SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU
STATENS INSTITUT FOR FOLKESUNDHED

Danskernes sundhed

Den Nationale Sundhedsprofil 2021 er baseret på undersøgelsen "Hvordan har du det?" gennemført af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Sundhed for alle ♥ + ●

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021

© Sundhedsstyrelsen 2022
Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:
Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Michael Davidsen,
Sofie Rossen Møller, Julie Ellegaard Ibáñez Román,
Kamilla Kragelund, Anne Illemann Christensen og
Ola Ekholm – alle fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Internt review:
Maj Britt Dahl Nielsen, Line Nielsen, Lotus Sofie Bast, Ulrik Becker, Christian Ritz, Christina Bjørk Petersen, Stine Schramm, Susan Ishøy Michelsen, Tina Harmer Lassen og Bjarne Laursen – alle fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Version: 1.0
Versionsdato: 10. marts 2022

Design og layout: Sundhedsstyrelsen
Foto: Troels Heien, Lars Wittrock og Sundhedsstyrelsen

Tryk: Rosendahls A/S
Publikationen kan bestilles hos:
Sundhedsstyrelsens publikationer
c/o Rosendahls Distribution
Vandtårnsvej 83A
2860 Søborg
Telefon 70 26 26 36
sundhed@rosendahls.dk
Pris: Kr. 0,- dog betales gebyr og porto ved bestilling

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7014-419-3
ISBN trykt udgave: 978-87-7014-420-9

SVANEMÆRKET
Tryksag
5041 0004

Indholdsfortegnelse

5 **Forord**

6 **En sundhedsprofil gennemført under covid-19-pandemien**

9 **1. Indledning**

10 1.1 Kort opsummering af resultater

15 1.2 Læsevejledning

19 **2. Helbred og trivsel**

20 2.1 Selvvurderet helbred

26 2.2 Fysisk og mentalt helbred

38 2.3 Stress

44 2.4 Sociale relationer

59 **3. Sundhedsadfærd og risikofaktorer**

60 3.1 Rygning

76 3.2 Alkohol

92 3.3 Kost

104 3.4 Fysisk aktivitet

116 3.5 Vægt

130 3.6 Flere samtidige risikofaktorer

137 **4. Sygelighed**

138 4.1 Langvarig sygdom

146 4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

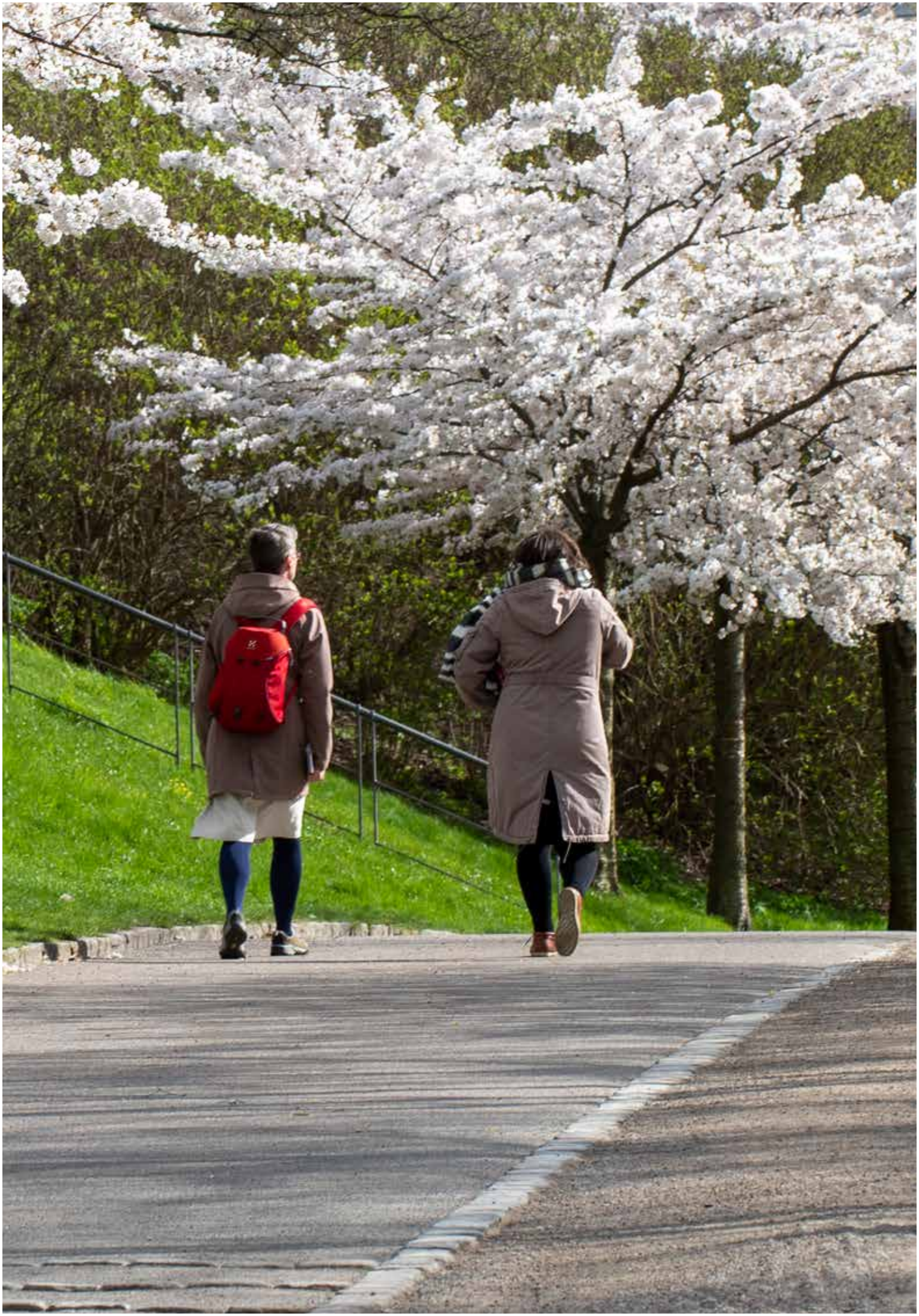
152 4.3 Smerter eller ubehag

165 **5. Den praktiserende læges rolle**

175 **6. Middellevetid og gode leveår**

185 **Bilag A. Materiale og metode**

189 **Bilag B. Klassifikation af udvalgte variable**



Forord

Den Nationale Sundhedsprofil 2021 indeholder data om borgernes sundhed, som kan bidrage til at kvalificere og målrette arbejde med sundhedsfremme, forebyggelse og behandling i kommunerne og regionerne. Det er nu fjerde gang sundhedsprofilen er udarbejdet i et samarbejde mellem de fem regioner, Statens Institut for Folkesundhed, SDU og Sundhedsstyrelsen.

Da undersøgelsen blev gennemført i foråret 2021, var rammerne for vores liv markant anderledes på grund af en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien. Det har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne, som således skal ses i lyset heraf, og konklusioner om udviklingen siden 2017 skal foretages med en vis forsigtighed.

På nogle områder går det bedre med danskernes sundhed. Der er færre, der ryger tobak og færre, der drikker meget alkohol. Særligt blandt unge er andelen, der ryger, faldet markant. Det tyder på, at de strukturelle tiltag, der er iværksat for at begrænse rygning blandt børn og unge, virker. Der er dog stadig alt for mange, der stadig ryger, og rygning er fortsat den enkeltfaktor, der har størst betydning for dødeligheden i Danmark.

Det er positivt at se et fald i andelen af unge, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Dog er der især blandt unge en usund alkoholkultur, hvor andelen, der jævnligt drikker 5 genstande eller mere ved samme lejlighed (binge-drinking), er meget højt. Derudover er der også blandt ældre en stor andel, der har et højt ugentligt forbrug.

På flere områder går det stadig den forkerte vej med danskernes sundhed. Der ses fortsat en bekymrende udvikling i andelen af befolkningen, der scorer lavt på den mentale helbredsskala. Særligt ses en stigning blandt unge, hvor andelen af kvinder med lav score på den mentale helbredskala er steget med over 18 % over en periode på 11 år. Andelen med et usundt kostmønster og forekomsten af overvægt og svær overvægt er også steget. Der er en lav andel, der lever op til WHO´s minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet. Det er alt sammen resultater, som peger på et behov for styrket opmærksomhed på forebyggelsen.

Sundhedsprofilen viser, ligesom Sundhedsstyrelsens rapporter om social ulighed i sundhed fra 2020, at den sociale ulighed i sundhed er meget udbredt. Der er fortsat en markant overrepræsentation af personer med kort uddannelse og personer uden for arbejdsmarkedet, der har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Samtidig viser sundhedsprofilen, at der sker en ophobning af risikofaktorer, dvs. at de koncentreres om samme personer, som dermed får en betydeligt forøget risiko for sygdom og tidlig død. Det er tydeligt, at der her er en udfordring for de kommende år.

Det er håbet og ambitionen, at den nationale sundhedsprofil vil blive flittigt benyttet som opslagsværk i forbindelse med tilrettelæggelse af sundheds- og forebyggelsesindsatser.

Der skal rettes en stor tak til de 5 regioner og SIF for deres store indsats med at gennemføre dataindsamlingen. Der skal også rettes en tak til det koordinerende udvalg for sundhedsprofilen, metodegruppen og kommunikationsgruppen for et godt samarbejde.

Niels Sandø
Enhedschef
Forebyggelse og Ulighed
Sundhedsstyrelsen

En sundhedsprofil gennemført under covid-19-pandemien

Kontakttal, incidens, mundbind, håndsprit, coronapas, PCR-test og mRNA-vacciner. Alle er ord, som de fleste af os ikke kendte til for bare få år siden, men som siden 2020 er blevet en fast del af vores hverdag, ordforråd og samtaler.

Hverdagen, som vi kender den, blev med ét anderledes både nationalt og internationalt, da WHO d. 5. januar 2020 meldte om et udbrud af lungebetændelse af ukendt årsag i byen Wuhan i Hubei-provinsen i det østlige Kina. Allerede få dage efter kom det frem, at årsagen til udbruddet var en ny type coronavirus, SARS-CoV-2. Senere er der dog kommet yderligere oplysninger, som indikerer, at der allerede i december 2019 var udbrud med ny coronavirus. Sygdommen fik derfor fik navnet covid-19.

Det første tilfælde af covid-19 i Danmark blev konstateret i slutningen af februar 2020. I marts 2020 erklærede WHO covid-19 for en global pandemi, som er betegnelsen for en smitsom sygdom, der er udbredt over én eller flere verdensdele. Covid-19 er en infektionssygdom, der smitter ved, at virus overføres fra luftvejene hos én smittet person til en anden persons luftveje. Virus kommer ind i kroppen gennem slimhinderne – typisk øjnene, munden eller næsen. Der er stor variation i sværhedsgraden af symptomer blandt smittede med covid-19. Mens nogle således kun oplever milde symptomer i form af eksempelvis let feber og hoste, bliver andre alvorligt syge. I de værste tilfælde kan sygdommen have en dødelig udgang. Også personer, som ingen symptomer har, kan smitte andre.

I Danmark blev der fra marts 2020 indført en række tiltag på grund af frygten for en omfattende og hurtig smittespredning på grund af covid-19 med deraf følgende belastning af sygehusvæsenets kapacitet samt omfattende menneskelige omkostninger i form af svære sygdomsforløb og dødsfald. Eksempelvis blev offentligt ansatte, der ikke varetog samfundskritiske funktioner, hjemsendt, og alle skoler, dagtilbud og institutioner blev lukket. Endvidere blev der indført et forsamlingsforbud for flere end 1.000 personer, og Danmarks grænser blev lukket midlertidigt for at begrænse smittespredningen.

I løbet af sommeren 2020 aftog smittetrykket i Danmark, hvorfor restriktionerne gradvis blev lempet. Anden bølge af covid-19 ramte imidlertid landet i løbet af det sene efterår og starten af vinteren, og der blev igen indført en række tiltag for at reducere smittespredningen. Blandt disse tiltag var hjemsendelse af skoleelever, lukning af butikker (fraregnet dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og cafeer samt kultur-, idræts-, og nattelivet, herunder teatre, museer, biografer, svømmehaller og fitnesscentre.

Dataindsamlingen til denne undersøgelse fandt sted mellem d. 5. februar og d. 12. maj 2021, hvor der stadig gjaldt en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været markant anderledes, end vi har været vant til. Resultaterne i denne rapport skal således ses i lyset heraf, og konklusioner om udviklingen siden 2017 skal foretages med en vis forsigtighed.

Sundhedsprofilundersøgelsens resultater fra 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen alene kan henføres til de særlige levevilkår under nedlukningen og altså ikke til validitetsudfordringer. En del af disse udsving vil forventes at normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktionerne. Dette kan potentielt betyde, at nogle resultater indsamlet under nedlukningen ikke nøjagtigt vil kunne reproduceres, når restriktionerne ophæves, da covid-19 sandsynligvis har påvirket besvarelserne på en måde, som ikke ville være sket, hvis der ikke havde været en pandemi.

Beslutningen om at gennemføre den planlagte sundhedsprofilundersøgelse under covid-19-pandemien er truffet af Det Koordinerende Udvalg, som består af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og repræsentanter fra henholdsvis de fem regioner og fem kommuner. Beslutningen er begrundet med, at der er behov for opdaterede data til brug for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, blandt andet i de i november 2021 nyvalgte kommunalbestyrelser, og at undersøgelsen til trods for covid-19 generelt set vil give et brugbart indblik i danskernes sundhed, sygelighed og trivsel. Undersøgelsens resultater kan endvidere give et fingerpeg om betydningen af covid-19-pandemien for befolkningens generelle sundhedstilstand.

I forbindelse med at der blev truffet beslutning om at gennemføre undersøgelsen, var der skærpet opmærksomhed på, om validiteten af nogle af undersøgelsens spørgsmål potentielt set kunne være påvirket af covid-19-pandemien. Validitet henviser til, i hvilket omfang et givent spørgsmål måler korrekt, fordi respondenterne tillægger spørgsmålet en anden mening, end det oprindeligt var tiltænkt. Dog var det den umiddelbare vurdering, at der var tale om relativt få spørgsmål. Der blev på denne baggrund nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, som, med de tilstedeværende ressourcer og muligheder, har afdækket, hvilke konsekvenser covid-19-pandemien kan have haft for borgernes spørgeskemabesvarelser og dermed for validiteten af udvalgte spørgsmål. Arbejdsgruppen har blandt andet studeret udviklingstendenser i perioden 2010 til 2021 og undersøgt sammenhænge mellem potentielt validitetspåvirkede spørgsmål og relaterede spørgsmål, som arbejdsgruppen vurderede ikke var validitetspåvirkede, i hvert af datasættene fra henholdsvis 2010, 2013, 2017 og 2021.

Arbejdsgruppen fandt ingen åbenlyse validitetsproblemer ved disse analyser, men det skal understreges, at arbejdsgruppens muligheder for at belyse dette har været begrænsede.

I den udstrækning, det er muligt, gøres der løbende gennem rapporten opmærksom på særlige forbehold, der bør tages i tolkningen af undersøgelsens resultater, herunder forbehold relateret til tolkning af udviklingstendenser på baggrund af resultaterne i 2021 i forhold til resultater fra de tidligere undersøgelser. Forbehold er eksplicit nævnt vedrørende mentalt helbred, stress, sociale relationer, fysisk aktivitet, forbrug af alkohol og kontakt til egen læge..

Nykredit
Kage

1

Indledning

Indledning

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021 giver overblik over voksne danskeres sundhed, sygelighed og trivsel. Samtidig belyser undersøgelsen det seneste årtis udvikling inden for disse områder ved at benytte data fra de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, der blev foretaget i 2010, 2013 og 2017 (1-3).

I denne rapport præsenteres resultater for udvalgte områder af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?*, som er foretaget af landets fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, i februar til maj 2021. Resultater fra undersøgelsen er offentligt tilgængelige og kan findes i den nationale database www.danskernessundhed.dk.

Dataindsamlingen er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 324.000 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. I alt deltog 183.646 personer, hvilket svarer til 56,7 % af de adspurgte. Undersøgelsen er gennemført i alle landets kommuner og regioner på samme tid, og det giver den enkelte kommune og region en god mulighed for at følge udviklingen lokalt og regionalt. I de enkelte afsnit i rapporten redegøres kortfattet for metode, spørgsmål og svarmuligheder inden for hvert enkelt område. I bilag A findes endvidere en nærmere metodebeskrivelse, herunder en beskrivelse af deltagelsesprocenten. I bilag B beskrives den anvendte klassifikation af udvalgte sociodemografiske variable, der indgår i rapportens opgørelser.

Resultaterne i denne rapport skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været så markant anderledes, end vi er vant til. Udviklingsmønstre kan derfor være vanskelige at fortolke, og af denne grund skal konklusioner om udviklingen foretages med forsigtighed.

1.1 Kort opsummering af resultater

I dette afsnit er de opsummerede resultater for indikatorerne i hvert af rapportens kapitler oplistet. Indikatorerne er grupperet i Helbred og trivsel, Sundhedsadfærd og risikofaktorer, Sygelighed, den praktiserende læges rolle samt middellevetid og gode leveår.

1.1.1 Indikatorer for helbred og trivsel

Selvvurderet helbred
Mere end otte ud af ti danskere vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt (83,3 %). I alle aldersgrupper vurderer mænd deres helbred bedre end kvinder. Unge vurderer deres helbred bedre end ældre. Der er en relativt lille andel, der vurderer deres helbred som godt, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (68,9 %) samt blandt førtidspensionister (49,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (62,5 %). Der er i perioden 2010 til 2021 samlet set sket et mindre fald på 1,7 procentpoint i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt.

Fysisk helbred
I alle aldersgrupper er andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala større blandt kvinder (12,8 %) end blandt mænd (9,2 %), og blandt begge køn stiger andelen med stigende alder. Andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala falder med stigende uddannelsesniveau, fra 28,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med en lav score på den fysiske helbredsskala blandt førtidspensionister (44,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,1 %). I perioden 2010 til 2021 er der sket en mindre stigning i andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala på 1,0 procentpoint.

Mentalt helbred
Andelen med en lav score på den mentale helbredsskala er større blandt kvinder (19,9 %) end blandt mænd (14,9 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med en lav score på den mentale helbredsskala med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der igen ses en stigning. Andelen er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (34,4 %). Andelen er ligeledes stor blandt personer med grundskole

(20,2 %) som højest gennemførte uddannelsesniveau samt blandt arbejdsløse (31,6 %), førtidspensionister (36,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (39,2 %). Der er i perioden 2010 til 2021 sket en stigning på 7,4 procentpoint i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala.

Stress
Andelen med en høj score på stressskalaen er større blandt kvinder (33,6 %) end blandt mænd (24,5 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med en høj score på stressskalaen med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der igen ses en stigning. Andelen med en høj score på stressskalaen er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (52,3 %) samt blandt arbejdsløse (47,4 %), førtidspensionister (55,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (55,7 %). I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning på 8,3 procentpoint i andelen med en høj score på stressskalaen.

Sociale relationer
I alt oplever 9,1 % af den voksne befolkning ofte at være alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Andelen er lidt større blandt kvinder (10,1 %) end blandt mænd (8,0 %), og et lignende mønster ses i alle aldersgruppe. Den største andel ses i aldersgruppen 16-24 år for både mænd (14,4 %) og kvinder (16,7 %). Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og det at være uønsket alene. Således falder andelen fra 12,8 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 6,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2021 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget med 3,5 procentpoint. Stigningen er fortrinsvis sket mellem 2017 og 2021 (+2,8 procentpoint) og ses i stort set alle aldersgrupper for både mænd og kvinder. Stigningen mellem 2017 og 2021 er særligt udtalt i aldersgruppen 16-24 år for begge køn (+5,9 procentpoint blandt mænd og +6,4 procentpoint blandt kvinder).

I alt har 6,9 % af befolkningen tegn på social isolation, og andelen er stort set ens blandt mænd (7,3 %) og kvinder (6,5 %). Blandt begge køn ses de største andele i de to ældste aldersgrupper. Indtil 54-årsalderen ses ikke noget entydigt mønster i forhold til alder, men herefter stiger andelen med stigende alder. Andelen med tegn på social isolation er markant større blandt arbejdsløse (18,5 %), førtidspensionister (24,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (20,8 %) end blandt beskæftigede (1,9 %).

Omtrent én ud af otte (12,4 %) danskere har tegn på ensomhed, og andelen er større blandt kvinder (14,1 %) end blandt mænd (10,7 %). Et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Den markant største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år, hvor 26,3 % har tegn på ensomhed. Blandt både mænd og kvinder falder andelen med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor andelen stiger en smule. Der er en relativt stor andel, som har tegn på ensomhed, blandt arbejdsløse (22,2 %), førtidspensionister (26,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (28,2 %).

1.1.2 Indikatorer for sundhedsadfærd og risikofaktorer

Rygning
I alt oplyser 13,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. En større andel blandt mænd (15,2 %) end kvinder (12,7 %) ryger dagligt, og for begge køn er andelen størst i alderen 45-64 år. Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Således falder andelen fra 22,8 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 5,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2017 til 2021 er der overordnet set sket et fald i andelen, der ryger dagligt, på 3,0 procentpoint. Faldet ses i alle aldersgrupper, men er særligt udtalt blandt mænd i den yngste aldersgruppe (-7,9 procentpoint). Overordnet set er andelen, der ryger dagligt, faldet med 7,0 procentpoint i hele perioden 2010 til 2021.

Knap tre ud af fire (73,7 %) personer, der ryger dagligt, vil gerne holde op med at ryge. Blandt kvinder falder andelen med stigende alder, mens det samme mønster ses for mænd fra aldersgruppen 25-34 år eller derover.

I alt udsættes 4,4 % af danskerne, som ikke ryger dagligt, for tobaksforurenet luft mindst en halv time om dagen. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der er udsat for tobaksforurenet luft mindst en halv time om dagen og ikke selv ryger dagligt. Således falder andelen, der udsættes for tobaksforurenet luft, fra 10,3 % blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,4 % blandt mænd med en videregående uddannelse. Samme mønster ses for kvinder, hvor andelen falder fra 7,8 % blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,2 % blandt kvinder med en videregående uddannelse.

Alkohol
I alt drikker 15,7 % af den voksne befolkning mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Andelen er markant større blandt mænd (23,0 %) end blandt kvinder (8,8 %), og dette mønster ses i alle aldersgrupper. Den største andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt mænd i alderen 65-74 år (32,5 %). Både for mænd og kvinder på 65 år eller derover stiger andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, med stigende uddannelsesniveau. Således stiger andelen fra 21,5 % blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 43,8 % blandt mænd med en videregående uddannelse. Blandt kvinder stiger andelen fra 6,4 % til 24,5 % for de samme uddannelsesgrupper. Blandt mænd og kvinder i alderen 25-64 år er der derimod stort set ikke nogen forskel på tværs af uddannelsesgrupper i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. I perioden 2010 til 2021 er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, faldet jævnt med i alt 8,9 procentpoint. Faldet ses blandt begge køn og i stort set alle aldersgrupper, men er særligt udtalt blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år, hvor andelen er faldet jævnt med henholdsvis 23,5 procentpoint og 15,9 procentpoint. Også blandt kvinder i alderen 16-24 år ses et markant fald i perioden på 14,4 procentpoint.

Blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, vil 23,3 % gerne nedsætte alkoholforbruget. Andelen er lidt større blandt kvinder (25,9 %) end blandt mænd (22,3 %).

I alt oplyser 9,1 % af den voksne befolkning, at de ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge-drinking). Andelen er markant større blandt mænd (13,4 %) end blandt kvinder (5,0 %). Den største andel ses i den yngste aldersgruppe blandt både mænd (19,9 %) og kvinder (12,5 %), men ellers ses der intet tydeligt mønster i forhold til alder. I perioden 2013 til 2021 ses et jævnt fald på i alt 3,3 procentpoint i andelen, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. I hele perioden ses der primært et fald i andelen blandt de 16-34-årige mænd og blandt de 16-24-årige kvinder. Blandt personer på 75 år eller derover er andelen derimod steget en smule i perioden.

Kost
I alt har 17,7 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster. Andelen er større blandt mænd (22,3 %) end blandt kvinder (13,3 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Der ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og usund kost. Således har 7,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse et usundt kostmønster, mens det samme gælder for 29,5 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Andelen er desuden relativt stor blandt arbejdsløse (21,8 %), førtidspensionister (28,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (23,7 %). I perioden 2010 til 2021 er der sket en jævn stigning i andelen med et usundt kostmønster på i alt 4,4 procentpoint. Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 59,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Fysisk aktivitet
I alt opfylder 58,1 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der er en større andel blandt kvinder (60,7 %) end blandt mænd (55,3 %), som ikke lever op til anbefalingen. Andelen er mindst blandt de 16-24-årige mænd (46,7 %) og kvinder (52,9 %) og størst i aldersgruppen 75 år eller derover for både mænd (71,0 %) og kvinder (76,9 %). Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er især stor blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (73,7 %) og førtidspensionister (73,1 %).

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, angiver 70,7 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (73,2 %) end blandt mænd (67,9 %).

Der er i alt 19,0 % af den voksne befolkning, som beskriver deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden som hovedsageligt stillesiddende. Andelen er stort set ens blandt mænd (19,2 %) og kvinder (18,8 %). Der er en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stillesiddende fritidsaktivitet. Således falder forekomsten fra 33,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 12,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2021 er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet steget med 3,1 procentpoint, og stigningen er primært sket mellem 2013 og 2017, hvorefter der ses en stagna-

tion i 2021. Det er særligt i de yngste aldersgrupper, at andelen med stillesiddende fritidsaktivitet er steget, mens andelen er faldet blandt personer på 75 år eller derover. I de resterende aldersgrupper er andelen nogenlunde konstant.

Vægt
I alt har 52,6 % af den voksne befolkning moderat eller svær overvægt (BMI≥25), og knap hver femte (18,5 %) har svær overvægt (BMI≥30). For moderat eller svær overvægt er andelen i alle aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder, mens der for svær overvægt ingen nævneværdig forskel er mellem mænd og kvinder. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og både moderat eller svær overvægt og svær overvægt. Eksempelvis har 27,2 % svær overvægt blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens det gælder 9,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. To ud af tre (66,1 %) førtidspensionister har moderat eller svær overvægt, og hver tredje førtidspensionist (33,7 %) har svær overvægt. I perioden 2010 til 2021 er andelen med moderat eller svær overvægt steget jævnt med 5,8 procentpoint, mens andelen med svær overvægt i samme periode også er steget jævnt med i alt 4,9 procentpoint. For både moderat eller svær overvægt samt overvægt ses stigningen i alle alders- og uddannelsesgrupper blandt begge køn.

Flere samtidige risikofaktorer
Risikofaktorer som et usundt kostmønster, rygning, et stort alkoholforbrug, svær overvægt samt fysisk inaktivitet har hver for sig betydning for sundhedstilstanden, og risikoen for at få en række sygdomme stiger betydeligt, når flere risikofaktorer er til stede på samme tid. Blandt mænd har 13,9 % 3-5 samtidige risikofaktorer, mens det gælder for 8,1 % blandt kvinder. Derimod har 27,6 % blandt kvinder og 23,6 % blandt mænd ingen risikofaktorer. Der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antallet af samtidige risikofaktorer. Andelen med 3-5 risikofaktorer falder således med stigende uddannelsesniveau. For mænd falder andelen fra 29,6 % i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 6,6 % i gruppen med en lang videregående uddannelse, mens andelen for kvinder falder fra 17,9 % i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,9 % i gruppen med en lang videregående uddannelse.

1.1.3 Indikatorer for sygelighed, den praktiserende læges rolle samt middellevetid og gode leveår

Sygelighed
I alt 36,2 % af danskerne har én eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen er større blandt kvinder (37,9 %) end blandt mænd (34,5 %) og stiger med stigende alder. Andelen, der har mindst én langvarig sygdom, falder med stigende uddannelsesniveau, fra 51,3 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 27,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2021 ses en stigning på 2,8 % procentpoint i andelen med langvarig sygdom.

Allergi (23,6 %), slidgigt (22,5 %), forhøjet blodtryk (20,5 %) og migræne eller hyppig hovedpine (17,9 %) er de hyppigst forekommende af de tilstande, der er spurgt ind til. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er overordnet set steget i perioden 2010 til 2021.

I alt 15,0 % af den voksne danske befolkning har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder (17,7 %) end blandt mænd (12,2 %). Andelen er størst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,1 %). Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Således falder andelen fra 20,0 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 10,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, fra 10,2 % i 2010 til 15,0 % i 2021.

Den praktiserende læges rolle
Omkring tre ud af fire (73,4 %) voksne danskere har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Andelen er større blandt kvinder (79,0 %) end blandt mænd (67,5 %). Der ses en stor andel, der har været hos egen læge, blandt førtidspensionister (82,0 %). I perioden 2010 til 2021 er andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, faldet med 4,4 procentpoint, hvilket alene skyldes et fald mellem 2017 og 2021. Faldet mellem 2017 og 2021 ses blandt begge køn i alle alders- og uddannelsesgrupper.

En del af de personer, der har været ved egen læge, har modtaget råd fra lægen om deres sundhed. Det er i overvejende grad mænd, som får råd fra lægen om deres sundhed. Eneste område, hvor en større andel blandt kvinder (36,3 %) får råd end blandt mænd (31,7 %), ses i forhold til at tage den med ro blandt dem, der ofte er nervøse eller stressede. Blandt personer, der ryger dagligt, har 37,5 % af mændene og 31,8 % af kvinderne fået råd om rygestop. Blandt personer med usundt kostmønster har 12,9 % blandt mænd og 11,3 % blandt kvinder modtaget råd om at ændre kostvaner. Største procentvise forskel mellem mænd og kvinder ses i andelen, der har modtaget råd om vægttab blandt personer med svær overvægt. Her har 38,1 % af mændene med svær overvægt fået råd mod kun 29,2 % af kvinderne.

I perioden 2010 til 2021 ses en mindre stigning i andelen, der har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Derimod ses et fald i andelen, der har fået råd om at ændre kostvaner og om vægttab blandt personer med svær overvægt, samt et fald blandt kvinder med svær overvægt i andelen, der har fået råd om at dyrke motion. Endvidere er der i perioden sket et fald i andelen, der har fået råd om at tage den med ro, blandt personer, som ofte er nervøse og stressede. Faldet i andelene ses fortrinsvis mellem 2013 og 2017. Eneste undtagelse ses for råd om at tage den med ro, hvor andelen primært er faldet mellem 2017 og 2021.

Middellevetid og gode leveår

Danskernes middellevetid er i perioden 2010 til 2021 steget for både mænd og kvinder, henholdsvis fra 76,5 år til 79,2 år og fra 80,8 år til 83,2 år. Et afgørende spørgsmål er imidlertid, om de ekstra år, der leves, leves med godt eller dårligt helbred. Til belysning heraf benyttes målet 'forventet restlevetid', som beregnes på baggrund af befolkningens middellevetid. I opgørelser over den forventede restlevetid i befolkningen opdeles og opgøres denne ofte som restlevetid med henholdsvis godt (herefter 'gode leveår') og dårligt (herefter 'tabte gode leveår') helbred. Ved at kombinere oplysninger om befolkningens middellevetid med oplysninger om befolkningens helbredstilstand er det således muligt at beregne gode leveår og tabte gode leveår. I denne undersøgelse er gode leveår belyst ud fra tre indikatorer: andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, andelen uden langvarig sygdom og andelen med en høj score på den mentale helbredsskala.

For alle tre indikatorer ses det, at andelen af gode leveår blandt 16-årige mænd og kvinder er faldet i perioden fra 2010 til 2021. Faldet er særligt udtalt for en høj score på den mentale helbredsskala blandt kvinder, hvor andelen af restlevetiden er faldet med 8,0 procentpoint. Der ses desuden en stagnation eller en svag stigning i antallet af gode leveår med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og uden langvarig sygdom i samme periode. I forhold til en høj score på den mentale helbredsskala ses for både 16-årige mænd (-1,7 år) og kvinder (-3,3 år) et markant fald i antallet af gode leveår.

For 65-årige mænd og kvinder er andelen af gode leveår henholdsvis uden langvarig sygdom og med en høj score på den mentale helbredsskala ligeledes faldet i perioden 2010 til 2021, mens antallet af gode leveår for disse indikatorer er uændret eller steget svagt. Derimod ses i perioden en stigning i andelen af gode leveår blandt med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt 65-årige kvinder (+2,4 procentpoint), mens andelen er uændret blandt 65-årige mænd. Blandt begge køn er antallet af gode leveår for denne indikator steget i perioden.

Samlet set er den stigende middellevetid i Danmark ikke direkte fulgt af en tilsvarende stigning i antallet af gode leveår og andelen af restlevetiden. Endvidere ses blandt 16-årige mænd og kvinder et markant fald i både antallet af gode leveår og andelen af restlevetiden med en høj score på den mentale helbredsskala.

1.2 Læsevejledning

For at forstå resultaterne af undersøgelsen korrekt er det vigtigt at være opmærksom på en række forhold. Den nærværende rapport præsenterer resultater fra en såkaldt tværsnitsundersøgelse (jævnfør bilag A), hvilket betyder, at en række forhold er målt på samme tidspunkt. En tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Der kan for eksempel ses en sammenhæng mellem svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet, men det er ikke muligt at fastslå, om det eksempelvis er overvægten, der har forårsaget den stillesiddende fritidsaktivitet, eller om det er den stillesiddende fritidsaktivitet, der er mulig årsag til overvægten.

Hvert afsnit indledes med en kort introduktion til emnet, herunder betydningen for folkesundheden. Desuden beskrives de enkelte spørgsmål, som danner grundlag for indikatorerne om emnet, der laves opgørelser for. For hver indikator vises herefter ét eller flere opslag om emnet, hvor først forekomsten og fordelingen af indikatoren vises i forhold til forskellige sociodemografiske baggrundsvariable (jævnfør bilag B). Tabellen efterfølges af en forklarende kommentering. For de indikatorer, som er indgået i én eller flere af de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, vises i tabellen også den overordnede udvikling. Yderligere vises i to figurer udviklingen for den pågældende indikatorer, opdelt på henholdsvis køn og alder samt køn og højest gennemførte uddannelsesniveau.

En del tabeller og figurer i de indledende afsnit til kapitlerne viser 'Aldersjusteret procent'. Denne procent angiver andelen i befolkningen med den givne indikator, såfremt henholdsvis aldersfordelingen i den pågældende gruppe er som i den europæiske standardbefolkning (4). Baggrunden for disse justerede andele er, at aldersfordelingen i to grupper kan være temmelig forskellig, hvilket kan gøre en sammenligning af andele i grupperne problematisk, hvis der ikke justeres. Alle resultater i rapporten er baseret på vægtede besvarelser (se bilag A for flere detaljer om vægtning).

Opslagstabeller
For hvert af de undersøgte indikatorer (eksempelvis daglig rygning, svær overvægt, langvarig sygdom) vises udviklingen i perioden 2010 til 2021 samt forekomsten og fordelingen i 2021 i forhold til følgende sociodemografiske variable: Køn og alder, uddannelse, erhvervsmæssig stilling, samlivsstatus og region. Opgørelsen præsenteres i en opslagstabel. Alle opslagstabeller er opbygget på samme måde. I første række er angivet en overskrift for hver af søjlerne i tabellen. Søjlerne har altid den samme rækkefølge nemlig 'Procent', 'OR' (odds ratio), '95 % sikkerhedsgrænser' og til sidst 'Antal svarpersoner'. Hvordan tallene skal forstås, kan ses i nedenstående gennemgang af tabel 1.2.1, hvor svær overvægt er brugt som eksempel. Desuden præsenteres for hver enkel indikator en figur, som viser udviklingen i forekomsten opdelt på køn og aldersgrupper, samt en figur, som viser udviklingen i forekomsten opdelt på køn og uddannelsesgrupper. Udviklingen i forekomsten vises kun, hvis spørgsmålet er stillet på præcis samme måde i mindst to undersøgelser.

Procent
Søjlen 'Procent' angiver andelen i den voksne befolkning med den givne indikator.

OR
Søjlen 'OR' viser odds ratio. OR giver et mål for, om forekomsten i den aktuelle gruppe ligger højere eller lavere end forekomsten i den gruppe, der benævnes referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætning i de to grupper. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1, og at der ikke er angivet 95 % sikkerhedsgrænser ud for gruppen. For variablen 'Region' kan referencegruppen ikke ses, eftersom den er et landsgennemsnit, det vil sige en slags gennemsnit af OR i regionerne. Enkelte steder er der ikke beregnet OR. Der præsenteres ikke OR for grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister', idet disse grupper er afgrænset ved en særlig alder, hvorfor en aldersjustering her ikke vil være relevant.

95 % sikkerhedsgrænser
Søjlen '95 % sikkerhedsgrænser' indeholder et 95 % sikkerhedsinterval for OR. Intervallet angiver den nedre og den øvre grænse. Dette interval indeholder i 95 % af tilfældene den sande værdi af OR.

Antal svarpersoner
Søjlen 'Antal svarpersoner' viser antallet af (uvægtede) svarpersoner i den pågældende gruppe.

Udviklingen i køns- og aldersgrupper
Figuren viser udviklingen i perioden 2010 til 2021 i andelen med den givne indikator inden for forskellige køns- og aldersgrupper, hvis muligt.

Udviklingen i uddannelsesgrupper
Figuren viser udviklingen i perioden 2010 til 2021 i andelen med den givne indikator inden for forskellige uddannelsesgrupper, hvis muligt. Der tages udgangspunkt i svarpersonernes højest gennemførte uddannelsesniveau. For en uddybende beskrivelse af klassifikation af skole- og erhvervsuddannelse; se bilag B.

Tekstkommentarer
Efter opslagstabellen følger en side med kommentering af tabellen. På siden kommenteres forekomsten af indikatoren i forhold til køn og alder, uddannelse, erhvervsmæssig stilling, samlivsstatus og bopælsregion samt udvikling i perioden 2010 til 2021, sidstnævnte såfremt dette er muligt. Betydningsfulde forskelle og mønstre beskrives, men der kommenteres for eksempel ikke på grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister', under henholdsvis 'Uddannelse' og 'Erhvervsmæssig stilling', da disse grupper er afgrænset ved en bestemt alder. Det er derfor vanskeligt at sammenligne forekomsten i disse grupper med forekomsten i grupper, der har en anderledes alderssammensætning. Derudover er der kommentarer til de to efterfølgende figurer, der viser udviklingen over tid henholdsvis opdelt på køn og aldersgrupper samt på køn og uddannelsesgrupper.

Hvad er en odds ratio (OR)?
En odds ratio (OR) er et ofte anvendt mål for sammenhæng mellem to variable, og som navnet antyder, er det et forhold (ratio) mellem to odds (chance).

Hvis OR er 1, er der ingen forskel på de to grupper. Hvis OR er større end 1, betyder det generelt, at den aktuelle gruppe i højere grad end referencegruppen har svaret 'Ja' til den betragtede indikator. Hvis OR er mindre end 1, har den betragtede gruppe i mindre grad end referencegruppen svaret 'Ja' til den betragtede indikator.

For nærmere at illustrere udregning af en OR benyttes nedenstående tabel, som viser et hypotetisk eksempel på sammenhængen mellem køn og langvarig sygdom.

Antal mænd og kvinder, der har en langvarig sygdom

	Ja	Nej	I alt	Odds	Odds ratio
Mænd	269	437	706	0,62	0,86
Kvinder	311	435	746	0,71	1

Eftersom 38 % af mændene (269/706) og 42 % af kvinderne (311/746) i dette eksempel har en langvarig sygdom, er konklusionen, at mænd i mindre grad end kvinder svarer, at de har en langvarig sygdom.

