0,339)	-0,019 (-0,91)	-0,016 (-0,77)
- MVU	0,088 (0,283)	-0,063*** (-4,54)	-0,062*** (-4,20)
- LVU	0,042 (0,202)	-0,108*** (-5,68)	-0,092*** (-4,40)

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (st. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret ²
Socioøkonomisk status			
- lønmodtager (referencegruppe)	0,100 (0,300)		
- ledig	0,150 (0,359)	0,050 (1,37)	0,022 (0,60)
- selvstændig	0,123 (0,329)	0,023 (1,01)	0,020 (0,86)
- pensionist	0,178 (0,382)	0,078*** (7,41)	0,070*** (4,19)
- andet	0,141 (0,348)	0,041* (2,04)	0,022 (1,04)
Indkomst (Husstandsindkomst efter skat)			
- 1. kvartil (referencegruppe)	0,155 (0,362)		
- 2. kvartil	0,120 (0,325)	-0,036** (-3,00)	-0,036** (-2,65)
- 3. kvartil	0,109 (0,311)	-0,047*** (-3,73)	-0,029+ (-1,88)
- 4. kvartil	0,089 (0,285)	-0,066*** (-5,14)	-0,034* (-2,00)
Urbanisering			
- Hovedstadsområdet (referencegruppe)	0,104 (0,305)		
- by med >100.000 indbyggere	0,085 (0,279)	-0,019 (-0,99)	-0,019 (-0,98)
- by med <100.000 indb. og landdistrikter	0,135 (0,342)	0,032** (2,69)	0,014 (1,13)
Antal	5.204	5.204	5.204
R ²			0,03

Note til tabel 7.7 på modstående side.

*** $p < 0,01$ ** $p < 0,05$ * $p < 0,1$. ¹BMI $>=30$ og livvidde for mænd > 102 cm og for kvinder > 88 cm. ²Kontrolleret for de øvrige variable i tabellen.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

kontrollerer for, at det ikke er folk med bl.a. samme uddannelse, indkomst og socioøkonomisk status, der bor de pågældende steder.

7.4. Sammenfatning

Det har vist sig, at der er en betydelig del af danskerne, som er overvægtige. Når overvægt måles med BMI er det 58,3 pct. af mænd og 42,6 pct. af kvinder, som enten er moderat eller svært overvægtige. Anvendes livvidden som mål for overvægt, er det henholdsvis 21 pct. af mænd og 36 pct. af kvinder, som er overvægtige.

Andelen af mænd og kvinder med både et højt BMI (>30) og en stor livvidde er for mænd på 11 og for kvinder på 14. Det betyder, at hver 10. mand over 18 år har en vægt og form, der kan indebære en væsentlig forøget sygdomsrisiko, mens hver syvende tilsvarende kvinde er udsat for en sådan væsentlig forøget risiko pga. sin vægt og form – sammenlignet med andre mænd henholdsvis kvinder.

Der er en klar sammenhæng mellem overvægt og alder og socioøkonomisk status. Således hænger overvægt sammen med en lavere socioøkonomisk status, idet pensionister og personer med ingen eller en relativ kort uddannelse og en relativ lav indkomst har større sandsynlighed for at være overvægtige.

8. Hvordan har overvægt/BMI udviklet sig i Danmark fra 1987 til 2009?

For at belyse udviklingen i andelen af danskere, som er moderat hhv. svært overvægtige, anvender vi oplysninger fra SUSY-undersøgelserne indtil 2005 og for 2009 oplysninger fra DTUC, jf. kapitel 4. I overensstemmelse med SUSY-undersøgelserne, har vi her, hvor vi udelukkende ser på mænd og kvinder og udvalgte aldersgrupper, valgt at vise ikke-vægtede tal for 2009 – og dermed antage at bortfaldet i SUSY og DTUC er nogenlunde ens fordelt på observerbare og uobserverbare faktorer. Det betyder, at oplysningerne for 2009 ikke er helt sammenlignelige med oplysningerne om BMI og der-

64

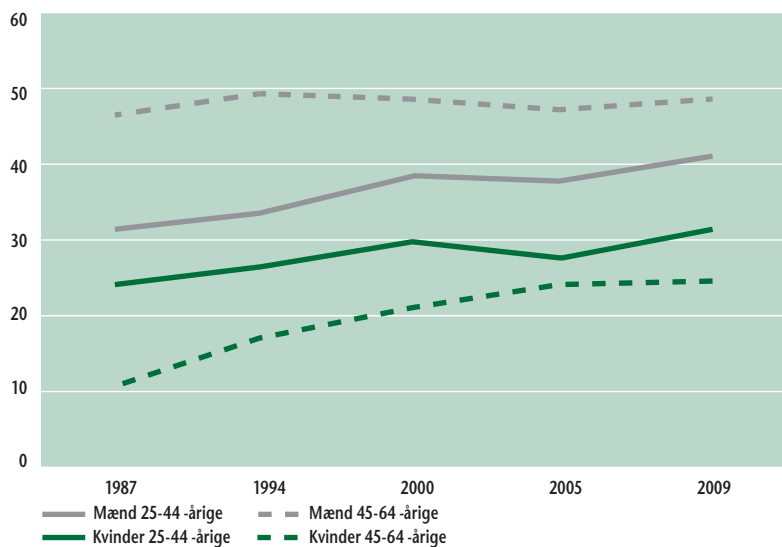
Hvordan har overvægt/BMI udviklet sig i Danmark fra 1987 til 2009?

Tabel 8.1. Udviklingen i andelen af 25-44 og 45-64-årige moderat overvægtige og svært overvægtige danskere ($BMI \geq 25$). 1987-2009. Angivet i procent.

	Mænd		Kvinder	
	25-44 år	45-64 år	25-44 år	45-64 år
	Moderat overvægtige			
1987	31,7	46,1	10,8	24,3
1994	33,4	49,5	17,1	26,2
2000	37,7	48,5	20,5	29,8
2005	37,9	47,2	23,9	27,5
2009 ¹	40,8	48,4	24,4	31,3
	Svært overvægtige			
	25-44 år	45-64 år	25-44 år	45-64 år
1987	4,8	8,1	3,3	8,7
1994	7,6	12,0	4,0	10,7
2000	7,8	13,8	9,1	10,6
2005	10,6	13,9	11,3	12,2
2009 ¹	11,8	16,7	12,9	14,3

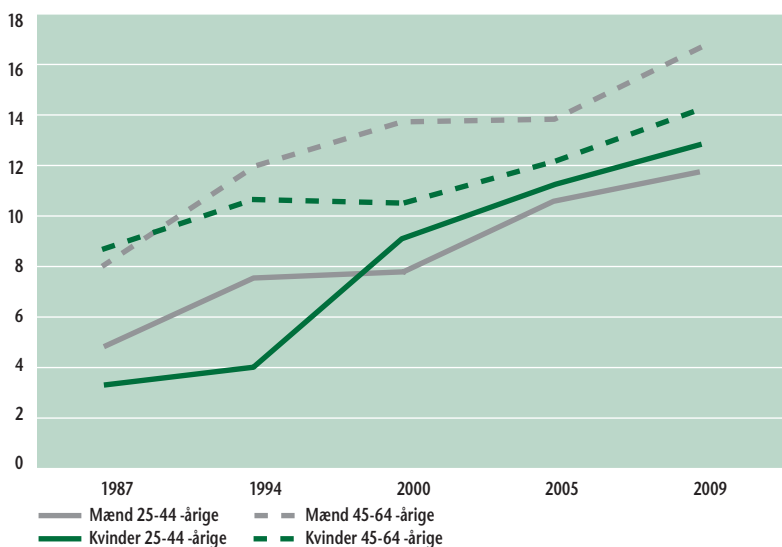
Kilde: Ekholm et al. (2006) og ¹Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Figur 8.1. Udviklingen i 25-44 og 45-64-årige moderat overvægtige ($25 \leq \text{BMI} < 30$) danskere. Procent. 1987-2009.



Kilde: Ekholm et al. (2006) og Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Figur 8.2. Udviklingen i 25-44 og 45-64-årige svært overvægtige ($\text{BMI} \geq 30$) danskere. Procent. 1987-2009.

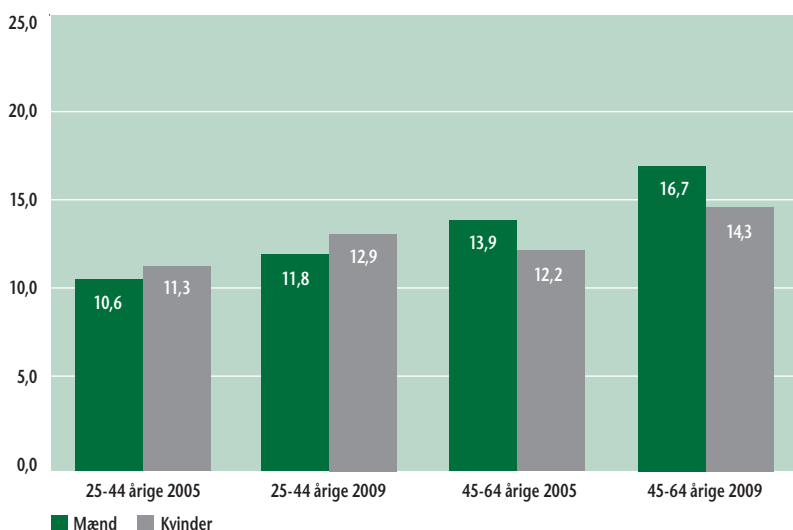


Kilde: Ekholm et al. (2006) og Rockwool Fondens Forskningsenhed.

med forekomsten af moderat hhv. svær overvægt, sådan som disse er vist andre steder i denne bog. I de øvrige afsnit korrigerer vi således også for et skævt bortfald inden for bl.a. uddannelses- og indkomstgrupper, hvilket vi vurderer giver et mere retvisende billede af bl.a. socioøkonomiske forskelle i befolkningens fordeling på de angivne vægtkategorier. I Appendiks I er andelen af personer der er moderat og svært overvægtige angivet når der benyttes forskellige vægte.

I 2009 udgjorde andelen af personer, der har et BMI over 25 (de moderat overvægtige og svært overvægtige samlet) 58 pct. blandt voksne mænd og 43 pct. blandt voksne kvinder (disse tal er ikke vist i nogen tabel). Ser vi alene på aldersgrupperne 25-44 og 45-64 år er de tilsvarende andele på 52,6 og 65,9 pct. for mænd og 37,1 og 46,6 pct. for kvinder. I 2005 – altså 4 år tidligere – var de tilsvarende andele for de to aldersgrupper på 48,5 og 61,1 pct. for mænd og 35,2 og 39,7 pct. for kvinder (Ekholm et al., 2006). Det svarer til, at stigningen i andelen af 25-44-årige moderat overvægtige og svært overvægtige danskere har været på 4,5 pct.-point for mænd og 2,4 pct.-point for kvinder i løbet af 4 år, mens stigningen for 45-64-årige

Figur 8.3. Andel svært overvægtige (BMI>30) 25-44 og 45-64-årige. Procent. 2005 og 2009.



Kilde: 2005-oplysninger: Ekholm et al. (2006 p. 34), og 2009-oplysninger: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

har været på 4,2 pct.-point for mænd og 6,2 pct.-point for kvinder (tabel 8.1). Der har således været en stigning især i andelen af svært overvægtige mænd og kvinder i aldrene 25-44 og 45-64 år siden slutningen af 1980'erne (figur 8.3).

Stigningen i andelen af overvægtige kan først og fremmest tilskrives flere svært overvægtige, hvilket gælder for hele perioden tilbage fra 1987, mens stigningen i andelen af moderat overvægtige steg frem til 2000 for derefter at være nogenlunde konstant. Hvor omkring hver tiende kvinde i alderen 25-44 år og knap hver tredje tilsvarende mand var moderat overvægtig i 1987 gjaldt det ca. hver fjerde kvinde og godt hver tredje mand i 2009. For 45-64-årige var omkring hver fjerde kvinde moderat overvægtig og knap hver anden mand i hele perioden 1987-2009 (figur 8.1 og tabel 8.1).

For svært overvægtige har udviklingen været mere markant end for moderat overvægtige. Andelen af både mænd og kvinder i alderen 25-44 og 45-64 år, som er svært overvægtige, er således mere end fordoblet siden 1987. Hvor omkring 5 pct. af mænd og kvinder i alderen 25-44 år var svært overvægtige i 1987, var andelen steget til 12-13 pct. i 2009, mens svært overvægtige kvinder og mænd i alderen 45-64 år steg fra 8-9 pct. til 14-17 pct. i samme periode, se figur 8.2 og tabel 8.1.