Tankegangen for OR er som følger: 269 mænd har en langvarig sygdom, mens 437 ikke har. Dette giver et odds for langvarig sygdom på 269/437=0,62. Det vil sige for hver mand, som ikke har en langvarig sygdom, er der 0,62, der har. Tilsvarende er odds for kvinder 311/435=0,71. For hver kvinde, som ikke har en langvarig sygdom, er der således 0,71, der har. Når vi vælger kvinder som referencegruppe, betyder det, at OR er 0,62/0,71=0,86. Eftersom OR er mindre end 1, og kvinder er valgt som referencegruppe, betyder det, at mænd i mindre grad end kvinder har en langvarig sygdom.

Tabel 1.2.1 Eksempel på opslagstabel. Svær overvægt (tabel 3.5.4 i rapporten).

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,33)	171.126
	2021	18,5	1,45	(1,42;1,48)	167.573
Mænd	16-24 år	7,4	0,27	(0,24;0,30)	6.600
	25-34 år	15,9	0,64	(0,59;0,69)	6.469
	35-44 år	19,5	0,82	(0,76;0,88)	8.122
	45-54 år	22,8	1		12.940
	55-64 år	23,2	1,02	(0,96;1,09)	15.036
	65-74 år	22,3	0,97	(0,91;1,03)	15.506
	≥75 år	16,5	0,67	(0,62;0,72)	11.250
	Alle mænd	18,6			75.923
Kvinder	16-24 år	8,5	0,32	(0,29;0,35)	8.951
	25-34 år	17,4	0,72	(0,67;0,78)	9.314
	35-44 år	20,3	0,87	(0,81;0,93)	10.981
	45-54 år	22,6	1		15.739
	55-64 år	22,1	0,97	(0,92;1,03)	17.464
	65-74 år	19,4	0,82	(0,77;0,88)	16.709
	≥75 år	15,0	0,61	(0,56;0,65)	12.492
	Alle kvinder	18,3			91.650
Uddannelse	Under uddannelse	8,5			11.189
	Grundskole	27,2	2,20	(2,07;2,33)	12.162
	Kort uddannelse	22,6	1,57	(1,51;1,63)	60.024
	Kort videregående uddannelse	19,6	1,22	(1,15;1,30)	13.632
	Mellemlang videregående uddannelse	16,6	1		36.649
	Lang videregående uddannelse	9,8	0,53	(0,50;0,57)	21.244
	Anden uddannelse	21,4	1,47	(1,37;1,58)	8.097

Tallet angiver, at 22,6 % af personer med en kort uddannelse har svær overvægt.

Intervallet 1,51-1,63 angiver inden for hvilken sikkerhedsmargin, at odds ratioen befinder sig.

Tallet angiver odds ratioen, det vil sige, hvor meget større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at have svær overvægt i forhold til referencegruppen, når der tages højde for en eventuelt forskellig køns- og alderssammensætning i de to grupper. I dette tilfælde har personer med en kort uddannelse 1,57 større odds for at have svær overvægt i forhold til personer med en mellemlang videregående uddannelse, hvor OR står som '1'.

Tallet angiver, at 60.024 personer med en kort uddannelse har svaret på spørgsmålet.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Eurostat. Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

2

Helbred og trivsel

2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred dækker over en persons egen vurdering af sin generelle helbredstilstand. I vurderingen indgår en række helbredsforhold, der ikke kan beskrives alene ved en oplistning af symptomer, sygdomme og risikofaktorer. Undersøgelser har vist, at der er en yderst stærk sammenhæng mellem et dårligt selvvurderet helbred og dødelighed (1-6), ligesom et dårligt selvvurderet helbred er forbundet med øget risiko for forskellige kroniske sygdomme (7-9). Dertil er et dårligt selvvurderet helbred forbundet med et øget brug af medicin og sundhedsydelser (10-12).

I internationale anbefalinger om gennemførslen af befolkningsundersøgelser fremhæves vigtigheden af at inkludere spørgsmål om selvvurderet helbred (13-14), da denne indikator giver et overordnet billede af befolkningens helbredsstatus.

Selvvurderet helbred er en persons samlede vurdering af sit eget helbred. Personens oplevelse af eget helbred påvirkes blandt andet af udviklingen i helbredet gennem livet, og eget helbred i forhold til jævnaldrendes. Selvvurderet helbred er desuden påvirket af oplevelsen af egne ressourcer til at håndtere sin situation og muligheden for at få støtte og hjælp i éns netværk i tilfælde af sygdom (5). Vurderingen indeholder derved selvstændig information, som afspejler at oplevelsen af en fysik tilstand er påvirket af personens livssituation i øvrigt (15).

I denne undersøgelse belyses selvvurderet helbred ud fra følgende spørgsmål: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvortil det var muligt at svare: 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' eller 'Dårligt'.

I tabel 2.1.1 ses svarfordelingen for selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at størstedelen af befolkningen (83,3 %) har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Derudover ses det, at 12,4 % blandt mænd og 8,9 % blandt kvinder vurderer, at deres helbred er fremragende, mens 12,3 % blandt mænd og 15,8 % blandt kvinder angiver, at de har et mindre godt selvvurderet helbred. Kun en lille andel (2,5 % blandt mænd og 2,8 % blandt kvinder) vurderer, at deres helbred er dårligt. Blandt begge køn ses det, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred falder med stigende alder.

Tabel 2.1.1 Selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

		16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	Fremragende	22,5	17,8	12,8	11,1	8,4	6,7	4,5	12,4
	Vældig godt	41,5	42,0	39,8	37,6	32,8	30,1	20,5	35,8
	Godt	28,1	30,0	35,3	36,8	39,9	44,8	49,2	37,0
	Mindre godt	6,7	8,5	10,2	12,1	15,6	15,5	21,2	12,3
	Dårligt	1,2	1,7	1,9	2,5	3,4	2,9	4,6	2,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	7.936	7.660	9.175	14.100	15.924	16.166	11.850	82.811
Kvinder	Fremragende	14,1	13,7	10,1	8,0	6,8	5,9	3,2	8,9
	Vældig godt	42,2	41,0	38,7	34,3	29,9	28,3	16,3	33,3
	Godt	32,6	32,9	36,3	38,6	40,4	45,7	49,7	39,2
	Mindre godt	9,6	10,8	12,8	16,0	19,5	17,3	25,7	15,8
	Dårligt	1,5	1,5	2,2	3,1	3,4	2,7	5,1	2,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	10.330	10.609	12.026	16.970	18.635	17.640	13.501	99.711

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. →

Tabel 2.1.2 Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	85,0	1		175.130
	2013	85,2	1,03	(1,00;1,05)	160.394
	2017	83,2	0,88	(0,87;0,90)	182.169
	2021	83,3	0,91	(0,89;0,93)	182.522
Mænd	16-24 år	92,1	1,98	(1,78;2,21)	7.936
	25-34 år	89,8	1,50	(1,36;1,65)	7.660
	35-44 år	87,9	1,24	(1,13;1,36)	9.175
	45-54 år	85,5	1		14.100
	55-64 år	81,1	0,73	(0,68;0,78)	15.924
	65-74 år	81,6	0,75	(0,70;0,81)	16.166
	≥75 år	74,3	0,49	(0,46;0,53)	11.850
	Alle mænd	85,2			82.811
Kvinder	16-24 år	88,9	1,90	(1,75;2,06)	10.330
	25-34 år	87,6	1,67	(1,54;1,81)	10.609
	35-44 år	85,0	1,34	(1,24;1,44)	12.026
	45-54 år	80,9	1		16.970
	55-64 år	77,1	0,79	(0,75;0,84)	18.635
	65-74 år	79,9	0,94	(0,88;1,00)	17.640
	≥75 år	69,2	0,53	(0,50;0,56)	13.501
	Alle kvinder	81,4			99.711
Uddannelse	Under uddannelse	90,1			11.366
	Grundskole	68,9	0,42	(0,39;0,44)	12.495
	Kort uddannelse	81,9	0,71	(0,68;0,74)	60.932
	Kort videregående uddannelse	85,2	0,91	(0,85;0,97)	13.796
	Mellemlang videregående uddannelse	86,3	1		37.072
	Lang videregående uddannelse	90,4	1,37	(1,28;1,46)	21.413
	Anden uddannelse	75,9	0,52	(0,48;0,56)	8.315
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	90,1	1		81.333
	Arbejdsløse	75,6	0,32	(0,29;0,35)	3.423
	Førtidspensionister	49,2	0,12	(0,11;0,13)	6.112
	Andre uden for arbejdsmarkedet	62,5	0,15	(0,14;0,16)	7.365
	Efterlønsmodtagere	85,1			1.503
	Alderspensionister	76,4			59.157
Samlivsstatus	Gift	84,6	1		97.356
	Samlevende	87,0	0,82	(0,78;0,86)	24.652
	Enlig (separeret, skilt)	74,1	0,57	(0,54;0,59)	15.682
	Enlig (enkestand)	71,6	0,72	(0,68;0,76)	11.424
	Enlig (ugift)	84,4	0,52	(0,50;0,54)	33.408
Region	Hovedstaden	84,4	1,07	(1,04;1,09)	59.374
	Sjælland	81,2	0,92	(0,88;0,95)	20.746
	Syddanmark	82,6	0,99	(0,96;1,02)	43.967
	Midtjylland	83,9	1,05	(1,02;1,08)	36.160
	Nordjylland	82,7	0,99	(0,95;1,03)	22.275

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (tabel 2.1.2, figur 2.1.1 og figur 2.1.2).

Køn og alder: I den voksne befolkning er der i alt 83,3 %, der vurderer deres eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Andelen er større blandt mænd (85,2 %) end blandt kvinder (81,4 %). Dette mønster ses på tværs af alle aldersgrupper. Overordnet set falder andelen med stigende alder. Eneste undtagelse ses for kvinder i aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen stiger en smule for derefter at falde igen i den ældste aldersgruppe.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Således er andelen 68,9 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og 90,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Forskellen er især udtalt mellem gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og gruppen med kort uddannelse (13,0 procentpoint).

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er markant større blandt beskæftigede (90,1 %) end blandt arbejdsløse (75,6 %), førtidspensionister (49,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (62,5 %).

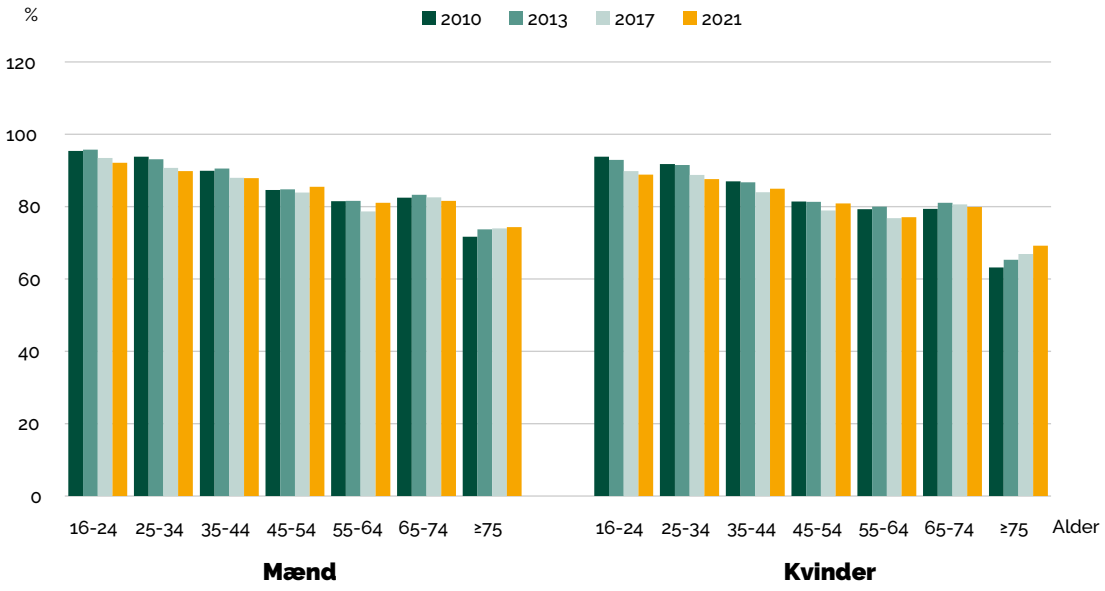
Samlivsstatus: Der er procentvis flest samlevende (87,0 %), der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, og færrest enlige (enkestand) (71,6 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten imidlertid højere blandt gifte sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred større i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og mindre i Region Sjælland.

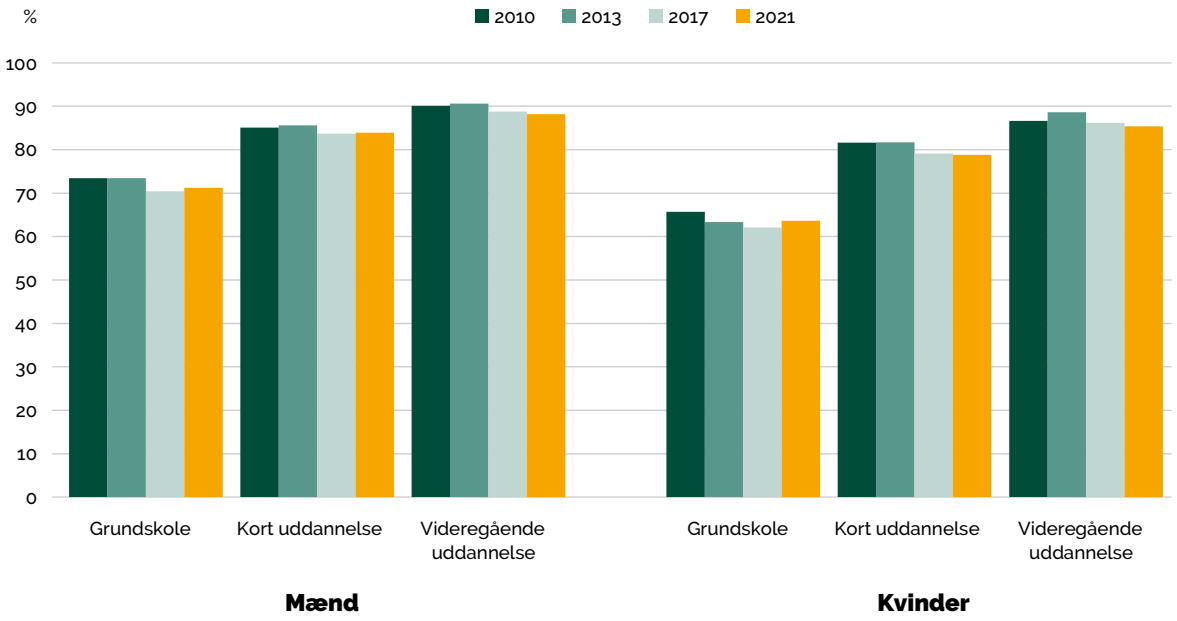
Udvikling: Der er i perioden 2010 til 2021 sket et mindre fald i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fra 85,0 % til 83,3 %. Faldet skyldes udelukkende et fald mellem 2013 og 2017 (-2,0 procentpoint). Faldet ses blandt både mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 35-44 år samt blandt kvinder i aldersgruppen 55-64 år (figur 2.1.1). Blandt mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe ses en jævn stigning i andelen mellem 2010 og 2021, mens andelen er nogenlunde stabil i de øvrige aldersgrupper.

Blandt begge køn ses i perioden 2010 til 2021 et mindre fald i andelen på tværs af alle uddannelsesgrupper med undtagelse af kvinder med en lang videregående uddannelse, hvor andelen er nogenlunde stabil (figur 2.1.2).

Figur 2.1.1 Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 2.1.2 Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Referencer

1. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lorbeer R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. Maturitas. 2017; 103: 37-44.

2. Baćak V, Ólafsdóttir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. Scand J Public Health. 2017; 45: 647-653.

3. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. J Gen Intern Med. 2006; 21: 267-75.

4. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013; 68: 107-16.

5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. Journal of Health Soc Behav. 1997; 38: 21-37.

6. Schnittker J, Bacak V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. Plos One. 2014; 9.

7. Ambresin G, Chondros P, Dowrick C, Hermann H, Gunn JM. Self-rated health and long-term prognosis of depression. Ann Fam Med. 2014; 12: 57-65.

8. Riise HK, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. Qual Life Res 2014; 23: 145-53.

9. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. BMJ Open 2015; 5: e006589.

10. Hajek A, Kretzler B, König HH. Determinants of Frequent Attendance in Primary Care. A Systematic Review of Longitudinal Studies. Front Med. 2021; 8: 595-674.

11. Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Breidablik HJ. Is self-rated health in adolescence a predictor of prescribed medication in adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study and the Norwegian Prescription Database. SSM Popul Health. 2018; 4: 144-52.

12. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2008; 17: 186-92.

13. Robine JM, Jagger C, Euro-REVES Group. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe - the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003;13: 6-14.

14. World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Office for Europe: Statistics Netherlands, 1996.

15. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Soc Sci Med. 2009; 69: 307-16.

2.2 Fysisk og mentalt helbred

Der findes både flere enkeltspørgsmål og spørgsmålsbatterier, som kan benyttes til at beskrive befolkningens selvvurderede fysiske og mentale helbred. Modsat enkeltspørgsmål omfatter spørgsmålsbatterier en række spørgsmål, der belyser flere aspekter af det emne, der ønskes belyst. Mens der i kapitel 2.1 blev benyttet et enkeltspørgsmål til at belyse befolkningens selvvurderede helbred, beskrives i dette kapitel det selvvurderede fysiske og mentale helbred på baggrund af det hyppigt anvendte og anerkendte spørgsmålsbatteri, SF-12. SF står for 'Short Form' og består af 12 spørgsmål, der alle har til formål at belyse svarpersonens helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Helbredstilstanden vurderes i forhold til begrænsninger i henholdsvis fysisk og social funktionsevne samt mentalt velbefindende (1-3).

SF-12 er et såkaldt generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene anses som relevante for både syge og raske personer. Derfor er SF-12 særdeles velegnet, hvis man ønsker at belyse den fysiske og mentale helbredstilstand i den generelle befolkning.

På baggrund af svarpersonernes besvarelser er det muligt at beregne en samlet score for henholdsvis en mental og en fysisk helbredskomponent. For begge komponenter gælder det, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen af scoren for såvel den fysiske som for den mentale helbredskomponent, dog er vægtningen af de enkelte spørgsmål forskellig (4). Opgørelserne omfatter alene personer, som har besvaret alle 12 spørgsmål. På baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er der defineret en standardafgrænsning af personer med en lav score på den mentale helbredsskala, som omfatter de 10 % med den laveste score for den mentale helbredskomponent (5). Dette svarer til en score på 35,76 eller lavere, og grænsen er den samme for mænd og kvinder. For den fysiske helbredskomponent gælder samme standardafgrænsning på de 10 % med den laveste score, men det svarer dog for denne komponent til en score på 35,37 eller lavere. Det betyder, at definitionen af en lav score på henholdsvis den mentale og fysiske helbredsskala ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Således er det ikke så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder i de følgende opgørelser, men derimod på udviklingen over tid i forekomsten af personer med en lav score på henholdsvis den mentale og fysiske helbredsskala. Det er endvidere relevant at fokusere på mønstre inden for udvalgte grupperinger, såsom køn, alder og uddannelse.

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var skoler, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, caféer og barer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejdere var hjemsendt. Yderligere var der en række andre restriktioner, herunder afstandskrav og forsamlingsforbud. Dette kan med stor sandsynlighed have påvirket borgernes mentale helbredstilstand (6-8).

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af andelen, der:

- **har en lav score på den fysiske helbredsskala (benævnt 'dårligt mentalt helbred' i tidligere rapporter)**
- **har en lav score på den mentale helbredsskala (benævnt 'dårligt fysisk helbred' i tidligere rapporter).**

Tabel 2.2.1 Lav score på den fysiske helbredsskala. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	10,0	1		155.427
	2013	10,1	0,97	(0,95;1,00)	145.440
	2017	11,3	1,08	(1,05;1,11)	165.584
	2021	11,0	0,98	(0,96;1,01)	167.669
Mænd	16-24 år	1,6	0,19	(0,15;0,24)	7.253
	25-34 år	2,9	0,35	(0,29;0,41)	7.085
	35-44 år	4,8	0,58	(0,51;0,66)	8.631
	45-54 år	8,0	1		13.391
	55-64 år	13,2	1,75	(1,60;1,92)	15.070
	65-74 år	15,3	2,08	(1,90;2,27)	14.953
	≥75 år	26,1	4,06	(3,72;4,44)	10.084
	Alle mænd	9,2			76.467
Kvinder	16-24 år	2,4	0,18	(0,15;0,21)	9.658
	25-34 år	5,0	0,37	(0,33;0,42)	9.989
	35-44 år	8,1	0,62	(0,57;0,69)	11.383
	45-54 år	12,4	1		16.208
	55-64 år	16,5	1,40	(1,30;1,51)	17.448
	65-74 år	17,1	1,46	(1,36;1,58)	15.904
	≥75 år	33,9	3,64	(3,38;3,91)	10.612
	Alle kvinder	12,8			91.202
Uddannelse	Under uddannelse	2,3			11.091
	Grundskole	28,2	2,87	(2,68;3,07)	10.796
	Kort uddannelse	12,8	1,57	(1,49;1,65)	57.644
	Kort videregående uddannelse	9,3	1,08	(1,00;1,17)	13.225
	Mellemlang videregående uddannelse	8,6	1,00		35.617
	Lang videregående uddannelse	4,0	0,55	(0,51;0,60)	20.853
	Anden uddannelse	19,1	2,22	(2,05;2,41)	7.473
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,8	1		79.419
	Arbejdsløse	11,0	2,76	(2,43;3,13)	3.316
	Førtidspensionister	44,3	12,74	(11,8;13,7)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	22,1	7,31	(6,75;7,91)	7.026
	Efterlønsmodtagere	10,9			1.419
	Alderspensionister	22,3			51.553
Samlivsstatus	Gift	11,2	1		90.226
	Samlevende	7,2	1,22	(1,15;1,30)	23.821
	Enlig (separeret, skilt)	19,3	1,68	(1,59;1,78)	14.072
	Enlig (enkestand)	29,5	1,52	(1,43;1,62)	9.292
	Enlig (ugift)	6,5	1,58	(1,49;1,69)	30.258
Region	Hovedstaden	9,1	0,84	(0,82;0,87)	54.685
	Sjælland	13,2	1,14	(1,09;1,18)	18.353
	Syddanmark	12,2	1,05	(1,01;1,08)	40.698
	Midtjylland	10,6	0,94	(0,91;0,98)	33.489
	Nordjylland	12,2	1,06	(1,02;1,11)	20.444

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har en lav score på den fysiske helbredsskala[1] (tabel 2.2.1, figur 2.2.1 og figur 2.2.2).

Køn og alder: I alle aldersgrupper er andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala større blandt kvinder (12,8 %) end blandt mænd (9,2 %). Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala. Således falder andelen fra 28,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Den største andel af personer med en lav score på den fysiske helbredsskala ses blandt førtidspensionister (44,3 %), mens den mindste andel ses blandt beskæftigede (4,8 %). Både blandt arbejdsløse (11,0 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,1 %) ses også relativt store andele.

Samlivsstatus: Der er procentvis flest med en lav score på den fysiske helbredsskala blandt enlige (enkestand) (29,5 %) og færrest blandt enlige (ugifte) (6,5 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte) og den laveste forekomst blandt gifte.

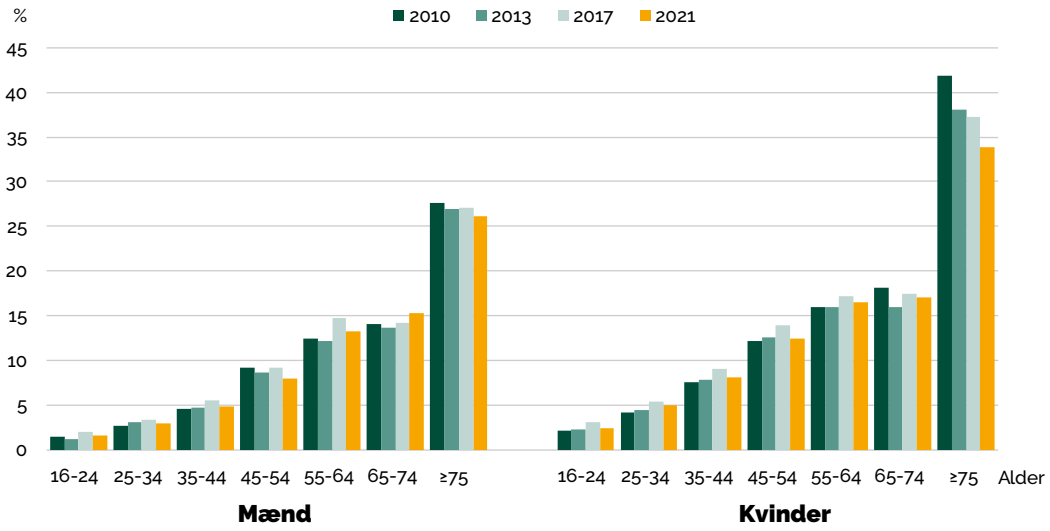
Region: I forhold til landsgennemsnittet ses en større andel med en lav score på den fysiske helbredsskala i Region Sjælland (13,2 %), Region Syddanmark (12,2 %) og Region Nordjylland (12,2 %). Derimod er andelen mindre i Region Hovedstaden (9,1 %) og Region Midtjylland (10,6 %).

Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala steget fra 10,0 % til 11,0 % og er altså stort set uændret. Blandt begge køn ses på tværs af aldersgrupper et noget usystematisk mønster i udviklingen mellem 2010 og 2021 (figur 2.2.1). Overordnet set er andelen dog stort set uændret i aldersgrupperne 16-74 år samt blandt mænd på 75 år eller derover. Blandt kvinder på 75 år eller derover ses derimod et fald på 7,9 procentpoint i andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala.

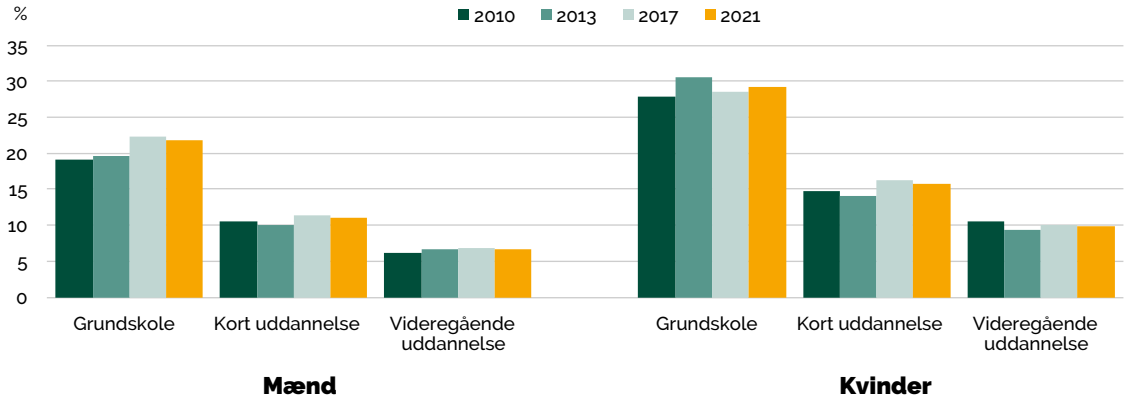
I alle uddannelsesgrupper ses blandt begge køn en stort set uændret andel med en lav score på den fysiske helbredsskala i perioden 2010 til 2021 (figur 2.2.2). Dog ses en stigende tendens blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, hvor andelen er steget med 2,7 procentpoint i perioden.

[1] Definitionen på en lav score på den fysiske helbredsskala baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskelle mellem grupper, eksempelvis køn, alder og uddannelse, og på udviklingen over tid.

Figur 2.2.1 Andel, der har en lav score på den fysiske helbredsskala, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 2.2.2 Andel, der har en lav score på den fysiske helbredsskala, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021. Aldersjusteret procent.



I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har en lav score på den mentale helbredsskala[2] (tabel 2.2.2, figur 2.2.3 og figur 2.2.4).

Køn og alder: Andelen, som har en lav score på den mentale helbredsskala, er større blandt kvinder (19,9 %) end blandt mænd (14,9 %), og dette mønster genfindes i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en stigning. Den markant største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år, hvor hver tredje (34,4 %) har en lav score på den mentale helbredsskala. Til sammenligning har hver femte mand (21,2 %) i samme aldersgruppe en lav score på skalaen.

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med en lav score på den mentale helbredsskala. Således er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (20,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (14,5 %).

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (12,8 %) ses en markant større andel med en lav score på den mentale helbredsskala blandt arbejdsløse (31,6 %), førtidspensionister (36,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (39,2 %).

Samlivsstatus: Andelen med en lav score på den mentale helbredsskala er størst blandt enlige (separerede, skilte og ugifte) og mindst blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er andelen med en lav score på den mentale helbredsskala større i Region Hovedstaden (18,6 %). Forskellene mellem regionerne er dog beskedne.

Udvikling: Der er sket en tydelig stigning på 7,4 procentpoint i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala i perioden 2010 til 2021. Stigningen er fortrinsvist sket mellem 2013 og 2021 og er særligt udtalt mellem 2017 og 2021 (+4,2 procentpoint). Dette gælder i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 2.2.3). De største stigninger mellem 2017 og 2021 ses i aldersgrupperne 16-34 år og er særligt udtalte blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. For denne gruppe er andelen med en lav score på den mentale helbredsskala steget med 18,5 procentpoint i perioden 2010 til 2021, heraf med 10,6 procentpoint alene mellem 2017 og 2021.

I alle uddannelsesgrupper er der sket en stigning i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala i perioden 2010 til 2021 (figur 2.2.4). For de fleste grupper ses den største stigning mellem 2017 og 2021.

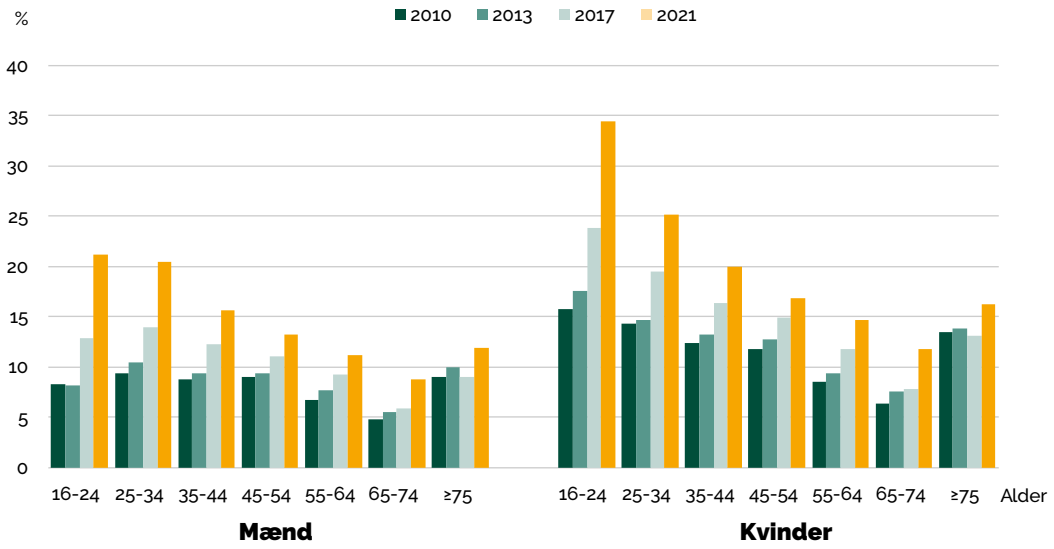
[2] Definitionen på en lav score på den mentale helbredsskala baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskelle mellem grupper, eksempelvis køn, alder og uddannelse, og på udviklingen over tid.

Tabel 2.2.2 Lav score på den mentale helbredsskala. 2021.

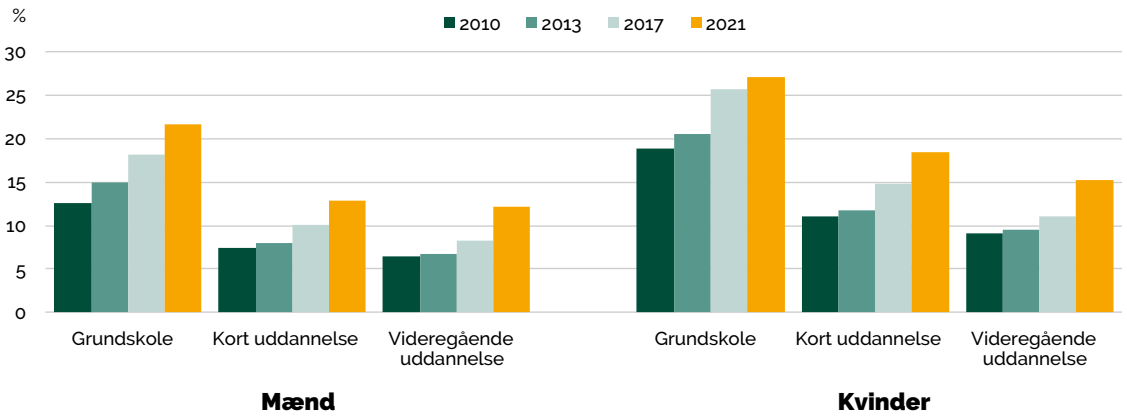
		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	10,0	1		155.421
	2013	10,7	1,09	(1,06;1,12)	145.436
	2017	13,2	1,40	(1,36;1,44)	165.582
	2021	17,4	1,95	(1,90;2,01)	167.669
Mænd	16-24 år	21,2	1,77	(1,63;1,93)	7.253
	25-34 år	20,4	1,69	(1,55;1,84)	7.085
	35-44 år	15,6	1,22	(1,12;1,33)	8.631
	45-54 år	13,2	1		13.391
	55-64 år	11,2	0,83	(0,77;0,91)	15.070
	65-74 år	8,8	0,63	(0,58;0,69)	14.953
	≥75 år	11,9	0,89	(0,81;0,97)	10.084
	Alle mænd	14,9			76.467
Kvinder	16-24 år	34,4	2,60	(2,43;2,79)	9.658
	25-34 år	25,2	1,67	(1,56;1,79)	9.989
	35-44 år	20,0	1,24	(1,16;1,33)	11.383
	45-54 år	16,8	1		16.208
	55-64 år	14,6	0,85	(0,79;0,91)	17.448
	65-74 år	11,8	0,66	(0,62;0,71)	15.904
	≥75 år	16,2	0,96	(0,89;1,04)	10.612
	Alle kvinder	19,9			91.202
Uddannelse	Under uddannelse	29,2			11.091
	Grundskole	20,2	1,87	(1,74;2,01)	10.796
	Kort uddannelse	15,7	1,15	(1,10;1,21)	57.644
	Kort videregående uddannelse	14,7	1,05	(0,98;1,13)	13.225
	Mellemlang videregående uddannelse	15,0	1,00		35.617
	Lang videregående uddannelse	14,5	0,89	(0,84;0,95)	20.853
	Anden uddannelse	18,9	1,59	(1,46;1,73)	7.473
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	12,8	1		79.419
	Arbejdsløse	31,6	3,01	(2,74;3,31)	3.316
	Førtidspensionister	36,3	5,09	(4,73;5,48)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	39,2	4,43	(4,13;4,76)	7.026
	Efterlønsmodtagere	7,6			1.419
	Alderspensionister	12,0			51.553
Samlivsstatus	Gift	11,6	1		90.226
	Samlevende	17,6	1,28	(1,22;1,34)	23.821
	Enlig (separeret, skilt)	20,2	2,01	(1,90;2,12)	14.072
	Enlig (enkestand)	16,6	1,68	(1,56;1,82)	9.292
	Enlig (ugift)	27,0	2,14	(2,04;2,25)	30.258
Region	Hovedstaden	18,6	1,05	(1,02;1,08)	54.685
	Sjælland	16,8	1,01	(0,97;1,05)	18.353
	Syddanmark	16,7	0,98	(0,95;1,01)	40.698
	Midtjylland	16,9	0,97	(0,93;1,00)	33.489
	Nordjylland	16,9	0,99	(0,95;1,03)	20.444

[1]*Justeret for køn og alder*

Figur 2.2.3 Andel, der har en lav score på den mentale helbredsskala, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 2.2.4 Andel, der har en lav score på den mentale helbredsskala, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Fysisk og mentalt helbred og sygelighed
I tabel 2.2.3 vises andelen, der har en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder i den voksne del af befolkningen. Sygelighed er her belyst ved et selvstændigt spørgsmål om forekomsten af langvarig sygdom, det vil sige en sygdom af mindst 6 måneders varighed. Desuden belyses sygelighed på baggrund af spørgsmål om en række specifikke sygdomme og lidelser jf. kapitel 4 om sygelighed.

Det fremgår af tabellen, at der er en større andel med en lav score på både den fysiske og den mentale helbredsskala blandt personer, der har en sygdom eller lidelse, sammenlignet med personer, der ikke har den pågældende sygdom eller lidelse. Dette mønster ses både blandt mænd og kvinder. Særligt udtalt er sammenhængen mellem en lav score på den mentale helbredsskala og henholdsvis angst, depression og psykisk sygdom, hvor der ses markante forskelle i andelen med en lav score mellem personer henholdsvis med og uden disse lidelser.

Fysisk og mentalt helbred og sundhedsadfærd samt vægtgrupper
Tabel 2.2.4 viser andelen, der har en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper blandt mænd og kvinder.

For begge køn ses det, at andelen, der har en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala, er større blandt personer, der ryger dagligt, end blandt personer, der ikke ryger dagligt. Blandt personer, der lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ses endvidere en mindre andel med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala sammenlignet med personer, som ikke lever op til anbefalingen. Det fremgår også, at jo sundere kostmønster, jo mindre er andelen med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala.

I forhold til at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge ses et mindre entydigt mønster. Således er der blandt mænd stort set ingen forskel i andelen med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala blandt dem, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og dem, der drikker mindre. Samme tendens ses for kvinder i forhold til en lav score på den fysiske helbredsskala. Andelen blandt kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala er derimod større blandt dem, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (23,9 %), end blandt dem, der drikker mindre (19,5 %).

Andelen med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala er både blandt mænd og kvinder større blandt personer med undervægt eller svær overvægt sammenlignet med personer med normalvægt eller moderat overvægt. For mænd ses den største andel med en lav score på henholdsvis den fysiske (27,2 %) og den mentale helbredsskala (29,6 %) i gruppen med undervægt. For kvinder ses derimod den største andel med en lav score på den fysiske helbredsskala i gruppen med svær overvægt (21,6 %), mens andelen med en lav score på den mentale helbredsskala er stort set ens i gruppen med henholdsvis undervægt (25,3 %) og svær overvægt (24,7 %).

Tabel 2.2.3 Andel med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala, opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder. 2021. Aldersjusteret procent.