9. Er der flere overvægtige i Danmark end i andre lande?

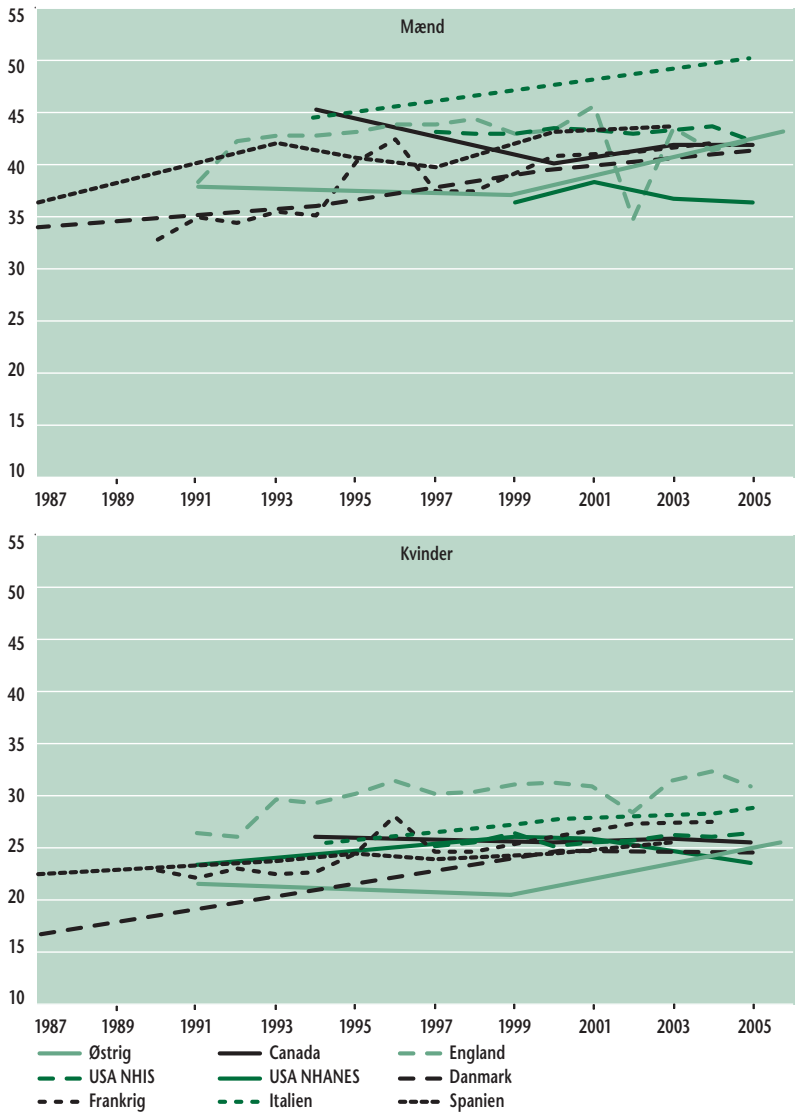
Der har i de senere år været en stigning i såvel antallet af moderat som svært overvægtige i de fleste af de lande, vi normalt sammenligner os med. Det gælder både for kvinder og mænd. I USA og i visse dele af Europa viser den seneste forskning dog en tendens til, at den procentvise stigning i andelen af svært overvægtige er blevet mindre siden 1999. Det vil sige, at fedmeraten langsomt stabiliseres på det samme niveau (Rokholm et al., 2010).

For at vise udviklingen i andelen af både moderat overvægtige og svært overvægtige for Canada, Danmark, England, Frankrig, Italien, Spanien, USA og Østrig har vi valgt at bruge oplysninger fra OECD (Sassi et al., 2009), som viser andelen af moderat hhv. svært overvægtige over de seneste 10-15 år. For alle landene bygger beregningerne på BMI-oplysninger⁴. For USA's vedkommende er der oplysninger fra to kilder – NHANES, National Health and Nutrition Examination Surveys og NHIS, National Health Interview Survey – hvilket giver forskellige beregnede andele af overvægtige. Det har dog ikke den store betydning for udviklingen i overvægtige, som i begge tilfælde viser en nogenlunde uændret andel moderat overvægtige og en stor stigning i andelen af svært overvægtige i løbet af de seneste godt 10 år. I 2005 var 25-30 pct. af voksne amerikanske mænd og 25-35 pct. af tilsvarende kvinder svært overvægtige.

Ligesom i USA har der ikke været nogen særlig stigning i andelen af moderat overvægtige kvinder i Canada, England, Frankrig, Italien, Spanien, USA og Østrig, og det gælder også for mænd i Canada, England, USA og Østrig. Andelen af moderat overvægtige mænd er derimod steget i Frankrig, Italien og Spanien. Og i Danmark er der

⁴ På trods af de anerkendte problemer for BMI med at måle fedt er det alligevel det mål, der oftest benyttes til at angive overvægt, da det er let og der er relativt få omkostninger forbundet med at måle BMI. Derudover er det enkelt at sammenligne BMI over tid og på tværs af lande.

Figur 9.1.Udviklingen i moderat overvægtige (25<=BMI<30) mænd og kvinder i udvalgte lande. Procent. 1987-2006.

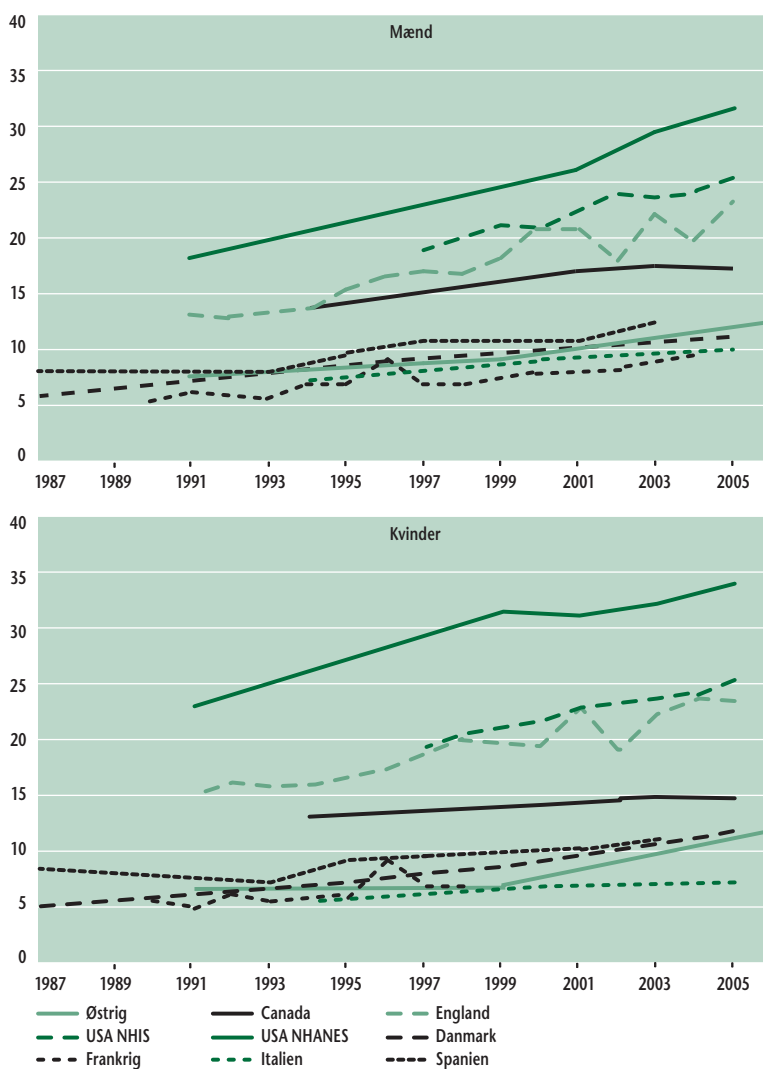


Kilde: Sassi et al. (2009).

blevet både flere mænd og kvinder, som er moderat overvægtige i løbet af de seneste 20-25 år.

Sammenlignet med de øvrige lande befinder Danmark sig nogenlunde i midten, når det gælder andelen af moderat overvægtige mænd og kvinder. Der er således ingen væsentlig forskel i disse an-

Figur 9.2. Udviklingen i svært overvægtige (BMI $\geq$ 30) mænd og kvinder i udvalgte lande. Procent. 1987-2005.



Kilde: Sassi et al. (2009).

dele mellem Danmark og USA, når vi ser bort fra NHIS, som angiver forholdsvis mange moderat overvægtige amerikanske mænd. Også andelen af moderat overvægtige mænd og kvinder i Canada, Østrig, Frankrig og Spanien er stort set den samme som i Danmark. I for-

hold til England og Italien er der derimod forholdsvis få moderat overvægtige mænd og kvinder i Danmark.

Hvad angår svært overvægtige, indtager USA en klar førsteplads med 2 ½-3 gange så stor en andel af mænd og kvinder med et BMI over 30 sammenlignet med Danmark. Også England har en meget stor andel af mænd og kvinder med svær overvægt – næsten lige så stor som for USA, når man ser på opgørelsen fra NHIS – i forhold til i Danmark, og det gælder til dels også for mænd og kvinder i Canada, hvor andelen af svært overvægtige mænd og kvinder er ca. 50 pct. større end i Danmark. I Østrig og Spanien er andelen af svært overvægtige mænd og kvinder næsten den samme som i Danmark, mens Danmark omvendt overgår Frankrig og Italien ved at have en større andel svært overvægtige, og det gælder især sammenlignet med italienske kvinder.

Det generelle billede er med andre ord, at Danmark ikke skiller sig særlig meget ud med hensyn til udbredelsen af moderat overvægt, når vi sammenligner med en række udvalgte OECD-lande. Det er derimod tilfældet, når vi ser på svært overvægt. Her bliver Danmark klart overgået af især USA og England, mens der dog også er lande, hvor andelen af svært overvægtige er mindre end i Danmark. Sammenligner vi også Danmark med Sverige, hvorfra vi bruger oplysninger fra Statens Folkhälsoinstitut, finder vi, at andelen af svært overvægtige i 2005 var stort den samme i de to lande, nemlig omkring 11 pct. for hhv. 16-84-årige i Sverige og 16-74-årige i Danmark. Det viser sig også, at udviklingen i andelen af svært overvægtige i de to lande nogenlunde har fulgt hinanden (Statens Folkhälsoinstitut, 2010; Kallings, 2002; Ekholm et al., 2006).

10. Hvor udbredt er overvægt blandt danske børn?

Der har, ligesom for voksne, været en stigning i antallet af moderat overvægtige såvel som svært overvægtige børn over de seneste 30 år (Pearson et al., 2005). Overvægt blandt børn øger risikoen for psykosociale problemer og udvikling af type 2-diabetes, hjertekar-sygdomme og visse kræftformer senere i livet, se Daniels (2006) og Johansen et al. (2009) for en række referencer. Det nævnes også her, at risikoen for overvægt som voksen er 20 gange højere for 10-17-årige, der er overvægtige, sammenlignet med normalvægtige børn på samme alder.

For at vurdere omfanget af overvægt blandt børn anvendes forskellige metoder, hvoraf den mest præcise er en måling af fedtprocenten. Denne metode er bekostelig, hvorfor der som regel i større epidemiologiske undersøgelser enten anvendes billeder af piger og drenge i forskellige "tykkelser" og staturer, hvor forældrene så bliver bedt om at vælge det, som ligner deres barn mest. Denne metode er bl.a. anvendt i Johansen et al. (2009).

Den billigste og mest brugte metode til måling af overvægt blandt børn er at benytte deres højde og vægt. I kategorisering af overvægt og svær overvægt skal tages hensyn til børnenes alder og køn, se tabel 10.1. Hvis forældrene foretager disse målinger, er der ifølge Johansen et al. (2009) ofte tendens til, at de undervurderer deres børns vægt, og at antallet af overvægtige derfor også undervurderes. Det kan således også være tilfældet her, hvor forældrene blev opfordret til at hjælpe deres 7-12-årige børn med målingerne, hvis disse eller forældrene selv ønskede det.

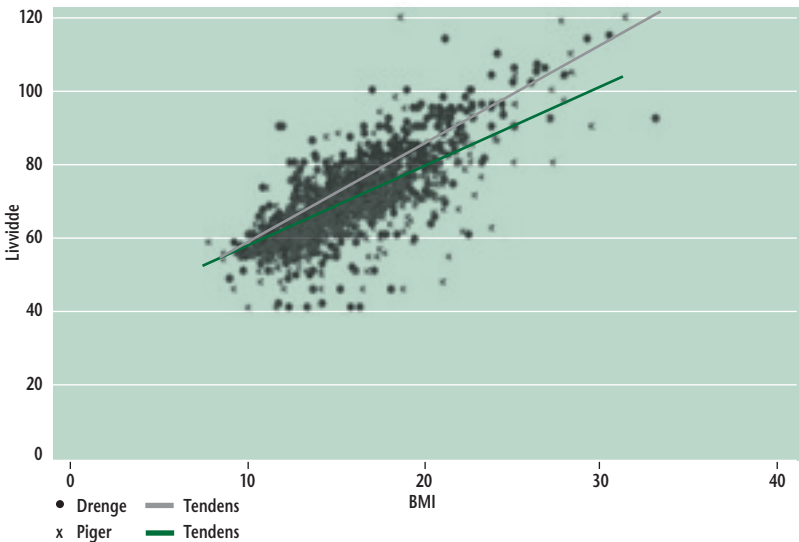
I nærværende undersøgelse anvender vi BMI som mål for overvægt, idet børn i alderen 12-17 år selv blev opfordret til at foretage målingerne af deres højde og vægt dog med mulighed for at få hjælp fra forældrene. I forhold til voksne er der som nævnt flere grænser, som angiver, om et barn er moderat overvægtigt eller svært overvægtigt afhængigt af barnets køn og alder. Når vi inddeler børnene

Tabel 10.1. BMI-grænser for overvægt blandt børn i alderen 7-17 år. 2009.

Alder:	Drenge		Piger	
	Moderat overvægtig	Svært overvægtig	Moderat overvægtig	Svært overvægtig
	BMI			
7 år	>17,9	>20,6	>17,8	>20,5
8 år	>18,4	>21,6	>18,4	>21,6
9 år	>19,1	>22,8	>19,1	>22,8
10 år	>19,8	>24,0	>19,9	>24,1
11 år	>20,6	>25,1	>20,7	>25,4
12 år	>21,2	>26,0	>21,7	>26,7
13 år	>21,9	>26,8	>22,6	>27,8
14 år	>22,6	>27,6	>23,3	>28,6
15 år	>23,3	>28,3	>23,9	>29,1
16 år	>23,9	>28,9	>24,4	>29,4
17 år	>24,5	>29,4	>24,5	>29,7

Kilde: Cole et al. (2000).

Figur 10.1. Sammenhæng mellem overvægt og livvidde for 7-17-årige drenge og piger. 2009.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 10.2. Sammenhæng mellem 7-17-årige piger og drenges livvidde og BMI. 2009.

	Livvidde	
	Drenge	Piger
BMI*	2,66*** (23,53)	2,15*** (17,29)
Konstant	18,53*** (23,53)	26,32*** (17,29)
Antal	499	434
R ²	0,53	0,41

Note: OLS-regressioner (t-værdier).

*Der er en signifikant forskel mellem drenge og piger på 0,01-niveau.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

i vægtkategorierne moderat overvægt og svær overvægt, har vi valgt at bruge den øvre grænseværdi for to halvårs-aldersgrupper – der er fx grænseværdier for 10½-årige og 11-årige – idet vi i DTUC kun har alderen oplyst i hele år, se tabel 10.1.

Der foreligger også oplysninger om børns livvidde, idet vi bad dem om at foretage en sådan måling vha. et udsendt målebånd. Som det fremgår af figur 10.1 og tabel 10.2, er der en positiv sammenhæng mellem dette mål og børns BMI – mere udpræget for drenge end for piger. Selvom der er usikkerheder ved begge mål, kan vi konstatere, at der er en tydelig sammenhæng mellem disse mål.

10.1. Hvor mange danske børn har et højt BMI?

De fleste drenge og piger i alderen 7-17 år kan betragtes som værende normalvægtige, idet andelen af piger med en normal vægt dog er lidt større end andelen af sådanne drenge – 82 pct. mod 76 pct. (tabel 10.3). Noget af denne forskel kan dog skyldes, at vi her ikke skelner mellem normalvægtige og undervægtige, selvom vi for voksne ved, at der er flere undervægtige kvinder end undervægtige mænd (Ekholm et al., 2006).

Andelen af moderat overvægtige drenge er på ca. 20, mens den for piger er på 16, hvilket betyder, at hver femte 7-17-årige dreng er moderat overvægtig mod hver syvende 7-17-årige pige. Tilsvarende er der også flere svært overvægtige drenge end piger – 4,1 pct. mod

3,2 pct. (tabel 10.3), men forskellen er dog ikke signifikant. Der er heller ikke nogen signifikant forskel i andelen af svært overvægtige drenge og piger inden for de forskellige aldersgrupper. Både blandt 7-9-årige, 10-12-årige og 15-17-årige er der derimod væsentlig flere moderat overvægtige drenge end piger – godt dobbelt så mange for de ældste – mens der omvendt er væsentlig flere normalvægtige piger end drenge i de samme aldersgrupper og væsentlig færre i aldersgruppen 10-12 år. Der er dog betydelig usikkerhed i disse oplysninger pga. forholdsvis få observationer.

De angivne grænser for overvægt og svær overvægt i tabel 10.1 tager højde for, at børn vokser med alderen, og at væksten er forskellig for piger og drenge. Det er dog selvsagt ikke muligt med BMI at tage højde hverken for muskelmasse i forhold til fedtmasse eller for de kropsændringer, der sker i børns udvikling, når fx børn har "væksthop" og går i puberteten. Derfor er der, især når vi ser på gruppen af moderat overvægtige, usikkerhed omkring, hvorvidt disse børn rent faktisk er mere end normalt overvægtige. Fx finder vi, at der kun er 35 pct. blandt de moderat overvægtige børn (tabel 10.3), der har en værdi over 0,49, når vi dividerer deres livvidde

Tabel 10.3. Andelen af normalvægtige, overvægtige og svært overvægtige blandt 7-17-årige drenge og piger efter aldersgrupper. 2009. Angivet i procent.

	7-9 år	10-12 år	13-14 år	15-17 år	Alle
	Drenge				
Normalvægt ¹	69,0	80,8	75,6	77,8	76,0
Moderat overvægt	25,4	16,8	19,2	18,3	19,9
Svær overvægt	5,6	2,4	5,2	4,0	4,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	138	159	73	142	512
	Piger				
Normalvægt ¹	76,8***	75,1*	85,6**	88,0**	81,1
Moderat overvægt	17,8***	22,2*	12,5	9,1***	15,7
Svær overvægt	5,4	2,6	1,9	3,0	3,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal	114	127	95	117	454

¹⁾ Inklusive undervægtige, som der dog ikke er nogen klar definition/afgrænsning for. ***, **, * signifikant forskel ift. drenge i samme aldersgruppe på 1%, 5% og 10%-niveau. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

med deres højde – det vil omvendt sige, at 65 pct. af de moderat overvægtige har en højde større end det dobbelte af deres livvidde. Dette mål, om at livvidden skal være mindre end det halve af højden, angiver flere medicinske studier som værende et bedre mål for overvægt blandt børn, idet det korrelerer med de risikofaktorer, der anses for at være bestemmende for bl.a. hjerte-kar sygdomme (Kahn et al., 2005).

En væsentlig forskel på de rapporterede andele af overvægtige og svært overvægtige børn i tabel 10.3 i forhold til tidligere undersøgelser (Pearson et al., 2005) er, at børnene i DTUC selv eller sammen med deres forældre, hvis de er under 12 år, har angivet deres mål, mens andre undersøgelser består af mål fra bl.a. skoleundersøgelser, hvor en læge eller sundhedsplejerske har foretaget målingen.

I tabel 10.4 har vi undersøgt, hvilke demografiske og socioøkonomiske forhold der hænger sammen med svær overvægt blandt børn. I tabel 10.4 ser vi på svær overvægt defineret ud fra BMI (tabel 10.1), men vi får stort set de samme resultater, når vi benytter livvidde divideret med højde som mål for overvægt (ikke vist her). Det viser sig, at der kun er få af de anvendte forhold, som hænger sammen med svær overvægt blandt børn. Det gælder således for alder, hvor der er færre svært overvægtige 10-12-årige børn end i andre aldersgrupper, hvilket dog kun er tilfældet, såfremt vi ikke kontrollerer for, hvor godt børnene mener de klarer sig i skolen, forældrenes civilstatus, deres socioøkonomiske forhold, uddannelse, hvor de bor og forældrenes indkomster. Hvis vi kontrollerer for disse forhold, er der ikke længere nogen signifikant sammenhæng mellem børns alder og andelen af svært overvægtige.

Flere 7-17-årige børn med samlevende forældre er derimod svært overvægtige sammenlignet med jævnaldrende børn hos enlige forældre, og det er endnu mere udpræget, når vi kontrollerer for demografiske og socioøkonomiske forhold. Endvidere viser moderens uddannelse sig at hænge sammen med svær overvægt blandt hendes børn, idet andelen af sådanne børn er mindre – ukontrolleret – når moderen har en mellemlang videregående uddannelse i forhold til ingen uddannelse. Endelig finder vi, at der er 5-6 pct. færre børn i rige familier – den fjerdedel med de højeste husstandsindkomster efter skat – som er svært overvægtige sammenlignet med børn i fattige familier – den fjerdedel med de laveste husstandsindkomster efter skat.

Tabel 10.4. Sammenhæng mellem svært overvægtige¹ 7-17-årige børn og forskellige socioøkonomiske forhold. 2009.

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret
Køn			
- dreng (referencegruppe)	0,041 (0,199)		
- pige	0,032 (0,178)	-0,009 (-0,71)	-0,009 (-0,56)
Aldersgruppe			
- 7-9 år (referencegruppe)	0,055 (0,228)		
- 10-12 år	0,025 (0,157)	-0,030+ (-1,82)	-0,022 (-1,04)
- 13-14 år	0,033 (0,180)	-0,022 (-1,15)	-0,023 (-0,92)
- 15-17 år	0,035 (0,184)	-0,020 (-1,18)	-0,013 (-0,58)
Selvvurderet fagligt standpunkt			
- dårlig (referencegruppe)	0,031 (0,175)		
- middel	0,034 (0,182)	0,003 (0,18)	-0,004 (-0,19)
- dygtig	0,023 (0,152)	-0,009 (-0,30)	-0,017 (-0,45)
- ikke opgivet	0,050 (0,217)	0,019 (1,12)	-0,001 (-0,03)
Forældres civilstand			
- enlig (referencegruppe)	0,019 (0,137)		
- parforhold	0,046 (0,211)	0,0275* (2,12)	0,0535* (2,20)
Mors socioøkonomiske status			
- lønmodtager (referencegruppe)	0,034 (0,182)		
- ledig	0,073 (0,271)	0,039 (0,74)	-0,055 (-0,77)
- selvstændig	0,027 (0,166)	-0,007 (-0,18)	-0,053 (-1,10)

		OLS-regressioner (t-værdier)	
	Gns. (std. afv.)	Ukontrolleret	Kontrolleret
- pensionist	0,090 (0,290)	0,055 (1,61)	0,073 (1,44)
- andet	0,048 (0,216)	0,014 (0,52)	0,045 (1,10)
Mors uddannelse			
- Ingen uddannelse (referencegruppe)	0,055 (0,229)		
- faglig uddannelse	0,041 (0,200)	-0,014 (-0,84)	-0,008 (-0,37)
- KVV	0,028 (0,168)	-0,027 (-0,82)	0,002 (0,04)
- MVU	0,021 (0,142)	-0,035* (-1,96)	-0,016 (-0,62)
- LVU	0,025 (0,158)	-0,030 (-1,23)	0,0003 (0,01)
Urbanisering			
- hovedstaden (referencegruppe)	0,029 (0,169)		
- by med >100.000 indbyggere	0,0 (0,000)	-0,029 (-0,97)	-0,019 (-0,50)
- by med < 100.000 indbyggere og landdistrikter	0,041 (0,200)	0,012 (0,69)	0,033 (1,38)
Husstandsindkomst efter skat			
- 1. kvartil (referencegruppe)	0,072 (0,260)		
- 2. kvartil	0,052 (0,222)	-0,021 (-0,76)	-0,034 (-1,02)
- 3. kvartil	0,064 (0,245)	-0,008 (-0,32)	-0,017 (-0,50)
- 4. kvartil	0,010 (0,100)	-0,0620* (-2,40)	-0,055 (-1,58)
Antal	646	646	646
R ²			0,05

Note: 1) BMI over den fastsatte grænse for svær overvægt jf Cole et al. (2000), se tabel 10.1. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Det er umiddelbart overraskende, at der ikke er nogen sammenhæng mellem hvor godt børn klarer sig i skolen eller moderens og faderens socioøkonomiske status – beskæftiget lønmodtager, ledig, selvstændig erhvervsdrivende, pensionister – og forekomsten af svær overvægt. Forklaringen kan dog være, at der er forholdsvis få børn, der har deltaget i undersøgelsen, hvilket alt andet lige gør det vanskeligere at påvise signifikante forskelle mellem forskellige grupper.

Forklaringen kan også være, at der er en mere indirekte sammenhæng mellem demografiske og socioøkonomiske faktorer på den ene side og forekomsten af overvægt blandt børn på den anden. Rygning under graviditet og manglende eller kun lidt amning, der begge er forhold med en negativ social gradient, har således vist sig at hænge positivt sammen med, om børn bliver overvægtige, ligesom det gælder for forekomsten af overvægt hos forældrene, se afsnit 7.1 og Greve (2009). En nærmere analyse af disse forhold vil ikke blive foretaget her, da det ligger uden for formålet med denne bog.

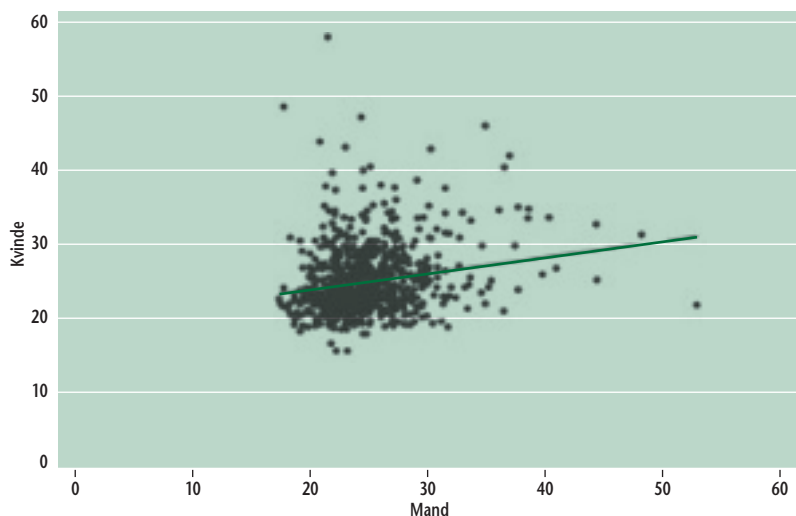
11. Er der sammenhæng mellem fædre og mødres vægt og deres børns vægt?

Da DTUC indeholder oplysninger om både individer og deres familier, er det her muligt at belyse sammenhængen mellem dels partneres, dels deres børns BMI, netop fordi alle over 6 år har rapporteret højde og vægt, se kapitel 4. Det betyder, at vi kan undersøge, om overvægt forekommer for alle i en familie, eller om det er et mere individuelt fænomen, som kun berører nogle af familiens medlemmer. Hvis det sidste er tilfældet, kan forklaringen være, at overvægt enten er arveligt betinget eller først og fremmest påvirket af forhold uden for hjemmet. Er flere af familiens medlemmer overvægtige, kan det tilskrives det miljø, man bor i både ernæringsmæssigt og med hensyn til anden daglig adfærd. Det kan så igen hænge sammen med, at man påvirker hinanden i familien, eller at man i sin tid fandt en partner, som på disse områder lignede en selv.

Hvad angår sammenhængen mellem partneres BMI, ser vi af figur 11.1, at denne er positiv – jo større den enes BMI er, jo større er den andens også. For hver enhed mandens BMI stiger, stiger kvindens med 0,2 enhed, eller anderledes udtrykt, at hvis mandens BMI stiger én enhed, er der 20 pct.'s sandsynlighed for, at kvindens BMI også stiger med én enhed. Der er altså en positiv sammenhæng mellem partneres BMI. Det gælder også for USA, hvor Abrevaya & Tang (2010) finder, at når mandens BMI stiger en enhed stiger kvindens BMI med 0,33 enhed, altså en lidt større sammenhæng mellem partneres BMI i USA end i Danmark.

Vi finder ligeledes, at der er en sammenhæng mellem forekomsten af fædre og mødres normalvægt, overvægt og svær overvægt. Blandt 45 pct. af alle forældrepar er begge parter således enten normalvægtige (25,4 pct.), moderat overvægtige (15,1 pct.) eller svært overvægtige (4,6 pct.) (tabel 11.1). Hvilket altså er ensbetydende med, at i hvert tyvende danske forældrepar er begge parter svært overvægtige. For de 55 pct. af forældrene, hvor der er forskel på, om faderen eller moderen er normalvægtig, moderat overvægtig eller

Figur 11.1. Sammenhæng¹ mellem samlevende mænd og kvinders BMI. 2009.



¹OLS-regression: konstant = 19,71*** (t-værdi=16,66), BMImand = 0,199*** (t-værdi=4,51).

R^2 0,02, *** angiver sign. forskellig fra 0 på 0,01-niveau.