		Lav score på den fysiske helbredsskala	Antal svar-personer	Lav score på den mentale helbredsskala	Antal svar-personer
Mænd					
Langvarig sygdom	Ja	20,0	27.631	22,5	27.631
	Nej	2,4	45.993	10,6	45.993
Astma	Ja	17,7	5.465	20,9	5.465
	Nej	8,6	67.788	14,1	67.788
Diabetes	Ja	21,2	5.824	19,5	5.824
	Nej	8,3	67.382	14,2	67.382
Forhøjet blodtryk	Ja	16,9	18.943	22,5	18.943
	Nej	7,2	54.319	13,3	54.319
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	Ja	23,4	11.817	21,3	11.817
	Nej	6,6	61.432	13,4	61.432
Migræne eller hyppig hovedpine	Ja	19,8	7.872	27,7	7.872
	Nej	7,9	65.307	12,9	65.307
Angst	Ja	21,1	5.408	47,7	5.408
	Nej	8,3	67.984	11,2	67.984
Depression	Ja	22,7	6.952	54,7	6.952
	Nej	7,8	66.355	9,4	66.355
Psykisk lidelse	Ja	21,8	6.305	49,2	6.305
	Nej	8,0	66.783	10,6	66.783
Kvinder					
Langvarig sygdom	Ja	25,7	34.196	27,2	34.196
	Nej	3,4	54.161	15,3	54.161
Astma	Ja	23,3	8.048	26,1	8.048
	Nej	11,4	79.789	19,1	79.789
Diabetes	Ja	26,5	4.097	26,2	4.097
	Nej	11,7	83.634	19,4	83.634
Forhøjet blodtryk	Ja	21,9	18.924	26,7	18.924
	Nej	10,2	69.109	18,7	69.109
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	Ja	31,4	13.552	26,1	13.552
	Nej	8,9	74.300	18,5	74.300
Migræne eller hyppig hovedpine	Ja	20,6	20.367	29,9	20.367
	Nej	10,1	67.268	16,4	67.268
Angst	Ja	22,1	11.601	47,0	11.601
	Nej	11,2	76.389	14,6	76.389
Depression	Ja	24,5	11.643	54,3	11.643
	Nej	10,8	76.312	13,5	76.312
Psykisk lidelse	Ja	22,8	12.618	48,7	12.618
	Nej	10,9	74.882	13,9	74.882

Tabel 2.2.4 Andel med en lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala, opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper blandt mænd og kvinder. 2021. Aldersjusteret procent.

		Lav score på den fysiske helbredsskala	Antal svarpersoner	Lav score på den mentale helbredsskala	Antal svarpersoner
Mænd					
Ryger dagligt	Ja	15,1	10.011	22,3	10.011
	Nej	8,3	63.552	13,3	63.552
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	Ja	8,7	17.958	16,1	17.958
	Nej	9,4	53.288	14,2	53.288
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Ja	12,4	40.041	17,9	40.041
	Nej	4,6	31.359	10,4	31.359
Vægtgrupper	Undervægt	27,2	813	29,6	813
	Normalvægt	7,2	26.240	13,7	26.240
	Moderat overvægt	7,9	30.775	13,3	30.775
	Svær overvægt	15,7	13.978	18,3	13.978
Kostmønster	Sundt	7,4	8.624	12,6	8.624
	Med sunde og usunde elementer	8,3	47.585	13,5	47.585
	Usundt	13,0	15.267	18,5	15.267
Kvinder					
Ryger dagligt	Ja	17,7	10.437	28,6	10.437
	Nej	11,9	78.173	8,6	78.173
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	Ja	9,4	8.250	23,9	8.250
	Nej	12,9	77.832	19,5	77.832
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Ja	16,0	51.622	22,7	51.622
	Nej	6,4	34.611	15,3	34.611
Vægtgrupper	Undervægt	16,0	2.563	25,3	2.563
	Normalvægt	8,8	42.276	18,0	42.276
	Moderat overvægt	12,5	24.692	19,2	24.692
	Svær overvægt	21,6	15.977	24,7	15.977
Kostmønster	Sundt	10,3	15.843	17,3	15.843
	Med sunde og usunde elementer	12,0	60.231	19,0	60.231
	Usundt	18,7	10.794	26,8	10.794

Referencer

1. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey - Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996; 34: 220-33.

2. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. J Clin Epidemiol. 1998; 51:1171-8.

3. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. Health Qual Life Out. 2007;5.

4. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydningen af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra «Sundhedsprofilen 2010». København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

5. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.

6. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessley S, et al. Multidisciplinary research principles for the covid-19 pandemic: a call for action for mental health science. Lancet Psychiatry. 2020; 7: 547-60.

7. Hotopf M, Bullmore E, O'Connor RC, Holmes EA. The scope of mental health research during the covid-19 and its aftermath. Br J Psychiatry. 2020; 217: 540-2.

8. Thygesen LC, Møller SP, Ersbøll AK, Santini ZI, Nielsen MBD, Grønbæk M, Ekholm O. Decreasing mental well-being during the covid-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. J Psychiatr Res. 2021: 144: 151-7.

2.3 Stress

Stress kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand, der er karakteriseret ved anspændthed og ulyst (1). Oplevelsen af stress er subjektiv og afhænger af forskellige faktorer herunder egne og miljøbestemte ressourcer, samt hvordan man som individ fysisk og psykisk reagerer på og håndterer stress, såkaldt 'coping' (2). Til trods for at stress ikke i sig selv betegnes som en sygdom, kan stressbelastninger have en negativ indvirkning på både livskvalitet og alment velbefindende samt udgøre en risikofaktor for en række sygdomme.

Ordet 'stress' anvendes i daglig tale ofte synonymt med 'travlhed', hvilket kan bidrage til en forvirring og uklarhed over, hvad begrebet reelt set dækker over (1). Mens travlhed udgør en risikofaktor for stress, også kaldet en stressor, er det imidlertid ikke det samme som stress. Af øvrige eksempler på stressorer kan blandt andet nævnes belastende livsomstændigheder, såsom dødsfald blandt de nærmeste, skilsmisse, alvorlig sygdom eller arbejdsløshed. Også arbejdsmæssige forhold, herunder eksempelvis en ubalance mellem de krav, der stilles på arbejdet, og graden af indflydelse, som medarbejderen har på sit arbejde, kan udgøre en stressor. Således påvirkes stress af både private og arbejdsmæssige forhold (1).

Det er væsentligt at skelne mellem kort- og langvarig stress (3). Kortvarig stress opstår typisk akut i pressede situationer, hvor kroppen sættes i alarmberedskab og gør os i stand til at handle. Når stressbelastningen aftager, kan kroppen slappe af igen og vende tilbage til udgangspunktet. Langvarig stress opstår derimod, hvis stresspåvirkningen ikke aftager eller forsvinder, hvilket fratager kroppen muligheden for at restituere (4). Langvarig stress vil altid udgøre en belastning for kroppen, idet den ikke fysiologisk er skabt til at være i konstant alarmberedskab. Således kan langvarigt stress øge risikoen for eksempelvis forhøjet blodtryk (5), hjertekarsygdom (6-8) og depression (9) samt forværre prognosen for eksisterende sygdomme. Stress kan således have store konsekvenser på både individ- og samfundsniveau, hvoraf sidstnævnte blandt andet ses i form af omkostninger forbundet med sygefravær (2).

Stressniveau er i denne undersøgelse målt ved Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stressskala (10, 11). PSS indeholder 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, samt om han eller hun føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40 og skal aflæses på følgende måde: jo højere score, desto højere grad af oplevet stress. En høj score på stressskalaen er i denne undersøgelse defineret ved at tage de 20 % blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste niveau af stress i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010 (12). Dette svarer til en score på 18 eller derover. Det betyder, at definitionen af en høj score på stressskalaen ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder af forekomsten af personer med en høj score på stressskalaen i de følgende opgørelser. Derimod er det relevant at fokusere på udviklingen i forekomsten over tid samt mønstre inden for udvalgte grupperinger såsom køn, alder og uddannelse. Denne tilgang er mulig, eftersom der er benyttet den samme standardafgrænsning for resultaterne for en høj score på stressskalaen i sundhedsprofilundersøgelserne i både 2013, 2017 og 2021 (benævnt 'højt stressniveau' i tidligere rapporter).

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var skoler, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, caféer og barer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere var mange arbejdspladser lukket ned og medarbejdere var hjemsendt. Yderligere var der en række andre restriktioner, herunder afstandskrav og forsamlingsforbud. Dette kan med stor sandsynlig have påvirket den generelle trivsel, herunder oplevelsen af stress (13).

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har en høj score på stressskalaen. →

Tabel 2.3.1 Høj score på stressskalaen. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	20,8	1		14.183
	2013	21,3	1,03	(0,98;1,08)	149.846
	2017	25,1	1,29	(1,23;1,35)	168.802
	2021	29,1	1,59	(1,52;1,67)	170.979
Mænd	16-24 år	31,2	1,60	(1,48;1,72)	7.076
	25-34 år	30,0	1,51	(1,41;1,63)	6.891
	35-44 år	26,7	1,28	(1,19;1,38)	8.473
	45-54 år	22,1	1		13.326
	55-64 år	20,5	0,91	(0,85;0,97)	15.222
	65-74 år	17,7	0,76	(0,71;0,81)	15.513
	≥75 år	22,9	1,05	(0,98;1,12)	10.984
	Alle mænd	24,5			77.485
Kvinder	16-24 år	52,3	2,63	(2,48;2,79)	9.496
	25-34 år	40,6	1,64	(1,54;1,74)	9.835
	35-44 år	34,5	1,26	(1,19;1,34)	11.356
	45-54 år	29,5	1		16.204
	55-64 år	27,1	0,89	(0,84;0,94)	17.885
	65-74 år	22,7	0,71	(0,67;0,75)	16.764
	≥75 år	29,5	1,00	(0,95;1,07)	11.954
	Alle kvinder	33,6			93.494
Uddannelse	Under uddannelse	41,7			11.190
	Grundskole	35,1	2,23	(2,11;2,36)	11.714
	Kort uddannelse	28,1	1,36	(1,31;1,42)	59.616
	Kort videregående uddannelse	24,8	1,13	(1,07;1,20)	13.538
	Mellemlang videregående uddannelse	24,0	1		36.512
	Lang videregående uddannelse	22,9	0,87	(0,82;0,91)	21.122
	Anden uddannelse	35,1	2,03	(1,90;2,17)	7.945
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	23,2	1		80.308
	Arbejdsløse	47,4	2,95	(2,71;3,22)	3.364
	Førtidspensionister	55,5	5,18	(4,84;5,54)	5.610
	Andre uden for arbejdsmarkedet	55,7	4,36	(4,09;4,66)	7.213
	Efterlønsmodtagere	16,1			1.439
	Alderspensionister	23,1			55.215
Samlivsstatus	Gift	22,7	1		92.253
	Samlevende	30,5	1,22	(1,17;1,27)	24.254
	Enlig (separeret, skilt)	31,6	1,60	(1,53;1,68)	14.550
	Enlig (enkestand)	27,4	1,27	(1,20;1,35)	10.277
	Enlig (ugift)	39,7	1,78	(1,70;1,85)	29.645
Region	Hovedstaden	30,0	1,02	(0,99;1,04)	55.575
	Sjælland	28,6	1,02	(0,99;1,05)	19.426
	Syddanmark	29,1	1,02	(1,00;1,05)	41.262
	Midtjylland	28,5	0,97	(0,94;0,99)	34.164
	Nordjylland	28,1	0,97	(0,94;1,01)	20.552

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har en høj score på stressskalaen[3] (tabel 2.3.1, figur 2.3.1 og figur 2.3.2).

Køn og alder: Andelen med en høj score på stressskalaen er større blandt kvinder (33,6 %) end blandt mænd (24,5 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Der ses imidlertid en særlig stor andel blandt kvinder i 16-34-årsalderen. Blandt begge køn falder andelen med stigende alder frem til 75-årsalderen, hvor den stiger igen.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med en høj score på stressskalaen. Således er andelen med et højt stressniveau 35,1 % blandt personer med grundskole som højest gennem¬førte uddannelsesniveau, mens den tilsvarende andel blandt personer med en lang videregående uddannelse ligger på til 22,9 %.

Erhvervsmæssig stilling: Der ses en større andel med en høj score på stressskalaen blandt arbejdsløse (47,4 %), førtidspensionister (55,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (55,7 %) end blandt beskæftigede (23,2 %).

Samlivsstatus: Andelen med en høj score på stressskalaen er mindre blandt gifte sammenlignet med samlevende og enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte).

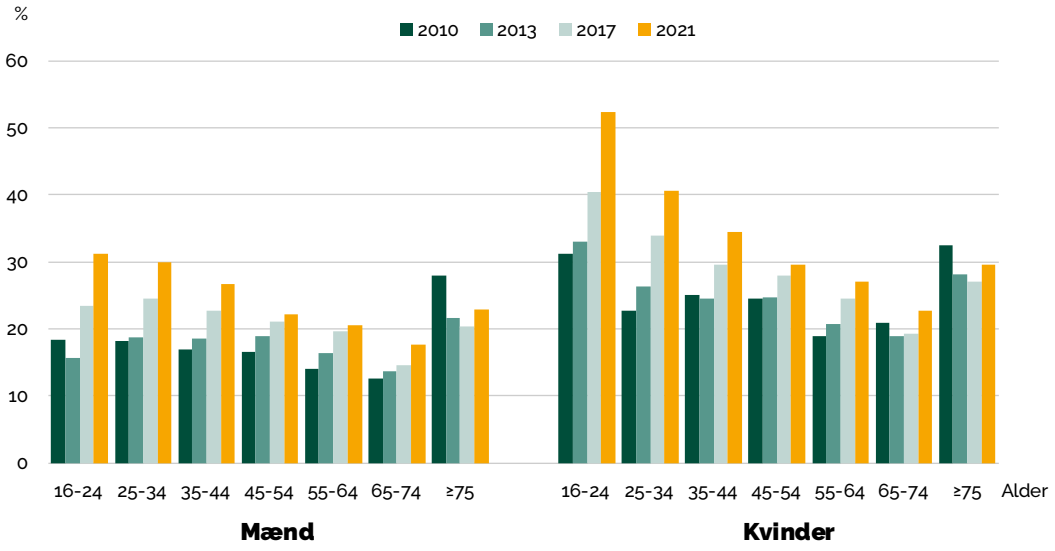
Region: Andelen af personer med en høj score på stressskalaen i de enkelte regioner adskiller sig ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2021 er der samlet set sket en stigning på 8,3 procentpoint i andelen med en høj score på stressskalaen, fra 20,8 % til 29,1 %. Overordnet ses der en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen på tværs af køn og alder fra 2010 til 2021 (figur 2.3.1). Stigningen ses dog ikke for mænd og kvinder på 75 år eller derover eller for kvinder i aldersgruppen 65-74 år. Blandt de fleste aldersgrupper er andelen steget en smule fra 2010 til 2013, hvorefter der ses en betydelig stigning fra henholdsvis 2013 til 2017 og 2017 til 2021.

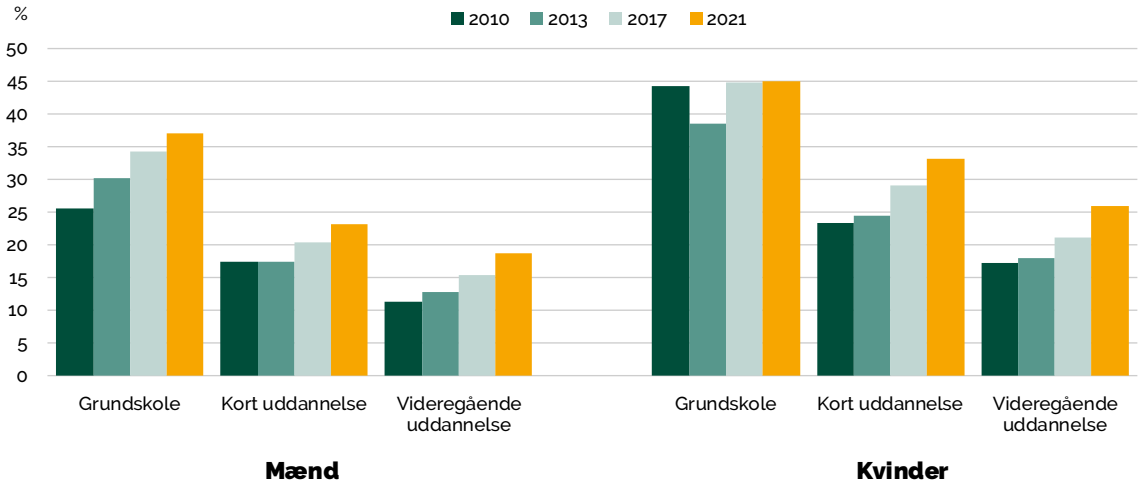
På tværs af uddannelsesgrupper ses overordnet en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen fra 2010 til 2021 (figur 2.3.2). Dog har andelen blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelse været nogenlunde uændret fra 2010 til 2021. Samtidig er andelen med en høj score på stressskalaen væsentligt større blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelse end blandt de øvrige uddannelsesgrupper.

[3] Definitionen af en høj score på stressskalaen baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskel mellem grupper og på udviklingen over tid.

Figur 2.3.1 Andel, der har en høj score på stressskalaen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



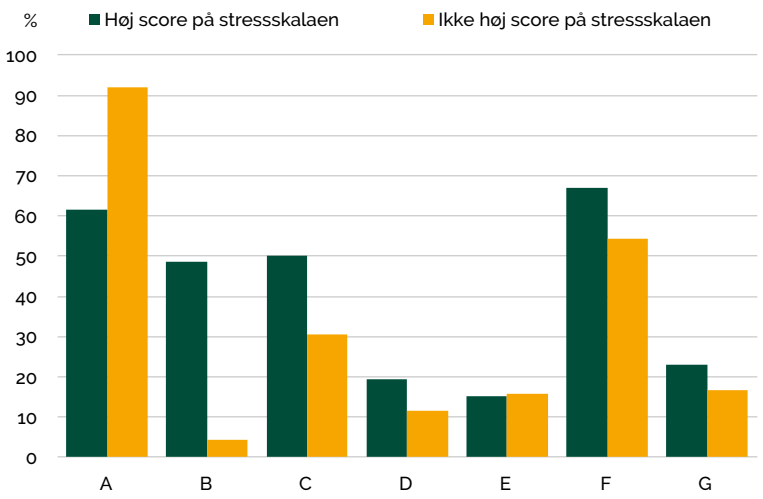
Figur 2.3.2 Andel, der har en høj score på stressskalaen, blandt mænd og kvinder i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Sammenhæng mellem en høj score på stressskalaen og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper

Af figur 2.3.3 ses sammenhængen mellem en høj score på stressskalaen og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægt. Disse indikatorer er beskrevet yderligere i rapportens øvrige kapitler og omfatter selvvurderet helbred (se kapitel 2.1), mentalt helbred (se kapitel 2.2), langvarig sygdom (se kapitel 4.1), rygning (se kapitel 3.1), alkoholindtag (se kapitel 3.2), fysisk aktivitet (se kapitel 3.4) og overvægt (se kapitel 3.5). Det fremgår af figuren, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, er mindre blandt personer med en høj score på stressskalaen (61,7 %) end blandt personer, der ikke har en høj score på stressskalaen (92,1 %). Endvidere er andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, større blandt personer med en høj score på stressskalaen (67,0 %) end blandt personer, der ikke har en høj score på stressskalaen (54,2 %). For så vidt angår andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses der ingen nævneværdig forskel mellem dem, der henholdsvis har og ikke har en høj score på stressskalaen. For de resterende indikatorer (lav score på den mentale helbredsskala, langvarig sygdom, daglig rygning og svær overvægt) er andelen større blandt personer med en høj score på stressskalaen sammenlignet med personer, der ikke har en høj score på stressskalaen. Den største forskel ses i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala, hvor andelen blandt dem med en høj score på stressskalaen ligger på 48,7 %, mens andelen blandt dem, der ikke har en høj score på stressskalaen, ligger på 4,3 %.

Figur 2.3.3 Forekomsten af udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og trivsel opdelt på stressniveau. 2021. Aldersjusteret procent.



A: Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred

B: Andel med en lav score på den mentale helbredsskala

C: Andel med langvarig sygdom

D: Andel, der ryger dagligt

E: Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

F: Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

G: Andel med svær overvægt (BMI≥30)

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

2. Rod NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi. 2. udgave, 2. oplag. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2012.

3. Netterstrøm B. Stress. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, red. Folkesundhedsrapporten 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.

4. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.

5. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Neurol Res. 2017; 39: 573-80.

6. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkila K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heartdisease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012; 380: 1491-7.

7. Nabi H, Kivimaki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. Eur Heart J. 2013; 34: 2697-705.

8. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. Lancet. 2004; 364: 953-62.

9. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. Am J Epidemiol. 2006; 163: 877-87.

10. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983; 24: 385-96.

11, Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scand J Work Environ Health. 2015; 41: 486-90.

12, Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2021.

13. Hossain M, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. Epidemiol Health. 2020; 42: e2020038.

2.4 Sociale relationer

Der er en stærk sammenhæng mellem menneskers sociale relationer og deres fysiske og psykiske helbred (1). Personer med stærke sociale relationer har således oftere et bedre helbred, bliver sjældnere syge og kommer sig hurtigere over sygdom end personer med svage sociale relationer. Når sociale relationer opleves som svage eller belastende, kan det medføre eller øge følelsen af ensomhed (2). Ensomhed er en subjektiv følelse, der er relateret til følelser som for eksempel at være ulykkelig, oplevelsen af at stå alene, være ude af stand til at handle og at have et stærkt savn af tilhørsforhold til andre og menneskeligt nærvær (3).

I litteraturen defineres ensomhed ofte som en personligt oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (4). Ensomhed kan opstå, hvis man mangler social kontakt, ved lav grad af social støtte, eller når man føler sig alene, selvom man ønsker at være sammen med andre ('uønsket alene'). Ensomhed kan dog lige så ofte opstå, når man er blandt andre (5). Således er ensomhed relateret til både kvantiteten såvel som kvaliteten af de sociale relationer (6).

Undersøgelser viser, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk (1), hjertekarsygdom (7), metabolisk syndrom (8) og tidlig død (1). Modsat har personer med stærke sociale relationer en lavere risiko for psykiske lidelser og dødelighed sammenlignet med personer med svage sociale relationer (9).

I Danmark er ensomhed årligt relateret til godt 2.200 ekstra dødsfald, hvilket svarer til 4 % af alle dødsfald (10). Det betyder, at personer, der er ensomme, i gennemsnit lever seks måneder kortere end personer, der ikke er ensomme (10). Sammenlignet med personer, som ikke er ensomme, tegner ensomme personer sig for langt flere kontakter i både primær- og sekundærsektoren, de har mere arbejdsmarkedsfravær og koster samfundet flere penge i form af udgifter til behandling og pleje samt på grund af tabt produktion (10).

Karakteren og typen af sociale relationer har været under forandring de seneste årtier. Dette skyldes blandt andet ændrede familiemønstre (11), den teknologiske udvikling, herunder udviklingen af de sociale medier (12), samt et arbejdsmarked, hvor mange gør brug af fleksible arbejdstider (13), og hvor flere arbejder hjemme (14).

Sociale relationer beskrives i litteraturen ofte ved en strukturel og en funktionel dimension (15). Førstnævnte forholder sig primært til de kvantitative aspekter af relationerne, det vil sige hvor mange og hvilke personer, man har kontakt med. Den funktionelle dimension henviser derimod til mere kvalitative aspekter af éns sociale relationer, altså hvordan relationerne fungerer, og dækker eksempelvis over graden af oplevet følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp samt de problemer eller bekymringer, relationen giver.

Sociale relationer belyses i denne undersøgelse ud fra både den strukturelle og den funktionelle dimension. Den strukturelle dimension belyses ud fra følgende spørgsmål: 'Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?' med kategorierne 'Familie, som du ikke bor sammen med', Ægtefælle/kæreste', 'Venner', 'Kolleger, skole- eller studiekammerater i fritiden', 'Naboer eller andre personer i dit lokalområde', 'Bekendte i foreninger, klubber osv.' og 'Andre bekendte'. Det var muligt at svare: 'Dagligt eller næsten dagligt', '1 eller 2 gange om ugen', '1 eller 2 gange om måneden', 'Sjældnere end 1 gang om måneden' eller 'Aldrig'.

Den funktionelle dimension belyses ud fra spørgsmålet: 'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?' (herefter omtalt om 'uønsket alene'). Her var det muligt at svare: 'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent' eller 'Nej'.

Til belysning af sociale relationer indgår i kapitlet to forskellige indekser for tegn på henholdsvis social isolation og ensomhed. Ofte benyttes social isolation og ensomhed synonymt, selvom de typisk beskriver hver sin dimension af sociale relationer. Mens social isolation således normalt beskriver den strukturelle dimension af sociale relationer, afspejler ensomhed derimod i højere grad den funktionelle dimension (16).

Det benyttede indeks til belysning af tegn på social isolation er en tilpasset og modificeret version af Valtorta-indekset, der er et relativt nyt indeks for social isolation (17). Indekset omfatter spørgsmål om, hvorvidt man bor sammen med andre, hvor ofte man fysisk eller digitalt er i kontakt med venner, familie og bekendte, samt hvorvidt man går i skole, er under uddannelse eller i arbejde. Det er muligt at opnå en score i intervallet nul til seks, og jo højere score, desto tydeligere tegn på

social isolation. I nærværende undersøgelse er der defineret en grænseværdi for tegn på social isolation ved en score på fire eller derover (18). Tegn på ensomhed belyses på baggrund af indekset Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (19), som tager udgangspunkt i besvarelser af et spørgsmål om, hvordan svarpersonerne nogle gange har det. Besvarelserne dækker over, hvor ofte man henholdsvis føler sig isoleret fra andre, savner nogle at være sammen med og føler sig udenfor. I spørgsmålene skelnes der ikke mellem forbigående og længerevarende tegn på ensomhed. Det er muligt at opnå en score i intervallet nul til ni, og jo højere score, desto tydeligere tegn på ensomhed. Grænseværdien for tegn på ensomhed er defineret til en score på syv eller derover (19).

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Det overordnede formål hermed var at reducere smittespredningen, og blandt de mest essentielle budskaber i denne strategi var, at borgerne skulle holde afstand til hinanden samt begrænse antallet af personer, de havde fysisk kontakt med, ud over personer i egen husstand. En naturlig konsekvens af myndighedernes anbefalinger og påbud har været, at karakteren, formatet og hyppigheden af kontakt mellem mennesker har været markant anderledes under covid-19-pandemien end under normale forhold. Formentlig er der således sket et skifte fra fysisk kontakt til mere digital kontakt. Studier, som er gennemført under pandemien, viser, at restriktionerne har haft en række negative konsekvenser for vores sociale relationer og følelsen af ensomhed (20, 21), særligt blandt unge (22) og de ældste ældre (23).

Kontakt med familie, venner eller bekendte

Tabel 2.4.1 viser, hvor ofte den voksne befolkning har fysisk eller digital kontakt med familie, venner og bekendte. En større andel blandt kvinder (44,5 %) end blandt mænd (29,2 %) har dagligt eller næsten dagligt kontakt med familie, som de ikke bor sammen. Derimod er der en mindre andel blandt mænd (41,5 %) end blandt kvinder (49,3 %), som aldrig har kontakt med bekendte i foreninger eller klubber. Der ses ingen markante kønsforskelle ved de øvrige sociale kontakter.

Tabel 2.4.1 Andel, der har fysisk eller digital kontakt med familie, venner og bekendte, blandt mænd og kvinder. 2021. Procent.

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	I alt	Antal svar-personer
Mænd							
Familie, som du ikke bor sammen med	29,2	44,1	17,0	7,5	2,2	100,0	75.909
Ægtefælle/kæreste	71,5	3,1	0,7	0,8	23,8	100,0	74.828
Venner	27,8	39,4	20,9	8,9	3,0	100,0	75.216
Kollegaer, skole- eller studiekammerater i fritiden	27,4	15,0	10,8	15,1	31,8	100,0	74.338
Naboer eller andre personer beboere i dit lokalområde	11,0	31,2	21,7	17,6	18,5	100,0	75.546
Bekendte i foreninger, klubber osv.	4,2	21,3	15,1	17,9	41,5	100,0	75.064
Andre bekendte	5,0	17,2	25,0	27,7	25,1	100,0	74.879
Kvinder							
Familie, som du ikke bor sammen med	44,5	39,4	10,6	4,2	1,2	100,0	93.039
Ægtefælle/kæreste	68,6	2,5	0,6	0,4	27,9	100,0	89.452
Venner	30,0	39,8	19,8	7,9	2,5	100,0	91.846
Kollegaer, skole- eller studiekammerater i fritiden	27,0	15,3	10,5	13,5	33,7	100,0	89.223
Naboer eller andre personer beboere i dit lokalområde	11,9	30,4	21,4	18,0	18,4	100,0	92.113
Bekendte i foreninger, klubber osv.	2,7	16,4	13,5	18,0	49,3	100,0	90.698
Andre bekendte	4,1	14,9	25,7	29,4	26,0	100,0	90.567

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- **ofte er uønsket alene**
- **har tegn på social isolation**
- **har tegn på ensomhed**

Tabel 2.4.2 Ofte uønsket alene. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	5,6	1		174.560
	2013	5,7	1,02	(0,98;1,06)	157.619
	2017	6,3	1,13	(1,09;1,17)	172.171
	2021	9,1	1,68	(1,62;1,74)	169.769
Mænd	16-24 år	14,4	2,37	(2,12;2,65)	6.616
	25-34 år	9,9	1,55	(1,37;1,75)	6.474
	35-44 år	7,4	1,13	(1,00;1,29)	8.129
	45-54 år	6,6	1		12.973
	55-64 år	5,9	0,88	(0,79;0,99)	15.096
	65-74 år	5,3	0,78	(0,70;0,88)	15.590
	≥75 år	6,7	1	(0,89;1,13)	11.451
	Alle mænd	8,0			76.329
Kvinder	16-24 år	16,7	2,62	(2,38;2,89)	9.095
	25-34 år	11,6	1,72	(1,55;1,90)	9.416
	35-44 år	8,5	1,21	(1,09;1,35)	11.090
	45-54 år	7,1	1		15.971
	55-64 år	7,7	1,09	(0,99;1,21)	17.766
	65-74 år	7,9	1,12	(1,01;1,24)	17.100
	≥75 år	12,9	1,94	(1,76;2,13)	13.002
	Alle kvinder	10,1			93.440
Uddannelse	Under uddannelse	15,6			11.379
	Grundskole	12,8	2,12	(1,94;2,31)	12.525
	Kort uddannelse	8,5	1,27	(1,19;1,36)	61.046
	Kort videregående uddannelse	6,5	0,98	(0,89;1,08)	13.804
	Mellemlang videregående uddannelse	7,0	1		37.093
	Lang videregående uddannelse	6,9	0,94	(0,86;1,03)	21.425
	Anden uddannelse	11,3	1,85	(1,67;2,05)	8.311
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	8,8	1		24.487
	Arbejdsløse	9,1	1,04	(0,93;1,15)	24.011
	Førtidspensionister	9,3	1,08	(0,97;1,20)	24.289
	Andre uden for arbejdsmarkedet	8,8	1,02	(0,91;1,13)	24.268
	Efterlønsmodtagere	9,3			24.057
	Alderspensionister	9,1			24.347
Samlivsstatus	Gift	3,8	1		92.145
	Samlevende	6,4	1,43	(1,32;1,55)	24.650
	Enlig (separeret, skilt)	15,9	4,93	(4,61;5,28)	14.297
	Enlig (enkestand)	18,0	5,94	(5,48;6,44)	10.940
	Enlig (ugift)	16,7	4,10	(3,83;4,40)	27.737
Region	Hovedstaden	8,8	0,94	(0,90;0,97)	55.189
	Sjælland	9,2	1,05	(0,99;1,10)	19.331
	Syddanmark	8,9	0,98	(0,95;1,02)	41.223
	Midtjylland	9,4	1,02	(0,98;1,06)	33.703
	Nordjylland	8,1	0,97	(0,94;1,01)	20.552

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelsen af forekomsten af personer, der ofte er uønsket alene (tabel 2.4.2, figur 2.4.1 og figur 2.4.2).

Køn og alder: I alt oplever 9,1 % af den voksne befolkning ofte at være uønsket alene. Andelen er lidt større blandt kvinder (10,1 %) end blandt mænd (8,0 %). Både blandt mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år, hvor henholdsvis 14,4 % og 16,7 % ofte er uønsket alene. Også blandt kvinder på 75 år eller derover ses en forholdsvis stor andel, der ofte er uønsket alene (12,9 %). Derudover ses der ikke noget tydeligt mønster i forhold til alder.

Uddannelse: Den største andel, der ofte er uønsket alene, ses blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (12,8 %), mens den mindste andel ses blandt personer med en kort videregående uddannelse (6,5 %).

Erhvervsmæssig stilling: Der er ingen nævneværdig forskel i andelen, der ofte er uønsket alene, mellem de forskellige erhvervsgrupper.

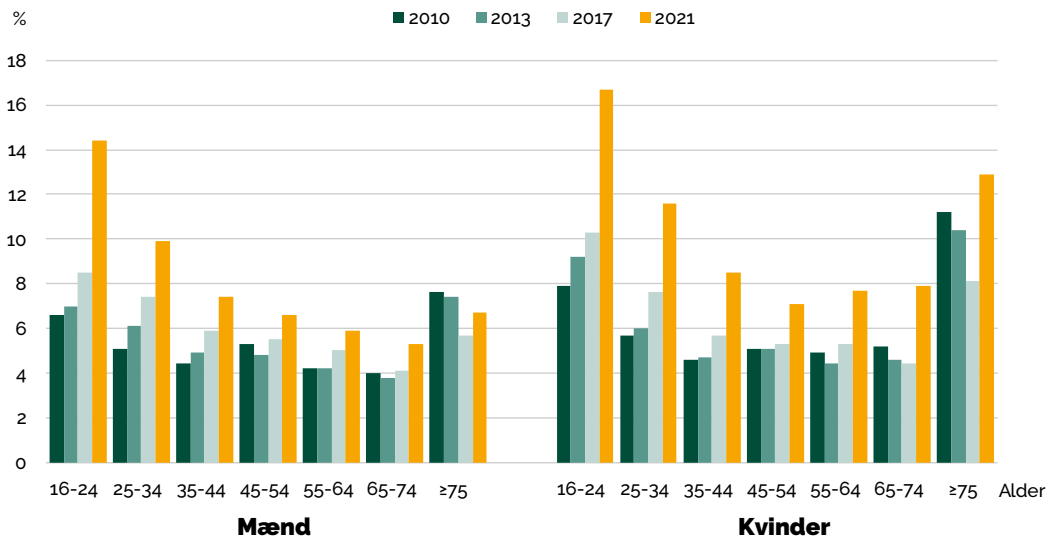
Samlivsstatus: Andelen, der ofte er uønsket alene, er mindre blandt gifte (3,8 %) sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper. Andelen er størst blandt enlige.

Regioner: I forhold til landsgennemsnittet ses der i Region Hovedstaden en lidt mindre andel, der ofte er uønsket alene.

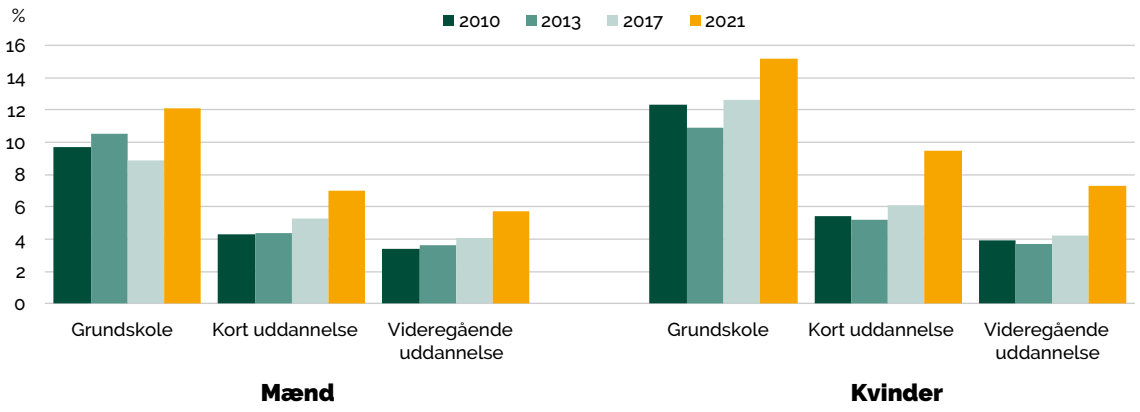
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget med 3,5 procentpoint. Stigningen er fortrinsvist sket mellem 2017 og 2021 (+2,8 procentpoint). Både for mænd og kvinder ses i alle aldersgrupper en stigning i andelen, der ofte er uønsket alene, i perioden 2010 til 2021 (figur 2.4.1). Eneste undtagelse ses for mænd på 75 år eller derover, hvor andelen er stort set uændret. For de øvrige aldersgrupper ses de største stigninger mellem 2017 og 2021, og stigningerne er for begge køn særligt udtalt i de to yngste aldersgrupper samt blandt kvinder på 75 år eller derover. I aldersgruppen 16-24 år ses eksempelvis en stigning på 5,9 procentpoint blandt mænd og 6,4 procentpoint blandt kvinder mellem 2017 og 2021 i andelen, der ofte er uønsket alene.

I perioden 2010 til 2021 er der i alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder sket en stigning i andelen, der ofte er uønsket alene (figur 2.4.2). I alle uddannelsesgrupper ses stigningen primært mellem 2017 og 2021.

Figur 2.4.1 Andel, der ofte er uønsket alene, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Figur 2.4.2 Andel, der ofte er uønsket alene, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 2.4.3 Tegn på social isolation. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2021	6,9			166.605
Mænd	16-24 år	5,4	1,05	(0,90;1,23)	6.577
	25-34 år	6,2	1,21	(1,04;1,40)	6.436
	35-44 år	5,2	1,02	(0,88;1,19)	8.097
	45-54 år	5,1	1		12.913
	55-64 år	6,8	1,35	(1,19;1,53)	14.989
	65-74 år	11,0	2,29	(2,04;2,56)	15.332
	≥75 år	14,2	3,06	(2,73;3,43)	10.860
	Alle mænd	7,3			75.204
Kvinder	16-24 år	3,9	0,95	(0,81;1,12)	9.052
	25-34 år	4,2	1,05	(0,90;1,23)	9.384
	35-44 år	3,5	0,86	(0,73;1,01)	11.049
	45-54 år	4,1	1		15.891
	55-64 år	6,5	1,65	(1,45;1,87)	17.600
	65-74 år	9,8	2,56	(2,28;2,89)	16.659
	≥75 år	15,7	4,41	(3,92;4,96)	11.766
	Alle kvinder	6,5			91.401
Uddannelse	Under uddannelse	2,8			11.324
	Grundskole	17,7	3,31	(3,02;3,62)	11.993
	Kort uddannelse	7,5	1,63	(1,51;1,75)	60.334
	Kort videregående uddannelse	5,6	1,23	(1,11;1,37)	13.708
	Mellemlang videregående uddannelse	4,4	1		36.844
	Lang videregående uddannelse	3,4	0,81	(0,72;0,90)	21.334
	Anden uddannelse	12,2	2,56	(2,30;2,85)	8.079
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	1,9	1		81.194
	Arbejdsløse	18,5	11,46	(10,1;13,0)	3.405
	Førtidspensionister	24,6	18,50	(16,7;20,5)	5.467
	Andre uden for arbejdsmarkedet	20,8	14,32	(12,9;15,9)	7.321
	Efterlønsmodtagere	8,5			1.421
	Alderspensionister	12,5			54.617
Samlivsstatus	Gift	3,6	1		90.870
	Samlevende	2,5	1,14	(1,03;1,27)	24.530
	Enlig (separeret, skilt)	15,3	4,82	(4,49;5,17)	13.892
	Enlig (enkestand)	18,7	3,66	(3,38;3,96)	9.954
	Enlig (ugift)	10,9	7,09	(6,60;7,62)	27.359
Region	Hovedstaden	6,5	0,98	(0,94;1,02)	54.330
	Sjælland	8,0	1,11	(1,05;1,18)	18.975
	Syddanmark	7,2	1,02	(0,98;1,07)	40.090
	Midtjylland	6,6	0,95	(0,91;1,00)	33.241
	Nordjylland	6,8	0,94	(0,89;1,00)	19.969

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har tegn på social isolation (tabel 2.4.3). Da spørgsmål til brug for udarbejdelse af indekset for social isolation indgik ikke i undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017, er det ikke muligt at belyse udviklingen over tid for denne indikator.