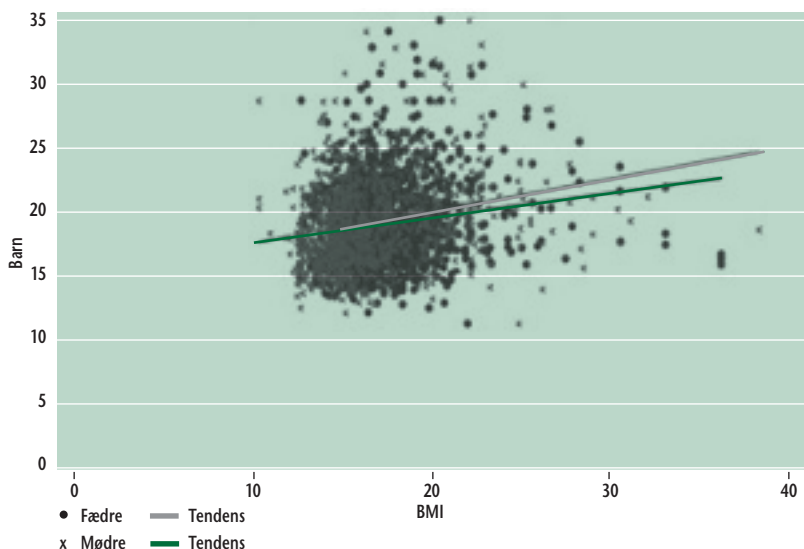
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

svært overvægtig, er der over dobbelt så mange, hvor det er manden, der er mere overvægtig end kvinden (37 pct. og 17 pct.). Endelig finder vi også, at der er en del familier, hvor den ene forælder er normalvægtig og den anden svært overvægtig, nemlig 4,7 pct. hvor det er moderen, og 6,2 pct. hvor det er faderen, der er svært overvægtig, mens den anden part er normalvægtig.

Når det gælder sammenhængen mellem moderen og faderens BMI og deres børns BMI, ser vi, at denne sammenhæng er mere udpræget for mødre og børn end for fædre og børn (figur 11.2). Hvis moderens BMI stiger med én enhed, er der 16 pct.'s sandsynlighed for, at barnets BMI tilsvarende stiger med én enhed, mens en stigning i faderens BMI med én enhed kun indebærer en 8 pct.'s sandsynlighed for, at barnets BMI stiger med én enhed⁵. Ligesom ovenfor skal stigninger her tages som udtryk for statistiske sammenhænge mellem forældres og børns BMI, og at det i øvrigt først og

5 I USA er korrelationen mellem mødres og børns hhv. fædres og børns BMI beregnet til 0,30/0,22 og 0,26/0,18 (piger/drenge) blandt hjemmeboende børn i alderen 18-30 år (Abrevaya & Tang, 2010).

Figur 11.2. Sammenhæng¹ mellem barnet og mors hhv. fars BMI. 2009.



¹OLS-regressioner:

Mødre: Konstant = 15,20*** (t-værdi=21,45), koefficient til BMI_{mor} = 0,163*** (t-værdi=5,85), R^2 0,05.

Fædre: Konstant = 17,12*** (t-værdi=19,96) BMI_{far} = 0,081* (t-værdi= 2,54), R^2 0,01, ***,* angiver hhv. sign. forskel ift. 0 på 0,01 og 0,1-niveauer.

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

fremmest gælder for forældre, hvis BMI ligger omkring gennemsnittet, nemlig 25,0 for mødre og 26,5 for fædre.

Ser vi på, om fædre og mødre tilhører samme "vægtgruppe" som deres børn, finder vi, at dette gælder for 57 pct. af mødrene og 45 pct. af fædrene (tabel 11.1). Flertallet af disse mødre er normalvægtige og har normalvægtige børn (49,1 pct. af alle mødre), mens 6,4 pct. er moderat overvægtige ligesom deres børn, og for kun 1,5 pct. gælder, at både moderen og barnet er svært overvægtige. Tilsvarende finder vi, at i hver tredje familie er både faderen og barnet normalvægtige, mens moderat overvægt forekommer for dem begge i 10 pct. af familierne. Kun i 1 pct. af familierne er både faderen og barnet svært overvægtige.

I familier, hvor moderen eller faderen, og barnet ikke begge tilhører samme vægtkategori – normalvægtige, moderat overvægtige eller svært overvægtige – er det hyppigst forælderen, der er mest overvægtig, dvs. tilhører den "tungeste" gruppe. Der er således 3 gange så mange familier, hvor moderen er mere overvægtig end

barnet, mens der er 5-6 gange flere, hvor det er faderen frem for barnet, der er i en højere "vægtgruppe". Det betyder, at barnet i 8-10 pct. af alle børnefamilier er mere overvægtigt end sin mor eller far, mens det omvendt for 33 og 47 pct. af alle børnefamilier, er forælderen – moderen eller faderen – som er mere overvægtig end barnet (tabel 11.1).

Vi har også beregnet (ikke angivet i nogen tabel), at 10,7 pct. svært overvægtige børn i alderen 7-17 år har både en mor og far, som er svært overvægtig, mens 8,6 pct. af alle moderat eller svært overvægtige børn i denne aldersgrupper har forældre, der begge er svært overvægtige.

Endelig viser sammenhængen mellem forældre og børns overvægt sig også ved, at hvis faderen er svært overvægtig, er barnet det med 6 pct.'s sandsynlighed også, og hvis det er moderen, der er svært overvægtig, er der 10,5 pct.'s sandsynlighed for, at barnet også er det (tabel 11.2).

Sandsynligheden for at barnet er moderat eller svært overvægtigt – altså bare én af mulighederne – når faderen er svært overvægtig er derimod en fjerdedel (26 pct.) og mellem en tredjedel og

Tabel 11.1. Sammenhæng mellem fædre og mødres BMI og deres børns BMI. 2009. Angivet i procent.

	Mor					Barn		
	Under-vægt	Normal-vægt	Moderat overvægt	Svær overvægt	I alt	Normal-vægt ¹	Moderat overvægt	Svær overvægt
Far								
Undervægt	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0
Normalvægt	1,4	25,4	8,2	4,7	39,6	34,0	4,6	1,1
Moderat overvægt	0,3	25,1	15,1	5,0	45,4	33,6	9,5	2,3
Svær overvægt	0,0	6,2	4,0	4,6	14,8	10,8	2,9	1,1
I alt	1,6	56,7	27,4	14,3	100,0 ²	78,5	17,1	4,5
Barn								
Normalvægt ¹	1,1	49,1	19,7	8,5	78,5			
Moderat overvægt	0,3	6,1	6,4	4,3	17,1			
Svær overvægt	0,2	1,5	1,3	1,5	4,5			

¹Indeholder også undervægtige børn.

²Antal: 653

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 11.2. Overvægtige børn og deres forældre i forskellige vægtkategorier, andele og odds ratio. 2009.

	Faderen			Moderen		
	Normalvægtig	Moderat overvægtig	Svært overvægtig	Normalvægtig	Moderat overvægtig	Svært overvægtig
Andel moderat eller svært overvægtige børn, procent	14,3	25,9	26,0	13,4	28,1	40,6
Odds ratio ift. normalvægtig far/mor	..	1,81	1,82	..	2,10	3,03
Andel svært overvægtige børn, procent	2,8	5,1	6,2	2,6	4,7	10,5
Odds ratio ift. normalvægtig far/mor	..	1,82	2,21	..	1,81	4,04

Kilde: Beregnet på tabel 11.1. Rockwool Fondens Forskningsenhed.

halvdelen (41 pct.), når det er moderen, som er svært overvægtig. Til sammenligning gælder, at hvis faderen eller moderen er normalvægtig hhv. moderat overvægtig, er det 14-13 pct. og 26-28 pct. af børnene, der er moderat eller svært overvægtige.

Ser vi på sandsynligheden for, at et barn er overvægtigt – moderat eller svært – kan vi på baggrund af ovennævnte beregninger vise, at denne sandsynlighed eller odds ratio er 80 pct. større, hvis faderen selv er moderat eller svært overvægtig sammenlignet med, at han er normalvægtig. Hvis det derimod er moderen, der er moderat overvægtig, er sandsynligheden for, at barnet er moderat eller svært overvægtigt, 110 pct. større, end hvis moderen er normalvægtig. Hvis hun er svært overvægtig er den tilsvarende sandsynlighed 200 pct. større. Og endelig finder vi, at sandsynligheden for at barnet er svært overvægtig stiger med 80 pct., hvis moderen eller faderen er moderat overvægtige og med 120 pct. henholdsvis 300 pct., hvis faderen eller moderen selv er svært overvægtige. Der er altså en markant oversandsynlighed for, at ens barn er overvægtigt, hvis faderen eller moderen også er overvægtige, og især hvis moderen er svært overvægtig.

12. Overvægt, helbred og trivsel – er der en sammenhæng?

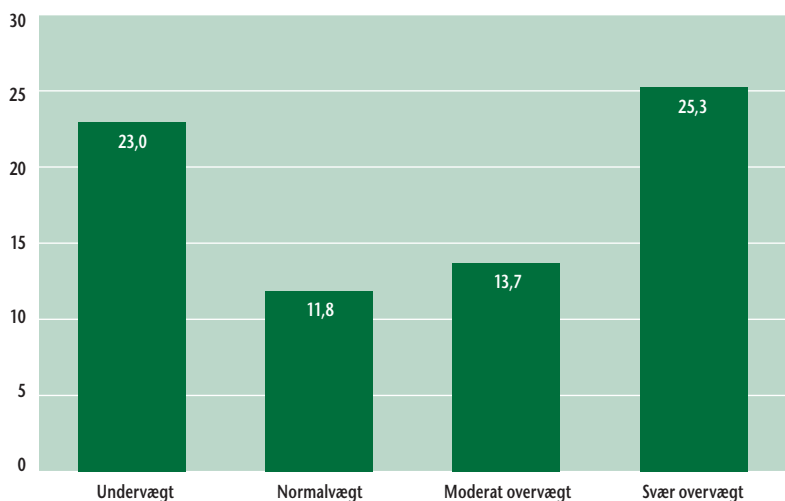
Flere undersøgelser har vist, at der er en negativ sammenhæng mellem overvægt og dårligt helbred, således at jo højere BMI jo dårligere er det selv-rapporterede helbred, og jo større risiko er der for sygdomme som diabetes, hjerteproblemer mv., se fx Okoson et al. (2001), MacMinn et al. (2007) og Finer (2006).

Sammenhængen mellem overvægt og helbred kan til dels forklares af demografiske og socioøkonomiske faktorer. Fx viser undersøgelser, at der er en sammenhæng mellem overvægt og selv-vurderet helbred for alle aldersgrupper, om end sammenhængen er aftagende med alderen. Derimod viser det sig, at forskellige socioøkonomiske forhold som lav indkomst, ingen uddannelse, arbejdsløshed har større betydning for helbredet, jo ældre man bliver. Her til kommer, at der er evidens for, at rygning og alkohol påvirker ens helbred, således at jo mere især yngre mennesker ryger, jo dårligere er deres selv-vurderede helbred. På samme måde er der en negativ sammenhæng mellem et stort alkoholforbrug for især yngre kvinder og mænd og deres helbred (MacMinn et al., 2007). Det er altså ikke kun overvægt, men også rygning og alkohol og socioøkonomiske forhold, som har betydning for, hvordan man vurderer sit helbred.

Der viser sig også at være en sammenhæng mellem overvægt og trivsel, idet der med overvægt kan følge en stigmatisering, som kan have psykologiske og sociale konsekvenser (Puhl & Heuer, 2010). Tidligere litteratur på dette område viser dog ikke entydigt, at overvægt fører til dårlig trivsel (se fx Mannucci et al., 1999; Doll et al., 2000). En anden forklaring på sammenhængen mellem overvægt og trivsel kan være, at personer, der trives dårligt og fx er stressede eller i søvnunderskud, spiser anderledes og derfor ændrer deres vægtstatus.

Ser vi alene på sammenhængen mellem BMI-vægtgrupperne og selv-vurderet helbred, finder vi, at mange undervægtige og svært

Figur 12.1. Andelen med dårligt eller mindre godt helbred blandt forskellige vægtgrupper. 18+-årige. Procent. 2009.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

overvægtige vurderer deres helbred som værende dårligt sammenlignet med moderat overvægtige og især normalvægtige (figur 12.1). Andelen med mindre godt eller dårligt helbred blandt undervægtige, normalvægtige, moderat overvægtige og svært overvægtige er således hhv. 23, 12, 14 og 25. Og for dem, der vurderer deres helbred som dårligt – og altså ikke bare som mindre godt – er de tilsvarende andele på 9, 3, 3 og 7 for henholdsvis undervægt, normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt (fremgår ikke af figur 12.1). Der er således ingen tvivl om, at ligesom det er tilfældet for USA og Canada, er der også en negativ sammenhæng mellem BMI og det generelle helbred, hvad enten sammenhængen er den, at undervægt og overvægt betyder et dårligt selv vurderet helbred, eller at et dårligt selv vurderet helbred bidrager til overvægt.

Når det gælder sammenhængen mellem BMI og selv vurderet helbred, er der forskelle mellem mænd og kvinder (tabel 12.1). Hvor der for mænd ikke er nogen væsentlig sammenhæng mellem BMI og selv vurderet helbred, gælder det for kvinder, at der er en stigende sandsynlighed for, at de vurderer deres helbred som værende godt, vældig godt eller fremragende, når de går fra at være undervægtige til normalvægtige (indtil et BMI på 22). Omvendt falder sandsynligheden for, at kvinder vurderer deres helbred som værende godt,

vældig godt eller fremragende, når de går fra at være normal vægtige til moderat og svært overvægtige (fra et BMI på 22).

Ligesom der er sammenhæng mellem BMI og helbred, gælder det også for BMI og trivsel, hvilket vi da også skulle forvente, da godt helbred og god trivsel hænger sammen, se figur 5.3. Der er således en væsentlig sammenhæng mellem trivsel og BMI for både mænd og kvinder, jf. tabel 12.1. På baggrund af tabellen kan vi beregne, at trivslen stiger, indtil mænd hhv. kvinder når et BMI på 22,7 og 20,9 svarende til trivselsværdier på 77,6 og 72,8. Herefter aftager trivslen med stigende BMI for både mænd og kvinder. Dette billede er mindre klart, når vi inddeler mænd og kvinde efter vægtkategori. Hvor normalvægtige mænds trivselsindeks er på 76, er det på 75 og 73 for moderat hhv. svært overvægtige mænd, og for tilsvarende kvinder er trivselsindeksene på 76, 70 og 69. Hvad angår børns overvægt, er der ingen sammenhæng mellem denne og deres trivsel (tabel 12.2).

Selvom den gennemsnitlige trivsel kun i begrænset omfang hænger sammen med mænds og kvinders BMI, er der væsentlig flere overvægtige kvinder, som trives dårligt. Andelen med dårlig trivsel, sådan som vi definerede det i afsnit 6.2, er således 9 for normal-

Tabel 12.1. Sammenhæng mellem BMI og helbred hhv. trivsel for mænd og kvinder. 2009.

	Helbred ¹		Trivsel ²	
	OLS-regression (t-værdier)		OLS-regression (t-værdier)	
	Mand	Kvinde	Mand	Kvinde
BMI	0,005	0,033***	0,794*	0,782+
	(0,62)	(4,28)	(2,00)	(2,16)
BMI ²	0,0001	-0,0008***	-0,017**	-0,018**
	(-1,58)	(-5,98)	(-2,65)	(-2,87)
Konstant	0,907***	0,504***	65,19***	65,85***
	(7,09)	(4,59)	(11,17)	(12,81)
Antal	2.679	2.763	2.679	2.763
R ²	0,013	0,037	0,007	0,009

¹Fremragende, vældig godt eller godt helbred ift. mindre eller dårligt, jf. kategorierne i figur 5.1.

²Indeksværdi kontinuert (0-100).

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

Tabel 12.2. Fædre, mødre og børns trivsel efter vægtgruppe. 2009.

	Mænd		Kvinder		Børn	
	Trivsel (indeksværdi)	Andel med lav indekssværdi	Trivsel (indeksværdi)	Andel med lav indekssværdi	Trivsel (indeksværdi)	Andel med lav indekssværdi
	Gns. (st.afv.)	Procent	Gns. (st.afv.)	Procent	Gns. (st.afv.)	Procent
Normalvægt ¹	75,9 (13,2)	9	75,5 12,8	9	77,4 (10,7)	14
Moderat overvægt	75,4 (12,8)	7	70,1** (17,4)	23***	76,5 (11,5)	15
Svært overvægt	73,1*** (16,3)	12 **	69,0** (17,6)	22*	75,4 (10,1)	8
Antal	651		651		965	

Note: undervægtige indgår ikke i denne tabel pga. få observationer

¹For børn gælder, at undervægtige børn optræder i denne kategori grundet en manglende officiel afgrænsning.

***, **, *) Angiver en signifikant forskel fra normalvægt 1%, 5% og 10%.

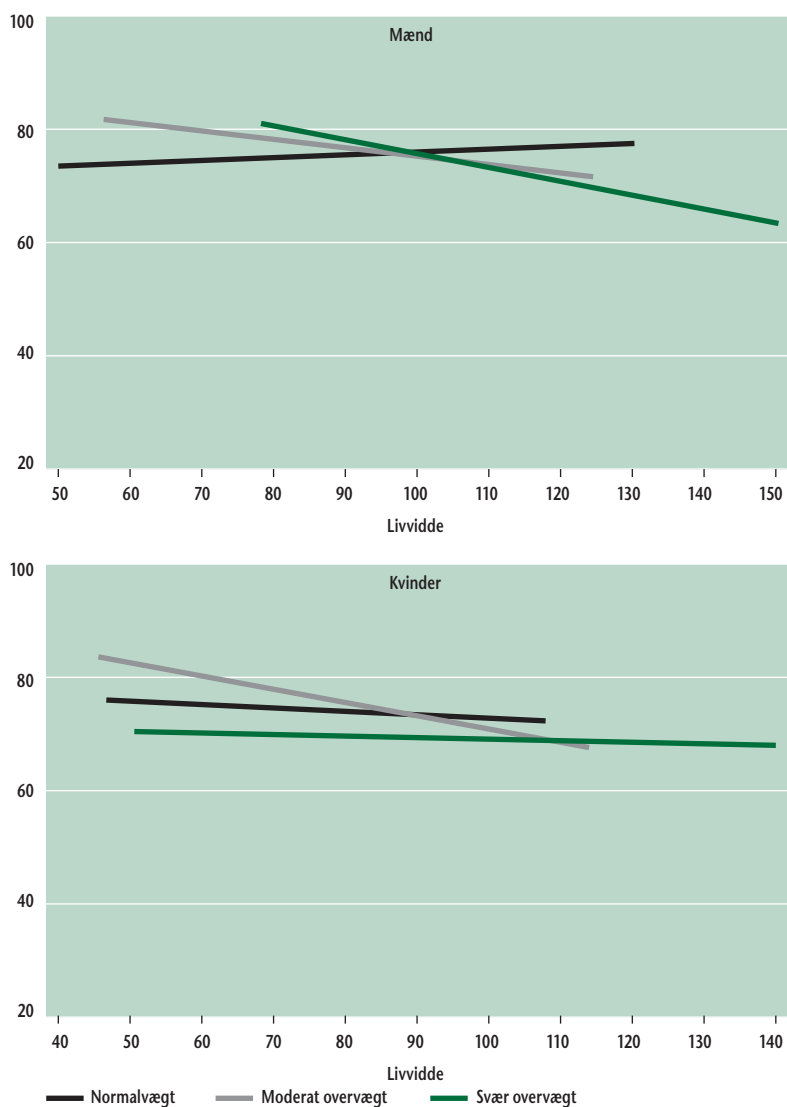
Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

vægtige mænd mod 7 for overvægtige og 12 for svært overvægtige mænd. For kvinder er sammenhængen væsentligt mere udpræget med en andel med dårlig trivsel på 9 for normalvægtige og 23 og 22 for overvægtige og svært overvægtige. For børn er der ingen signifikant forskel i andelen med dårlig trivsel mellem vægtkategorierne.

I kapitel 7 nævnte vi, at det at bruge BMI som mål for overvægt er forbundet med en vis usikkerhed, bl.a. fordi dette mål ikke skelner mellem fedt og muskelmasse. Der er derfor en risiko for at fejlklassificere muskuløse mænd som moderat overvægtige. Denne risiko for fejlklassificering er mindre for kvinder, fordi der er færre kvinder, der opbygger muskelmasse i tilstrækkeligt omfang enten som led i deres arbejdsfunktion eller i deres fritid. Livvidden er ofte blevet fremhævet som værende et bedre mål for overvægt end BMI – især for voksne (Bigaard et al., 2005). Livvidden viser både noget om mængden af "det farlige" fedt, der sidder om maven, men kan også være et udtryk for, om en person er sund.

I figur 12.2 viser vi sammenhængen mellem trivsel og livvidde opdelt på de forskellige vægtkategorier for mænd og kvinder. Undervægtige mænd og kvinder er ikke medtaget i figuren, idet der kun er få undervægtige i vores datamateriale, hvorfor resultaterne for denne gruppe ville blive behæftet med en stor usikkerhed.

Figur 12.2. Sammenhængen mellem trivsel og livvidde inden for forskellige vægtgrupper.



Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

For mænd gælder, at en øget livvidde reducerer trivslen væsentligt blandt moderat ($25 \leq \text{BMI} < 30$) og svært ($\text{BMI} \geq 30$) overvægtige, mens en øget livvidde ikke reducerer trivslen blandt normalvægtige ($18,5 \leq \text{BMI} < 25$) mænd. Blandt kvinder er det de moderat overvægtige, der trives væsentligt dårligere, når deres livvidde sti-

ger, mens der i mindre grad er en sammenhæng mellem livvidde og trivsel for svært overvægtige og normalvægtige (hældningerne på disse to kurver er fladere, og ikke forskellige fra nul).

Når svær overvægt og især stor livvidde – som har nogle negative helbredsmæssige konsekvenser – reducerer trivslen, kan dette hænges sammen med både en mindre tilfredshed ved ikke at kunne deltage i forskellige aktiviteter på samme måde som ikke-overvægtige personer og med en – bevidst eller ubevidst – diskrimination over for overvægtige inden for stort set alle samfundslag. Når livvidden har en forskellig indvirkning på mænds og kvinders trivsel, kan dette bl.a. forklares ved forskelle i opfattelsen af krop og udseende. Sociologisk og psykologisk forskning viser, at kvinders krop oftere er genstand for opmærksomhed – både positiv og negativ (Hatfiels & Sprecher, 1986) – og at kvinder langt oftere påvirkes og optages af deres krop og udseende end mænd (Feingold & Mazzella, 1998). Når sammenhængen mellem trivsel og livvidde er forskellig blandt moderat overvægtige mænd og kvinder, kan forklaringen – ud over usikkerheden ved BMI – være, at der blandt de moderat overvægtige mænd er flere muskuløse end blandt kvinder, mens kvinder i denne gruppe kan have en særlig tendens til at trives dårligt, når de har en høj livvidde.

13. Spisning, motion og overvægt

Der er en række mulige forklaringer på den stigende overvægt i befolkningerne verden over. Nogle af disse forklaringer vedrører forekomsten af (genetiske) dispositioner for at tage på, andre forklaringer peger på betydningen af ens adfærd og/eller af påvirkningen fra ens omgivelser, se fx Rosin (2007), og atter andre forklaringer går på, at personer, der er genetisk disponeret over for fedme, er mere modtagelige over for et fedmefremkaldende miljø (Astrup et al., 2006). Selve årsagsrækkefølgen – hvad der starter udviklingen af svær overvægt – debatteres stadig og omtales som fedmens gåde. En umiddelbar forklaring på overvægt er, at indtaget af fødevarer – input – ikke svarer til forbrændingen af disse fødevarer – output –, hvilket giver problemer med energibalancen. Selvom en ubalance mellem indtag og forbrug af kalorier ikke kan forklare årsagen til fedme, har energibalancen betydning for, om man er undervægtig, normalvægtig, moderat overvægtig eller svær overvægtig (Astrup et al., 2006). Fx har svært overvægtige personer brug for et relativt stort energiindtag for at holde kroppen ved lige, samtidig med at svært overvægtige har sværere ved at bevæge sig end normalvægtige personer.

For at vurdere om energibalancen er forskellig for mænd og kvinder med forskelligt BMI, anvender vi udgifter til fødevarer, herunder til frugt og slik, og tid brugt på spisning som udtryk for fødevareindtaget, mens tiden brugt på motion anvendes som mål for forbrænding. Der er selvfølgelig her tale om meget grove mål for en sådan balance, tillige med at de bygger på en række forudsætninger. Det gælder fx forudsætningen om, at store udgifter til fødevarer er korreleret med et stort kalorieindtag, og at lang tid brugt på tilberedning og spisning er bedre end kort tid brugt på tilberedning og spisning – ”slow-food” i forhold til fastfood – og at tid anvendt på motion er korreleret med stor forbrænding af kalorier.

Hvis vi antager, at nævnte forudsætninger er opfyldte – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at spise mindre (og anderledes) og bruge tid på sin spisning samtidig med, at man skal dyrke mere motion – indebærer det, at vores mål må anses for at være rimelige indikatorer for, hvad der bl.a. skal til af adfærdsændringer for at bidrage til at reducere overvægtsproblemet i den danske befolkning.

Tabel 13.1 viser, at der ikke er væsentlig forskel i fødevareudgifterne i husholdninger uanset mandens BMI, når vi tager hensyn til, at der ikke nødvendigvis er lige mange familiemedlemmer, dvs., at vi har beregnet det husstands-ækvivalerede forbrug, og at alder, civilstand, socioøkonomisk status, uddannelse og urbanitet også kan variere mellem grupperne. Udgifterne til frugt er imidlertid mindre i husstande, hvor manden er moderat overvægtig eller svært overvægtig, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem sådanne udgifter og den vægtkategori kvinden befinder sig i. I husstande med svært overvægtige kvinder er udgifterne til slik derimod mindre end i andre husstande, hvilket dog ikke er tilfældet, når vi kontrollerer for andre forhold.

Tiden brugt på spisning varierer med mænd og kvinders BMI, således at moderat overvægtige mænd bruger mere tid end andre mænd på at spise, mens både undervægtige, moderat og svært overvægtige kvinder bruger mere tid på at spise end normalvægtige kvinder. Når vi kontrollerer for andre forhold, er der ikke længere nævnte sammenhæng for mænd, hvorimod svært overvægtige mænd så viser sig at bruge mindre tid på at spise. For kvinder indebærer en kontrol for andre forhold, at det kun er undervægtige, der bruger mere tid på at spise end normalvægtige, idet der ikke længere er nogen forskel mellem disse og moderat og svært overvægtige på dette punkt.

Endelig har vi også set på sammenhængen mellem BMI og tiden brugt på motion, som kun viser sig at være forskellig fra normalvægtiges, når det gælder svært overvægtige mænd. Sådanne mænd bruger således signifikant mindre tid på motion end normalvægtige mænd, også når vi kontrollerer for andre forhold. For kvinder finder vi ingen forskelle i, hvor meget tid kvinder med forskelligt BMI bruger på motion.

Der er således noget, der tyder på, at vægt og energibalance hænger sammen, selvom det ikke fremgår så tydeligt her. Som nævnt indledningsvis er det dog ikke nødvendigvis et givet forbrug og

Tabel 13.1. Spisning og motion – energibalancen – for mænd og kvinder opdelt efter BMI vægtgruppe. 2009.