Køn og alder: I alt har 6,9 % af den voksne del af befolkningen tegn på social isolation. Andelen er stort set ens blandt mænd (7,3 %) og kvinder (6,5 %) og er for begge køn størst i de to ældste aldersgrupper. Indtil 54-årsalderen ses ikke noget tydeligt mønster i forhold til alder, men herefter stiger andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med tegn på social isolation. Således falder andelen fra 17,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 3,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har tegn på social isolation, er markant større blandt arbejdsløse (18,5 %), førtidspensionister (24,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (20,8 %) end blandt beskæftigede (1,9 %).

Samlivsstatus: Den største andel med tegn på social isolation ses blandt enlige, mens den mindste andel ses blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet ses en større andel med tegn på social isolation i Region Sjælland (8,0 %).

Tabel 2.4.4 Tegn på ensomhed. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2021	12,4			168.512
Mænd	16-24 år	18,3	2,24	(2,03;2,48)	6.602
	25-34 år	15,1	1,78	(1,61;1,98)	6.467
	35-44 år	11,8	1,35	(1,21;1,50)	8.114
	45-54 år	9,1	1		12.936
	55-64 år	7,6	0,83	(0,75;0,92)	15.057
	65-74 år	5,8	0,62	(0,55;0,69)	15.482
	≥75 år	6,9	0,74	(0,67;0,83)	11.199
	Alle mænd	10,7			75.857
Kvinder	16-24 år	26,3	2,92	(2,69;3,16)	9.086
	25-34 år	18,6	1,87	(1,72;2,03)	9.406
	35-44 år	14,5	1,39	(1,27;1,51)	11.072
	45-54 år	10,9	1		15.949
	55-64 år	9,8	0,89	(0,82;0,97)	17.729
	65-74 år	9,1	0,81	(0,75;0,89)	16.936
	≥75 år	11,6	1,07	(0,98;1,17)	12.477
	Alle kvinder	14,1			92.655
Uddannelse	Under uddannelse	22,5			11.353
	Grundskole	13,8	1,83	(1,68;1,98)	12.281
	Kort uddannelse	11,8	1,27	(1,20;1,34)	60.725
	Kort videregående uddannelse	10,1	1,06	(0,98;1,16)	13.766
	Mellemlang videregående uddannelse	10,1	1		37.022
	Lang videregående uddannelse	10,5	0,95	(0,88;1,02)	21.393
	Anden uddannelse	13,9	1,67	(1,51;1,83)	8.218
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	9,3	1		81.307
	Arbejdsløse	22,2	2,79	(2,51;3,10)	3.411
	Førtidspensionister	26,7	4,92	(4,54;5,34)	5.538
	Andre uden for arbejdsmarkedet	28,2	3,87	(3,58;4,19)	7.348
	Efterlønsmodtagere	7,1			1.440
	Alderspensionister	8,4			56.094
Samlivsstatus	Gift	6,6	1		91.573
	Samlevende	11,5	1,39	(1,31;1,48)	24.600
	Enlig (separeret, skilt)	16,8	3,05	(2,86;3,24)	14.157
	Enlig (enkestand)	14,6	3,00	(2,76;3,26)	10.589
	Enlig (ugift)	22,7	3,06	(2,88;3,24)	27.593
Region	Hovedstaden	12,7	0,98	(0,95;1,01)	54.826
	Sjælland	12,7	1,08	(1,03;1,13)	19.222
	Syddanmark	11,0	0,89	(0,85;0,92)	40.787
	Midtjylland	13,5	1,08	(1,05;1,12)	33.556
	Nordjylland	12,1	0,99	(0,94;1,04)	20.121

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har tegn på ensomhed. Da spørgsmål til brug for udarbejdelse af indekset for ensomhed indgik ikke i undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017, er det ikke muligt at belyse udviklingen over tid for denne indikator.

Køn og alder: I alt har 12,4 % tegn på ensomhed i den voksne del af befolkningen. Andelen er større blandt kvinder (14,1 %) end blandt mænd (10,7 %). Blandt begge køn falder andelen med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en mindre stigning. Den største andel ses således i aldersgruppen 16-24 år, hvor 18,3 % blandt mænd og 26,3 % blandt kvinder har tegn på ensomhed.

Uddannelse: Den største andel, som har tegn på ensomhed, ses blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (13,8 %), mens den mindste andel ses blandt personer med en kort videregående eller en mellemlang videregående uddannelse (begge 10,1 %).

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (9,3 %) ses en større andel med tegn på ensomhed blandt arbejdsløse (22,2 %), førtidspensionister (26,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (28,3 %).

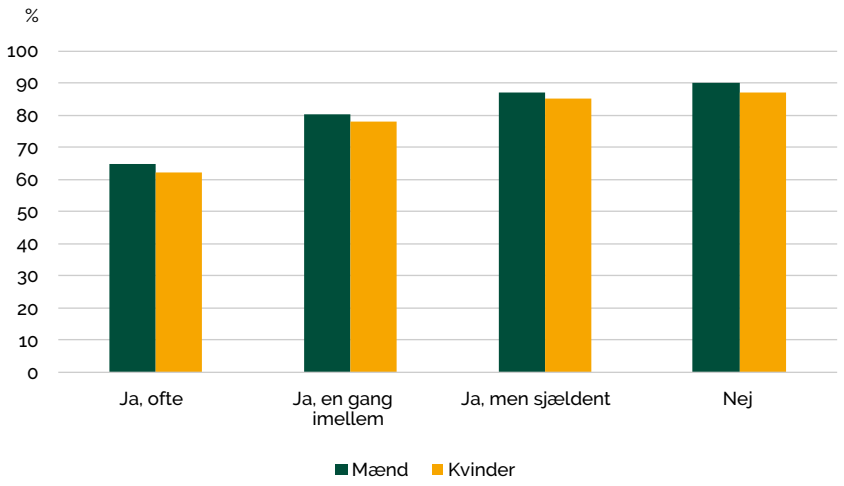
Samlivsstatus: Der er en større andel med tegn på ensomhed blandt samlevende og enlige end blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet ses en større andel med tegn på ensomhed i Region Sjælland og Region Midtjylland og en mindre andel i Region Syddanmark.

Selvvurderet helbred og sociale relationer
Der er en sammenhæng mellem sociale relationer og selvvurderet helbred, således at andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er større blandt personer med stærke sociale relationer end blandt personer med svage sociale relationer.

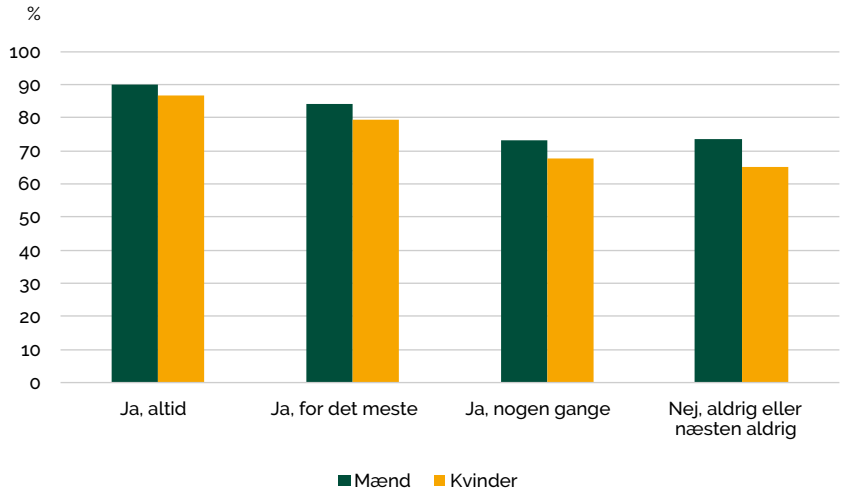
Figur 2.4.3 viser andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene. Det ses, at andelen stiger, jo sjældnere det opleves at være uønsket alene. Dette gælder både for mænd og kvinder. Eksempelvis stiger andelen blandt mænd, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fra 64,6 % blandt dem, der ofte er uønsket alene, til 90,1 % blandt dem, der aldrig er uønsket alene.

Figur 2.4.3 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene. 2021. Aldersjusteret procent.



Figur 2.4.4 viser de tilsvarende sammenhænge mellem selvvurderet helbred, og hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Her ses lignende tendenser for mænd og kvinder som i forhold til at føle sig uønsket alene. Således falder andelen blandt kvinder, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fra 86,8 % blandt dem, der altid har nogen at tale med, til 64,9 % blandt dem, der aldrig har nogen at tale med. Blandt mænd er andelen med et godt selvvurderet helbred dog nogenlunde ens i grupperne, der henholdsvis nogle gange (73,0 %) og aldrig eller næsten aldrig (73,6 %) har nogen at tale med.

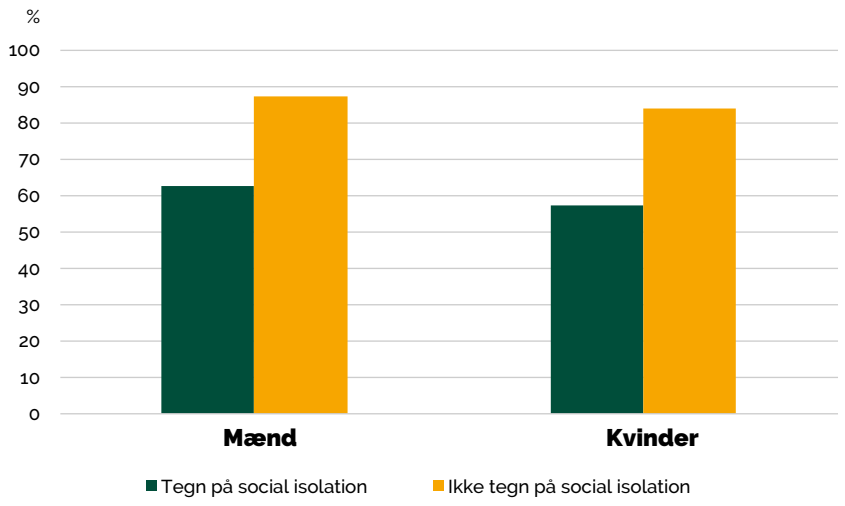
Figur 2.4.4 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til, hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. 2021. Aldersjusteret procent.



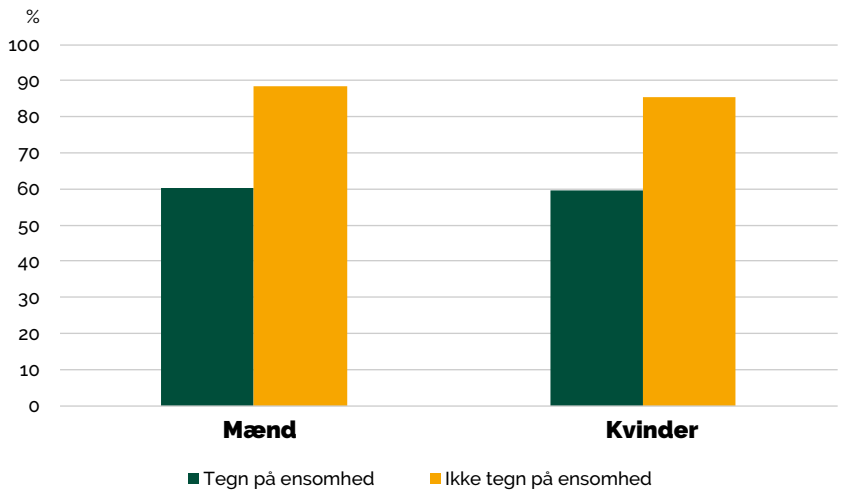
I figur 2.4.5 og 2.4.6 vises tilsvarende andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt personer med tegn på henholdsvis social isolation (figur 6.3) og ensomhed (figur 6.4). Både blandt mænd og kvinder ses det, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er markant mindre blandt personer med tegn på social isolation eller ensomhed sammenlignet med personer uden tegn på dette.

Eksempelvis har 87,2 % blandt mænd uden tegn på social isolation et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, mens det gælder 62,5 % blandt mænd med tegn på social isolation. Endvidere har 85,3 % blandt kvinder uden tegn på ensomhed et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred sammenlignet med 59,7 % blandt kvinder med tegn på ensomhed.

Figur 2.4.5 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder, opdelt på tegn på social isolation. 2021. Aldersjusteret procent.



Figur 2.4.6 Andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder, opdelt på tegn på ensomhed. 2021. Aldersjusteret procent.



Referencer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. Perspect Psychol Sci. 2015; 10: 227-37.

2. Iversen L. Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. Kapitel 4. Sociale relationer og helbred. København: Munksgaard Danmark, 2010.

3. Nøhr Christensen R. At prikke med kærlighed: Omsorgsbesøg i en isoleret alderdom. København: Ensomme Gamles Værn, 2011.

4. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau LA, Perlman D, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley; 1982. s. 1-18.

5. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær M. Ensomhed blandt ældre: MYTER OG FAKTA. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden. 2. udgave, 2015.

6. Perlman D, Peplau L. Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness. Loneliness research: a survey of empiral findings. U.S Government Printing Office, 1984.

7. Valorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016; 102: 1009-16.

8. Whisman MA. Loneliness and the Metabolic Syndrome in a Population-Based Sample of Middle-Aged and Older Adults. Health Psychol. 2010; 29: 550-4.

9. Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi - sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard, 2011.

10. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

11. Christoffersen MN. Familiens udvikling i det 20. århundrede. Demografiske strukturer og processer. København: Socialforskningsinstituttet, 2004.

12. Kierkegaard L, Pommerenecke LM, Flensburg S, Bonnesen CR, Madsen KR, Pant SW, Thorhauge AM. Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge. En litteraturgennemgang. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.

13. European Agency for Safety and Health at Work. New risks and trends in the safety and health of women at work. European Risk Observatory. Literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013.

14. Danmarks Statistik. Flere arbejder hjemme. 2010. Tilgået 03-08-2017: http://dst.dk/da/Statistik/bagtal/2010/2010-02-24-Hjemmearbejde.

15. Nielsen L, Holstein B. Sociale relationer, fællesskab og social kapital. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S. Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave. København: Munksgaard, 2021.

16. Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. Psychol Health Med. 2006; 11: 233-45.

17. Valota NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. Eur J Prev Cardiol. 2018; 25: 1387-96.

18. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A-K, Pedersen SE, Friis K. Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). DEFACTUM, Region Midtjylland, 2018.

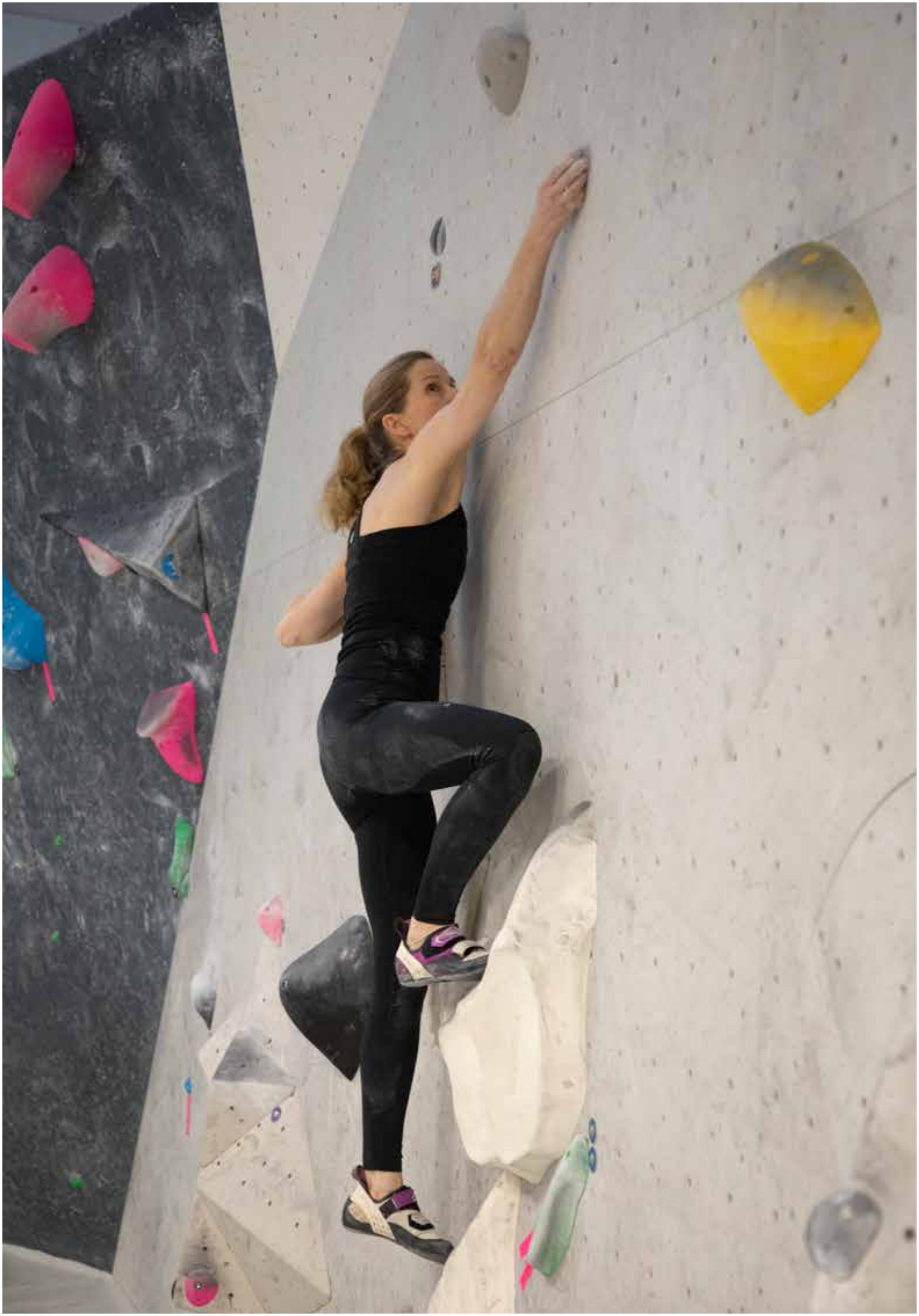
19. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. Reg Aging. 2004; 26: 655-67.

20. Smith BJ, Lim MH. How the covid-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. Public Health Res Pract. 2020; 30: 3022008.

21. Santini ZI, Koyanagi A. Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the covid-19 pandemic. Acta Neuropsychiatr. 2021; 33: 160-63.

22. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of covid-19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020; 59: 1218-39.

23. Sepúlveda-Loyola S, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R. Oliveira DV, Rodríguez-Manas L. Impact of social isolation due to covid-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. J Nutr Health Aging. 2020; 24: 938-47.



3

Sundhedsadfærd og risikofaktorer

3.1 Rygning

Tobaksrygning
I Danmark er der årligt 13.600 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, end blandt personer, der aldrig har røget (1). Det svarer til næsten hvert fjerde dødsfald og gør dermed rygning til den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for dødeligheden herhjemme. Personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, lever i gennemsnit 10-11 år kortere end personer, som aldrig har røget, mens personer, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, i gennemsnit lever godt 6 år kortere end personer, som aldrig har røget. Endvidere lever personer, der tidligere har røget, i gennemsnit 2-3 år kortere end personer, der aldrig har røget. Den omfattende betydning af rygning for dødeligheden afspejles også i den relativt dårlige udvikling i danskernes middellevetid sammenlignet med de andre nordiske lande (2).

Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særligt lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom (3, 4). Uanset hvor lidt man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom og død, men risikoen øges med stigende rygemængde, ung alder ved rygedebut, antallet af år, der er blevet røget, og jo senere et eventuelt rygestop iværksættes (5, 6).

Andelen af personer, der ryger, har været faldende i Danmark gennem de seneste årtier (7-9), men resultater fra undersøgelsen Danskernes Rygevaner viser tegn på en stagnation i denne udvikling siden 2010 (8-10). Der er også sket et fald i antallet af tabte gode leveår relateret til rygning i perioden 1990 til 2015, hvorefter der ses en stagnation frem mod 2019 (11). Sammenlignet med de øvrige nordiske lande er andelen, der ryger, betydeligt større i Danmark (12).

Der ses endvidere en høj grad af social ulighed i andelen, der ryger dagligt, både blandt mænd og kvinder, således at andelen falder med stigende uddannelsesniveau (13). De seneste årtiers fald i andelen, der ryger, er ikke ligeligt fordelt mellem uddannelsesgrupperne. Fra 1985 til 2009 er der sket et markant fald i andelen blandt personer med en lang uddannelse sammenlignet med personer med en kort uddannelse (9), hvilket har resulteret i en stigende social ulighed i rygning. I den efterfølgende periode (2010-2017) er der imidlertid ikke sket en statistisk signifikant udvikling i den sociale ulighed i rygning (13). Beregninger viser, at rygning og alkohol til sammen kan forklare 60-70 % af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark (14).

Som led i forebyggelsesarbejdet på tobaksområdet i Danmark blev Lov om røgfri miljøer vedtaget i 2007 (15). Formålet med loven var at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning. Loven beskriver, at rygning som hovedregel ikke er tilladt indendørs på arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang, kollektive transportmidler og taxaer samt serveringssteder (15). Loven er blevet skærpet yderligere op til flere gange (16). I 2020 blev det som del af Finansloven besluttet løbende at hæve tobaksafgiften. Regeringen har sammen med størstedelen af Folketingets partier udarbejdet en national handleplan om at forebygge rygning blandt børn og unge. Handleplanen indebærer blandt andet planer om, at tobaks- og nikotinprodukter samt e-cigaretter skal være skjult på salgssteder, indførelse af standardiserede tobakspakker og skærpet reklameforbud, forbud mod visse smage i e-cigaretter samt styrket kontrol af og strengere straffe ved salg til mindreårige. Endvidere blev der i januar 2021 indført røgfri skoletid for elever på grundskoler, kostskoler, efterskoler med videre. Siden juli 2021 gælder røgfri skoletid desuden for elever på ungdomsuddannelser. De nyeste regler kan ses på www.retsinformation.dk. Formentlig har offentlighedens og mediernes skærpede fokus på de skadelige virkninger af rygning bevirket, at det i dag i langt mindre grad er socialt acceptabelt at ryge. Det kan samtidig betyde, at rygning underrapporteres i spørgeskemaundersøgelser (17).

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger. Personer, der ryger dagligt, er desuden blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen, og om de ønsker at stoppe med at ryge. Endelig er der spurgt til forbruget af e-cigaretter samt indånding af tobaksforurenet luft. Der er ikke stillet spørgsmål om røgfri tobaks- og nikotinprodukter.

I alt oplyser 13,9 % af befolkningen, at de ryger dagligt, og 4,5 % oplyser, at de ryger indimellem. Samlet set er der således 18,4 % af den voksne

befolkning, der ryger, hvilket svarer til ca. 880.000 personer. I opgørelsen af personer, der ryger dagligt, indgår personer, der enten ryger cigaretter, cerutter, cigarer og/eller pibe. Langt størstedelen af dem, der ryger, ryger dog cigaretter. Samtidig er der 3,4 %, som bruger e-cigaretter dagligt eller lejlighedsvist. Det svarer til, at omtrent 164.000 personer bruger e-cigaretter.

Tobaksrygning – køn og alder

Der er en større andel blandt mænd (15,2 %) end blandt kvinder (12,7 %), der ryger dagligt (tabel 3.1.1). Andelen af personer, der ryger dagligt, er størst i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder. I alt angiver 5,2 % blandt mænd og 3,9 % blandt kvinder, at de ryger lejlighedsvis, det vil sige mindst én gang om ugen eller sjældnere end hver uge. Både blandt mænd og kvinder er denne andel størst i aldersgruppen 16-24 år. Overordnet set falder andelen, der ryger lejlighedsvist, med stigende alder. Tabellen viser endvidere, at der er en større andel blandt kvinder (53,8 %) end blandt mænd (47,5 %), der aldrig har røget.

Tabel 3.1.1 Rygevaner blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

		16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	Ryger dagligt	9,2	15,6	15,8	17,5	18,6	16,3	10,7	15,2
	Ryger mindst én gang om ugen	4,0	3,4	2,4	2,1	1,7	1,4	0,7	2,3
	Rygere sjældnere end hver uge	7,5	4,5	3,3	2,0	1,4	0,8	0,6	2,9
	Har tidligere røget	12,6	22,1	24,8	29,6	36,1	50,2	56,3	32,1
	Har aldrig røget	66,7	54,5	53,7	48,8	42,2	31,3	31,7	47,5
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	6.861	6.724	8.322	13.254	15.338	15.779	11.546	77.824
Kvinder	Ryger dagligt	9,3	11,5	12,3	14,7	17,6	13,2	8,4	12,7
	Ryger mindst én gang om ugen	3,2	2,6	1,7	1,7	1,3	0,9	0,6	1,7
	Rygere sjældnere end hver uge	6,8	3,8	2,3	1,4	1,0	0,6	0,5	2,2
	Har tidligere røget	11,1	20,7	25,3	30,3	37,3	43,2	37,1	29,5
	Har aldrig røget	69,6	61,4	58,3	51,9	42,8	42,1	53,5	53,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	9.350	9.727	11.352	16.299	18.092	17.278	13.008	95.106

Tobaksrygning – uddannelse
Der er en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt (tabel 3.1.2). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (32,4 % blandt mænd og 25,6 % blandt kvinder) og mindst blandt personer med en videregående uddannelse (9,5 % blandt mænd og 8,8 % blandt kvinder). Endvidere ses, at andelen, der ryger lejlighedsvis, er større blandt personer med en videregående uddannelse (4,7 % blandt mænd og 3,3 % blandt kvinder) end blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (2,2 % blandt mænd og 2,1 % blandt kvinder). Et lignende mønster ses i forhold til andelen, der aldrig har røget, hvor andelen er 51,0 % blandt mænd og 55,3 % blandt kvinder med en videregående uddannelse i forhold til 30,8 % blandt mænd og 41,9 % blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau.

Tabel 3.1.2 Rygevaner blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.

		Grundskole	Kort uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd	Ryger dagligt	32,4	18,7	9,5
	Ryger mindst én gang om ugen	1,5	2,1	2,0
	Rygere sjældnere end hver uge	0,7	1,9	2,7
	Har tidligere røget	34,6	36,2	34,8
	Har aldrig røget	30,8	41,2	51,0
	I alt	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	5.655	27.797	29.792
Kvinder	Ryger dagligt	25,6	16,9	8,8
	Ryger mindst én gang om ugen	1,5	1,5	1,5
	Rygere sjældnere end hver uge	0,6	1,3	1,8
	Har tidligere røget	30,4	33,4	32,6
	Har aldrig røget	41,9	47,0	55,3
	I alt	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	6.453	29.245	41.219

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:
- **ryger dagligt**
- **ryger 15 eller flere cigaretter om dagen**
- **ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge**

Tabel 3.1.3 Daglig rygning. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	20,9	1		173.243
	2013	17,0	0,78	(0,76;0,79)	158.867
	2017	16,9	0,77	(0,76;0,79)	174.826
	2021	13,9	0,62	(0,60;0,63)	172.930
Mænd	16-24 år	9,2	0,48	(0,43;0,53)	6.861
	25-34 år	15,6	0,87	(0,79;0,95)	6.724
	35-44 år	15,8	0,89	(0,81;0,97)	8.322
	45-54 år	17,5	1		13.254
	55-64 år	18,6	1,08	(1,01;1,16)	15.338
	65-74 år	16,3	0,92	(0,85;0,99)	15.779
	≥75 år	10,7	0,57	(0,52;0,62)	11.546
	Alle mænd	15,2			77.824
Kvinder	16-24 år	9,3	0,59	(0,54;0,65)	9.350
	25-34 år	11,5	0,75	(0,69;0,82)	9.727
	35-44 år	12,3	0,81	(0,75;0,88)	11.352
	45-54 år	14,7	1		16.299
	55-64 år	17,6	1,24	(1,16;1,32)	18.092
	65-74 år	13,2	0,88	(0,82;0,95)	17.278
	≥75 år	8,4	0,53	(0,48;0,58)	13.008
	Alle kvinder	12,7			95.106
Uddannelse	Under uddannelse	9,3			11.355
	Grundskole	22,8	3,25	(3,04;3,49)	12.405
	Kort uddannelse	17,2	1,92	(1,83;2,02)	60.980
	Kort videregående uddannelse	12,2	1,22	(1,13;1,31)	13.793
	Mellemlang videregående uddannelse	10,0	1		37.118
	Lang videregående uddannelse	5,7	0,51	(0,47;0,55)	21.433
	Anden uddannelse	18,6	2,21	(2,04;2,40)	8.316
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	12,8	1		81.388
	Arbejdsløse	22,8	2,12	(1,92;2,34)	3.417
	Førtidspensionister	32,8	3,24	(3,02;3,48)	5.730
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,5	2,11	(1,96;2,28)	7.360
	Efterlønsmodtagere	17,0			1.462
	Alderspensionister	12,3			57.611
Samlivsstatus	Gift	10,6	1		93.542
	Samlevende	15,5	1,89	(1,80;1,99)	24.651
	Enlig (separeret, skilt)	23,8	2,66	(2,52;2,80)	14.717
	Enlig (enkestand)	12,7	1,76	(1,63;1,90)	10.993
	Enlig (ugift)	15,8	2,41	(2,28;2,54)	29.027
Region	Hovedstaden	12,9	0,90	(0,88;0,93)	56.262
	Sjælland	16,1	1,16	(1,12;1,21)	19.860
	Syddanmark	14,8	1,05	(1,02;1,09)	41.733
	Midtjylland	12,9	0,90	(0,87;0,93)	34.355
	Nordjylland	14,2	1	(0,96;1,04)	20.720

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ryger dagligt (tabel 3.1.3, figur 3.1.1 og figur 3.1.2).

Køn og alder: I alt oplyser 13,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. Andelen, der ryger dagligt, er større blandt mænd (15,2 %) end blandt kvinder (12,7 %), og et lignende mønster ses i alle aldersgrupper. Den eneste undtagelse fra dette mønster ses i den yngste aldersgruppe, hvor der ikke er nogen forskel mellem mænd (9,2 %) og kvinder (9,3 %). De største andele, der ryger dagligt, ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse: Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Andelen er markant større blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (22,8 %) end blandt personer med en lang videregående uddannelse (5,7 %).

Erhvervsmæssig stilling: Forekomsten af personer, der ryger dagligt, er markant højere blandt førtidspensionister (32,8 %), arbejdsløse (22,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,5 %) end blandt beskæftigede (12,8 %).

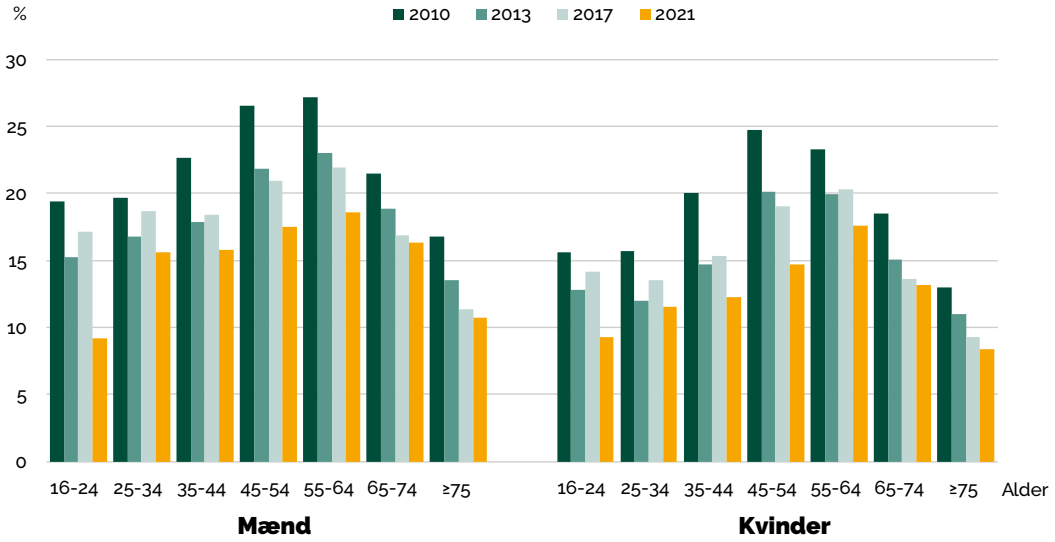
Samlivsstatus: Forekomsten af personer, der ryger dagligt, er højest blandt enlige (separerede, skilte) og lavest blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Sjælland (16,1 %) og Region Syddanmark (14,8 %), der ryger dagligt. I Region Midtjylland og Region Hovedstaden (begge 12,9 %) er andelen mindre.

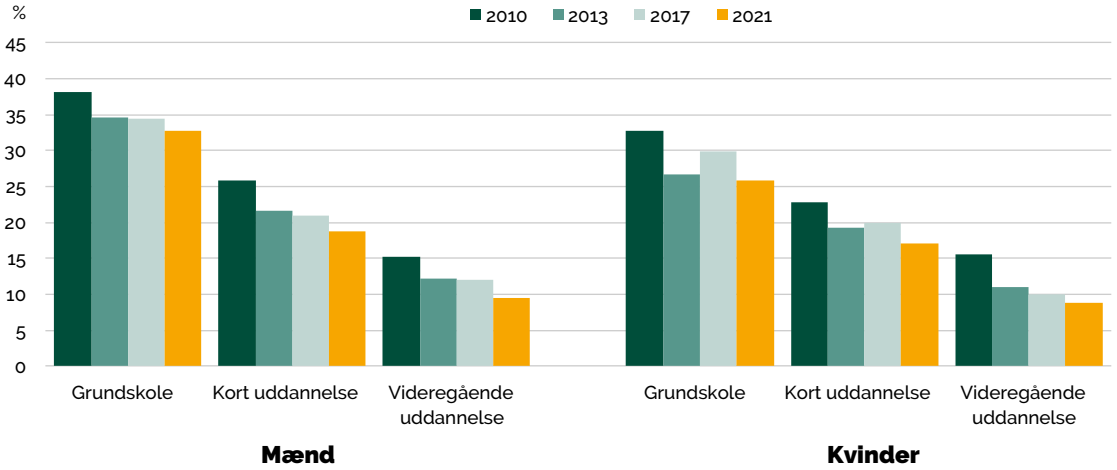
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket et fald i andelen, der ryger dagligt. Dette fald dækker imidlertid over et fald mellem 2010 og 2013 efterfulgt af en stagnation mellem 2013 og 2017. Mellem 2017 og 2021 ses igen et fald i andelen. Både blandt mænd og kvinder er der i alle aldersgrupper sket et fald i andelen, der ryger dagligt, i perioden 2010 til 2021 (figur 3.1.1). I de yngste aldersgrupper ses et noget usystematisk mønster inden for perioden, mens der i de ældste aldersgrupper derimod ses et nogenlunde jævnt fald. Indtil aldersgruppen 55-64 år ses de tydeligste fald mellem 2010 og 2013 og mellem 2017 og 2021. Særligt udtalt er faldet mellem 2017 og 2021 i aldersgruppen 16-24 år, hvor andelen er faldet med 7,9 procentpoint blandt mænd og 4,9 procentpoint blandt kvinder.

Andelen, der ryger dagligt, er faldet i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2021, dog med en stort set uændret andel mellem 2013 og 2017 (figur 3.1.2). Eneste undtagelse fra dette mønster ses blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, hvor andelen steg mellem 2013 og 2017 (+3,1 procentpoint).

Figur 3.1.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.1.2 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.1.4 Rygning af 15 eller flere cigaretter om dagen. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	10,9	1		172.678
	2013	8,2	0,74	(0,72;0,76)	158.348
	2017	7,9	0,72	(0,70;0,74)	174.645
	2021	6,0	0,53	(0,52;0,55)	172.686
Mænd	16-24 år	2,8	0,24	(0,20;0,29)	6.856
	25-34 år	6,4	0,57	(0,50;0,65)	6.713
	35-44 år	8,6	0,79	(0,71;0,88)	8.318
	45-54 år	10,7	1		13.236
	55-64 år	11,0	1,04	(0,95;1,13)	15.319
	65-74 år	7,2	0,65	(0,59;0,72)	15.744
	≥75 år	3,0	0,26	(0,22;0,30)	11.507
	Alle mænd	7,5			77.693
Kvinder	16-24 år	1,8	0,28	(0,23;0,34)	9.349
	25-34 år	3,5	0,55	(0,48;0,63)	9.721
	35-44 år	5,0	0,79	(0,70;0,90)	11.344
	45-54 år	6,2	1		16.282
	55-64 år	7,1	1,16	(1,05;1,29)	18.067
	65-74 år	4,7	0,74	(0,66;0,83)	17.255
	≥75 år	2,1	0,32	(0,28;0,38)	12.975
	Alle kvinder	4,5			94.993
Uddannelse	Under uddannelse	2,8			11.350
	Grundskole	11,7	4,48	(4,05;4,95)	12.364
	Kort uddannelse	7,8	2,24	(2,07;2,41)	60.912
	Kort videregående uddannelse	4,9	1,27	(1,13;1,43)	13.780
	Mellemlang videregående uddannelse	3,6	1		37.098
	Lang videregående uddannelse	1,9	0,47	(0,41;0,53)	21.427
	Anden uddannelse	8,5	2,60	(2,30;2,93)	8.295
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	5,7	1		81.341
	Arbejdsløse	10,9	2,19	(1,92;2,51)	3.411
	Førtidspensionister	19,4	3,84	(3,51;4,20)	5.711
	Andre uden for arbejdsmarkedet	10,1	2,40	(2,17;2,66)	7.349
	Efterlønsmodtagere	6,2			1.460
	Alderspensionister	4,3			57.481
Samlivsstatus	Gift	4,3	1		93.440
	Samlevende	6,7	2,09	(1,95;2,25)	24.630
	Enlig (separeret, skilt)	11,9	3,13	(2,91;3,36)	14.679
	Enlig (enkestand)	4,4	2,07	(1,83;2,34)	10.953
	Enlig (ugift)	6,9	2,92	(2,71;3,14)	28.984
Region	Hovedstaden	5,3	0,87	(0,84;0,91)	56.177
	Sjælland	8,1	1,35	(1,28;1,43)	19.830
	Syddanmark	6,3	1,04	(1,00;1,09)	41.676
	Midtjylland	5,2	0,85	(0,81;0,90)	34.315
	Nordjylland	5,8	0,95	(0,89;1,01)	20.688

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen (tabel 3.1.4, figur 3.1.3 og figur 3.1.4).

Køn og alder: I alt angiver 6,0 % af den voksne befolkning, at de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. I alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse: Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og forekomsten af personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen Således falder forekomsten fra 11,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse til 1,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Forekomsten af personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, er højere blandt førtidspensionister (19,4 %), arbejdsløse (10,9 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (10,1 %) end blandt beskæftigede (5,8 %).