	Mænd			
	Under- vægt	Normal vægt (reference- gruppe)	Moderat overvægt	Svær overvægt
Forbrug	Kr. pr. måned			
Udgifter til fødevarer ¹	..	1.399	1.409	1.374
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	..		9,59 (0,16)	-24,64 (-0,30)
- kontrolleret ²			41,4 (0,67)	48,8 (0,57)
Frugt ¹	..	297	217	222
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	..		-80,25** (-3,26)	-74,37* (2,12)
- kontrolleret ²	..		-66,22** (-2,68)	-62,5+ (-1,79)
Slik ¹	..	140	123	98
- forskel ift. normalvægtiges udgifter			-16,98 (-0,64)	-41,86 (-1,01)
- kontrolleret ²	..		-26,93 (-0,93)	-35,55 (-0,70)
Antal observationer	..	543	692	205
Tid	Timer/gns. ugedag			
Tid brugt på spisning	..	1,43	1,55	1,42
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	..		0,13** (3,18)	-0,01 (-0,18)
- kontrolleret ²	..		-0,01 (-0,22)	-0,11* (-2,01)
Tid brugt på motion	..	0,47	0,44	0,31
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	..		-0,04 (-1,00)	-0,17** (-3,19)
- kontrolleret ²	..		-0,04 (-1,13)	-0,16** (-3,00)
Antal observationer	..	942	982	329

¹Der er taget hensyn til forskellig familiesammensætning ved at dividere udgifterne med kvadratroden til antallet af familiemedlemmer. .. angiver, at der er mindre end 20 observationer.

	Kvinder			
	Under- vægt	Normal vægt (reference- gruppe)	Moderat overvægt	Svær overvægt
Forbrug	Kr. pr. måned			
Udgifter til fødevarer ¹	1.181	1.390	1.422	1.363
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	-209,00 (-1,39)		32,50 (0,51)	-26,61 (-0,34)
- kontrolleret ²	-216,90 (-1,41)		37,60 (0,58)	35,20 (0,44)
Frugt ¹	158	249	212	202
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	90,70 (-1,34)		-36,6 (-0,14)	-47,10 (-1,48)
- kontrolleret ²	-50,84 (-0,76)		-16,70 (-0,63)	-19,21 -0,58
Slik ¹	57	124	98	60
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	-67,02 (-0,96)		- 26,49 (-1,01)	-64,20* (-2,16)
- kontrolleret ²	-23,04 (-0,33)		-20,63 (-0,82)	-30,92 (-0,94)
Antal observationer	46	835	431	239
Tid	Timer/gns. ugedag			
Tid brugt på spisning	1,67	1,49	1,60	1,58
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	0,18+ (1,84)		0,12** (2,78)	0,09+ (1,85)
- kontrolleret ²	0,26** (2,79)		0,02 (0,41)	-0,04 (-0,77)
Tid brugt på motion	0,23	0,43	0,38	0,38
- forskel ift. normalvægtiges udgifter	-0,20* (-2,26)		-0,04 (-1,15)	-0,05 (-1,17)
- kontrolleret ²	-0,18* (-2,03)		-0,03 (-0,90)	-0,05 (-1,03)
Antal observationer	78	1.278	646	398

²OLS kontrolleret for forskelle i alder, civilstand, børn, socioøkonomisk status, uddannelse, nettohusstandsindkomst og urbanitet mellem vægtgrupperne. t-værdier er angivet i parentes. Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

en given adfærd, der *fører* til en given vægtstatus. Det er muligt, at overvægt skaber problemer i forhold til at bruge tid på motion, hvorfor sammenhængen mellem energibalancen – den nutidige og tidligere – og overvægt kræver yderligere analyser for at kunne forklares nærmere.

14. Konklusion

For at bidrage til belysningen af befolkningens helbredstilstand og udbredelsen af overvægt gennemførte Rockwool Fondens Forskningsenhed i 2009 en undersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af den danske befolkning. Denne undersøgelse, som er en del af en omfattende tids- og forbrugsundersøgelse (DTUC), indeholdt en række helbredsspørgsmål og spørgsmål om højde, vægt og livvidde blandt alle over 6-årige medlemmer i ca. 4.000 danske familier.

Flere undersøgelser har vist, at der er sammenhæng mellem ens egen vurdering af helbredet og ens objektivt vurderede sundhedstilstand og forekomsten af eventuelle sygdomme. Når folk således rapporterer, at de har et dårligt helbred, er det ofte ensbetydende med, at deres kliniske sundhedstilstand ikke er tilfredsstillende, og at de i nogle tilfælde lider af specifikke sygdomme.

Hvordan er danskernes generelle helbred? 3 ud af 4 danskere vurderer deres helbred som godt eller vældig godt – og godt hver tiende vurderer det som fremragende. Det er altså næsten 9 ud af 10 danskere, som vurderer deres helbred som godt eller bedre end det. Det betyder omvendt, at godt 10 pct. voksne danskere vurderer deres helbred som værende enten mindre godt eller dårligt.

Hvordan kommer danskernes trivsel til udtryk? Omkring 90 pct. af både mænd og kvinder angiver, at de hele tiden eller i det mindste noget af tiden – meget og delvist – har følt sig veloplagte, rolige og afslappede, fuld af energi og/eller har været glade og tilfredse. Og lige så mange tilkendegiver, at de kun lidt af tiden eller på intet tidspunkt har været nervøse, så langt nede at intet har kunnet muntre dem op, følt sig trist til mode, udslidte og/eller trætte.

For både unge, midaldrende og ældre gælder, at kvinder angiver en dårligere trivsel end sammenlignelige mænd. Vi finder også,

at kvinder på alle uddannelsesniveauer trives dårligere end tilsvarende mænd, og at såvel kvinder som mænd uden uddannelse trives dårligere end kvinder hhv. mænd med uddannelse, og at mænd med lang videregående uddannelse trives bedre end andre mænd.

Hvem har et dårligt helbred og dårlig trivsel? Sammenlignet med beskæftigede er der både forholdsvis flere ledige og pensionister med en dårligere trivsel og et dårligere helbred, og det gælder også selv om vi tager hensyn til andre forhold. Det viser sig også, at husstandens samlede indkomst hænger negativt sammen med det at trives dårligt og/eller at have et dårligt helbred. Om man bor i hovedstaden, i større byer eller uden for disse har derimod ingen betydning for hvor mange, der trives dårligt, mens der er flere i hovedstaden end andre steder, der angiver at have et dårligt helbred.

Hvordan er børns helbred? Der er ingen forskel i, hvordan piger og drenge vurderer deres helbred, idet der er nogenlunde lige mange af begge køn, der angiver at have et fremragende, vældig godt, godt, mindre godt eller dårligt helbred. Der er derimod væsentlig flere piger end drenge, som trives dårligt.

Der er forholdsvis flere børn, som klarer sig middel godt i skolen, som har et dårligt helbred, hvilket dog kun er tilfældet, når der ikke kontrolleres for andre forhold. Det generelle billede er derfor, at hverken dårlig trivsel eller dårligt generelt helbred i sig selv hænger sammen med, hvordan det går i skolen.

Hvis moderen er ledig, er andelen af børn, som trives dårligt, knap 20 pct. større end blandt børn, hvis mor er beskæftiget som lønmodtager. At dette kan hænge sammen med andre forhold i hjemmet ses af, at denne sammenhæng ikke genfindes, når vi kontrollerer for sådanne forhold.

Er der sammenhæng mellem samlevende mænds og kvinders trivsel, og mellem forældres og børns? Der er en positiv sammenhæng mellem forældre og deres børns trivsel, om end sammenhængen er mindre udpræget end blandt forældrene indbyrdes. I 5 pct. af alle familier med 7-17-årige børn har både forældrene og barnet et dårligt helbred, eller hvad der svarer til hver tyvende af sådanne familier. Vi finder også at i hver tredje børnefamilie, er der mindst ét af familie-medlemmerne, der trives relativt dårligt.

Hvor udbredt er overvægt blandt danskere? Flertallet af både mænd og kvinder er enten normalvægtige eller moderat overvægtige, samtidig med at mænd gennemgående har et højere BMI end kvinder. Det mest almindelige BMI for mænd er mellem 25-29,5, hvilket betegnes som moderat overvægt, mens flest kvinder ligger mellem 18,5 og 24,9, hvilket betegnes som normalvægt. Hvor 43,7 pct. af mændene er moderat overvægtige gælder det for 27 pct. af kvinderne, mens 41,2 pct. mændene og 54,1 pct. af kvinderne er normalvægtige. Andelen af svært overvægtige – BMI over 30 – er tilsvarende på 14,7 pct. for mænd og 15,6 pct. for kvinder.

Hvis vi lægger andelene af moderat og svært overvægtige sammen, finder vi, at disse udgør 58,3 pct. for mænd og 42,6 pct. for kvinder. En fjerdedel af kvinder i alderen 18-24-årige er moderat eller svært overvægtige og en tredjedel af tilsvarende mænd. For 25-44-årige kvinder og mænd er det omkring 4 ud af 10, som er moderat eller svært overvægtige, og for kvinder i alderen 45-64 år eller over 64 år er det omkring halvdelen. Blandt mænd i sidstnævnte aldersgrupper er totredjedele moderat eller svært overvægtige.

Der er væsentlig flere kvinder end mænd med en problematisk livvidde – over 102 cm for mænd og over 88 cm for kvinder. Således har 21 pct. af alle mænd over 18 år og 36 pct. af tilsvarende kvinder en livvidde, der ifølge WHO anses for at øge risikoen væsentligt for forskellige sygdomme.

Hvor mange er overvægtige, når både overvægtsklassificeringen for højt BMI og livvidde inddrages i overvægtsmålet? Andelen med en meget høj helbredsrisiko, dvs. mænd og kvinder med højt BMI og stor livvidde, er for mænd på 11 pct. og for kvinder på 14 pct. Det betyder altså, at hver 10. mand over 18 år har en vægt og form, der kan indebære en væsentlig forøget sygdomsrisiko, mens hver syvende kvinde er udsat for en sådan væsentlig forøget risiko pga. sin vægt og form – sammenlignet med andre mænd hhv. kvinder.

Hvem har et højt BMI og en stor livvidde? Der er en markant sammenhæng mellem overvægt og uddannelse. 8 pct. kvinder og 4 pct. mænd med lang videregående uddannelse er overvægtige og har således en meget høj risiko for type 2-diabetes og hjerte-kar-sygdomme, hvilket svarer til omkring en tredjedel af risikoen blandt kvinder og mænd uden uddannelse.

Der er knap 10 pct. flere pensionister, som har et højt BMI og en

stor livvidde end blandt andre grupper. Familiens indkomst hænger ligeledes sammen med de voksne familiemedlemmers risiko for overvægt. Blandt den rigeste fjerdedel af befolkningen er der knap 10 pct. færre overvægtige end blandt den fattigste fjerdedel af befolkningen, idet halvdelen af denne forskel dog kan tilskrives andre forhold end selve indkomsten. Også bopælen viser sig at hænge sammen med risikoen for overvægt, idet risikoen er væsentlig højere i byer under 100.000 indbyggere og landdistrikter end i hovedstadsområdet.

Hvordan har overvægt udviklet sig i Danmark? Ser vi på aldersgrupperne 25-44 og 45-64 år udgør den samlede andel af moderat og svært overvægtige mænd 53 og 65 pct. og 37 og 47 pct. for kvinder. I 2005 var de tilsvarende andele for de to aldersgrupper på 49 og 61 pct. for mænd og 35 og 40 pct. for kvinder. Det svarer til, at stigningen i andelen af 25-44-årige moderat og svært overvægtige danskere har været på 4 pct.-point for mænd og 2 pct.-point for kvinder i løbet af 4 år, mens stigningen for 45-64-årige har været på 5 pct.-point for mænd og 7 pct.-point for kvinder.

Stigningen i andelen af overvægtige kan først og fremmest tilskrives flere svært overvægtige. Det gælder for hele perioden tilbage fra 1987, mens stigningen i andelen af moderat overvægtige steg frem til 2000 for derefter at være nogenlunde konstant. Andelen af både mænd og kvinder i alderen 25-44 år og 45-64 år, som er svært overvægtige, er således fordoblet siden 1987.

Er der sammenhæng mellem fædres og mødres vægt og deres børns vægt? Der er 3 gange så mange familier, hvor moderen er mere overvægtig end barnet, mens der er 6 gange flere, hvor faderen er i en højere "vægtgruppe" end barnet. Det betyder at, i 8-10 pct. af alle børnefamilier er det barnet, som er mere overvægtigt end sin mor eller fader, mens det omvendt for 33 og 47 pct. af alle børnefamilier, er forælderen – moderen eller faderen – som er mere overvægtig end barnet.

Sammenligner vi sandsynligheden for, at et barn er overvægtigt – moderat eller svært – har vi beregnet, at denne sandsynlighed eller odds ratio er 80 pct. større, hvis faderen selv er moderat eller svært overvægtig sammenlignet med, at han er normalvægtig. Hvis det derimod er moderen, der er moderat overvægtig, er sandsynligheden for at barnet er moderat eller svært overvægtigt 110 pct. stør-

re, end hvis moderen er normalvægtig. Hvis hun er svært overvægtig, er den tilsvarende sandsynlighed 200 pct. større. Og endelig finder vi, at sandsynligheden for, at barnet er svært overvægtig, stiger med 80 pct., hvis moderen eller faderen er moderat overvægtige og med 120 pct. henholdsvis 300 pct., hvis faderen eller moderen selv er svært overvægtig. Der er altså en markant oversandsynlighed for, at ens barn er overvægtigt, hvis faderen eller moderen også er overvægtige, og især hvis moderen er svært overvægtig.

Overvægt, helbred og trivsel – er der en sammenhæng? Sammenhængen mellem BMI og selv vurderet helbred viser, at undervægtige og svært overvægtige vurderer deres helbred som værende dårligt sammenlignet med moderat overvægtige og især normalvægtige – dette gælder især for kvinder. Samme sammenhæng gælder også for BMI og trivsel, hvor trivslen er højere blandt normalvægtige i forhold til undervægtige og lavere blandt svært overvægtige i forhold til normal og moderat overvægtige mænd og kvinder. En stigning i livvidden reducerer trivslen forskelligt blandt mænd og kvinder inden for forskellige BMI-vægtgrupper. Blandt svært overvægtige ($BMI \geq 30$) mænd reduceres trivslen væsentligt i forhold til normalvægtige mænd. Blandt kvinder er det de moderat overvægtige ($25 \leq BMI < 30$), der har en væsentlig lavere trivsel, når livvidden øges. Hvad angår børns overvægt, er der ingen sammenhæng mellem denne og deres trivsel.

Spisning, motion og overvægt. Der er ikke nogen væsentlig forskel i fødevareudgifterne i husholdninger, hvor manden er undervægtig, normal vægtig, moderat overvægtig eller svær overvægtig, selvom der kontrolleres for familiestørrelse. Udgifterne til frugt er imidlertid mindre i husstande, hvor manden er moderat eller svært overvægtig, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem sådanne udgifter og kvindens BMI. I husstande med svært overvægtige kvinder er udgifterne til slik derimod mindre end i andre husstande, hvilket dog ikke er tilfældet, når vi kontrollerer for andre forhold.

Hvad angår sammenhængen mellem BMI og tiden brugt på motion gælder, at den kun adskiller sig fra normalvægtige, når det gælder svært overvægtige mænd. Sådanne mænd bruger således signifikant mindre tid på motion end normalvægtige mænd, også når vi kontrollerer for andre forhold. For kvinder finder vi ingen forskelle i, hvor meget tid kvinder med forskelligt BMI bruger på motion.

Der er således noget, der tyder på, at vægt og energibalance hænger sammen, selvom det ikke fremgår så tydeligt her. Senere analyser af dette forhold, vil forsøge nærmere at belyse sammenhængen mellem energibalance og overvægt i den danske befolkning.

- Abrevaya, J. & Tang, H. (2010). Body mass index in families: spousal correlation, endogeneity, and intergenerational transmission. *Empirical Economics*. Published online 09 Oktober 2010.
- Arbejdsmarkedskommissionen (2009). *Velfærd kræver arbejde*. København K.
- Astrup, A.V., Rössner, S. & Sørensen, T.I.A. (2006). Alternative årsager til fedme *Ugeskrift for læger* 168,2:135-137.
- Bigaard, J., Spranggaard, I., Thomsen, B.L., Overvad, K. & Tjønneland, A. (2005). Selfreported and technican–measured waist circumferences differ in middle-aged men and women. *The Journal of Nutrition* 135: 2263-2270.
- Bjørner, J.B., Damsgaard, M.T., Watt, T., Bech, P., Rasmussen, N.K. Rasmussen, Kristensen, T.S., Modvig, J. & Thunedborg, K. (1997). *Dansk manual til SF-36 – Et spørgeskema om helbredsstatus*, København.
- Bonke, J. & Fallesen, P. (2010). The impact of incentives and interview methods on response quantity and quality in diary- and booklet-based surveys. *Survey Research Methods*. Vol. 4, No. 2, pp. 91-101.
- Burkhauser R.V. & Cawley, J. (2008). Beyond BMI: the value of more accurate measures of fatness and obesity in social science research. *Journal of Health Economics* 27,2:519-529.
- Cawley, J. (2007). *The economics of childhood obesity policy*. I Obesity, Business and Public Policy, ed. Acs, Z., Lyles, A. Edward Elgar, UK.
- Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*. 320: 1240-1243.
- Cutler, D.M., Glaeser, E.L. & Shapiro, J.M. (2003). Why Have Americans Become More Obese? *Journal of Economic Perspectives*. 17, 3: 93-118.
- Daniels, S.R. (2006). The consequences of childhood overweight and obesity. *The Future of Children*, 16,1: 47-67.
- Danmarks Statistik (2010). *Estimation og vægtning af Rockwool Fondens undersøgelse af danskernes tidsforbrug*. København.
- Davidson, M. (2007). *Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 – stikprøvekonstruktion, opnåelse, vægtning, samt bortfald og konsekvenser af dette*. Statens Institut for Folkesundhed, notat.
- Dixon, J. (2010). The effect of obesity on health outcomes. *Molecular and Cellular Endocrinology*, 316,2: 104-108.

- Doll, H.A., Petersen, S.E. & Steward-Brown, S.L. (2000). Obesity and physical and emotional well-being: associations between body mass index, chronic illness, and the physical and mental components of the SF-36 questionnaire. *Obesity Research* 8,2:160-170.
- Ekholm, O., Kjølner, M., Davidsen, M., Hesse, U., Eriksen, L., Christensen, A.I. & Grønbaek, M. (2006). *Sundhed og sygelighed i Danmark 2005 & udviklingen siden 1987*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Feingold, A. & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing *Psychological Science* 9,3: 190-195.
- Finer, N. (2006). Medical consequences of obesity. *Medicine*. 34, 12: 510-514.
- Frijters, P., Haiken-DeNew, J.P. & Shields, M.A. (2005). *Socio-Economic Status, Health Shocks, Life Satisfaction and Mortality: Evidence from an Increasing Mixed Proportional Hazard Model*. IZA Discussion Paper no. 1488.
- Gregg, E., Cheng, Y., Narayan, K., et al. (2007). The relative contributions of different levels of overweight and obesity to the increased prevalence of diabetes in the Unites Stats: 1976.2004, *Preventive Medicine*, 45: 348-52.
- Greve, J. (2008). Obesity and labor market outcomes in Denmark. *Economics and Human Biology*. 6: 350-362.
- Greve, J. (2009). *New results on the Effect of Mothers' Working Hours on Children's Overweight Status: Does the Quality of Child Care Matter?* Kapitel 1 i Ph.d.afhandlingen Obesity, Labor Market Activity, and Demand for Medical Care.
- Hatfield, E. & Sprecher, S. (1986). *Mirror, mirror: The importance of looks in everyday life*. New York: SUNY Press.
- Idler, E.L. & Angel, R.J. (1990). Self-rated health and mortality in the NHAMES-I epidemiologic follow-up-study. *American Journal of Public Health*, 80: 446-452.
- Idler, E.L. & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J. Health Soc. Behav.*, 38(1): 21-37.
- Idler, E.L. & Kasl, S.V. (1995). Self-ratings of health – so they also predict change in functional ability. *Journals of Gerontology Series B – Psychological Sciences and Social Sciences*, 50: S344-S353.
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet (2007). *De samfundsøkonomiske konsekvenser af overvægt*. Rapport, Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Jensen, H.N. & Holstein, B. E. (2010). *Sundhed og trivsel blandt indvandrede, efterkommere og etnisk danskere*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, København 2010.
- Johansen, A., Jespersen, L.N., Davidsen, M., Michelsen, S.I., Morgen, C.S., Helweg-Larsen, K., Andersen, A-M.N. Mortensen, L., Juhl, M., & Due, P. (2009). *Danske børns sundhed og sygelighed*. Statens Institut for Folkesundhed.
- Johnston, D.W., Propper, C., Pudney, S.E. & Shields, M.A. (2010). *Is*

- there an Income Gradient in Child Health? It depends whom you ask.* Institute for Social & Economic Research ISER Working Paper Series No. 2010-08. UK.
- Kahn, H.S., Imperatore, G. & Cheng, Y.J. (2005). A population-based comparison of BMI percentiles and waist-to-height ratio for identifying cardiovascular risk in youth. *The Journal of Pediatrics*. 146,4:482-488.
- Kallings, L.V. (2002). *Åtgärder mot fetma*. Statens Folkhälsoinstitut. 2002:6. Sverige.
- Kjøller, M., Juhl, K. & Kamper-Jørgensen, F. (2007). *Folkesundhedsrapporten Danmark 2007*. Statens Institut for Folkesundhed,.
- Kristensen, T.S., Bjørner, J. Smith-Hansen, L., Borg, V. & Skov, T. (1998). *Selvurderet helbred og arbejdsmiljø*. Videntcenter for Arbejdsmiljø.
- Lundborg, P., Nystedt, P. & Rooth, D.O. (2010). *No Country for Fat Men? Obesity, Earnings, Skills, and Health among 450.000 Swedish Men*. IZA Discussion Paper No. 4775. Bonn, Germany.
- MacMinn, W., McIntosh, J. & Yung, C. (2007). *How much does obesity matter? Results from the 2001 Canadian Community Health Survey*. In: *The Economics of Obesity* (eds. Bolin, K. & Cawley, J. *Advances in Health Economics and Health Services Research*. Volume 17. Elsevier, p. 333-364.
- Mannucci et al. (1999). Quality of life and overweight: The obesity related well-being (Orwell 97) Questionnaire. *Addictive Behaviors*. 2, 3: 345-357.
- Okoson, I.S., Choi, S., Matamoro, T. & Allen, G.E. (2001). Obesity is associated with reduced self-rated health status: Evidence from a representative sample of White, Black, and Hispanic Americans. *Preventive Medicine*, 32: 429-436.
- Pearson, S., Olsen, L., Hansen, B. & Sørensen, T.I.A. (2005). Stigning i overvægt og fedme blandt københavnske skolebørn i perioden 1947-2003. *Ugeskrift for læger* 167,2: 158-162.
- Puhl, R. & Heuer, C.A. (2010). Obesity Stigma: Important Considerations for Public Health. *American Journal of Public Health* 100,6:1019-1028.
- Regeringen (2002). *Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10*. København. Indenrigs- og Sundhedsministeriet.
- Reidpath, D., Burns, C., Garrad, J, Mahoney, M. & Townsend, M. (2002). An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity. *Health and Place*. 8,2: 141-145.
- Rokholm, B, Baker, J.L. & Sørensen, T.I.A. (2010). The levelling off of the obesity epidemic since the year 1999 – a review of evidence and perspectives. *Obesity Reviews*. (Under udgivelse).
- Rosin, O. (2007). The economic causes of obesity: A survey. *Journal of Economic Surveys*. 22, 4: 617-647.
- Sassi, F., Devaux, M., Cecchini, M. & Rusticelli, E. (2009). *The obesity*

epidemic: Analyses of past and projected future trends in selected OECD-Countries. Health Working Paper. OECD.

Schlichting, P., Hoilund-Carlsen P.F. & Quaade F. (1981). Comparison of self-reported height and weight with controlled height and weight in women and men. *Int J Obes* 5:67-76.

Statens Folkhälsoinstitut (2010). <http://www.fhi.se/>.

Sundhedsstyrelsen (2003). *Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt – forslag til løsninger og perspektiver.* København.

Sørensen, T.I.A. (2009). Challenges in the study of causation of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society.* 68:43-54.

Whitaker, R.C., Wright, J.A., Pepe, M.S., Siedel, K.D. & Dietz, W.H. (1997). Predicting obesity in young adulthood from childhood and parental obesity. *New England Journal of Medicine.* 337,13: 869-873.

WHO (2000). *Obesity: preventing and managing the global epidemic.* Report of a WHO Consultation WHO Technical Report Series 894). WHO. Geneva.

Appendiks I

Vægtning af datamaterialet i DTUC

Rockwool Fondens tids- og forbrugsundersøgelse (Danish Time Use and Consumption Survey, DTUC) består af en stikprøve der er tilfældigt udvalgt fra CPR-registeret blandt danskere på 18 år eller derover. Undersøgelsen startede i marts 2008 og sluttede i marts 2009. Svarprocenten for deltagere i undersøgelsen er 77 for baggrundsskemaet og 48 og 45 for henholdsvis tidsskemaerne og forbrugsskemaet (Bonke & Fallesen, 2010). I perioden oktober-december 2009 blev denne undersøgelse suppleret med helbredsoplysninger for de personer, der allerede havde deltaget i DTUC.

På trods af den tilfældige udvælgelse af deltagere i DTUC er der i den endelige stikprøve – som i de fleste surveyundersøgelser – en underrepræsentation af unge, enlige og personer med en relativ kort uddannelse og lav indkomst. For at kunne beskrive forhold for en repræsentativ del af den danske befolkning har Danmarks Statistik udarbejdet vægte, der opregner stikprøven i DTUC i forhold til nogle af Danmarks Statistiks målelige forhold for hele befolkningen (Danmarks Statistik, 2010). I tabel A1 er vist, hvordan brug af disse vægte tillige med andre vægte stemmer overens med de beregnede andele for hele populationen. Det fremgår, som nævnt, at der er underrepræsentation af yngre, enlige og personer med en relativ kort uddannelse i DTUC (se kolonnen uden vægte og kolonnen med andele for hele befolkningen i tabel A1).

Når vi anvender vægte, der tager højde for bortfald mht. variablene køn, alder og civilstand, viser det sig ikke at være tilstrækkeligt til at opnå et datamateriale, som er repræsentativt for populationen (se kolonne med vægt 1 sammenlignet med kolonnen, der angiver andele for hele befolkningen). Hvis vi derimod anvender vægtene, som Danmarks Statistik har estimeret (Danmarks Statistik, 2010), og hvor der bl.a. er vægtet i forhold til bortfald af grupper med bestemt uddannelse og indkomst, indebærer det en forholdsvis stor overensstemmelse med fordelingerne i Danmarks Statistiks re-

Tabel A1. Andele efter køn, alder, civilstand og uddannelse i DTUC og DTUC-vægtet, samt for hele befolkningen i 2009. Angivet i procent.

	DTUC uden vægte	Vægt 1	Vægt 2	Andele udregnet på hele den danske befolkning 2009
		Vægtning for alder, køn og civilstand	RFF vægte (inkluderer alder, køn, civilstand, uddannelse, indkomst mv.)	
Mand	49,5	49,5	48,4	49,1
18-24 årige	4,3	6,7	9,7	10,9
25-44 årige	31,8	33,5	34,4	35,6
45-64 årige	47,4	39,2	36,4	35,3
65+ år	16,5	20,6	19,5	18,2
Kvinde	50,5	50,5	51,7	50,9
18-24 årige	4,3	6,4	9,2	10,1
25-44 årige	34,7	34,4	33,1	33,7
45-64 årige	48,0	38,1	36,7	33,8
65+ år	13,0	21,1	21,0	22,5
Civilstand				
Enlig	29,7	29,7	48,4	49,0
Parforhold	70,3	70,3	51,6	51,0
Uddannelse				
Ingen uddannelse	28,4	30,6	40,1	40,8
Faglig uddannelse	37,1	36,3	33,4	34,0
KVU	6,3	6,1	5,5	4,9
MVU	19,3	18,4	14,4	14,9
LVU	8,9	8,7	6,6	6,3

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

gistre (se kolonnen med vægt 2 og kolonnen, der angiver andele for hele befolkningen).

Når vi benytter vægtene fra Danmarks Statistik (vægt 2) til at beregne forekomsten af svær overvægt i befolkningen, giver det en betydelig forskel i forhold til at benytte vægt 1 eller ingen vægte – især for de 45-64-årige. Af tabel A2 fremgår det, at andelen af svært overvægtige mænd og kvinder i 2005, som blev målt af Statens Institut for Folkesundhed, var henholdsvis ca. 14 og 12 procent. I DTUC 2009 er der ca. 17 pct. mænd og 14 pct. kvinder, blandt de 45-64-åri-

Table A2. Udviklingen i moderat overvægt og svær overvægt. DTUCs i forhold til tidligere undersøgelser. Angivet i procent.