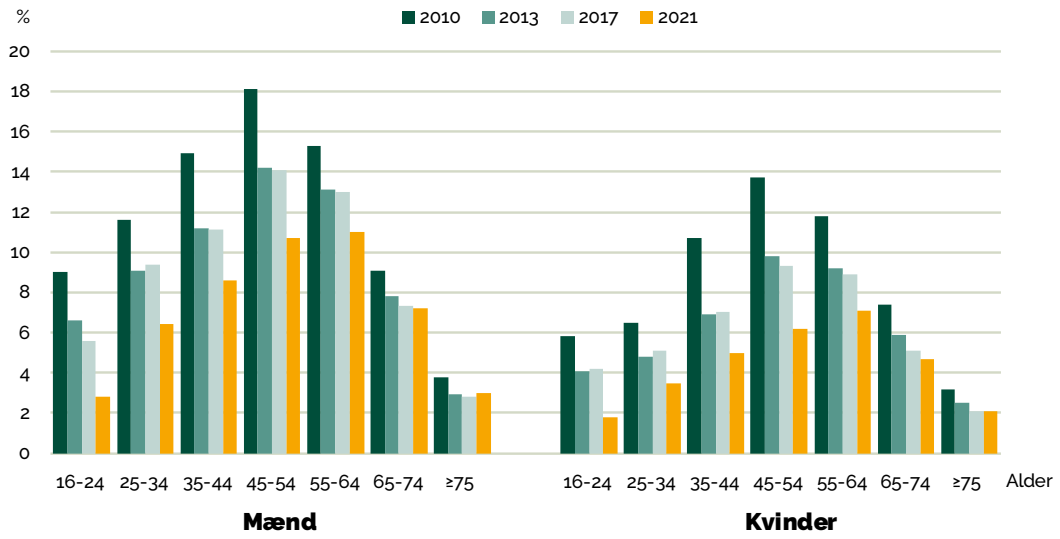
Samlivsstatus: Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, er forekomsten af personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, højest blandt enlige (separerede, skilte) og lavest blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Sjælland (8,1 %), der ryger flere end 15 cigaretter om dagen. I Region Hovedstaden (5,3 %) og Region Midtjylland (5,2 %) er andelen mindre.

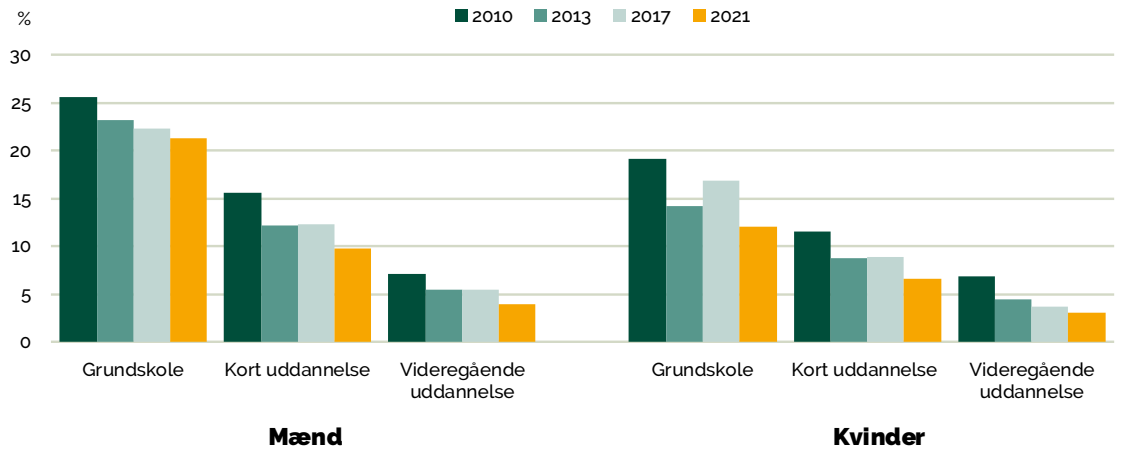
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der overordnet set sket en fald i andelen, der ryger flere end 15 cigaretter om dagen, fra 10,9 % til 6,0 %. Mellem 2010 og 2013 ses et fald i andelen efterfulgt af først en stagnation i 2017 og herefter yderligere et fald i 2021. Blandt både mænd og kvinder er der i alle aldersgrupper sket et fald i andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, i perioden 2010 til 2021 (figur 3.1.3). De største fald ses blandt begge køn i aldersgrupperne 16-64 år. For disse aldersgrupper ses et fald mellem 2010 og 2013, hvorefter udviklingen stagnerer mellem 2013 og 2017 efterfulgt af yderligere et fald i 2021. I de to ældste aldersgrupper ses blandt både mænd og kvinder kun et mindre fald mellem 2010 og 2013, hvorefter andelen har været stort set uændret.

I alle uddannelsesgrupper er der overordnet set sket et fald i andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, i perioden 2010 til 2021 (figur 3.1.4). Blandt mænd ses i alle uddannelsesgrupper en tendens til et fald i andelen mellem 2010 og 2013, hvorefter der ses en stagnation mellem 2013 og 2017. Mellem 2017 og 2021 ses igen et fald. Blandt kvinder er den overordnede tendens nogenlunde den samme. Dog ses blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau en stigning i andelen mellem 2013 og 2017 efterfulgt af et fald i 2021. I gruppen med en videregående uddannelses ses et jævnt fald i hele perioden.

Figur 3.1.3 Andel, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.1.4 Andel, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.1.5 Vil gerne holde op med at ryge blandt personer, der ryger dagligt. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	74,0	1		34.158
	2013	72,9	0,97	(0,93;1,02)	25.290
	2017	73,2	0,97	(0,93;1,01)	26.828
	2021	73,7	1,07	(1,02;1,12)	22.014
Mænd	16-24 år	76,1	0,97	(0,76;1,24)	555
	25-34 år	82,5	1,43	(1,15;1,77)	998
	35-44 år	79,0	1,14	(0,94;1,39)	1.206
	45-54 år	76,7	1		2.029
	55-64 år	70,9	0,74	(0,64;0,86)	2.534
	65-74 år	62,6	0,51	(0,44;0,59)	2.278
	≥75 år	42,5	0,22	(0,19;0,27)	1.120
	Alle mænd	72,3			10.720
Kvinder	16-24 år	84,8	1,56	(1,22;2,00)	787
	25-34 år	82,8	1,35	(1,09;1,66)	1.078
	35-44 år	81,9	1,26	(1,03;1,54)	1.272
	45-54 år	78,2	1		2.209
	55-64 år	75,2	0,84	(0,73;0,98)	2.886
	65-74 år	67,6	0,58	(0,50;0,68)	2.051
	≥75 år	47,9	0,26	(0,21;0,31)	1.011
	Alle kvinder	75,4			11.294
Uddannelse	Under uddannelse	81,2			899
	Grundskole	64,0	0,62	(0,54;0,72)	2.508
	Kort uddannelse	74,8	0,83	(0,74;0,92)	9.581
	Kort videregående uddannelse	77,2	0,96	(0,82;1,13)	1.560
	Mellemlang videregående uddannelse	78,6	1		3.513
	Lang videregående uddannelse	76,0	0,86	(0,72;1,03)	1.169
	Anden uddannelse	68,3	0,67	(0,56;0,79)	1.388
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	79,5	1		9.752
	Arbejdsløse	80,2	1,04	(0,84;1,29)	741
	Førtidspensionister	66,3	0,56	(0,49;0,63)	1.759
	Andre uden for arbejdsmarkedet	78,9	1	(0,85;1,18)	1.454
	Efterlønsmodtagere	77,4			237
	Alderspensionister	58,1			6.460
Samlivsstatus	Gift	71,8	1		9.319
	Samlevende	79,9	1,08	(0,96;1,21)	3.737
	Enlig (separeret, skilt)	72,8	1,10	(0,99;1,22)	3.298
	Enlig (enkestand)	57,7	0,97	(0,84;1,12)	1.352
	Enlig (ugift)	75,7	0,83	(0,75;0,93)	4.308
Region	Hovedstaden	75,1	1,04	(0,98;1,11)	6.495
	Sjælland	72,9	0,98	(0,90;1,06)	2.848
	Syddanmark	72,2	0,92	(0,86;0,98)	5.672
	Midtjylland	73,3	0,96	(0,90;1,04)	4.216
	Nordjylland	75,4	1,11	(1,01;1,21)	2.783

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge (tabel 3.1.5, figur 3.1.5 og figur 3.1.6).

Køn og alder: I alt angiver 73,7 % blandt personer, der ryger dagligt, at de gerne vil holde op med at ryge. Andelen er lidt større blandt kvinder (75,4 %) end blandt mænd (72,3 %). Blandt kvinder falder andelen med stigende alder, mens det samme mønster ses for mænd fra aldersgruppen 25-34 år eller derover. De mindste andele ses således blandt mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe (75 år eller derover).

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af personer, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge. Således stiger andelen fra 64,0 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 78,6 % blandt personer med en mellemlang videregående uddannelse. Blandt personer med en lang videregående uddannelse er andelen 76,0 %.

Erhvervsmæssig stilling: Forekomsten af personer, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er lavere blandt førtidspensionister (66,3 %) end blandt beskæftigede (79,5 %). Andelen blandt arbejdsløse (80,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (78,9 %) ligger tæt på andelen blandt beskæftigede (79,5 %).

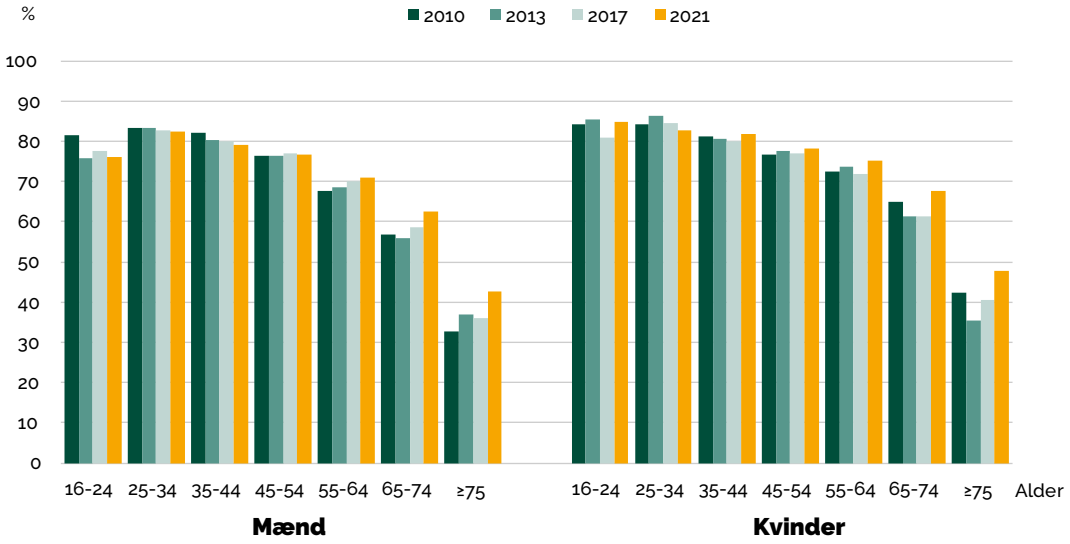
Samlivsstatus: Der er procentvis færrest, som ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt enlige (enkestand). Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, ses den laveste forekomst imidlertid blandt enlige (ugifte).

Region: I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, højere i Region Nordjylland (75,4 %) og lavere i Region Syddanmark (72,2 %).

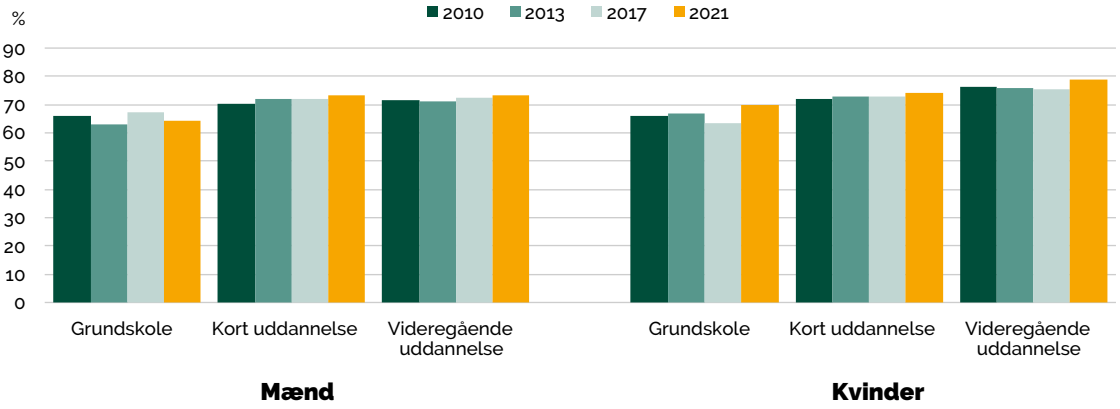
Udvikling: Andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er overordnet set uændret i perioden 2010 (74,0 %) til 2021 (73,7 %). I denne periode er andelen stort set uændret i de fleste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 3.1.5). I de tre ældste aldersgrupper ses imidlertid en tendens til en stigning i perioden, dog mest udtalt i den ældste aldersgruppe (+9,9 procentpoint blandt mænd og +5,7 procentpoint blandt kvinder). Derimod ses et fald i andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd i aldersgruppen 16-24 år (-5,3 procentpoint).

I alle uddannelsesgrupper ses det blandt både mænd og kvinder, at andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er stort set uændret i perioden 2010 til 2021 (figur 3.1.6). Der ses kun relativt små forskelle mellem uddannelsesgrupperne.

Figur 3.1.5 Andel, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt, i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.1.6 Andel, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover), der ryger dagligt, i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Rygestop
Af tabel 3.1.5 fremgik det, at knap 3 ud af 4 af dem, der ryger dagligt i 2021, ønsker at stoppe med at ryge. Der er stort set ingen forskel i andelen, der ønsker at stoppe med at ryge, blandt personer, der ryger færre end 15 eller cigaretter om dagen (74,1 %), og personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen (73,3 %) (data ikke vist). Dette gælder både blandt mænd og kvinder.

Personer, der ryger dagligt og ønsker at stoppe med at ryge, er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe (for eksempel i form af et rygestopkursus eller støtte fra egen læge). Blandt personer, der ryger dagligt og ønsker at holde op med at ryge, oplyser 42,4 %, at de gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det (data ikke vist). Opgøres dette på personer, der henholdsvis ryger færre end 15 cigaretter om dagen og 15 eller flere cigaretter om dagen, ses det af tabel 3.1.6, at andelen, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge, er større blandt personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, end blandt personer, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen.

Tabel 3.1.6 Andel, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, opdelt på antal daglige cigaretter. 2021. Procent.

	Ryger dagligt <15 cigaretter	Ryger dagligt ≥15 cigaretter
Mænd	36,5	51,9
Kvinder	35,9	49,2
Alle	36,2	50,9
Antal svarpersoner	9.209	6.699

E-cigaretter
I alt bruger 2,3 % af voksne danskere e-cigaretter dagligt. Der er kun en mindre forskel i andelen blandt mænd (2,7 %) og kvinder (2,0 %). De største andele ses blandt mænd i aldersgrupperne 25-34 år (3,6 %) og 35-44 år (3,7 %). Andelen, der bruger e-cigaretter lejlighedsvist, er 1,1 % (1,2 % blandt mænd og 1,0 % blandt kvinder) (data ikke vist).

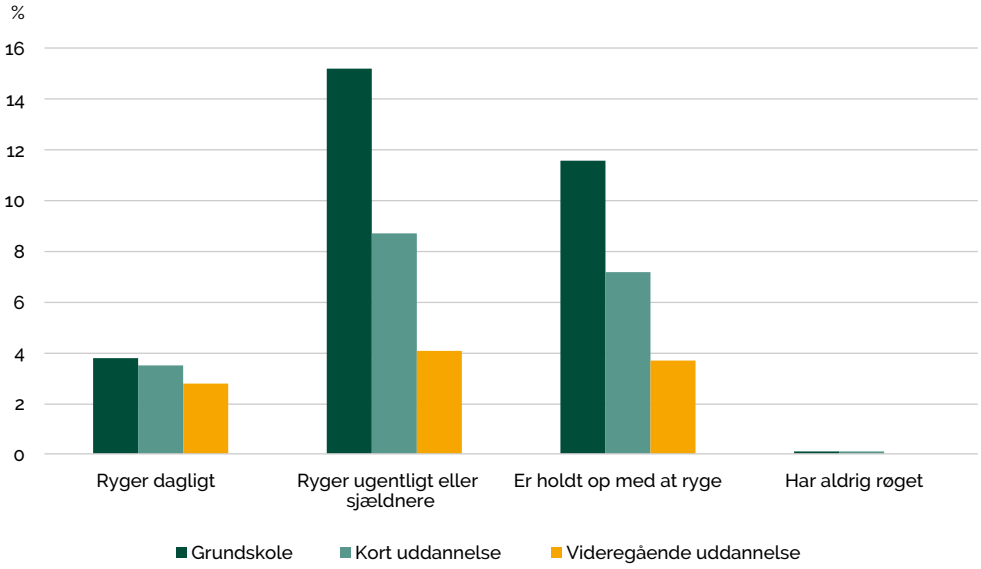
I tabel 3.1.7 ses sammenhængen mellem brug af e-cigaretter og rygevaner. Det fremgår, at andelen, der bruger e-cigaretter dagligt, er størst blandt personer, der ryger almindelig tobak ugentligt eller sjældnere (5,8 %), og mindst blandt personer, som aldrig har røget almindelig tobak (0,1 %).

Tabel 3.1.7 Brug af e-cigaretter opdelt på rygevaner (almindelig tobak). 2021. Procent.

	Ryger dagligt	Ryger ugentligt eller sjældnere	Er holdt op med at ryge	Har aldrig røget
Bruger e-cigaretter dagligt	3,8	5,8	4,7	0,1
Bruger e-cigaretter ugentligt eller sjældnere	4,8	3,8	0,7	0,2
Nej, men brugt eller prøvet dem tidligere	38,0	29,5	12,5	3,7
Har aldrig brugt e-cigaretter	53,4	60,8	82,1	96,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	21.876	6.308	58.101	84.442

Det ses af figur 3.1.7, at andelen, der bruger e-cigaretter dagligt, falder med stigende uddannelsesniveau, uanset rygevaner. Gradienten er mest udtalt i grupperne, der henholdsvis ryger ugentligt eller sjældnere og er holdt op med at ryge. Endvidere fremgår det, at den største andel, der bruger e-cigaretter dagligt, ses blandt personer, der ryger ugentligt eller sjældnere og har grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (15,2 %). Der er kun en meget lille andel, som dagligt bruger e-cigaretter, blandt personer, der aldrig har røget.

Figur 3.1.7 Andel, der bruger e-cigaretter dagligt, opdelt på rygevaner (almindelig tobak), blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.



Tobaksforurenet luft
Man taler om tobaksforurenet luft, når en person ved vejrtrækning indånder røg fra en anden persons tobaksrygning (tidligere kaldet passiv rygning). Dette kan eksempelvis ske ved, at man opholder sig i samme rum som en person, der ryger, og dermed via luften indånder noget af selve røgen samt udåndingsluften fra personen, der ryger (18). Det kan også ske ved at opholde sig i et rum, hvor der er blevet røget. Når personen udsættes for tobaksforurenet luft, indåndes en vis mængde af de samme skadelige stoffer, som personen, der ryger, indånder. Udsættelse for tobaksforurenet luft medfører ofte forskellige akutte gener i form af eksempelvis irritation af øjne og slimhinder i halsen, hoste, hovedpine samt lugtgener (19). Endvidere øges ved udsættelse for tobaksforurenet luft også risikoen for typiske rygerelaterede sygdomme, såsom hjertekarsygdom, lungekræft og andre luftvejslidelser (19).

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor mange timer de opholder sig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg. I alt udsættes 4,4 % af den voksne befolkning, som ikke ryger dagligt, for tobaksforurenet luft mindst en halv time om dagen. Andelen er lidt større blandt mænd (4,9 %) end blandt kvinder (3,9 %), og de største andele ses blandt personer på 55 år eller derover (data ikke vist). I perioden 2013 til 2021 er andelen, der ikke ryger dagligt og udsættes for tobaksforurenet luft mindst en halv time om dagen, faldet fra 8,8 % til 4,4 % (data ikke vist).

Af tabel 3.1.8 fremgår det, at der er en tydelig sammenhæng mellem udsættelse for tobaksforurenet luft og højest gennemførte uddannelsesniveau. Således falder andelen, der udsættes for tobaksforurenet luft, med stigende uddannelsesniveau. Dette gælder både for mænd og kvinder. Eksempelvis falder andelen, der udsættes for tobaksforurenet luft mindst en halv time om dagen, fra 10,3 % blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,4 % blandt mænd med en videregående uddannelse. Blandt kvinder falder andelen tilsvarende fra 7,8 % i gruppen med grundskole til 2,2 % i gruppen med en videregående uddannelse.

Tabel 3.1.8 Antal timer pr. dag, som personer, der ikke ryger dagligt, er udsat for tobaksforurenet luft, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.

		Grundskole	Kort uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd	Over 5 timer om dagen	2,7	1,5	0,7
	1-5 timer om dagen	3,0	1,9	0,8
	1/2-1 time om dagen	4,6	2,6	0,9
	Mindre end 1/2 time om dagen	12,9	11,0	5,0
	0 timer	76,8	83,0	92,6
	I alt	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	4.235	23.060	26.995
Kvinder	Over 5 timer om dagen	2,6	1,3	0,6
	1-5 timer om dagen	2,3	1,5	0,7
	1/2-1 time om dagen	2,9	1,9	0,9
	Mindre end 1/2 time om dagen	7,7	7,3	4,0
	0 timer	84,5	88,0	93,9
	I alt	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	5.183	24.485	37.574

Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

2. Jensen HAR, Davidsen M, Juel K. Social inequality in mortality in the Nordic countries – The impact of smoking and alcohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Nordic Medico Statistical Committee, 2017.

3. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): 2014.

4. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2015.

5. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013; 368: 341-50.

6. Pirie K, Peto R, Boreham J, Sutherland I. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 2013; 381: 133-41.

7. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark - & udvikling siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.

8. Hoffmann SH, Schramm S, Jarlstrup NS, Christensen AI. Danskernes rygevaner. Udviklingen fra 1994-2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

9. Rosenwein SV, Jørgensen MB, Schramm S. Danskernes rygevaner – årsrapport 2018. København: Sundhedsstyrelsen, 2019.

10. Lund L, Bast LS. Danskernes rygevaner 2020. Delrapport 1: Nikotinafhængighed. København: Sundhedsstyrelsen, 2021.

11. Global Burden of Disease. GBD Compare IHME. Tilgået 30-11-2021: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

12. Nordic Medico-Statistical Committee. Health Statistics for the Nordic Countries. Copenhagen: NOMESCO, 2015.

13. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2020.

14. Koch MB, Juel K. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2013.

15. Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om røgfri miljøer. 2007. Tilgået 09-06-2021: https://retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=11388.

16. Sundheds- og Ældreministeriet. Faktaark 11: Initiativer på tobaksområdet og prisudvikling siden år 2000. [09-06-2021]. https://sum.dk/Media/E/0/11-FAKTAARK-Initiativer-paa-tobakomraadet-siden-aar-2000.pdf

17. Connor Gorber S, Schofield-Hurwitz S, Hardt J, Levasseur G, Tremblay M. The accuracy of self-reported smoking: a systematic review of the relationship between self-reported and cotinine-assessed smoking status. Nicotine Tob Res. 2009; 11: 12-24.

18. World Health Organization. Tobacco smoke and involuntary smoking. Summary of Data Reported and Evaluation. International Agency for Research on Cancer, 2002.

19. Sundhedsstyrelsen. Tobaksforurenet luft og helbredsmæssige konsekvenser. 2016. Tilgået 09-06-2021: https://sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak/helbred-og-sygdom/tobaksforurenet-luft/helbredsmaessige-konsekvenser.

3.2 Alkohol

Alkohol er en af de kendte, forebyggelige risikofaktorer, som har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark (1). Sammenlignet med de andre nordiske lande har unge og voksne danskere det højeste alkoholforbrug, den højeste drikkefrekvens og den største andel, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ('binge-drinking') (2-4).

Hvert år er der mere end 3.000 dødsfald i Danmark med alkohol som enten den primære eller medvirkende dødsårsag, hvilket svarer til omtrent 6 % af alle dødsfald (1, 5). Ud over at påvirke dødeligheden i befolkningen er et stort alkoholforbrug også helt eller delvist årsag til mere end 200 internationalt klassificerede sygdomme og tilstande (5). Disse omfatter ud over afhængighed, skrumpelever, nervebetændelse, akut og kronisk bugspytkirtelbetændelse også for eksempel hormonforstyrrelser, knogleskørhed, søvnforstyrrelser, fosterpåvirkning og en lang rækkekræftformer (6-9). For de fleste sygdomme og tilstande vurderes det, at risikoen øges med et øget alkoholindtag (9, 10), men også drikkemønstret kan have betydning for helbredskonsekvenserne (10). Et overforbrug af alkohol kan desuden have omfattende psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt øge risikoen for blandt andet ulykker, vold og selvmord (1, 10, 11).

I en metaanalyse, som inkluderer data fra 33 lande, er der fundet social ulighed i alkoholforbrug, her målt ved, hvorvidt man drikker alkohol eller ej, samt hvorvidt man har haft et højt indtag af alkohol ved samme lejlighed inden for den seneste måned (12). Uligheden estimeres i undersøgelsen med udgangspunkt i højest gennemførte uddannelsesniveau. Det konkluderes i undersøgelsen, at den sociale ulighed afhænger af, hvilket udfaldsmål der ses på. Blandt begge køn ses således en omvendt social ulighed, når der ses på, hvorvidt man drikker alkohol eller ej. Det betyder, at andelen, der drikker alkohol, stiger med stigende uddannelsesniveau. Det modsatte billede gør sig gældende for et højt indtag af alkohol ved samme lejlighed inden for den seneste måned, hvor andelen falder med stigende uddannelsesniveau. I en systematisk gennemgang af litteraturen er der endvidere fundet en markant større social ulighed i den alkoholrelaterede dødelighed sammenlignet med den samlede dødelighed (13). I yderligere en systematisk gennemgang af litteraturen beskrives det således, at personer med lav socioøkonomisk status i højere grad oplever negative, helbredsmæssige konsekvenser af deres alkoholforbrug end personer med høj socioøkonomisk status (14). Dette paradoks omtales også som 'alcohol-harm-paradokset'. Samlet set kan alkoholforbruget ifølge undersøgelsen forklare 27 % af den sociale ulighed i dødelighed. På baggrund af fundene i litteraturgennemgangen konkluderes det, at indsatser målrettet en reduktion i den sociale ulighed i dødelighed snarere bør fokusere på at nedbringe forekomsten af episoder med et højt indtag af alkohol ved samme lejlighed end på alkoholforbrug generelt set (14).

Sundhedsstyrelsen udgav i starten af marts 2022 nye udmeldinger om alkohol i Danmark (15):

- Der er ingen sikker nedre grænse, hvor det er helt uden risiko at drikke alkohol
- Børn og unge under 18 år frarådes at drikke alkohol
- Gravide og kvinder, der prøver at blive gravide, frarådes at drikke alkohol
- Ved sygdom bør man spørge lægen til råds angående alkohol

Hvis man vælger at drikke alkohol, skal man være opmærksom på risikoen. Befolkningsundersøgelser viser, at risikoen for alkoholrelateret sygdom og død er lav, hvis man:

- Undgår at drikke mere end 10 genstande om ugen
- Højest drikker 4 genstande på samme dag
- Unge mellem 18-25 år er særlig sårbare for alkohol og skal være forsigtige med deres indtag

Danskernes alkoholforbrug er i denne undersøgelse belyst ved først at spørge svarpersonerne, om de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Personer, som svarer ja til dette spørgsmål, er herefter blevet spurgt om, hvor mange dage om ugen de drikker alkohol. Der er desuden spurgt til alkoholforbruget i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Svarpersonerne er endvidere blevet spurgt om, hvor tit de drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ('binge-drinking'), samt om de ønsker at nedsætte alkoholforbruget. I Danmark svarer en genstand til 12 gram ren alkohol.

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var store dele af nattelivet, herunder barer og diskoteker, samt restauranter og caféer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere har der været indført forsamlingsforbud, og elever og studerende har været hjemsendt fra skoler og uddannelsesinstitutioner. Yderligere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejdere var hjemsendt. Dette har med al sandsynlighed påvirket danskernes brug alkohol (16-19).

I perioden 2010 til 2021 er der samlet set sket et fald på 3,2 procentpoint i andelen af voksne befolkning, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, fra 88,6 % til 85,4 % (data ikke vist). Det overordnede fald er imidlertid alene sket mellem 2013 (88,4 %) og 2021 (85,4 %). I alle aldersgrupper er der i perioden 2010 til 2021 sket et fald i andelen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Eneste undtagelse ses blandt mænd og kvinder på 75 år eller derover, hvor der ses en stigning i perioden, samt blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen stort set er uændret. Blandt mænd på 75 år eller derover er andelen steget fra 84,9 % i 2010 til 88,0 % i 2021, mens andelen er steget fra 66,8 % i 2010 til 75,5 % i 2021 blandt kvinder på 75 år eller derover. Andelen er større blandt mænd (88,8 %) end blandt kvinder (82,1 %) i 2021. Andelen, der oplyser, at de drikker alkohol alle 7 dage om ugen, er uændret mellem 2010 (8,6 %) og 2013 (8,7 %), hvorefter der ses et fald til 6,6 % i 2017, efterfulgt at en stagnation i 2021 (6,4 %). Andelen, der drikker alkohol alle 7 dage om ugen, er større blandt mænd (8,0 %) end blandt kvinder (4,7 %).

Ugentligt alkoholforbrug

Det ses af tabel 3.2.1, at andelen, der ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, i alle aldersgrupper er større blandt kvinder end blandt mænd, på nær i den yngste aldersgruppe, hvor der stort set ingen forskel er mellem kønnene. Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er derimod markant større blandt mænd end blandt kvinder, hvilket gælder i alle aldersgrupper. Tabellen viser også, at omtrent 5-6 % af mænd i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år og 65-74 år drikker 30 eller flere genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 3.2.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

		16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	13,1	10,7	11,6	11,4	11,2	10,9	13,0	11,6
	0 genstande	18,5	14,2	11,4	9,2	7,2	6,1	5,5	10,4
	1-5 genstande	29,7	44,7	43,3	38,5	32,7	28,4	28,6	35,7
	6-10 genstande	14,7	16,0	17,6	20,7	21,8	22,0	23,0	19,3
	11-14 genstande	6,8	5,5	6,3	7,9	9,4	10,3	10,4	8,0
	15-21 genstande	8,2	4,8	5,3	6,5	8,8	11,1	10,5	7,7
	22-29 genstande	3,8	2,1	1,9	2,4	3,9	5,0	4,8	3,3
	≥30 genstande	5,1	2,0	2,5	3,4	4,9	6,2	4,2	4,0
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	6.580	6.497	8.081	12.888	14.924	15.252	10.852	75.074
Kvinder	Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	13,5	19,7	19,0	17,4	16,8	17,9	26,7	18,6
	0 genstande	19,8	17,9	14,3	12,1	9,9	8,7	8,5	13,0
	1-5 genstande	37,0	48,0	52,3	48,9	44,5	39,0	34,6	44,0
	6-10 genstande	15,7	9,9	10,9	15,4	18,9	20,7	18,8	15,7
	11-14 genstande	5,6	2,3	2,0	3,2	4,9	6,3	5,4	4,2
	15-21 genstande	4,8	1,5	1,1	1,9	2,9	4,5	4,0	2,8
	22-29 genstande	1,9	0,4	0,3	0,6	1,2	1,6	1,2	1,0
	≥30 genstande	1,7	0,4	0,3	0,5	0,9	1,3	0,8	0,8
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	9.025	9.449	11.109	15.965	17.660	16.670	12.044	91.922

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- **drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge**
- **gerne vil nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge**
- **ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed**

Definitionen på binge-drinking (drikker ugentligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed) blev ændret i 2013, og da spørgsmålet således var anderledes i 2010, indgår der for denne indikator ikke resultater fra dette år i de følgende opgørelser.

Tabel 3.2.2 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	24,6	1		169.920
	2013	21,1	0,79	(0,78;0,81)	152.567
	2017	18,0	0,64	(0,63;0,65)	169.655
	2021	15,7	0,54	(0,53;0,55)	166.996
Mænd	16-24 år	23,9	1,24	(1,15;1,34)	6.580
	25-34 år	14,4	0,66	(0,61;0,73)	6.497
	35-44 år	16,1	0,75	(0,69;0,82)	8.081
	45-54 år	20,3	1		12.888
	55-64 år	27,1	1,46	(1,37;1,55)	14.924
	65-74 år	32,5	1,90	(1,79;2,02)	15.252
	≥75 år	29,9	1,68	(1,57;1,79)	10.852
	Alle mænd	23,0			75.074
Kvinder	16-24 år	14,0	2,45	(2,22;2,70)	9.025
	25-34 år	4,5	0,72	(0,63;0,82)	9.449
	35-44 år	3,6	0,56	(0,49;0,64)	11.109
	45-54 år	6,2	1		15.965
	55-64 år	9,9	1,65	(1,51;1,81)	17.660
	65-74 år	13,7	2,39	(2,19;2,61)	16.670
	≥75 år	11,4	1,94	(1,77;2,14)	12.044
	Alle kvinder	8,8			91.922
Uddannelse	Under uddannelse	18,3			11.003
	Grundskole	13,7	0,59	(0,55;0,63)	11.799
	Kort uddannelse	16,1	0,85	(0,81;0,89)	59.309
	Kort videregående uddannelse	16,0	0,93	(0,87;0,99)	13.493
	Mellemlang videregående uddannelse	14,7	1		36.374
	Lang videregående uddannelse	16,4	1,18	(1,11;1,25)	21.054
	Anden uddannelse	14,6	0,71	(0,66;0,78)	7.893
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	13,3	1		79.911
	Arbejdsløse	14,5	1,26	(1,12;1,42)	3.327
	Førtidspensionister	12,2	0,84	(0,76;0,93)	5.479
	Andre uden for arbejdsmarkedet	13,1	1,15	(1,05;1,27)	7.156
	Efterlønsmodtagere	17,4			1.433
	Alderspensionister	21,4			54.818
Samlivsstatus	Gift	15,8	1		90.950
	Samlevende	12,9	1,06	(1,01;1,12)	24.070
	Enlig (separeret, skilt)	15,6	1,05	(0,99;1,11)	13.996
	Enlig (enkestand)	15,0	0,93	(0,87;1,00)	10.212
	Enlig (ugift)	17,7	1,38	(1,31;1,46)	27.768
Region	Hovedstaden	18,2	1,35	(1,32;1,39)	54.032
	Sjælland	15,6	1,01	(0,97;1,05)	18.886
	Syddanmark	14,2	0,91	(0,88;0,94)	40.519
	Midtjylland	15,1	1,01	(0,98;1,04)	33.491
	Nordjylland	12,8	0,80	(0,76;0,83)	20.068

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (tabel 3.2.2, figur 3.2.1, figur 3.2.2 og figur 3.2.3).

Køn og alder: I alt drikker 15,7 % af den voksne befolkning mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Andelen er markant større blandt mænd (23,0 %) end blandt kvinder (8,8 %), og et lignende mønster ses i alle aldersgrupper. Den største andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt mænd i alderen 65-74 år (32,5 %). Blandt kvinder ses de største andele i aldersgruppen 16-24 år og 65-74 år. Blandt begge køn ses de mindste andele i aldersgrupperne 25-44 år. Derudover ses der ikke et entydigt mønster i forhold til alder.

Uddannelse: Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er mindst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 25-64 år ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (figur 3.2.1). Derimod ses en tydelig sammenhæng for både mænd og kvinder på 65 år eller derover, hvor andelen stiger kraftigt med stigende uddannelsesniveau. I denne aldersgruppe stiger andelen fra 21,5 % blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 43,8 % blandt mænd med en lang videregående uddannelse, og fra 6,4 % blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 24,5 % blandt kvinder med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: I forhold til beskæftigede ses der er en højere forekomst af personer, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet, mens forekomsten er lavere blandt førtidspensionister. Disse forskelle ses alene, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne.

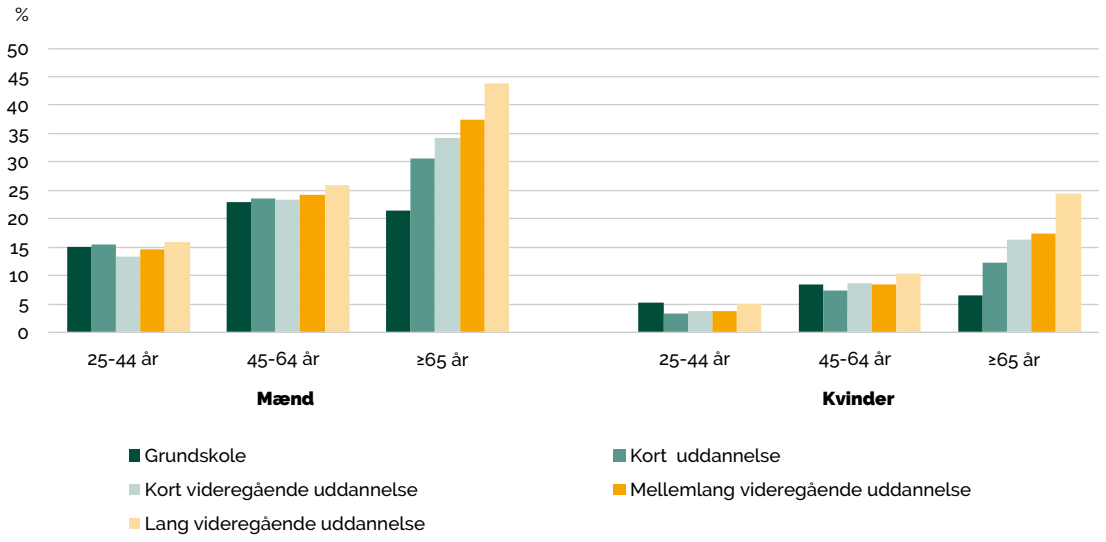
Samlivsstatus: Der er procentvis flest, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt enlige (ugifte) og færrest blandt samlevende. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses den højeste forekomst imidlertid i begge de to nævnte grupper.

Region: I forhold til landsgennemsnittet ses en større andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i Region Hovedstaden (18,2 %), mens andelen er mindre i Region Nordjylland (12,8 %) og Region Syddanmark (14,2 %).

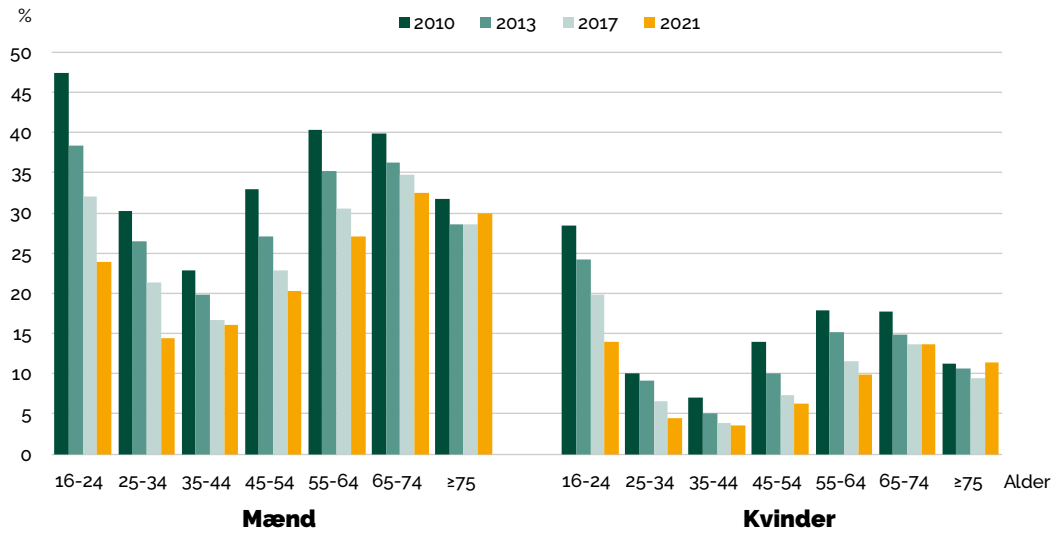
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket et jævnt fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fra 24,6 % til 15,7 %. Denne tendens ses blandt begge køn og i stort set alle aldersgrupper (figur 3.2.2). Eneste undtagelse ses i den ældste aldersgruppe, hvor andelen for både mænd og kvinder er steget mellem 2017 og 2021, for kvinder til et niveau som i 2010. De mest markante fald i perioden 2010 til 2021 ses blandt begge køn i aldersgruppen 16-24 år (-23,5 procentpoint blandt mænd og -14,4 procentpoint blandt kvinder) og desuden blandt mænd i aldersgruppen 25-34 år (-15,9 procentpoint).

I perioden 2010 til 2021 er der i alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder sket et jævnt fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (figur 3.2.3). Eneste afvigelse fra det generelle mønster ses for kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, hvor der kun ses små forskelle i andelen i perioden 2010 til 2021.

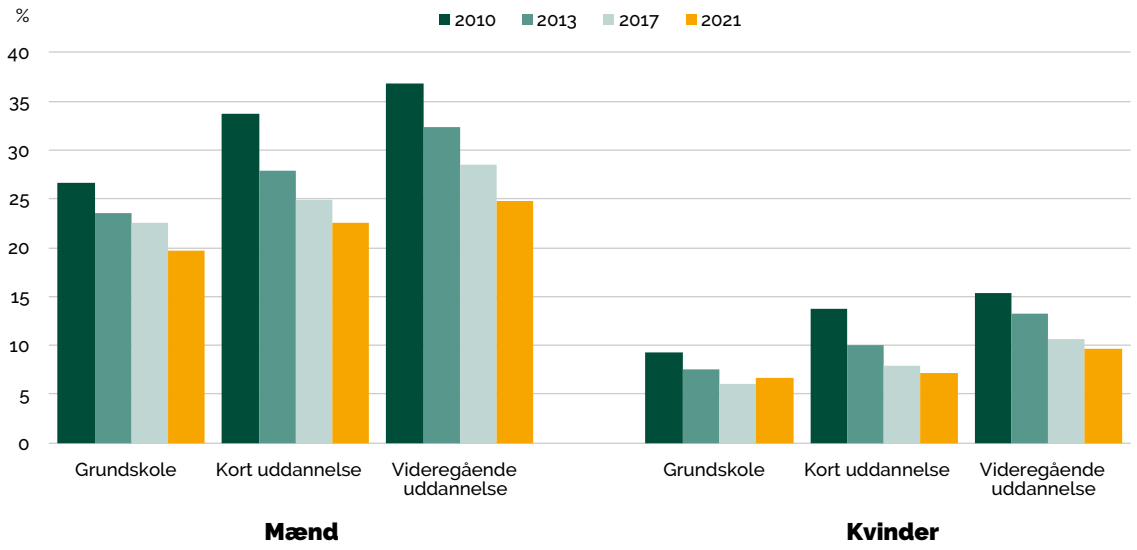
Figur 3.2.1 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelses- og aldersgrupper. 2021. Procent.



Figur 3.2.2 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.2.3 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.2.3 Vil gerne nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	19,6	1		40.891
	2013	21,3	1,16	(1,11;1,22)	31.457
	2017	23,3	1,38	(1,32;1,44)	30.622
	2021	23,3	1,41	(1,35;1,48)	27.708
Mænd	16-24 år	10,7	0,23	(0,19;0,29)	1.602
	25-34 år	24,4	0,62	(0,52;0,75)	897
	35-44 år	35,8	1,08	(0,92;1,26)	1.264
	45-54 år	34,0	1		2.630
	55-64 år	26,0	0,68	(0,60;0,77)	4.082
	65-74 år	18,8	0,45	(0,40;0,51)	5.084
	≥75 år	8,5	0,18	(0,15;0,21)	3.354
	Alle mænd	22,3			18.913
Kvinder	16-24 år	10,1	0,13	(0,10;0,17)	1.330
	25-34 år	32,8	0,58	(0,44;0,76)	386
	35-44 år	43,9	0,92	(0,71;1,20)	387
	45-54 år	45,9	1		1.003
	55-64 år	39,7	0,78	(0,65;0,93)	1.792
	65-74 år	23,0	0,35	(0,30;0,42)	2.399
	≥75 år	8,8	0,11	(0,09;0,15)	1.498
	Alle kvinder	25,9			8.795
Uddannelse	Under uddannelse	10,5			2.031
	Grundskole	17,8	0,64	(0,53;0,76)	1.616
	Kort uddannelse	21,7	0,73	(0,67;0,80)	9.771
	Kort videregående uddannelse	26,0	0,86	(0,76;0,99)	2.308
	Mellemlang videregående uddannelse	28,5	1		5.819
	Lang videregående uddannelse	31,1	1,10	(0,98;1,23)	4.022
	Anden uddannelse	23,9	0,91	(0,76;1,09)	1.294
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	30,1	1		10.505
	Arbejdsløse	36,0	1,34	(1,07;1,68)	496
	Førtidspensionister	34,5	1,11	(0,91;1,36)	658
	Andre uden for arbejdsmarkedet	33,0	1,34	(1,11;1,60)	981
	Efterlønsmodtagere	29,4			243
	Alderspensionister	15,4			12.335
Samlivsstatus	Gift	23,7	1		15.755
	Samlevende	24,6	1	(0,90;1,12)	3.178
	Enlig (separeret, skilt)	32,8	1,50	(1,34;1,68)	2.256
	Enlig (enkestand)	14,6	1,05	(0,89;1,25)	1.623
	Enlig (ugift)	20,6	1,22	(1,08;1,37)	4.896
Region	Hovedstaden	25,3	1,17	(1,10;1,24)	10.323
	Sjælland	22,7	1,02	(0,94;1,12)	3.171
	Syddanmark	23,0	1,02	(0,95;1,09)	6.202
	Midtjylland	22,2	0,98	(0,91;1,05)	5.340
	Nordjylland	19,8	0,84	(0,76;0,93)	2.672

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelsen af forekomsten af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug (tabel 3.2.3, figur 3.2.4 og figur 3.2.5).

Køn og alder: Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, er lidt større blandt kvinder (25,9 %) end blandt mænd (22,3 %). Et lignende mønster ses i alle aldersgrupper på nær i den yngste og den ældste aldersgruppe, hvor der stort set ingen forskel er i andelen mellem mænd og kvinder. For begge køn stiger andelen med stigende alder henholdsvis indtil aldersgruppen 35-44 år og 45-54 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. Den største andel ses således blandt kvinder i aldersgruppen 45-54 år (45,9 %), mens den mindste ses blandt mænd på 75 år eller derover (8,5 %).

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Således stiger andelen fra 17,8 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 31,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er der en højere forekomst af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet end blandt beskæftigede.

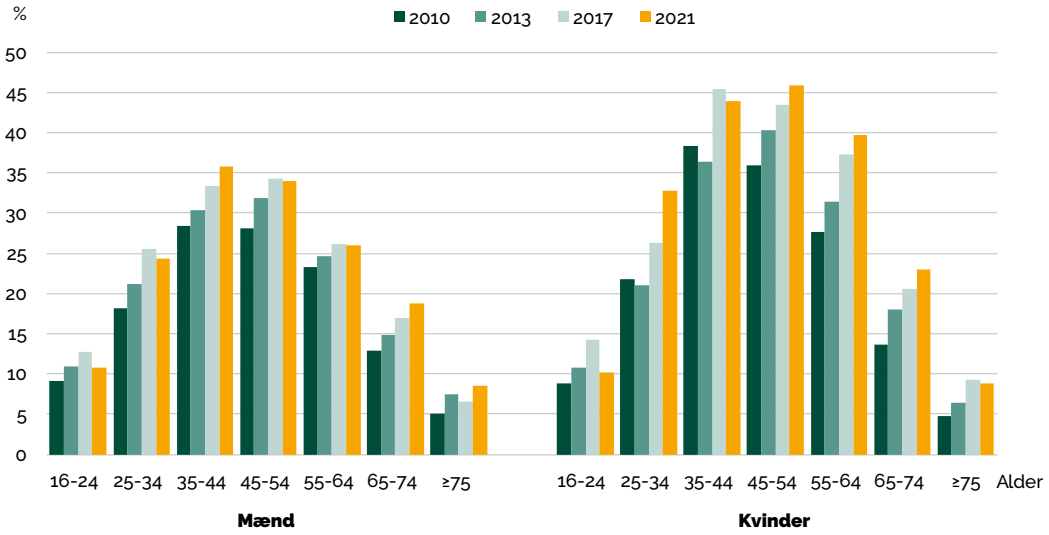
Samlivsstatus: Andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er størst blandt enlige (separerede, skilte). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses endvidere en relativt høj forekomst blandt enlige (ugifte).

Region: I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, større i Region Hovedstaden (25,3 %) og mindre i Region Nordjylland (19,8 %).

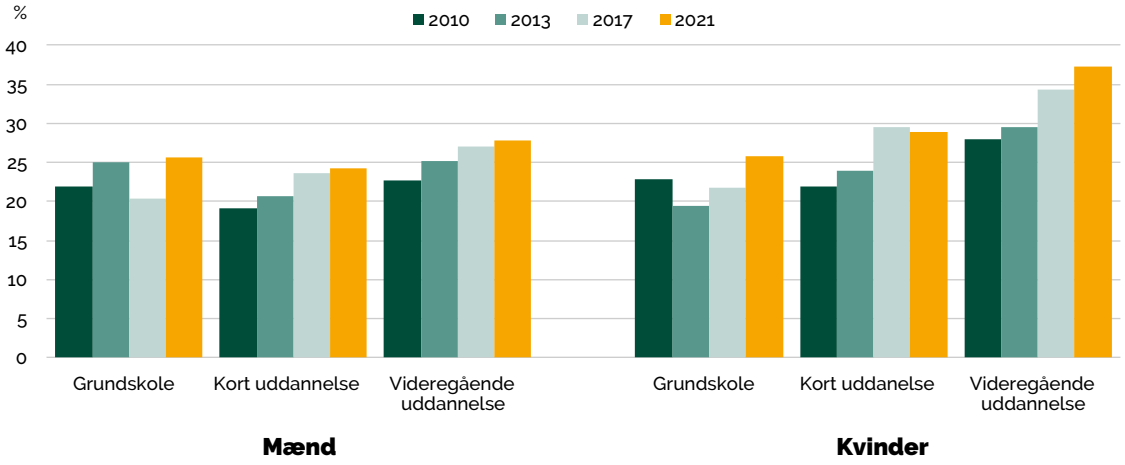
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er andelen, der gerne vil nedsætte sit alkoholforbrug, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, steget fra 19,6 % til 23,3 %. Stigningen er alene sket mellem 2010 og 2017, hvorefter andelen er uændret i 2021. Den overordnede udvikling i perioden 2010 til 2021 ses blandt begge køn og i alle aldersgrupper (figur 3.2.4). Det er dog ikke i alle aldersgrupper, at der ses en støt stigning i løbet af perioden. Eksempelvis ses et mindre fald i andelen mellem 2017 og 2021 blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Overordnet set er der sket en stigning i alle uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder i perioden 2010 til 2021 (figur 3.2.5). Mens stigningen er nogenlunde jævn i gruppen med en lang videregående uddannelse, ses en vis stagnation mellem 2017 og 2021 i gruppen med en kort uddannelse. I gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau ses der ikke noget systematisk mønster i udviklingen.

Figur 3.2.4 Andel, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.2.5 Andel, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover), der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.2.4 Drikker ugentligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2013	12,4	1		157.206
	2017	10,7	0,86	(0,84;0,89)	174.041
	2021	9,1	0,73	(0,71;0,75)	171.974
Mænd	16-24 år	19,9	1,52	(1,40;1,66)	6.802
	25-34 år	11,2	0,77	(0,70;0,86)	6.670
	35-44 år	11,4	0,79	(0,71;0,86)	8.261
	45-54 år	14,0	1		13.168
	55-64 år	16,6	1,22	(1,14;1,31)	15.250
	65-74 år	12,2	0,85	(0,79;0,92)	15.696
	≥75 år	6,8	0,45	(0,41;0,50)	11.510
	Alle mænd	13,4			77.357
Kvinder	16-24 år	12,5	3,10	(2,77;3,46)	9.306
	25-34 år	4,3	0,97	(0,84;1,12)	9.651
	35-44 år	2,9	0,66	(0,57;0,77)	11.288
	45-54 år	4,4	1		16.238
	55-64 år	5,4	1,25	(1,11;1,40)	17.972
	65-74 år	4,0	0,90	(0,80;1,02)	17.195
	≥75 år	2,5	0,55	(0,47;0,64)	12.967
	Alle kvinder	5,0			94.617
Uddannelse	Under uddannelse	16,1			11.366
	Grundskole	7,6	0,99	(0,90;1,09)	12.409
	Kort uddannelse	9,1	0,97	(0,92;1,03)	60.899
	Kort videregående uddannelse	8,1	0,94	(0,86;1,02)	13.795
	Mellemlang videregående uddannelse	7,6	1		37.091
	Lang videregående uddannelse	8,8	1,07	(0,99;1,15)	21.420
	Anden uddannelse	7,7	0,91	(0,82;1,02)	8.267
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	9,1	1		81.337
	Arbejdsløse	10,0	1,26	(1,10;1,44)	3.407
	Førtidspensionister	9,2	1,05	(0,94;1,17)	5.693
	Andre uden for arbejdsmarkedet	9,5	1,20	(1,07;1,34)	7.351
	Efterlønsmodtagere	9,2			1.460
	Alderspensionister	6,3			57.368
Samlivsstatus	Gift	7,0	1		93.092
	Samlevende	8,8	1,28	(1,20;1,37)	24.631
	Enlig (separeret, skilt)	9,6	1,57	(1,46;1,69)	14.567
	Enlig (enkestand)	4,8	1,28	(1,14;1,43)	10.938
	Enlig (ugift)	14,5	1,96	(1,84;2,08)	28.746
Region	Hovedstaden	11,6	1,43	(1,38;1,48)	55.842
	Sjælland	7,9	0,93	(0,88;0,98)	19.635
	Syddanmark	7,7	0,90	(0,86;0,93)	41.606
	Midtjylland	8,6	1	(0,96;1,05)	34.286
	Nordjylland	7,3	0,84	(0,79;0,89)	20.605

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ('binge-drinking') (tabel 3.2.4, figur 3.2.6 og figur 3.2.7). Definitionen på binge-drinking blev ændret i 2013, hvorfor udviklingen for denne indikator kun kan følges for perioden 2013 til 2021.

Køn og alder: I alt 9,1 % af den voksne befolkning i Danmark drikker ugentligt fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Andelen er markant større blandt mænd (13,4 %) end blandt kvinder (5,0 %). Et lignende mønster ses i alle aldersgrupper. Den største andel ses for begge køn i aldersgruppen 16-24 år (19,9 % blandt mænd og 12,5 % blandt kvinder), og den mindste ses i den ældste aldersgruppe (6,8 % blandt mænd og 2,5 % blandt kvinder). Derudover ses der ikke noget systematisk mønster i forhold til alder.

Uddannelse: Der ses ingen sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

Erhvervsmæssig stilling: Procentvis er der kun små forskelle mellem grupperne i andelen, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er der imidlertid en højere forekomst af personer, som ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet end blandt beskæftigede.

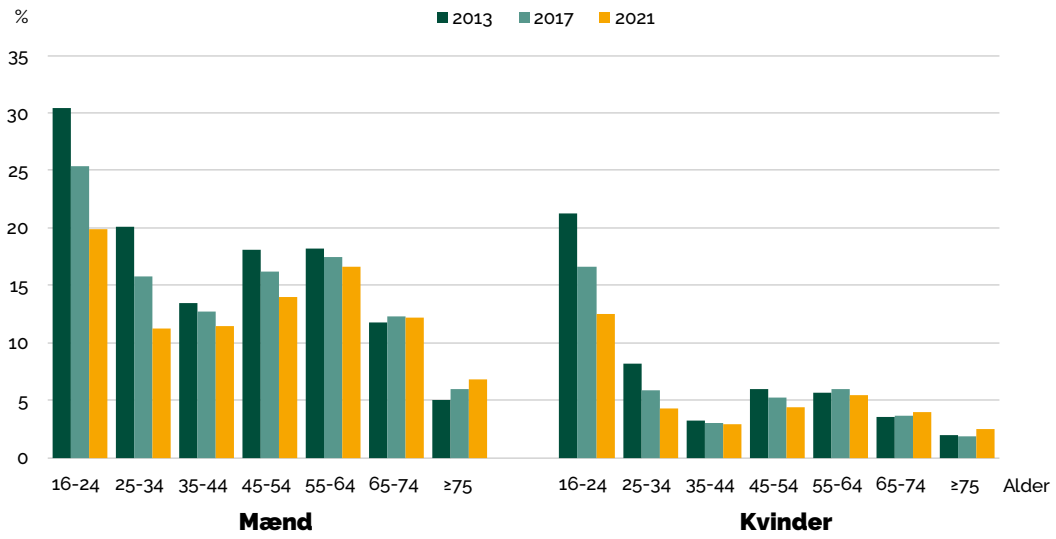
Samlivsstatus: Der er procentvis flest blandt enlige (ugifte), som ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, og færrest blandt gifte. Imidlertid er forekomsten højere blandt både samlevende og enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte) end blandt gifte, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne.

Region: Sammenlignet med landsgennemsnittet ses en større andel, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, i Region Hovedstaden og mindre andele i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

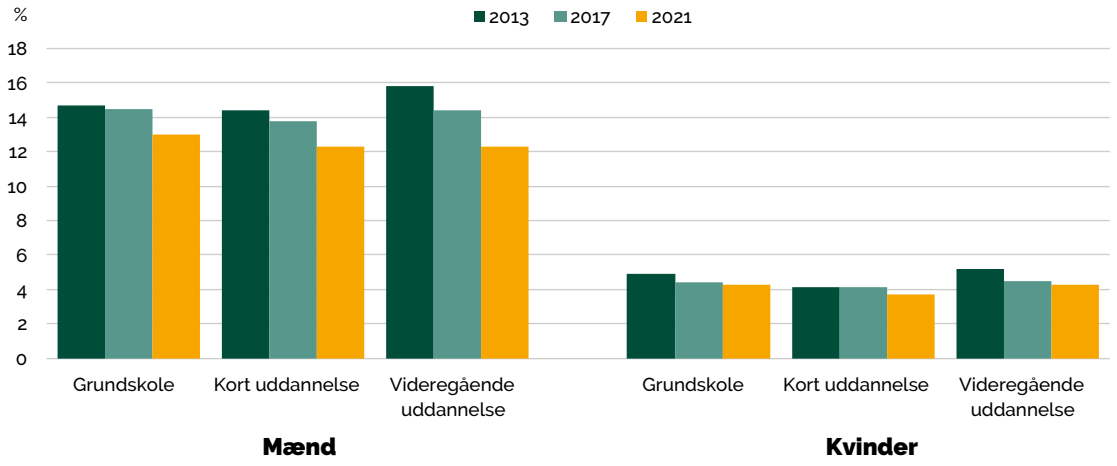
Udvikling: Der er i perioden 2013 til 2021 sket et mindre, men støt fald på i alt 3,3 procentpoint i andelen, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Både blandt mænd og kvinder er der i de to yngste aldersgrupper sket et tydeligt fald i perioden 2013 til 2021 i andelen, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (figur 3.2.6). I den yngste aldersgrupper falder andelen eksempelvis fra 30,4 % til 19,9 % blandt mænd og fra 21,3 % til 12,5 % blandt kvinder. Fra 35-årsalderen ses mindre kun variationer i udviklingen, dog med en stigende tendens blandt mænd på 75 år eller derover.

I perioden 2013 til 2021 er der i alle uddannelsesgrupper blandt mænd sket et nogenlunde jævnt fald i andelen, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (figur 3.2.7). Faldet er mest udtalt i gruppen med en lang videregående uddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau. Blandt kvinder er andelen stort set uændret i perioden i alle uddannelsesgrupper.

Figur 3.2.6 Andel, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2013, 2017 og 2021. Procent.



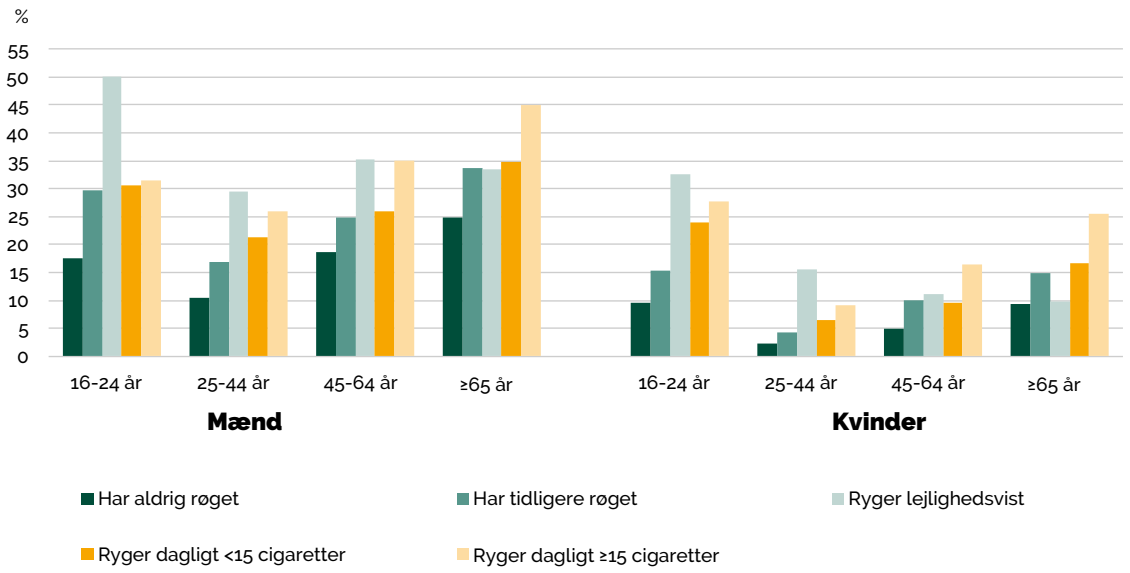
Figur 3.2.7 Andel, der ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) forskellige uddannelsesgrupper. 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Sammenhæng mellem alkoholindtag og rygevaner

I figur 3.2.8 vises sammenhængen mellem alkoholindtag og rygevaner blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at for både mænd og kvinder i de to yngste aldersgrupper er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, størst blandt personer, der ryger lejlighedsvist. I den ældste aldersgruppe er andelen derimod størst blandt personer, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. På tværs af alle aldersgrupper ses den mindste andel for begge køn blandt personer, der aldrig har røget.

Figur 3.2.8 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper og opdelt på rygevaner. 2021. Procent.



Referencer

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesund, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

2. Eurostat. Statistics explained: Alcohol consumption statistics. Tilgået 9-12-2021: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#General_overview

3. OECD. Alcohol consumption (indicator), Tilgået 6-1-2022: https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm.

4. EMCDDA and The ESPAD Group. The European School Project on Alcohol and Other Drugs. ESPAD Report 2019. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.

5. Eliasen M, Becker U, Grønbæk M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. Eur J Epidemiol. 2014; 29: 15-26.

6. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Genève: World Health Organization, 2018.

7. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave, 1. Oplag. København: Munksgaard, 2016.

8. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, Berrino F, Boutron-Ruault MC, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol. 2016; 45: 181-8.

9. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010; 105: 817-43.

10. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk MK, Tolstrup JS, Becker U. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.

11. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.

12. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels – results from an international study. Eur J Public Health. 2012; 23: 332-9.

13. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol. 2014; 43: 1314-27.

14. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. Lancet Public Health. 2020; 5: e324-32.

15. Sundhedsstyrelsen. Alkohol. www.sst.dk/da/Viden/Alkohol

16. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the covid-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. Addiction. 2021; 116: 3369-80.

17. Rossow I, Bartak M, Bloomfield K, Braddick F, Bye EK, Kilian C, et al. Changes in alcohol consumption during the covid-19 pandemic are dependent on initial consumption level: findings from eight European countries. Int J Environ Res Public Health. 2021; 18: 10547.

18. Robert A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, Law GR. Alcohol and other substance use during the covid-19 pandemic: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021; 229: 109150.

19. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing JA, Tolstrup JS. Sammen hver for sig - Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.

3.3 Kost

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, idet sunde kost- og måltidsvaner kan være med til at fremme og bevare et godt helbred samt forebygge kostrelaterede tilstande og sygdomme (1). Modsat kan et usundt kostmønster være medvirkede årsag til udvikling af en række sygdomme og tilstande som eksempelvis hjertekarsygdom, type 2-diabetes, flere former for kræft, muskelskeletsygdomme samt overvægt og svær overvægt (2, 3). Eksempelvis er der årligt 140 ekstra dødsfald i Danmark på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 100 gram frugt om dagen, i forhold til personer, der spiser mindst 100 gram frugt om dagen, og 170 ekstra dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 130 gram grøntsager om dagen, sammenlignet med personer, der spiser mindst 130 gram om dagen (4). Personer, der spiser fisk flere gange om ugen, har endvidere en lavere risiko for at udvikle hjertekarsygdom (2). Risikoen for at udvikle tarmkræft reduceres desuden 17 % for hver 48 gram fuldkorn, der spises ekstra om dagen (5), og samlet set estimerer Verdenssundhedsorganisationen, at kosten er relateret til omkring 30 % af alle nyopståede kræfttilfælde (1). Sunde kostvaner spiller desuden en vigtig rolle i forhold til tandsundheden (6) og udviklingen af undervægt (7).

I en systematisk gennemgang af litteraturen er der med konsistens fundet social ulighed i indtag af henholdsvis frugt og grøntsager samt, om end i mindre grad, kostfibre (8). Derimod ses ingen systematisk sammenhæng for hverken kostmønster, det samlede energiindtag eller indtag af henholdsvis fedt og energitætte drikkevarer. Således er indtaget af henholdsvis frugt og grøntsager, målt ved både mængde og hyppighed af indtag samt efterlevelse af anbefalinger, lavere blandt personer med en lav socioøkonomisk position end blandt personer med en høj socioøkonomisk position. Samme tendens ses for indtag af kostfibre. Den påviste sociale ulighed i indtag af frugt, grøntsager og kostfibre ses for begge køn og uanset, om socioøkonomisk position opgøres på baggrund af uddannelsesniveau, erhvervsmæssig stilling eller indkomst.

De officielle Kostråd i Danmark, som senest blev revideret i 2021 (9), er baseret på de nordiske næringsstofanbefalinger (10). Ved at følge de syv kostråd vil kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer blive dækket, ligesom det vil gøre det nemmere at holde en sund vægt. Kostrådene gælder ikke for børn under to år, småtspisende ældre og personer, der har en sygdom, som stiller særlige krav til kosten. Endvidere skal gravide, ammende, ældre over 65 år samt personer, der f.eks. ikke spiser fisk, kød eller mejeriprodukter, følge supplerende råd. De officielle Kostråd er (9):

- Spis planterigt, varieret og ikke for meget
- Spis flere grøntsager og frugter
- Spis mindre kød – vælg bælgfrugter og fisk
- Spis mad med fuldkorn
- Vælg planteolier og magre mejeriprodukter
- Spis mindre af det søde, salte og fede
- Sluk tørsten i vand

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor ofte de typisk spiser henholdsvis fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, forskellige former for pålæg og varm mad, herunder fisk. Samlet set giver dette et overordnet billede af befolkningens kostvaner.

Kostmønster

Opgørelsen af befolkningens kostvaner tager derudover udgangspunkt i en kostscore, der kan ses som et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige kvalitet, altså hvor sund kosten vurderes at være (11). På baggrund af indtaget af fire kostfaktorer (frugt, grønt, fisk og fedt) er der konstrueret et samlet mål, hvor det i alt er muligt at score 0-8 point. Afhængigt af svarpersonens samlede antal point placeres vedkommende i én af tre rangordnede kostmønstergrupper:

- **Sundt kostmønster (6-8 point):** Generelt sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger flere af De officielle Kostråd, og der er derfor ikke i et forebyggende perspektiv behov for forbedring af kostvanerne.
- **Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point):** Generelt både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Der er stor variation i gruppens kostvaner, hvor kosten består af både sunde og usunde elementer. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger nogle af De officielle Kostråd, og der er plads til forbedringer af kostvanerne.
- **Usundt kostmønster (0-2 point):** Generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at den følger få eller ingen af De officielle Kostråd, og der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostfaktorer samt udviklingen af kostscoren, herunder pointsystemet, er udarbejdet af forskere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden og er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjertekarsygdomme (10). Ud over opgørelser over svarpersonernes kostmønster indgår desuden i nærværende kapitel opgørelser over andelen, der spiser frugt dagligt, og andelen, der ikke lever op til de officielle anbefalinger for indtag af henholdsvis frugt og grøntsager samt fisk.

I alt har 17,7 % af svarpersonerne et usundt kostmønster, 67,8 % har et kostmønster med sunde og usunde elementer, og 14,6 % har et sundt kostmønster.

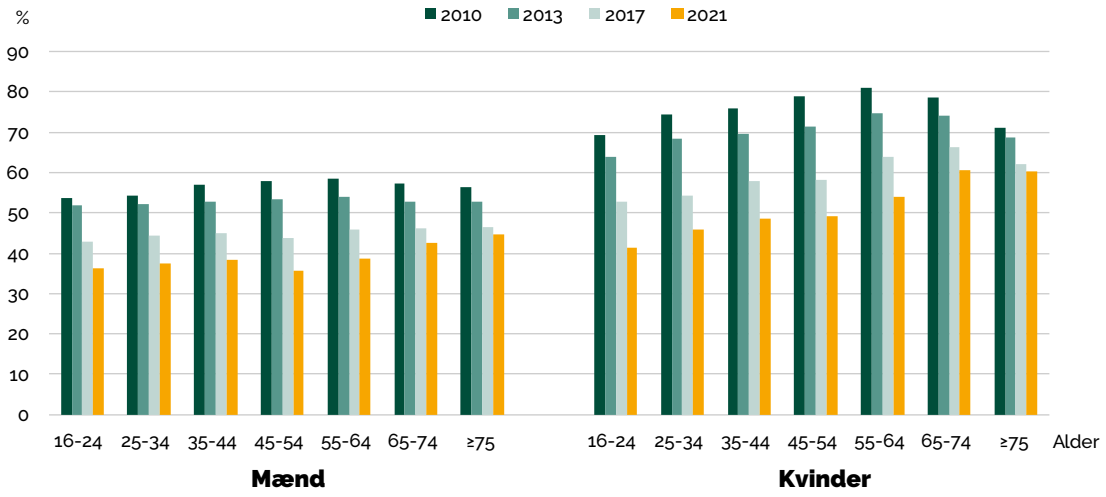
Det ses af tabel 3.3.1, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt kvinder (17,3 %) end blandt mænd (11,7 %), som har et sundt kostmønster. Blandt kvinder stiger andelen med et sundt kostmønster med stigende alder frem til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses et fald i den ældste aldersgruppe. Blandt mænd ses en nogenlunde ens andel på tværs af aldersgrupperne. Andelen med et usundt kostmønster er størst i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd (24,5 %) og kvinder (17,8 %). Blandt kvinder falder andelen med et usundt kostmønster med stigende alder indtil aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses en stigning i den ældste aldersgruppe. Blandt mænd ses et noget mere usystematisk mønster.

Tabel 3.3.1 Kostmønster blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

		16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	Usundt kostmønster	24,5	21,2	22,3	23,9	22,0	20,7	20,9	22,3
	Kostmønster med sunde og usunde elementer	65,4	67,8	66,6	65,5	65,5	65,4	65,8	66,0
	Sundt kostmønster	10,1	11,0	11,1	10,6	12,5	13,9	13,3	11,7
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	6.458	6.521	8.155	12.987	15.011	15.346	10.841	75.319
Kvinder	Usundt kostmønster	17,8	13,8	12,6	12,7	11,2	11,1	14,9	13,3
	Kostmønster med sunde og usunde elementer	70,4	72,8	71,8	69,7	67,3	66,2	67,4	69,4
	Sundt kostmønster	11,8	13,4	15,6	17,6	21,5	22,7	17,7	17,3
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	9.064	9.526	11.166	16.077	17.776	16.973	12.323	92.905

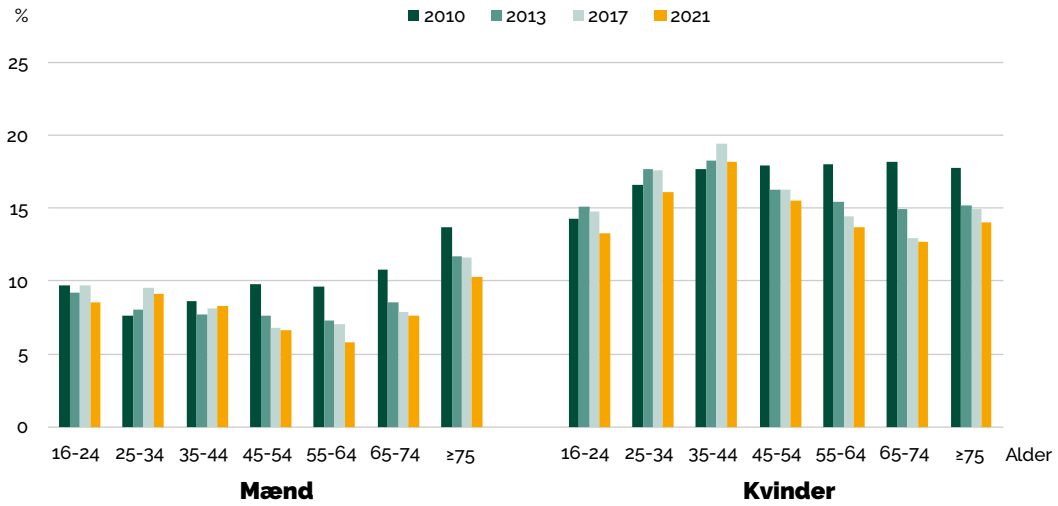
Indtag af frugt
Der er i alt 45,3 % af svarpersonerne, som spiser frugt dagligt. Andelen er markant større blandt kvinder (51,5 %) end blandt mænd (38,8 %), hvilket gælder i alle aldersgrupper. Af figur 3.3.1 fremgår det, at der i perioden 2010 til 2021 er sket et markant fald i andelen blandt mænd og kvinder, der spiser frugt dagligt. Dette mønster ses i alle aldersgrupper. De tydeligste fald i andelen, der spiser frugt dagligt, ses blandt de 16-64-årige kvinder, hvor andelen er faldet med 27,0-29,7 procentpoint i perioden. Således ligger andelen blandt kvinder nu tættere på andelen blandt mænd end tidligere.

Figur 3.3.1 Andel, der spiser frugt dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Indtag af grøntsager
I undersøgelsen indgår ikke spørgsmål, som kan belyse det daglige indtag af grøntsager. I stedet opgøres på baggrund af spørgsmål om svarpersonernes generelle daglige eller ugentlige indtag af rå og tilberedte grøntsager ('Blandet salat, råkost', 'Andre rå grøntsager', 'Tilberedte grøntsager (kogte, bagte, stegte, sammenkogte eller wokretter)') udviklingen i andelen, der spiser grøntsager mere end 1 gang om dagen. Af figur 3.3.2 fremgår, at der i perioden 2010 til 2021 for begge køn blandt personer på 45 år eller derover er sket et fald i andelen, der spiser grøntsager mere end 1 gang om dagen. I disse aldersgrupper er faldet særligt udtalt mellem 2010 og 2013, hvorefter andelen kun falder svagt frem mod 2021. I de yngre aldersgrupper er andelen stort set uændret i perioden 2010 til 2021.

Figur 3.3.2 Andel, der spiser grøntsager mere end 1 gang om dagen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Efterlevelse af anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager

De officielle Kostråd anbefaler, at voksne og børn over 10 år indtager ca. 600 gram frugt og grøntsager om dagen, hvoraf mindst halvdelen bør være grøntsager. I tabel 3.3.2 ses andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper[4]. Det fremgår, at langt størstedelen af mænd (93,6 %) og kvinder (89,8 %) ikke lever op til anbefalingen, uanset aldersgruppe. I alle aldersgrupper er der en mindre andel blandt kvinder end blandt mænd, som ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager. Andelen varierer stort set ikke på tværs af aldersgrupperne.

Det skal bemærkes, at op til ét lille glas juice (100 ml) ifølge De officielle Kostråd kan indgå som en del af det daglige indtag af frugt og grøntsager. I nærværende undersøgelse er der imidlertid ikke spurgt til indtag af juice, hvorfor andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, sandsynligvis er en smule overestimeret i tabel 3.3.2.

[4] For indtag af frugt og grøntsager er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion frugt eller grøntsager svarer således til 100 gram (12).

Tabel 3.3.2 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager (600 gram/dag), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	93,0	93,1	93,2	94,3	94,2	93,7	92,9	93,6
Antal svarpersoner	6.694	6.572	8.187	13.073	15.151	15.546	11.310	76.533
Kvinder	91,1	90,7	88,8	89,4	89,3	89,5	90,2	89,8
Antal svarpersoner	9.203	9.547	11.202	16.118	17.885	17.135	12.913	94.003

Efterlevelse af anbefalinger for indtag af fisk
De officielle Kostråd anbefaler, at man indtager 350 gram fisk om ugen. Det fremgår af tabel 3.3.3, at størstedelen af både mænd og kvinder ikke lever op til denne anbefaling[5]. I alle aldersgrupper lever en mindre andel blandt mænd (82,2 %) end blandt kvinder (83,7 %) ikke op til anbefalingen for indtag af fisk. Blandt kvinder falder andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af fisk, med stigende alder. Blandt mænd stiger andelen indtil aldersgruppen 35-44 år, hvorefter den falder. Den største andel, der ikke lever op til anbefalingen, ses således blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (89,5 %), mens den mindste andel ses blandt mænd på 75 år eller derover (66,0 %).

Tabel 3.3.3 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af fisk (350 gram/uge), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	86,3	86,9	87,5	86,6	82,0	74,3	66,0	82,2
Antal svarpersoner	6.767	6.632	8.229	13.128	15.214	15.684	11.527	77.181
Kvinder	89,5	89,4	88,7	87,4	82,7	76,0	70,8	83,7
Antal svarpersoner	9.260	9.611	11.258	16.185	17.925	17.200	13.096	94.535

[5] For indtag af fisk er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion fisk svarer således til 35 gram for fisk som pålæg og 100 gram for fisk som varm mad (12).