	Mænd		Kvinder		Alle
	25-44 år	45-64 år	25-44 år	45-64 år	
	Procent				
	Moderat overvægtige				
SUSY, 1987	31,7	46,1	10,8	24,3	
SUSY, 1994	33,4	49,5	17,1	26,2	
SUSY, 2000	37,7	48,5	20,5	29,8	
SUSY, 2005	37,9	47,2	23,9	27,5	
DTUC, 2009	40,8	48,6	24,4	31,3	37,3
DTUC, 2009, vægt 1	41,1	48,7	24,6	31,5	37,1
DTUC, 2009, vægt 2	38,9	47,6	25,2	28,4	35,2
	Svært overvægtige				
SUSY, 1987	4,8	8,1	3,3	8,7	
SUSY, 1994	7,6	12,0	4,0	10,7	
SUSY, 2000	7,8	13,8	9,1	10,6	
SUSY, 2005	10,6	13,9	11,3	12,2	
DTUC, 2009	11,8	16,7	12,9	14,3	14,0
DTUC, 2009, vægt 1	11,9	16,6	13,0	14,4	13,9
DTUC, 2009, vægt 2	12,9	20,0	13,2	16,9	15,1

Kilde: Rockwool Fondens Forskningsenhed.

ge, der er svært overvægtige, når vi ikke vægter hhv. vægter vores data for køn og alder. Forudsat at samme selektion foregår ved indsamlingen vil disse tal være sammenlignelige med SUSY 2005, da disse oplysninger ikke er vægtede ift. eventuelle socio-økonomiske skævheder i det indsamlede datamateriale (Davidsen, 2007).

Hvis vi tager højde for at yngre, enlige og personer med relativ kort uddannelse og lav indkomst er underrepræsenteret i vores stikprøve finder vi, at 20 pct. blandt mænd og 17 pct. blandt kvinder mellem 45 og 64 år er svært overvægtige. Dette er en betydelig forskel i forhold til de tal, som den uvægtede stikprøve angiver. De vægtede tal, der tager højde for socioøkonomiske bortfald i datamaterialet, kan da heller ikke sammenlignes med tidligere undersøgelser.

Appendiks II

Måling af livvidde i DTUC – uddrag fra skrivelse vedlagt spørgeskemaet.

Om at måle livvidde:

Måling af livvidde udføres trinvis således:

1. Find punktet mellem nederste ribben og hoftebenets øverste kant og bestem midtpunktet mellem de to knogler
2. Livvidden skal måles uden på en tynd beklædning/undertrøje eller T-shirt. Og gerne om morgenen
3. Kontroller at målebåndet ligger vandret og rundt om livvidden
4. Foretag en rolig udånding
5. Foretag aflæsning af målebåndet og noter resultatet i spørgeskemaet
6. Prøv gerne at måle dig et par gange, hvis du vil være sikker (se fx www.sundskolenettet.dk/540)

Appendiks III Udvikling i moderat og svær overvægt i udvalgte OECD-lande

	Østrig		Canada		England		USA NHIS		USA NHANES		Frankrig		Italien		Spanien		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
1987															7,8	8,6	5,6	5,4
1990											5,2	5,7						
1991	7,5	6,8							18,0	23,2	5,8	5,2						
1992											5,7	6,3						
1993											5,7	5,6			7,8	7,5		
1994			13,5	13,4	13,5	16,1					6,7	5,8	7,0	5,6			8,2	7,0
1995					15,3	16,8					6,7	6,2			9,4	9,2		
1996					16,5	17,6					8,9	9,3						
1997					17,0	19,1		19,6			6,6	7,0			10,5	9,7		
1998					16,8	20,2		20,5			6,6	7,0						
1999	8,8	6,9			18,1	20,0	21,1	21,1	24,7	31,6								
2000			16,6	14,4	20,8	19,7	21,0	21,7			7,8	8,1	9,0	6,9			9,8	9,1
2001					20,9	23,1	22,4	23,0	26,0	31,4					10,6	10,4		
2002					17,8	19,2	23,9	23,4			8,2	7,8						
2003					22,1	22,4	23,6	23,8	29,6	32,3					12,4	11,3		
2004			17,2	15,0	19,5	23,8	24,0	24,3			9,3	9,3						
2005			17,2	15,0	23,2	23,8	25,2	25,4	31,6	34,2			9,8	7,4			11,0	11,8
2006	12,3	12,1																

Tabel A3. Udvikling i andelen af svært overvægtige i udvalgte OECD-lande.

Tabel A4. Udvikling i andelen af moderat overvægtige i udvalgte OECD-lande.

	Østrig		Canada		England		USA NHIS		USA NHANES		Frankrig		Italien		Spanien		Danmark	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
1987															36,9	22,7	34,1	16,7
1990											33,6	23,0						
1991	38,0	21,9			38,7	26,6			36,8	23,5	35,6	22,3						
1992					42,4	26,2					35,1	23,2						
1993					42,9	29,9					36,1	22,7			42,2	23,9		
1994			45,2	25,8	42,9	29,5					35,8	22,8	44,9	25,5			36,1	20,9
1995											40,5	24,6			40,8	24,6		
1996					43,8	31,7					42,6	28,3						
1997					43,9	30,5	43,2	25,4			37,9	24,9			40,1	24,1		
1998					44,4	30,6	43,0	25,7			37,9	24,9						
1999	37,1	20,6			43,0	31,4	43,0	26,6	36,9	26,3								
2000			40,4	26,2	43,4	31,6	43,5	25,3			41,0	26,2	48,3	27,8	43,2	24,7	39,8	24,9
2001					45,5	31,1	43,4	25,8	38,8	26,4								
2002					35,4	28,7	43,0	25,9			41,3	27,6						
2003			42,0	25,8	43,5	31,7	43,4	26,5	37,3	26,1					43,7	25,7		
2004					41,6	32,6	43,7	26,2			42,2	27,8						
2005			42,0	26,1	42,5	31,2	42,3	26,7	37,0	23,8			50,6	28,7			41,7	24,6
2006	43,6	25,1																

Aldersbegrænsning 15-64-årige for alle OECD-landene med undtagelse af Canada, hvor grænsen går fra 20-64 år.

Litteratur fra Rockwool Fondens Forskningsenhed 2004-2010

2004

Migrants, Work, and the Welfare State.

Redigeret af Torben Tranæs og Klaus F. Zimmermann med bidrag af Thomas Bauer, Amelie Constant, Horst Entorf, Christer Gerdes, Claus Larsen, Poul Chr. Matthiessen, Niels-Kenneth Nielsen, Marie Louise Schultz-Nielsen og Eskil Wadensjö (Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Er danskerne fremmedfjendske? Udlandets syn på debatten om indvandrere 2000-2002.

Af Hans Jørgen Nielsen (Aarhus Universitetsforlag).

Vil der være hænder nok? Danskernes arbejdsudbud i 2000-tallets velfærdsstat.

Af Bent Jensen (Gyldendal. København).

2005

Black Activities in Germany in 2001 and in 2004. A Comparison Based on Survey Data.

Af Lars P. Feld og Claus Larsen (Danmarks Statistik. København).

Indvandringen til Europa. Velfærdsstat og integration.

Af Bent Jensen med introduktion af Torben Tranæs (Gyldendal. København).

Fra asylansøger over flygtning til familiesammenføring. Offentlige kontantydelse i disse situationer i en række vestlige lande.

Af Hans Hansen (Danmarks Statistik. København).

2006

En befolkning deler sig op?

Af Anna Piil Damm, Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs.

Med kommentarer og vurderinger af Rikke Hvilshøj, Henrik Sass Larsen og Svein Blom (Gyldendal. København).

From Asylum Seeker to Refugee to Family Reunification. Welfare Payments in These Situations in Various Western Countries.

Af Hans Hansen (Danmarks Statistik. København).

A Comparison of Welfare Payments to Asylum Seekers, Refugees, and Reunified Families. In Selected European Countries and in Canada.
Af Torben Tranæs, Bent Jensen og Mark Gervasini Nielsen (Danmarks Statistik. København).

Skat, arbejde og lighed – en undersøgelse af det danske skatte- og velfærdssystem.

Af Torben Tranæs (red.), Henrik Jacobsen Kleven, Claus Thustrup Kreiner, Niels-Kenneth Nielsen og Peder J. Pedersen (Gyldendal. København).

Træk af avisdebatten om de arbejdsløse fra 1840'erne til 1940'erne.
 Bind I: Debatten indtil 1907.

Af Bent Jensen (Danmarks Statistik. København).

2007

Træk af avisdebatten om de arbejdsløse fra 1840'erne til 1940'erne.
 Bind II: Debatten fra 1907 til 1940'erne.

Af Bent Jensen (Danmarks Statistik. København).

PISA Etnisk 2005. Kompetencer hos danske og etniske elever i 9. klasser i Danmark 2005.

Redigeret af Niels Egelund og Torben Tranæs med bidrag af Peter Jensen, Torben Pilegaard Jensen, Niels-Kenneth Nielsen, Helle Kløft Schademán og Nina Smith (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

PISA 2000's læseskala. Vurdering af psykometriske egenskaber for elever med dansk og ikke-dansk sproglig baggrund.

Af Peter Allerup (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Indvandringen til Europa. Integration og velfærdsstat. – Genoptryk til gymnasie- og HF-brug af udvalgte kapitler fra bogen.

Af Bent Jensen med introduktion af Torben Tranæs (Gyldendal. København).

Employment Effects of Reducing Welfare to Refugees.

Af Duy T. Huynh, Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Determination of Net Transfers for Immigrants in Germany.

Af Christer Gerdes (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Udenlandsk arbejdskraft i Danmark. Konsekvenserne for løn og beskæftigelse.

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Udenlandsk arbejdskraft i landbruget. Omfang, udvikling og konsekvenser.

Af Claus Aastrup Jensen, Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

What happens to the Employment of Native Co-Workers when Immigrants are Hired?

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Immigrants at the Workplace and the Wages of Native Workers.

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

2008

Praktikpladser og formidlingspraksis – praktikkonsulentens i spændingsfeltet mellem virksomhedskrav og hensynet til ikke-diskrimination.

Af Line Vikkelsø Slot (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Træk af avisdebatten om de arbejdsløse fra 1950'erne til 1990'erne.

Af Bent Jensen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Forbryderen og samfundet. Livsvilkår og uformel straf.

Af Torben Tranæs og Lars Pico Geerdsen med bidrag af Susumu Imai, Claus Larsen og Michael Svarer (Gyldendal. København).

The Unemployed in the Danish News Paper Debate from the 1840s to the 1990s.

Af Bent Jensen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Immigrant and Native Children's Cognitive Outcomes and the Effect of Ethnic Concentration in Danish Schools.

Af Peter Jensen og Astrid Würtz Rasmussen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Hvad skrev aviserne om de arbejdsløse? – Debatten fra 1840'erne til 1990'erne.

Af Bent Jensen (Gyldendal. København).

Source Country Differences in Test Score Gaps: Evidence from Denmark.

Af Beatrice Schindler (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Holdninger til uddannelse og arbejde blandt unge indvandrere, danskere og deres forældre.

Af Jørgen Goul Andersen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Indvandrerne og det danske uddannelsessystem.

Af Torben Tranæs (red.) med bidrag af Jørgen Goul Andersen, Camilla Hvidtfeldt, Bent Jensen, Marie Louise Schultz-Nielsen og Line Vikkelsø Slot (Gyldendal. København).

2009

Det danske arbejdsmarked og EU-udvidelsen mod øst.

Af Nikolaj Malchow-Møller, Jakob Roland Munch og Jan Rose Skaksen med bidrag af Vibeke Borchsenius, Camilla Hvidtfeldt, Claus Aastrup Jensen, Jonas Helth Lønborg, Lynn Roseberry og Sanne Schroll (Gyldendal. København).

De juridiske aspekter vedrørende EU-udvidelsen og det danske arbejdsmarked

Af Lynn Roseberry (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Has Globalization Changed the Phillips Curve? Industry-Level Evidence on the Effect of the Unemployment Gap on Wages

Af Claus Aastrup Jensen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Emigration of Immigrants – A Duration Analysis

Af Sanne Schroll (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Starthjælpens betydning for flygtninges levevilkår og beskæftigelse.

Af Lars Højsgaard Andersen, Hans Hansen, Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs (Rockwool Fondens Forskningsenhed. København).

Immigration of Qualified Labor and the Effect of Changes in Danish Migration Policy in 2002.

Af Martin Junge (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Ægteskabsmønsteret for unge med indvandrerbaggrund: Konsekvenser af ændringer i udlændingeloven i 2000 og 2002.

Af Marie Louise Schultz-Nielsen og Torben Tranæs (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Immigration to Denmark. An Overview of the Research Carried Out from 1999 to 2006 by the Rockwool Foundation Research Unit.

Af Poul Chr. Matthiessen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Forældres brug af tid og penge på deres børn.

Af Jens Bonke (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Family Investments in Children: What Drives the Social Gap in Parenting?

Af Jens Bonke og Gøsta Esping-Andersen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

How much does good data matter? The case of resources available to children.

Af Jens Bonke, Thomas Crossley og Lori Curtis (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

The impact of incentives and interview methods on response quantity and quality in diary- and booklet based surveys.

Af Jens Bonke og Peter Fallesen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

2010

Når man anbringer et barn: Baggrund, stabilitet i anbringelsen og det videre liv.

Af Signe Hald Andersen(red.), Frank Ebsen, Mette Ejrnæs, Morten Ejrnæs, Peter Fallesen og Signe Frederiksen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Danskerne og det sorte arbejde.

Af Camilla Hvidtfeldt, Bent Jensen og Claus Larsen (Rockwool Fondens Forskningsenhed og Syddansk Universitetsforlag. Odense).

Disentangling the heterogeneous relationship between background characteristics and a child's placement risk.

Af Signe Hald Andersen og Peter Fallesen.

A good place to live. On how municipality level characteristics explain municipality level variation in children's placement risk.

Af Signe Hald Andersen.