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:
- **har et usundt kostmønster**
- **gerne vil spise mere sundt blandt personer med et usundt kostmønster**

Tabel 3.3.4 Usundt kostmønster. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	13,3	1		169.645
	2013	13,9	1,06	(1,03;1,08)	153.277
	2017	15,9	1,23	(1,21;1,26)	167.813
	2021	17,7	1,41	(1,38;1,44)	168.224
Mænd	16-24 år	24,5	1,03	(0,96;1,12)	6.458
	25-34 år	21,2	0,86	(0,79;0,93)	6.521
	35-44 år	22,3	0,91	(0,85;0,98)	8.155
	45-54 år	23,9	1		12.987
	55-64 år	22,0	0,90	(0,84;0,95)	15.011
	65-74 år	20,7	0,83	(0,78;0,89)	15.346
	≥75 år	20,9	0,84	(0,79;0,90)	10.841
	Alle mænd	22,3			75.319
Kvinder	16-24 år	17,8	1,49	(1,38;1,61)	9.064
	25-34 år	13,8	1,10	(1,01;1,19)	9.526
	35-44 år	12,6	0,99	(0,92;1,08)	11.166
	45-54 år	12,7	1		16.077
	55-64 år	11,2	0,87	(0,81;0,94)	17.776
	65-74 år	11,1	0,86	(0,79;0,93)	16.973
	≥75 år	14,9	1,20	(1,11;1,30)	12.323
	Alle kvinder	13,3			92.905
Uddannelse	Under uddannelse	19,5			11.057
	Grundskole	29,5	3,67	(3,44;3,91)	11.997
	Kort uddannelse	21,9	2,19	(2,09;2,30)	60.031
	Kort videregående uddannelse	16,1	1,45	(1,36;1,56)	13.620
	Mellemlang videregående uddannelse	11,3	1		36.738
	Lang videregående uddannelse	7,7	0,58	(0,54;0,62)	21.239
	Anden uddannelse	19,3	1,93	(1,79;2,09)	8.101
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	16,4	1		80.834
	Arbejdsløse	21,8	1,46	(1,32;1,62)	3.400
	Førtidspensionister	28,1	2,34	(2,17;2,52)	5.510
	Andre uden for arbejdsmarkedet	23,7	1,67	(1,54;1,80)	7.243
	Efterlønsmodtagere	15,8			1.439
	Alderspensionister	16,5			55.483
Samlivsstatus	Gift	14,0	1		91.658
	Samlevende	18,4	1,45	(1,38;1,52)	24.444
	Enlig (separeret, skilt)	21,2	1,82	(1,72;1,91)	14.169
	Enlig (enkestand)	19,0	1,77	(1,66;1,90)	10.300
	Enlig (ugift)	22,9	1,93	(1,83;2,02)	27.653
Region	Hovedstaden	14,2	0,73	(0,71;0,75)	54.841
	Sjælland	18,9	1,05	(1,01;1,09)	19.155
	Syddanmark	20,1	1,12	(1,09;1,15)	40.729
	Midtjylland	18,1	0,98	(0,95;1,01)	33.444
	Nordjylland	20,9	1,18	(1,14;1,23)	20.055

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har et usundt kostmønster (tabel 3.3.4, figur 3.3.3 og figur 3.3.4).

Køn og alder: I alt har 17,7 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster, typisk kendetegnet ved et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Andelen er større blandt mænd (22,3 %) end blandt kvinder (13,3 %). Dette gælder i alle aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster. Således falder andelen med et usundt kostmønster fra 29,5 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 7,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen af personer, der har et usundt kostmønster, er større blandt arbejdsløse (21,8 %), førtidspensionister (28,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (23,7 %) end blandt med beskæftigede (16,4 %).

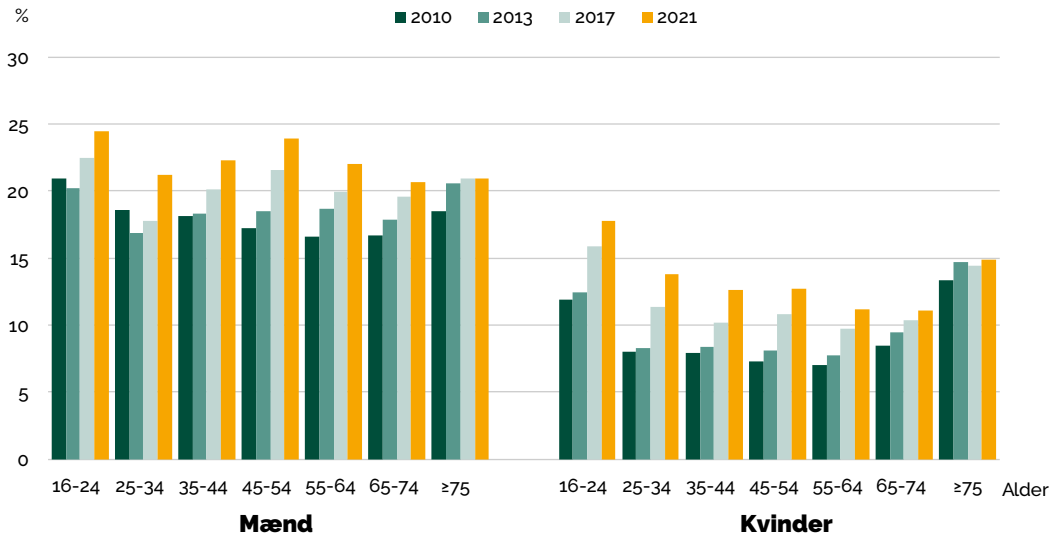
Samlivsstatus: Sammenlignet med gifte er der en større andel med et usundt kostmønster blandt enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte) og samlevende.

Region: Sammenlignet med landsgennemsnittet er der en mindre andel, der har et usundt kostmønster, i Region Hovedstaden, mens der er en større andel i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

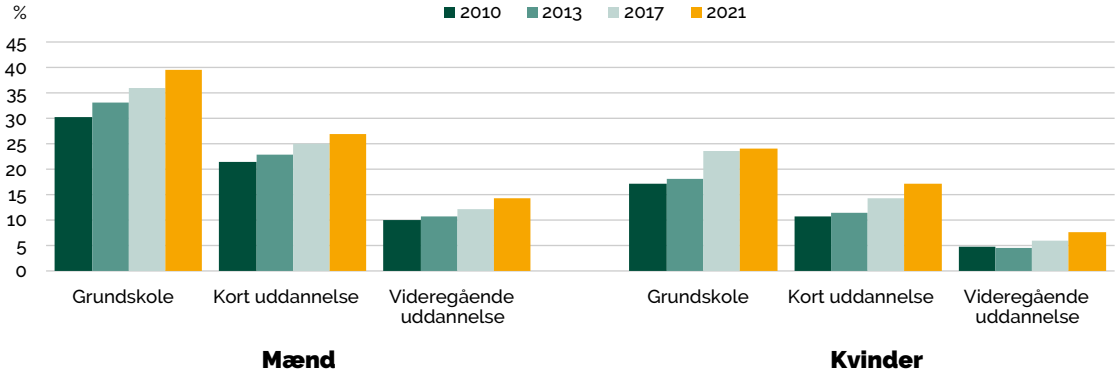
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen med et usundt kostmønster, fra 13,3 % til 17,7 %. Stigningen er primært sket mellem 2013 og 2021. Denne tendens ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 3.3.3). Stigningen mellem 2013 og 2021 er mest udtalt i de yngre aldersgrupper. I den ældste aldersgruppe ses for begge køn en stagnation i udviklingen mellem 2013 og 2021.

I alle uddannelsesgrupper er der for begge køn i perioden 2010 til 2021 sket en forholdsvis jævn stigning i andelen med et usundt kostmønster (figur 3.3.4). Blandt kvinder med grundskole ses en stor stigning i andelen på 5,5 procentpoint mellem 2013 og 2017.

Figur 3.3.3 Andel, der har et usundt kostmønster, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.3.4 Andel, der har et usundt kostmønster, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.3.5 Vil gerne spise mere sundt blandt personer med et usundt kostmønster. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	54,4	1		21.016
	2013	51,1	0,91	(0,86;0,95)	20.151
	2017	56,1	1,12	(1,07;1,18)	24.853
	2021	59,1	1,30	(1,24;1,36)	27.732
Mænd	16-24 år	62,8	1,13	(0,98;1,29)	1.593
	25-34 år	70,5	1,59	(1,37;1,85)	1.389
	35-44 år	67,0	1,35	(1,18;1,55)	1.819
	45-54 år	60,0	1		3.033
	55-64 år	47,5	0,60	(0,54;0,67)	3.221
	65-74 år	35,4	0,37	(0,33;0,41)	2.996
	≥75 år	24,7	0,22	(0,19;0,25)	2.116
	Alle mænd	54,6			16.167
Kvinder	16-24 år	81,8	1,87	(1,56;2,23)	1.633
	25-34 år	82,2	1,92	(1,59;2,33)	1.295
	35-44 år	78,8	1,54	(1,29;1,85)	1.397
	45-54 år	70,6	1		1.981
	55-64 år	60,6	0,64	(0,55;0,74)	1.880
	65-74 år	46,5	0,36	(0,31;0,42)	1.729
	≥75 år	33,4	0,21	(0,18;0,24)	1.650
	Alle kvinder	66,3			11.565
Uddannelse	Under uddannelse	71,4			2.122
	Grundskole	43,2	0,60	(0,53;0,68)	3.335
	Kort uddannelse	58,2	0,76	(0,69;0,84)	12.367
	Kort videregående uddannelse	64,9	1,01	(0,88;1,17)	2.028
	Mellemlang videregående uddannelse	67,7	1		3.676
	Lang videregående uddannelse	66,0	0,90	(0,76;1,05)	1.528
	Anden uddannelse	50,9	0,71	(0,61;0,83)	1.553
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	65,8	1		12.638
	Arbejdsløse	70,0	1,10	(0,91;1,34)	699
	Førtidspensionister	56,2	0,77	(0,68;0,88)	1.499
	Andre uden for arbejdsmarkedet	68,0	1	(0,86;1,15)	1.570
	Efterlønsmodtagere	52,7			214
	Alderspensionister	34,5			8.491
Samlivsstatus	Gift	53,7	1		12.353
	Samlevende	66,6	0,98	(0,90;1,08)	4.409
	Enlig (separeret, skilt)	56,5	1,21	(1,10;1,34)	2.890
	Enlig (enkestand)	36,0	1,02	(0,89;1,16)	1.866
	Enlig (ugift)	67,0	1,02	(0,93;1,12)	6.214
Region	Hovedstaden	62,0	1,16	(1,10;1,23)	7.515
	Sjælland	54,2	0,83	(0,77;0,89)	3.204
	Syddanmark	57,8	0,97	(0,92;1,02)	7.504
	Midtjylland	60,8	1,07	(1,01;1,14)	5.711
	Nordjylland	58,5	1	(0,93;1,07)	3.798

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt (tabel 3.3.5, figur 3.3.5 og figur 3.3.6).

Køn og alder: Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 59,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. Andelen er større blandt kvinder (66,3 %) end blandt mænd (54,6 %), hvilket gælder i alle aldersgrupper. For både mænd og kvinder falder andelen med stigende alder fra aldersgruppen 25-34 år.

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt. Således stiger andelen fra 43,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 66,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Den mindste andel af personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, ses blandt førtidspensionister (56,2 %). Blandt beskæftigede er andelen 65,8 %.

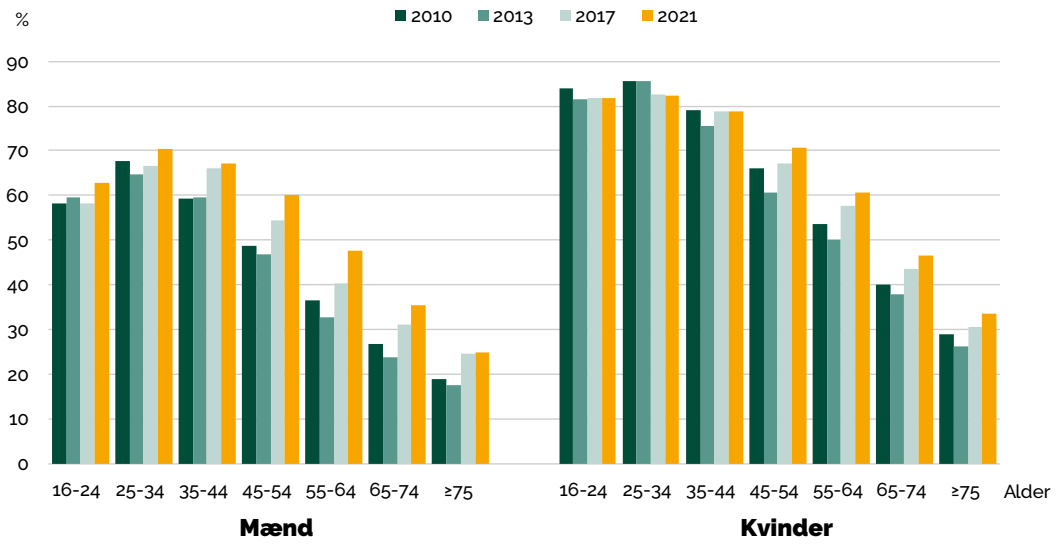
Samlivsstatus: Der er procentvist flere med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt samlevende (66,6 %) og enlige (ugifte) (67,0 %) end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte).

Regioner: Sammenlignet med landsgennemsnittet er der en større andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, i Region Hovedstaden og Region Midtjylland, mens der er en mindre andel i Region Sjælland.

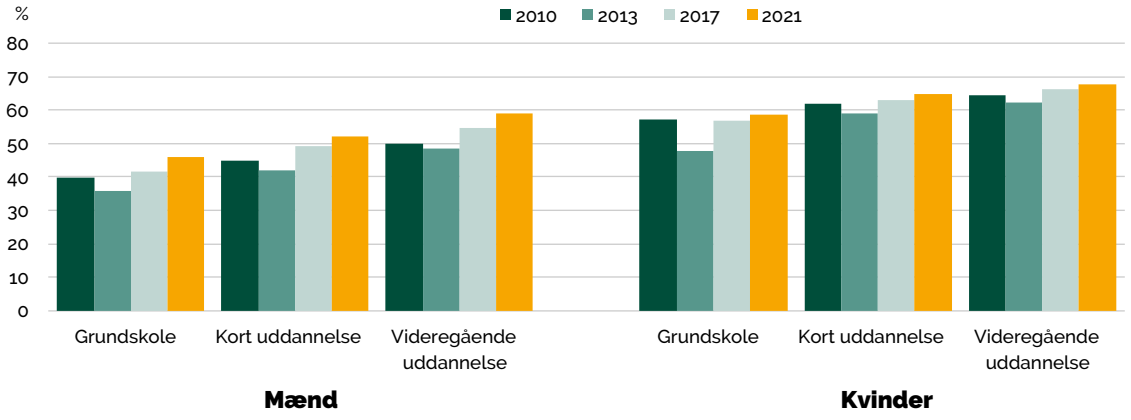
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er andelen med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, steget med 4,7 procentpoint. Fra 2010 til 2013 ses imidlertid et fald, hvorefter andelen stiger jævnt fra 2013 til 2021. I perioden 2010 til 2021 er der blandt mænd i alle aldersgrupper og blandt kvinder fra 45-årsalderen sket en stigning i andelen med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt (figur 3.3.5). Fra 2010 til 2013 ses imidlertid et fald, hvorefter andelen igen er steget jævnt frem til 2021. Dette mønster ses imidlertid ikke blandt kvinder i alderen 16-44 år, hvor andelen enten er stort set uændret eller faldet en smule i perioden.

Udviklingsmønstret i perioden 2010 til 2017 svarer for begge køn i alle uddannelsesgrupper til den overordnede udvikling (figur 3.3.6). Således ses en overordnet stigning i perioden 2010 til 2021, dog med et fald mellem 2010 og 2013 efterfulgt af en stigning frem mod 2021.

Figur 3.3.5 Andel, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder med et usundt kostmønster i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.3.6 Andel, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) med et usundt kostmønster i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Referencer

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genève: World Health Organization, 2003.

2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.

3. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen. Forebyggelsespakke Mad & måltider. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

5. World Cancer Research Fund International/American Institute for Cancer Research. Continuous Update Project Report: Diet, Nutrition, Physical Activity and Colorectal Cancer. London: World Cancer Research Fund International 2017.

6. Gondivkar SM, Gadbail AR, Gondivkar RS, Sarode SC, Sarode GS, Patil S, Awan KH. Nutrition and oral health. Dis Mon. 2019; 65: 147-54.

7. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, the Academy Malnutrition Work Group, the A.S.P.E.N. Malnutrition task Force, and the A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parental and Enteral Nutrition: Characteristics recommended for identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). J Parenter Enteral Nutr. 2012; 36: 275-83.

8. Giskes K, Avendano M, Brug J, Kunst AE. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. Obes Rev. 2010; 11: 413-29.

9. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De officielle Kostråd – godt for sundhed og klima. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2021.

10. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity (5. udgave). København: Nordisk Ministerråd, 2014.

11. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007; 61: 270-78.

12. Ygil KH. Mål, vægt og portionsstørrelser på fødevarer. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres som enhver form for muskelarbejde, der øger energiomsætningen i skeletmuskulaturen og omfatter derfor både ustruktureret aktivitet samt mere bevidst, målrettet og regelmæssig aktivitet (1). Dermed er der tale om et bredt spektrum af aktiviteter, herunder både sport, idræt og hård motion samt mere hverdagsprægede aktiviteter, såsom gåture, leg, havearbejde, at tage trappen samt transport på cykel (1).

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet forebygger en lang række hyppigt forekommende sygdomme og tilstande, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, metabolisk syndrom og kræft i tyktarmen (1). Opgørelser viser, at der i Danmark årligt er 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer, hvilket svarer til 13,8 % af alle dødsfald herhjemme (2). Derudover estimeres det, at fysisk inaktive personer i gennemsnit lever cirka syv år kortere end fysisk aktive personer. Ud over de fordele, som den fysisk inaktive selv får ved at blive fysisk aktiv, bidrager det også til store samfundsøkonomiske besparelser, idet blandt andet offentlige omkostninger til behandling og pleje vil blive reduceret (2).

I en systematisk gennemgang af litteraturen er der fundet social ulighed i fysisk aktivitet (3). Retningen på sammenhængen afhænger dog af, om der ses på fysisk aktivitet i fritiden eller i hovedbeskæftigelsen. Således er personer med en høj socioøkonomisk position mere fysisk aktive i fritiden sammenlignet med personer med en lav socioøkonomisk position. Modsat er fysisk krævende arbejde i hovedbeskæftigelsen hyppigst blandt personer med en lav socioøkonomisk position. Der er ikke fundet konsistente socioøkonomiske forskelle, hvad angår henholdsvis den samlede fysiske aktivitet og fysisk aktiv transport.

WHO kom med nye, opdaterede anbefalinger for fysisk aktivitet i 2020 (4). Befolkningens niveau af fysisk aktivitet afdækkes i denne undersøgelse forhold til deres efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling[6] for fysisk aktivitet, som omhandler ugentlig fysisk aktivitet (og ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger[7] om daglig fysisk aktivitet). I denne undersøgelse er fysisk aktivitet således målt ved at spørge til antallet af timer og minutter, som anvendes på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden og ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse i løbet af en typisk uge. Derudover er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor meget af denne tid der i alt anvendes på hård fysisk aktivitet. Spørgsmålene er valideret som et indikatorspørgsmål, der kan monitorere WHO's anbefalinger om fysisk aktivitet (5).

Der er foretaget ændringer i svarmulighederne for spørgsmålene om fysisk aktivitet mellem 2017 og 2021. Således blev svarpersonerne i 2017 bedt om at angive det nøjagtige tidsforbrug i timer og minutter, mens der i 2021 var indsat foruddefinerede svarkategorier til afkrydsning. Denne ændring er foretaget for at øge datakvaliteten grundet en stor andel manglende besvarelser i 2017. Idet forekomsten af personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, vurderes at være påvirket af denne ændring, kan resultaterne fra 2021 derfor ikke sammenlignes med resultaterne fra 2017.

I denne rapport er svarpersonernes fysiske aktivitetsniveau inddelt i følgende to kategorier:

- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

[6] WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år): Mindst 150-300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75-150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent kombination heraf. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år eller derover) findes i deres fulde ordlyd her: www.who.int – WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.

[7] Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet (18-64 år): Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige dagligdagsaktiviteter. Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægelighed. Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele. Anbefalingerne for børn (0-1 år; 1-4 år; 5-17 år), ældre (65 år eller derover) og gravide findes på www.sst.dk.

De monitorerede anbefalinger for fysisk aktivitet er gældende for personer på 18 år eller derover, mens anbefalingerne for fysisk aktivitet for de 5-17-årige er anderledes, idet de lyder på mindst 60 minutters aktivitet dagligt ved moderat til høj intensitet. De 16-17-årige er dog medtaget i analyserne for personer på 18 år eller derover i denne rapport til trods for, at der som nævnt gælder andre anbefalinger for fysisk aktivitet for børn og unge (5-17 år). De anvendte spørgsmål om fysisk aktivitet muliggør ikke analyse af, hvor stor en andel af de 16-17-årige der opfylder WHO's og Sundhedsstyrelsens minimumsanbefalinger for børn og unge (5-17 år). Ved at anvende WHO's minimumsanbefaling for voksne i opgørelsen for de 16-17-årige får man en større andel, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis den var opgjort ved brug af minimumsanbefalingen for børn og unge.

Generelt set betragtes spørgeskemaundersøgelser om befolkningens fysiske aktivitet ikke som den bedste og mest valide kilde til sådanne oplysninger, idet det er vanskeligt at inddele og stille spørgsmål om fysisk aktivitet, som afdækker alle kontekster, domæner, intensitet og varighed (6). Blandt forskere er der således enighed om, at apparatbaseret måling af fysisk aktivitet giver et mere retvisende billede af befolkningens fysiske aktivitet, men denne målemetode er også langt mere ressourcekrævende, både for den enkelte og set ud fra et økonomisk perspektiv (6, 7). Udfordringen ved at udvikle eller identificere de mest optimale spørgsmål til afrapportering af fysisk aktivitet i befolkningen samt revision af anbefalingerne har i denne undersøgelse derfor medført, at spørgsmålene indtil flere gange er blevet revideret eller erstattet af nye i perioden 2010 til 2021.

I alle år indgår imidlertid det samme spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden, som dermed gør det muligt at følge udviklingen over tid. Spørgsmålet, der dog ikke giver oplysninger om antal timer og minutter brugt på fysisk aktivitet, er: 'Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?', hvortil det var muligt at svare: 'Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' eller 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'. Svarmulighederne kategoriseres i tabel 3.4.1 som henholdsvis 'Konkurrenceidræt', 'Motionsidræt eller lignende', 'Lettere motion' eller 'Stillesiddende fritidsaktivitet'.

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var idræts- og svømmehaller samt fitnesscentre lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Dette kan have haft en indflydelse på svarpersonernes fysiske aktivitetsniveau (8, 9).

Fysisk aktivitet i fritiden

I tabel 3.4.1 vises udviklingen af fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder i perioden 2010 til 2021. Det ses, at der i 2021 er en større andel blandt mænd (5,7 %) end blandt kvinder (2,3 %), som dyrker konkurrenceidræt. Et tilsvarende mønster ses for motionsidræt eller lignende, som 22,3 % mænd og 14,4 % kvinder dyrker. Modsat er der en større andel blandt kvinder (64,5 %) end blandt mænd (52,8 %), som dyrker lettere motion i fritiden, mens andelen med stillesiddende fritidsaktivitet er stort set ens blandt mænd (19,2 %) og kvinder (18,9 %). I perioden 2010 til 2021 er andelen, der dyrker konkurrenceidræt eller motionsidræt eller lignende i fritiden, faldet blandt både mænd (-7,2 procentpoint) og kvinder (-4,9 procentpoint). Dette kan tilskrives et jævnt fald mellem 2013 og 2021. Modsat er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet steget med 3,8 procentpoint for mænd og med 2,6 procentpoint for kvinder i perioden 2010 til 2021. Mellem 2017 og 2021 er andelen imidlertid stort set uændret for både mænd og kvinder.

Tabel 3.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.

		2010	2013	2017[1]	2021
Mænd	Konkurrenceidræt	7,6	8,8	8,1	5,7
	Motionsidræt eller lignende	27,6	27,2	24,1	22,3
	Lettere motion	49,4	48,3	47,7	52,8
	Stillesiddende aktivitet	15,4	15,7	20,1	19,2
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	79.319	71.444	5.721	76.415
Kvinder	Konkurrenceidræt	3,2	3,5	3,2	2,3
	Motionsidræt eller lignende	18,4	19,2	17,3	14,4
	Lettere motion	62,1	60,3	59,2	64,5
	Stillesiddende aktivitet	16,3	17,0	20,3	18,9
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	93.320	84.262	6.932	93.560

[1] Data fra 2017 er baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- **ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet**
- **gerne vil være mere fysisk aktiv blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet**
- **har stillesiddende fritidsaktivitet**

Tabel 3.4.2 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2021	58,1			167.222
Mænd	16-24 år	46,7	0,84	(0,78;0,89)	6.552
	25-34 år	51,8	1,02	(0,96;1,09)	6.464
	35-44 år	53,5	1,09	(1,03;1,16)	8.075
	45-54 år	51,2	1		12.874
	55-64 år	57,1	1,27	(1,20;1,33)	14.961
	65-74 år	60,8	1,48	(1,40;1,56)	15.377
	≥75 år	71,0	2,33	(2,19;2,48)	10.986
	Alle mænd	55,3			75.289
Kvinder	16-24 år	52,9	0,88	(0,83;0,93)	9.058
	25-34 år	57,2	1,05	(0,99;1,11)	9.437
	35-44 år	59,3	1,14	(1,08;1,21)	11.054
	45-54 år	56,0	1		15.929
	55-64 år	62,4	1,30	(1,24;1,37)	17.645
	65-74 år	62,5	1,31	(1,24;1,37)	16.791
	≥75 år	76,9	2,60	(2,45;2,76)	12.019
	Alle kvinder	60,7			91.933
Uddannelse	Under uddannelse	51,3			11.112
	Grundskole	73,7	2,06	(1,95;2,18)	11.776
	Kort uddannelse	61,3	1,41	(1,37;1,46)	59.894
	Kort videregående uddannelse	56,4	1,13	(1,07;1,18)	13.628
	Mellemlang videregående uddannelse	54,0	1		36.718
	Lang videregående uddannelse	47,8	0,81	(0,78;0,85)	21.236
	Anden uddannelse	65,9	1,60	(1,50;1,70)	7.998
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	53,1	1		80.514
	Arbejdsløse	61,3	1,38	(1,27;1,50)	3.360
	Førtidspensionister	73,1	2,27	(2,11;2,44)	5.458
	Andre uden for arbejdsmarkedet	65,8	1,70	(1,59;1,81)	7.208
	Efterlønsmodtagere	57,3			1.436
	Alderspensionister	67,3			55.173
Samlivsstatus	Gift	58,4	1		90.923
	Samlevende	55,2	1,05	(1,01;1,08)	24.301
	Enlig (separeret, skilt)	62,5	1,13	(1,09;1,18)	14.060
	Enlig (enkestand)	72,7	1,20	(1,14;1,27)	10.286
	Enlig (ugift)	54,2	1,10	(1,06;1,15)	27.652
Region	Hovedstaden	54,2	0,85	(0,83;0,86)	54.542
	Sjælland	59,3	1	(0,98;1,03)	19.206
	Syddanmark	60,4	1,07	(1,04;1,09)	40.263
	Midtjylland	59,5	1,04	(1,02;1,07)	33.237
	Nordjylland	60,3	1,06	(1,03;1,09)	19.974

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (tabel 3.4.2). Da spørgsmål til brug for belysning af opfyldelse af anbefalingen ikke indgik ikke i undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017, er det ikke muligt at belyse udviklingen over tid for denne indikator.

Køn og alder: I alt opfylder 58,1 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Andelen er lidt større blandt kvinder (60,7 %) end blandt mænd (55,3 %), og dette mønster genfindes i alle aldersgrupper. Den mindste andel, der ikke opfylder minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet, ses for begge køn i aldersgruppen 16-24 år, mens den største andel ses blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Således falder andelen fra 73,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 47,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

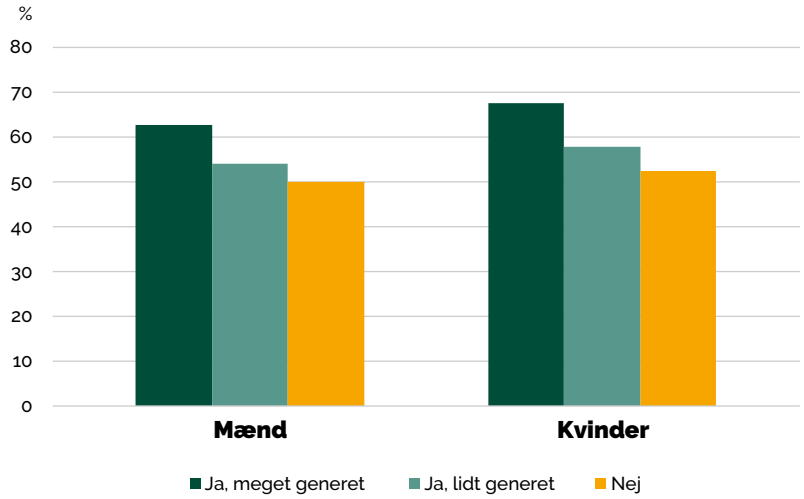
Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt arbejdsløse (61,3 %) førtidspensionister (73,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (65,8 %) end blandt beskæftigede (53,1 %).

Samlivsstatus: Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt enlige (enkestand).

Regioner: I forhold til landsgennemsnittet er andelen af personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, mindre i Region Hovedstaden og større i Region Midtjylland, Region Nordjylland og Region Syddanmark.

Fysisk aktivitet og smerter
Figur 3.4.1 viser andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, opdelt på blandt mænd og kvinder, der har oplevet forskellige på grader af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd) inden for de seneste 14 dage. Det ses, at både for mænd og kvinder stiger andelen, der ikke lever op til anbefalingen for fysisk aktivitet, jo mere generet man har været af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Eksempelvis stiger andelen fra 52,3 % blandt kvinder, som slet ikke har været generet, til 67,4 % blandt kvinder, som har været meget generet.

Figur 3.4.1 Andel, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt mænd og kvinder, opdelt på graden af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd) inden for de seneste 14 dage. Aldersjusteret procent.



Tabel 3.4.3 Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2021	70,7			97.141
Mænd	16-24 år	74,9	1,03	(0,93;1,16)	3.037
	25-34 år	81,9	1,56	(1,39;1,75)	3.353
	35-44 år	81,2	1,49	(1,34;1,66)	4.269
	45-54 år	74,3	1		6.515
	55-64 år	65,4	0,65	(0,60;0,71)	8.385
	65-74 år	52,8	0,39	(0,36;0,42)	9.092
	≥75 år	44,9	0,28	(0,26;0,31)	7.551
	Alle mænd	67,9			42.202
Kvinder	16-24 år	85,7	1,57	(1,40;1,75)	4.730
	25-34 år	89,0	2,10	(1,87;2,35)	5.424
	35-44 år	86,2	1,62	(1,47;1,79)	6.401
	45-54 år	79,4	1		8.675
	55-64 år	71,1	0,64	(0,59;0,69)	10.727
	65-74 år	57,9	0,36	(0,33;0,39)	10.213
	≥75 år	47,5	0,24	(0,22;0,25)	8.769
	Alle kvinder	73,2			54.939
Uddannelse	Under uddannelse	81,2			5.686
	Grundskole	48,0	0,38	(0,35;0,40)	8.505
	Kort uddannelse	67,4	0,59	(0,56;0,62)	36.786
	Kort videregående uddannelse	76,5	0,92	(0,85;0,99)	7.688
	Mellemlang videregående uddannelse	78,9	1		20.125
	Lang videregående uddannelse	85,1	1,32	(1,23;1,42)	10.255
	Anden uddannelse	59,5	0,49	(0,45;0,53)	5.198
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	79,6	1		43.058
	Arbejdsløse	80,2	0,97	(0,85;1,11)	2.058
	Førtidspensionister	63,0	0,54	(0,49;0,58)	3.919
	Andre uden for arbejdsmarkedet	77,5	0,85	(0,77;0,93)	4.591
	Efterlønsmodtagere	67,6			820
	Alderspensionister	51,0			35.625
Samlivsstatus	Gift	69,0	1		52.633
	Samlevende	79,2	0,98	(0,93;1,04)	13.715
	Enlig (separeret, skilt)	67,9	1,06	(1,00;1,12)	8.593
	Enlig (enkestand)	49,7	0,89	(0,84;0,95)	7.159
	Enlig (ugift)	76,5	0,82	(0,77;0,87)	15.041
Region	Hovedstaden	75,4	1,23	(1,20;1,27)	29.737
	Sjælland	70,8	1,08	(1,04;1,13)	11.186
	Syddanmark	68,0	0,90	(0,87;0,92)	24.116
	Midtjylland	68,0	0,86	(0,83;0,89)	19.961
	Nordjylland	69,3	0,97	(0,93;1,01)	12.141

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv (tabel 3.4.3). Da spørgsmål til brug for belysning af opfyldelse af anbefalingen ikke indgik ikke i undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017, er det ikke muligt at belyse udviklingen over tid for denne indikator.

Køn og alder: Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, angiver 70,7 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (73,2 %) end blandt mænd (67,9 %). For begge køn er andelen størst i aldersgruppen 25-34 år og falder herefter med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling og gerne vil være mere fysisk aktiv. Således stiger andelen fra 48,0 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 85,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling og gerne vil være mere fysisk aktive, er mindst blandt førtidspensionister (63,0 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (77,5 %).

Samlivsstatus: Der er procentvis flest, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling og gerne vil være mere fysisk aktive, blandt samlevende og færrest blandt enlige (enkestand). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, er forekomsten imidlertid lavest blandt enlige (enkestand, ugifte).

Regioner: I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, større i Region Hovedstaden og Region Sjælland og mindre i Region Syddanmark og Region Midtjylland.

Tabel 3.4.4 Stillesiddende fritidsaktivitet. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	15,9	1		172.639
	2013	16,4	1,03	(1,01;1,06)	155.706
	2017	20,2	1,33	(1,26;1,40)	12.653
	2021	19,0	1,19	(1,17;1,22)	169.975
Mænd	16-24 år	21,1	1,44	(1,32;1,57)	6.660
	25-34 år	21,3	1,46	(1,34;1,59)	6.550
	35-44 år	18,8	1,24	(1,15;1,35)	8.160
	45-54 år	15,6	1		13.027
	55-64 år	16,5	1,06	(0,99;1,15)	15.115
	65-74 år	16,0	1,03	(0,95;1,11)	15.573
	≥75 år	28,5	2,15	(2,00;2,31)	11.330
	Alle mænd	19,2			76.415
Kvinder	16-24 år	18,6	1,27	(1,17;1,37)	9.164
	25-34 år	18,0	1,23	(1,13;1,32)	9.501
	35-44 år	16,8	1,13	(1,04;1,22)	11.165
	45-54 år	15,2	1		16.060
	55-64 år	15,2	1	(0,93;1,07)	17.818
	65-74 år	15,6	1,03	(0,96;1,10)	17.096
	≥75 år	35,2	3,02	(2,83;3,23)	12.756
	Alle kvinder	18,8			93.560
Uddannelse	Under uddannelse	20,6			11.318
	Grundskole	33,6	2,94	(2,77;3,13)	12.338
	Kort uddannelse	19,1	1,56	(1,49;1,63)	60.725
	Kort videregående uddannelse	16,6	1,30	(1,22;1,39)	13.761
	Mellemlang videregående uddannelse	13,5	1		37.010
	Lang videregående uddannelse	12,9	0,91	(0,86;0,97)	21.397
	Anden uddannelse	27,1	2,40	(2,23;2,58)	8.230
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	14,3	1		81.204
	Arbejdsløse	23,4	1,75	(1,58;1,94)	3.408
	Førtidspensionister	35,8	3,83	(3,57;4,10)	5.575
	Andre uden for arbejdsmarkedet	29,0	2,43	(2,26;2,62)	7.316
	Efterlønsmodtagere	10,8			1.448
	Alderspensionister	23,3			56.755
Samlivsstatus	Gift	16,0	1		92.253
	Samlevende	17,0	1,13	(1,07;1,18)	24.573
	Enlig (separeret, skilt)	22,3	1,52	(1,45;1,60)	14.325
	Enlig (enkestand)	32,2	1,62	(1,53;1,71)	10.777
	Enlig (ugift)	21,9	1,58	(1,50;1,66)	28.047
Region	Hovedstaden	17,9	0,91	(0,89;0,93)	55.348
	Sjælland	20,9	1,11	(1,07;1,15)	19.497
	Syddanmark	18,9	0,97	(0,95;1,00)	41.006
	Midtjylland	19,4	1,01	(0,99;1,05)	33.778
	Nordjylland	19,3	1	(0,97;1,04)	20.346

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende beskrivelse gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der hovedsageligt har stillesiddende fritidsaktivitet (tabel 3.4.4, figur 3.4.2 og figur 3.4.3).

Køn og alder: I alt har 19,0 % af den voksne befolkning stillesiddende aktivitet i fritiden. Der er igen forskel i andelen blandt mænd (19,2 %) og kvinder (18,8 %). For begge køn ses den største andel i den ældste aldersgruppe.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med stillesiddende fritidsaktivitet. Således falder andelen fra 33,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 12,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med stillesiddende fritidsaktivitet er større blandt arbejdsløse (23,4 %), førtidspensionister (35,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (29,0 %) end blandt beskæftigede (14,3 %).

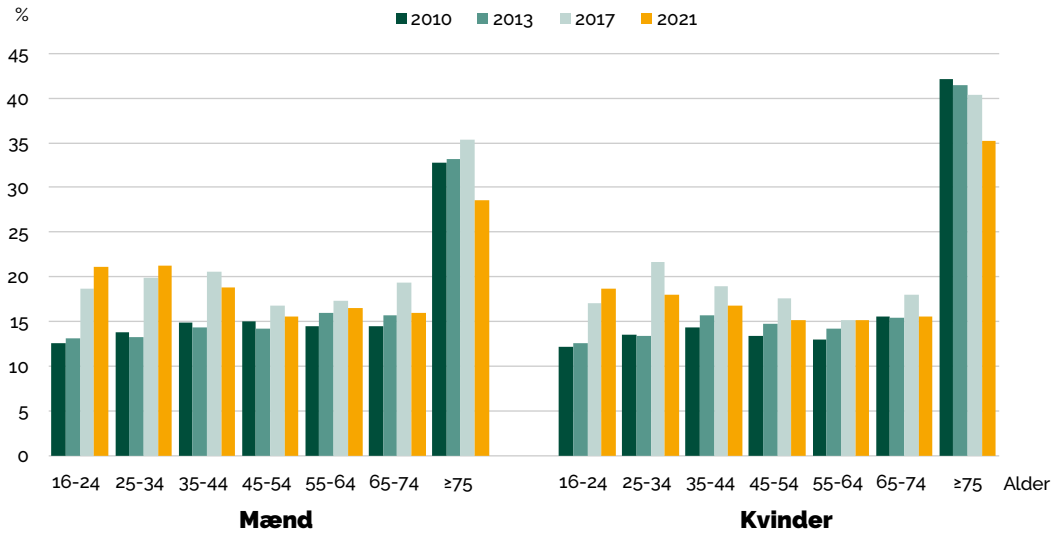
Samlivsstatus: Der ses en relativt stor andel med stillesiddende fritidsaktivitet blandt enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte) sammenlignet med gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet større i Region Sjælland og mindre i Region Hovedstaden.

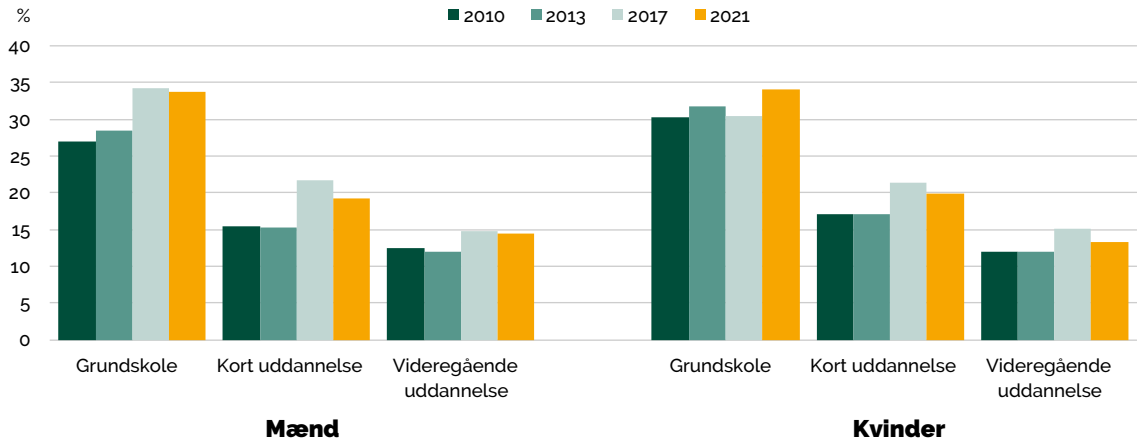
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet fra 15,9 til 19,0 %. Stigningen er udelukkende sket mellem 2010 og 2017, hvorefter der ses en stagnation i 2021. På tværs af aldersgrupper ses et noget usystematisk mønster i udviklingen i perioden 2010 til 2021 (figur 3.4.2). Således er der overordnet set sket et fald for både mænd og kvinder på 75 år eller derover, mens der ses en stigning i aldersgruppen 16-44 år. Stigningen er tydeligst mellem 2013 og 2017. For de øvrige aldersgrupper ses en nogenlunde stabil andel i perioden.

Overordnet set er der sket en stigning i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet i alle uddannelsesgrupper (figur 3.4.3). Den største stigning ses mellem 2013 og 2017, hvorefter der i de fleste uddannelsesgrupper ses enten en stagnation eller et mindre fald i andelen i 2021. Blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau har andelen imidlertid været nogenlunde stabil mellem 2010 og 2017, hvorefter der ses en stigning i 2021 (+3,7 procentpoint).

Figur 3.4.2 Andel med stillesiddende fritidsaktivitet blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.4.3 Andel med stillesiddende fritidsaktivitet blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet. Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

2. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

3. Beenackers MA, Kamphuis CBM, Giskes K, Brug J, Kunst AE, Burdorf A, van Lente FJ. Socioeconomic inequalities in occupational leisure-time, and transport-related physical activity among European adults: A systematic review. Int J Behav Nutr. 2012: 9: 116.

4. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

5. Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og siddetid. Til brug for national monitorering. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2016.

6. Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, Ekelund U, Freedson PS, Gary RA, et al. Guide to the assessment of physical activity: clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2013; 128: 2259-79.

7. Dowd KP, Szeklicki R, Minetto MA, Murphy MH, Polito A, et al. A systematic review of reviews on techniques for physical activity measurement in adults: a DEDIPAC study. Int J Behav Nutr. 2018; 15: 15.

8. Matthiessen J, Biltoft-Jensen A, Stockmarr A, Fagt S, Christensen T. Voksne danskeres kost- og aktivitetsvaner under den første nationale Covid-19 nedlukning i foråret 2020. E-artikel fra DTU fødevareinstituttet. 2021.

9. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Hvordan har Corona påvirket det fysiske aktivitetsniveau? Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, 2021.

3.5 Vægt

Overvægt, og især svær overvægt, er et alvorligt folkesundhedsproblem i både Danmark og på verdensplan (1). Overvægt, herunder særligt svær overvægt, anses for at være en betydelig risikofaktor for en lang række sygdomme og tilstande, herunder hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, flere former for kræft, belastningslidelser i bevægeapparatet, søvnapnø og reproduktionsproblemer, for tidlig død og psykosociale problemer i forbindelse med stigmatisering (2-4). Sammenhængen mellem overvægt og dødelighed aftager i alderdommen (6-8). Endvidere ses det, at et højt Body Mass Index (BMI) er en fordel i forhold til sygdomsoverlevelse blandt ældre hospitalsindlagte (9-11).

I Danmark er der 34.000 ekstra somatiske indlæggelser og 630 flere dødsfald om året blandt personer med svær overvægt (BMI≥30) sammenlignet med personer med et BMI inden for intervallet 20-30 (12). Derudover er der ekstra udgifter på 1,8 mia. kr. om året til behandling og pleje af personer med svær overvægt i forhold til personer med BMI 20-30 samt ekstra omkostninger på 10,4 mia. kr. om året i tabt produktion (12).

Der er en betydelig social ulighed i forekomsten af moderat overvægt (13) og i endnu højere grad i forekomsten af svær overvægt (13, 14). Uligheden ses både i forhold til uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, herunder modtagelse af overførselsindkomst, etnicitet samt psykiske helbredsproblemer og funktionsnedsættelser (13).

Overvægt opstår overordnet set, når energiindtaget over længere tid overstiger kroppens energiforbrug. Udvikling af overvægt er ikke fuldt ud klarlagt, men forskning peger på et komplekst samspil mellem både miljø-, samfunds- og adfærdsmæssige samt genetiske og psykosociale faktorer (13).

I denne rapport opgøres vægt på baggrund af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om højde og vægt. Disse oplysninger bruges til at beregne BMI. BMI udregnes som vægten i kilo divideret med kvadratet på højden i meter. WHO har defineret vægtgrupper for voksne i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (15). Vægtgrupper og de tilhørende BMI-grænser fremgår af tabel 3.5.1[8].

Tabel 3.5.1 Vægtgrupper inddelt efter BMI ifølge WHO.

Vægtgruppe	BMI-grænser
Undervægt	BMI<18,5
Normalvægt	18,5≤BMI<25,0
Moderat overvægt	25,0≤BMI<30,0
Moderat eller svær overvægt	BMI≥25
Svær overvægt	BMI≥30
– klasse I	30,0≤BMI<35,0
– klasse II	35,0≤BMI<40,0
– klasse III	BMI≥40,0

[8] BMI-kategoriseringen anbefales til personer på 18 år eller derover, idet BMI for børn og unge afhænger af køn, alder og pubertetsudvikling. I denne rapport er kategoriseringen imidlertid også anvendt for unge i alderen 16-17 år.

BMI tager ikke højde for fordelingen af fedt og muskler på kroppen, men er alene et udtryk for forholdet mellem vægt og højde. Det betyder, at to personer med samme BMI kan have en forskellig fordeling af muskler og fedt. Høje personer har desuden ofte et højere BMI end lavere personer. På befolkningsniveau vurderes BMI at være et simpelt, objektivt mål for vægt-for-højde, som bruges til at vurdere vægtstatus.

I tabel 3.5.2 ses andelen af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper fordelt på forskellige vægtgrupper. Det fremgår, at 39,4 % blandt mænd og 50,6 % blandt kvinder har normalvægt, hvilket svarer til, at i alt 45,0 % af den voksne befolkning har normalvægt. Forekomsten af undervægt er henholdsvis 1,4 % blandt mænd og 3,3 % blandt kvinder, og er højest i aldersgruppen 16-24 år blandt begge køn. Forekomsten af moderat overvægt er 34,1 % og væsentligt højere blandt mænd (40,5 %) end blandt kvinder (27,8 %). I forhold til svær overvægt er andelen i alt 18,5 % og stort set ens blandt mænd (18,6%) og kvinder (18,3 %). Blandt begge køn stiger andelen med moderat overvægt overordnet set med stigende alder indtil aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses et mindre fald i den ældste aldersgruppe. Andelen med svær overvægt stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 55-64 år blandt mænd og 45-54 år blandt kvinder, hvorefter den falder.

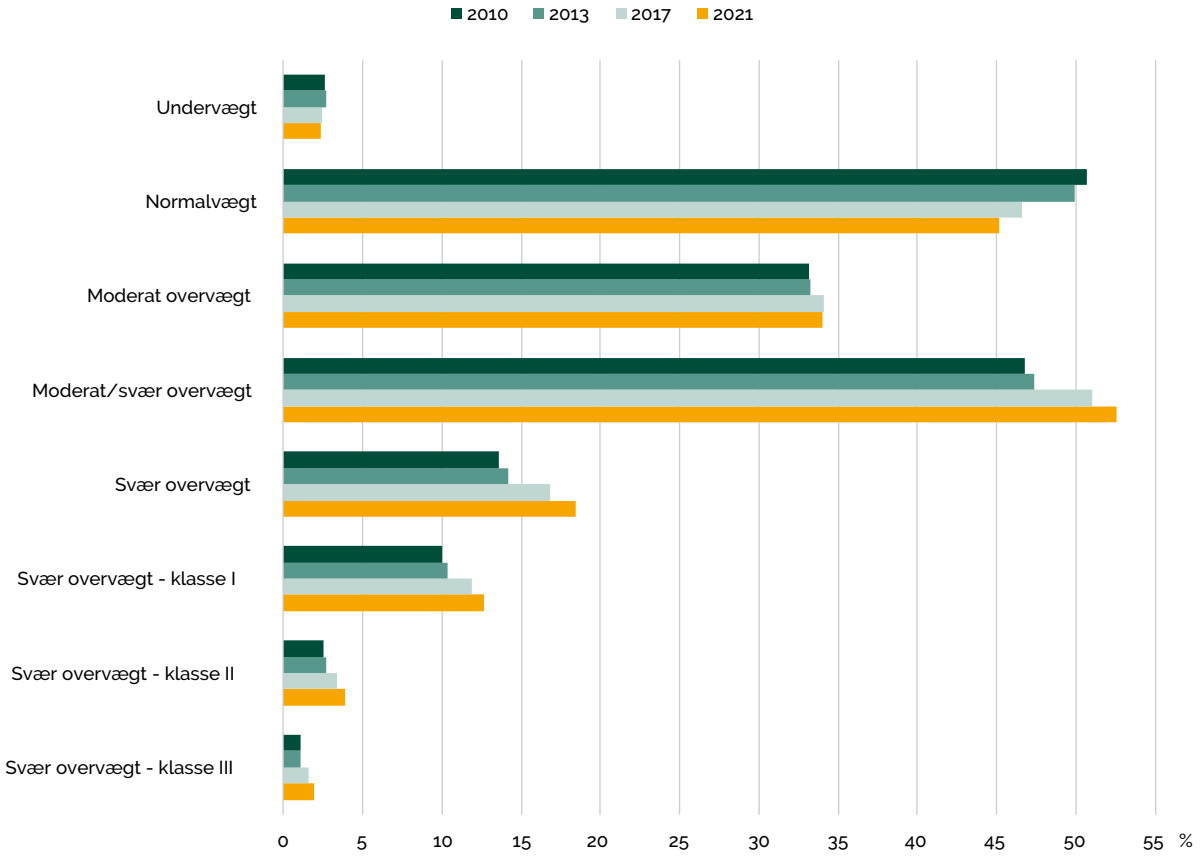
Tabel 3.5.2 Vægtgrupper blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent*.

		16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	Undervægt	6,8	1,2	0,6	0,3	0,4	0,4	0,9	1,4
	Normalvægt	66,4	47,6	37,7	30,7	29,1	31,4	37,5	39,4
	Moderat overvægt	19,4	35,3	42,1	46,2	47,2	45,9	45,1	40,5
	– moderat/svær overvægt	*26,8*	*51,2*	*61,6*	*69,0*	*70,4*	*68,2*	*61,6*	*59,1*
	Svær overvægt	7,4	15,9	19,5	22,8	23,2	22,3	16,5	18,6
	– klasse I	*4,9*	*10,4*	*13,5*	*16,4*	*17,0*	*16,9*	*13,3*	*13,4*
	– klasse II	*1,6*	*3,3*	*3,9*	*4,4*	*4,6*	*4,2*	*2,4*	*3,6*
	– klasse III	*0,9*	*2,1*	*2,1*	*2,0*	*1,6*	*1,2*	*0,8*	*1,6*
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	6.600	6.469	8.122	12.940	15.036	15.506	11.250	75.923
Kvinder	Undervægt	8,4	3,9	2,0	1,3	1,8	2,6	4,3	3,3
	Normalvægt	67,8	56,3	50,1	45,4	43,9	45,0	48,6	50,6
	Moderat overvægt	15,4	22,3	27,7	30,6	32,2	33,0	32,0	27,8
	– moderat/svær overvægt	*23,9*	*39,8*	*48,1*	*53,4*	*54,4*	*52,5*	*47,1*	*46,2*
	Svær overvægt	8,5	17,4	20,3	22,6	22,1	19,4	15,0	18,3
	– klasse I	*5,4*	*9,8*	*12,0*	*14,3*	*14,9*	*13,9*	*11,5*	*11,9*
	– klasse II	*1,7*	*4,5*	*5,1*	*5,3*	*4,8*	*4,0*	*2,6*	*4,1*
	– klasse III	*1,4*	*3,1*	*3,2*	*3,0*	*2,4*	*1,6*	*0,9*	*2,3*
	I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Antal svarpersoner	8.951	9.314	10.981	15.739	17.464	16.709	12.492	91.650

*I tabellen indgår vægtgrupperne 'moderat/svær overvægt', 'klasse I', 'klasse II' og 'klasse III' ikke i totaler.
Disse vægtklasser er medtaget for at vise yderligere detaljer vedr. forekomst af overvægt.

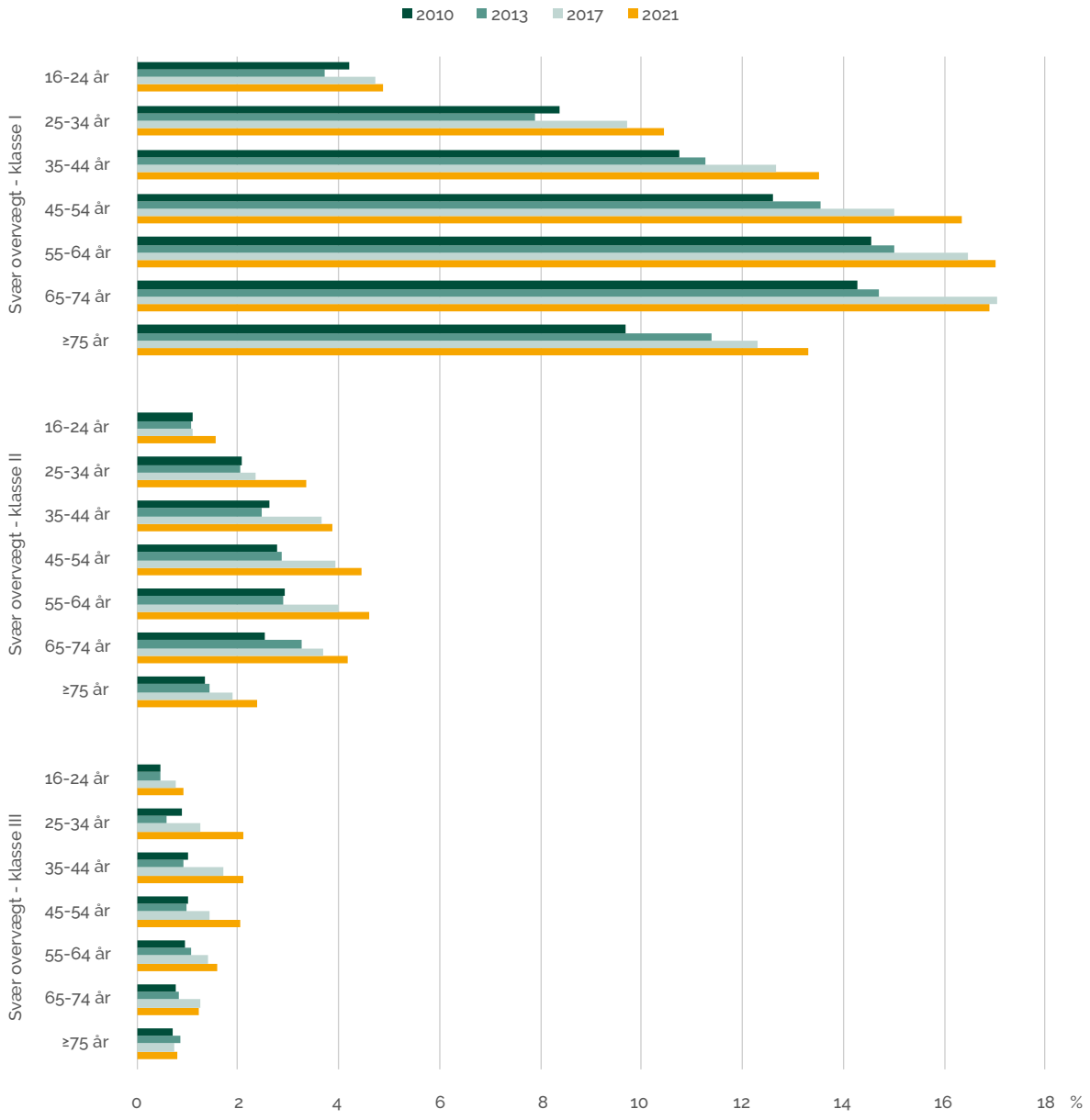
Figur 3.5.1 viser udviklingen i forskellige vægtgrupper i perioden 2010 til 2021. Af figuren fremgår, at andelen med normalvægt er faldet fra 50,7 % i 2010 til 45,0 % i 2021. Endvidere ses, at andelen med svær overvægt er steget jævnt i perioden 2010 til 2021, fra 13,6 % til 18,5 %. Stigningen ses inden for alle tre klasser (I, II og III) af svær overvægt. Således er andelen med svær overvægt i klasse I steget fra 10,0 % i 2010 til 12,6 % i 2021, og andelen med svær overvægt i klasse II er steget fra 2,5 % i 2010 til 3,9 % i 2021. Andelen med svær overvægt i klasse III er steget fra 1,1 % i 2010 til 2,0 % i 2021. Andelen med moderat overvægt er stort set uændret i perioden 2010 til 2021.

Figur 3.5.1 Udvikling i vægtgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent .

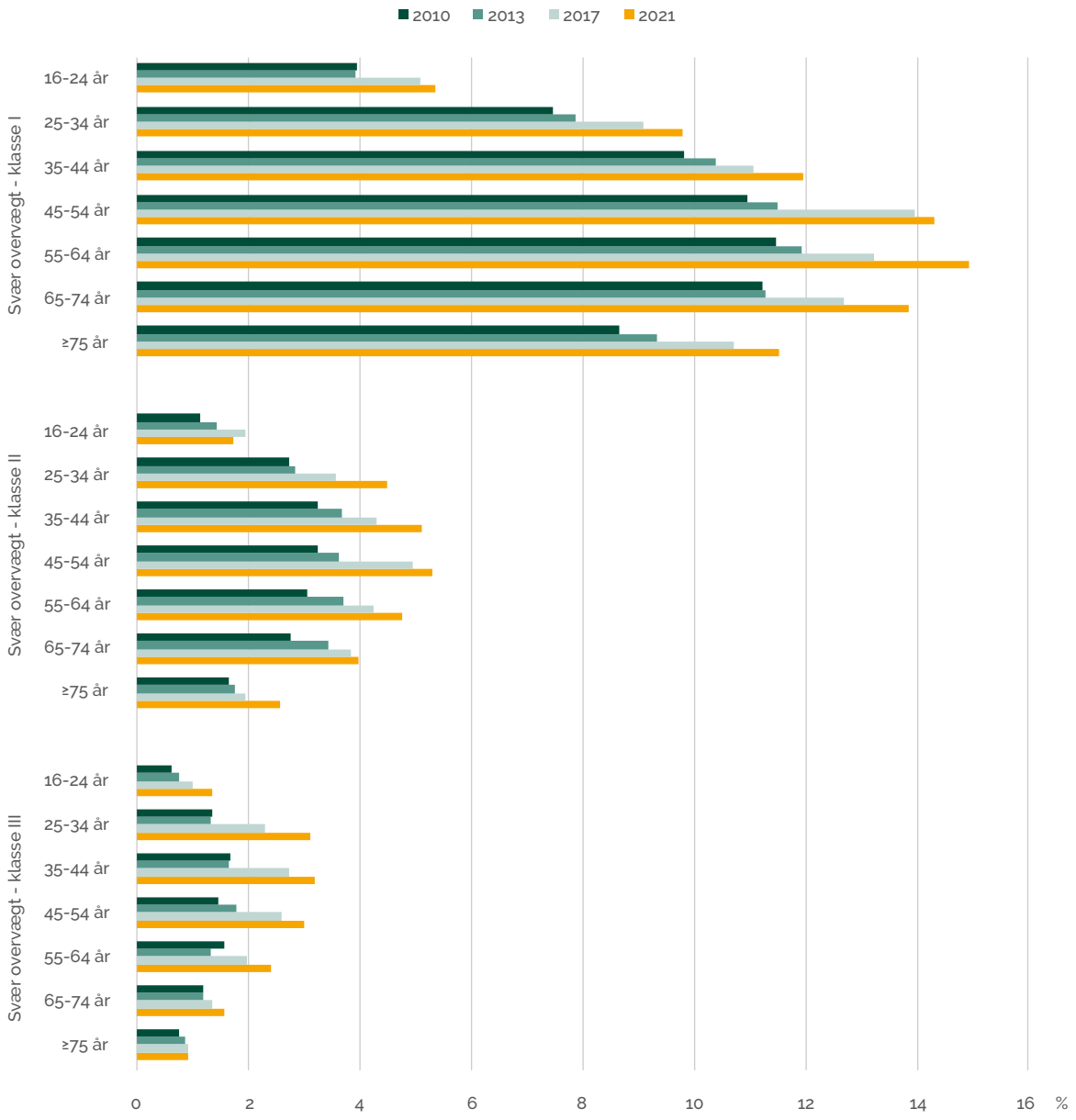


Figur 3.5.2 og figur 3.5.3 viser udviklingen i andelen med svær overvægt klasse I, klasse II og klasse III blandt henholdsvis mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i perioden 2010 til 2021. Af figurerne ses, at stigningen i svær overvægt er sket i alle tre vægtklasser blandt både mænd og kvinder og i alle aldersgrupper, dog undtaget svær overvægt – klasse III i den ældste aldersgruppe, hvor andelen er konstant i perioden.

Figur 3.5.2 Udviklingen i andelen med svær overvægt (klasse I-III) blandt mænd i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021. Procent.



Figur 3.5.3 Udviklingen i andelen med svær overvægt (klasse I-III) blandt kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- **har moderat eller svær overvægt**
- **har svær overvægt**

Tabel 3.5.3 Moderat eller svær overvægt (BMI≥25). 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	46,8	1		172.515
	2013	47,4	1,03	(1,01;1,04)	156.143
	2017	51,0	1,19	(1,17;1,21)	171.126
	2021	52,6	1,26	(1,24;1,28)	167.573
Mænd	16-24 år	26,8	0,16	(0,15;0,18)	6.600
	25-34 år	51,2	0,47	(0,44;0,50)	6.469
	35-44 år	61,6	0,72	(0,68;0,77)	8.122
	45-54 år	69,0	1		12.940
	55-64 år	70,4	1,07	(1,01;1,13)	15.036
	65-74 år	68,2	0,96	(0,91;1,02)	15.506
	≥75 år	61,6	0,72	(0,68;0,77)	11.250
	Alle mænd	59,1			75.923
Kvinder	16-24 år	23,9	0,28	(0,26;0,29)	8.951
	25-34 år	39,8	0,58	(0,55;0,61)	9.314
	35-44 år	48,1	0,81	(0,77;0,86)	10.981
	45-54 år	53,4	1		15.739
	55-64 år	54,4	1,04	(0,99;1,10)	17.464
	65-74 år	52,5	0,97	(0,92;1,02)	16.709
	≥75 år	47,1	0,78	(0,74;0,82)	12.492
	Alle kvinder	46,2			91.650
Uddannelse	Under uddannelse	27,4			11.189
	Grundskole	64,7	1,76	(1,66;1,85)	12.162
	Kort uddannelse	59,5	1,41	(1,36;1,46)	60.024
	Kort videregående uddannelse	57,4	1,19	(1,13;1,25)	13.632
	Mellemlang videregående uddannelse	51,3	1		36.649
	Lang videregående uddannelse	40,8	0,62	(0,59;0,65)	21.244
	Anden uddannelse	59,3	1,36	(1,28;1,45)	8.097
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	54,4	1		80.508
	Arbejdsløse	56,5	1,14	(1,05;1,24)	3.369
	Førtidspensionister	66,1	1,46	(1,36;1,57)	5.446
	Andre uden for arbejdsmarkedet	50,9	1,16	(1,08;1,23)	7.235
	Efterlønsmodtagere	61,9			1.420
	Alderspensionister	57,1			55.957
Samlivsstatus	Gift	58,7	1		91.090
	Samlevende	49,8	0,98	(0,94;1,01)	24.360
	Enlig (separeret, skilt)	57,3	0,97	(0,93;1,01)	14.154
	Enlig (enkestand)	53,1	1,01	(0,96;1,06)	10.539
	Enlig (ugift)	40,2	0,89	(0,85;0,93)	27.430
Region	Hovedstaden	46,8	0,77	(0,75;0,78)	54.666
	Sjælland	57,6	1,12	(1,09;1,16)	19.198
	Syddanmark	55,4	1,06	(1,03;1,08)	40.611
	Midtjylland	52,6	0,96	(0,94;0,98)	33.326
	Nordjylland	57,4	1,15	(1,11;1,18)	19.772

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer med moderat eller svær overvægt (samlet set svarende til overvægt) (tabel 3.5.3, figur 3.5.4 og figur 3.5.5).

Køn og alder: I alt har 52,6 % af den voksne befolkning moderat eller svær overvægt. Andelen, der har moderat eller svær overvægt, er større blandt mænd (59,1 %) end blandt kvinder (46,2 %), hvilket ses i alle aldersgrupper. Forskellen er kendetegnet ved, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder har moderat overvægt, da andelen med svær overvægt er stort set ens blandt mænd og kvinder (tabel 3.5.2). Sammenlignet med de øvrige aldersgrupper er andelen markant mindre i aldersgruppen 16-24 år både blandt mænd (26,8 %) og kvinder (23,9 %). For begge køn ses, at andelen stiger med stigende alder indtil 55-64-årsalderen, hvorefter den falder.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med moderat eller svær overvægt. Således falder andelen fra 64,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 40,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Der er procentvis flest med moderat eller svær overvægt blandt førtidspensionister (66,1 %). Tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses desuden en høj forekomst af moderat eller svær overvægt blandt både arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede.

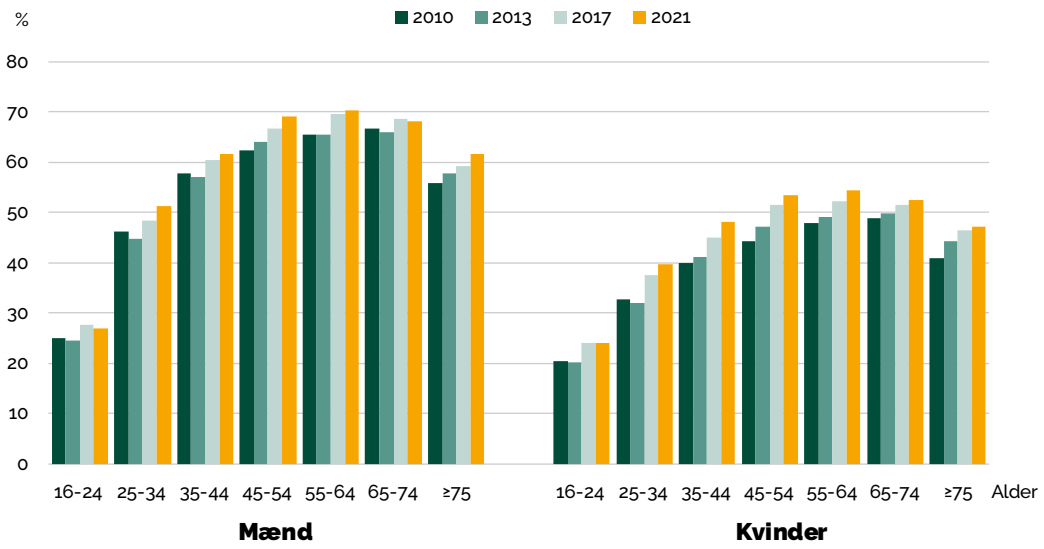
Samlivsstatus: Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses en lavere forekomst af personer med moderat eller svær overvægt blandt enlige (ugifte) end blandt gifte.

Regioner: Sammenholdt med landsgennemsnittet er forekomsten af moderat eller svær overvægt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og højere i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

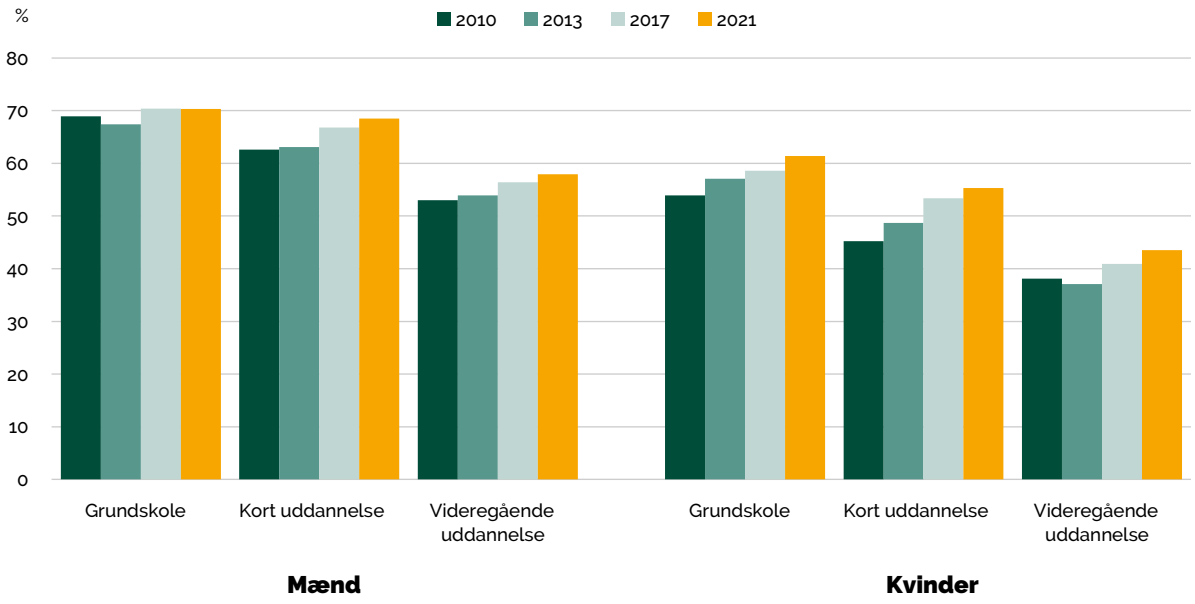
Udvikling: Andelen af personer med moderat eller svær overvægt er steget jævnt fra 46,8 % i 2010 til 52,6 % i 2021. Stigningen ses overordnet set i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 3.5.4). De største stigninger ses blandt kvinder. Eksempelvis stiger andelen blandt kvinder i aldersgrupperne 25-34 år, 35-44 år og 45-54 år med henholdsvis 7,1, 8,2 og 9,2 procentpoint mellem 2010 og 2021, mens den største stigning blandt mænd (6,7 procentpoint) ses i aldersgruppen 45-54 år.

I perioden 2010 til 2021 ses en stigning i andelen med moderat eller svær overvægt i alle uddannelsesgrupper blandt begge køn med undtagelse af mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, hvor andelen stort set er uændret (figur 3.5.5). Blandt kvinder med grundskole eller kort uddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau stiger andelen jævnt over hele perioden. Blandt begge køn ses den største stigning i perioden i gruppen med kort uddannelse (+5,9 procentpoint blandt mænd og +10,1 procentpoint blandt kvinder).

Figur 3.5.4 Andel med moderat eller svær overvægt (BMI≥25) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.5.5 Andel med moderat eller svær overvægt (BMI≥25) blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Tabel 3.5.4 Svær overvægt (BMI≥30). 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,33)	171.126
	2021	18,5	1,45	(1,42;1,48)	167.573
Mænd	16-24 år	7,4	0,27	(0,24;0,30)	6.600
	25-34 år	15,9	0,64	(0,59;0,69)	6.469
	35-44 år	19,5	0,82	(0,76;0,88)	8.122
	45-54 år	22,8	1		12.940
	55-64 år	23,2	1,02	(0,96;1,09)	15.036
	65-74 år	22,3	0,97	(0,91;1,03)	15.506
	≥75 år	16,5	0,67	(0,62;0,72)	11.250
	Alle mænd	18,6			75.923
Kvinder	16-24 år	8,5	0,32	(0,29;0,35)	8.951
	25-34 år	17,4	0,72	(0,67;0,78)	9.314
	35-44 år	20,3	0,87	(0,81;0,93)	10.981
	45-54 år	22,6	1		15.739
	55-64 år	22,1	0,97	(0,92;1,03)	17.464
	65-74 år	19,4	0,82	(0,77;0,88)	16.709
	≥75 år	15,0	0,61	(0,56;0,65)	12.492
	Alle kvinder	18,3			91.650
Uddannelse	Under uddannelse	8,5			11.189
	Grundskole	27,2	2,20	(2,07;2,33)	12.162
	Kort uddannelse	22,6	1,57	(1,51;1,63)	60.024
	Kort videregående uddannelse	19,6	1,22	(1,15;1,30)	13.632
	Mellemlang videregående uddannelse	16,6	1		36.649
	Lang videregående uddannelse	9,8	0,53	(0,50;0,57)	21.244
	Anden uddannelse	21,4	1,47	(1,37;1,58)	8.097
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	18,5	1		80.508
	Arbejdsløse	24,4	1,44	(1,32;1,58)	3.369
	Førtidspensionister	33,7	2,09	(1,95;2,23)	5.446
	Andre uden for arbejdsmarkedet	24,0	1,59	(1,48;1,70)	7.235
	Efterlønsmodtagere	21,2			1.420
	Alderspensionister	18,5			55.957
Samlivsstatus	Gift	19,6	1		91.090
	Samlevende	16,9	1,03	(0,99;1,08)	24.360
	Enlig (separeret, skilt)	21,9	1,14	(1,08;1,20)	14.154
	Enlig (enkestand)	18,4	1,17	(1,09;1,25)	10.539
	Enlig (ugift)	16,0	1,28	(1,22;1,34)	27.430
Region	Hovedstaden	14,8	0,74	(0,72;0,76)	54.666
	Sjælland	22,0	1,17	(1,13;1,21)	19.198
	Syddanmark	20,2	1,07	(1,04;1,09)	40.611
	Midtjylland	18,3	0,95	(0,92;0,98)	33.326
	Nordjylland	21,4	1,14	(1,10;1,18)	19.772

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har svær overvægt (tabel 3.5.4, figur 3.5.6 og figur 3.5.7).

Køn og alder: I alt har 18,5 % af den voksne befolkning svær overvægt. Andelen med svær overvægt er stort set ens blandt mænd (18,6 %) og kvinder (18,3 %). Blandt begge køn ses den mindste andel i aldersgruppen 16-24 år. Andelen stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 55-64 år blandt mænd og 45-54 år blandt kvinder, hvorefter den falder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med svær overvægt. Således falder andelen fra 27,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 9,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (18,5 %) er andelen med svær overvægt højere blandt både arbejdsløse (24,4 %), førtidspensionister (33,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (24,0 %).

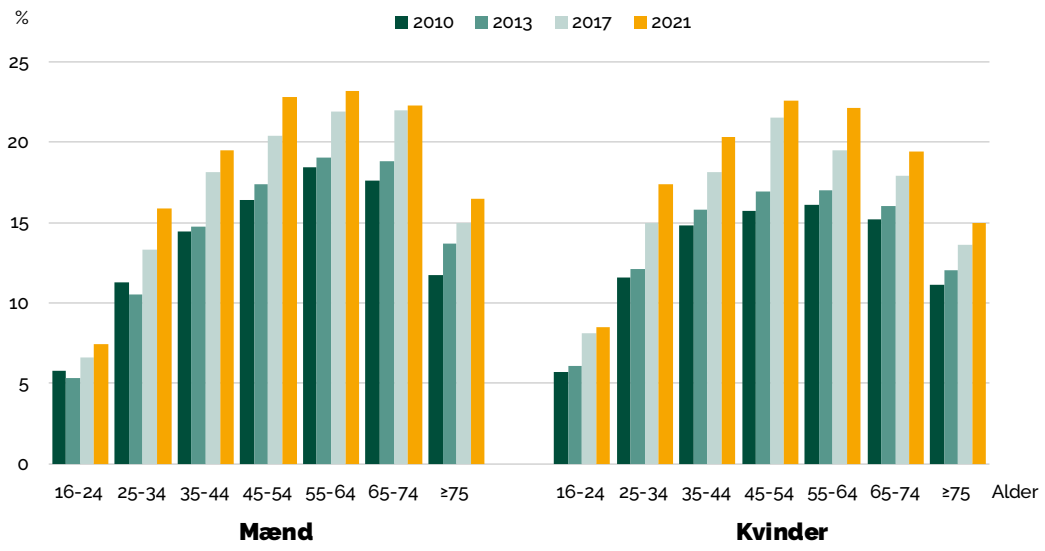
Samlivsstatus: Der er procentvis flest personer, der har svær overvægt, blandt enlige (separerede, skilte) (21,9 %) og færrest blandt enlige (ugifte) (16,0 %). Når der tages højde for køns- og aldersmæssige forskelle mellem grupperne, ses en lavere forekomst blandt gifte end blandt enlige.

Regioner: Sammenlignet med landsgennemsnittet er forekomsten af svær overvægt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og højere i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

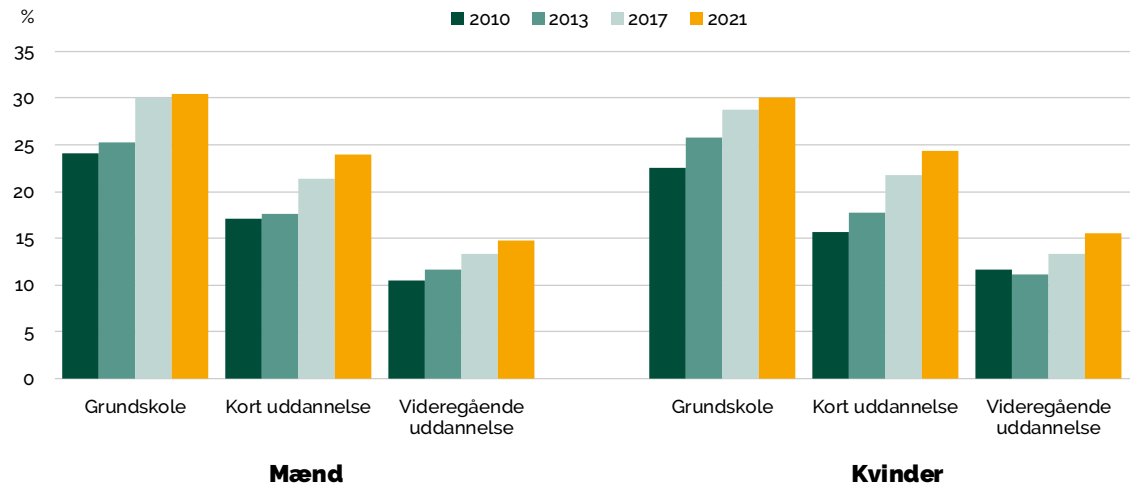
Udvikling: Andelen med svær overvægt er steget jævnt fra 13,6 % i 2010 til 18,5 % i 2021. Stigningen ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 3.5.6). Den procentvise stigning er nogenlunde ens mellem mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Blandt mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe stiger andelen jævnt over hele perioden. I de øvrige aldersgrupper ses den tydeligste stigning primært mellem 2013 og 2017.

Andelen med svær overvægt stiger i de viste uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2021 (figur 3.5.7). Blandt kvinder med grundskole og kort uddannelse som højest gennemførte uddannelsesniveau og mænd med videregående uddannelse stiger andelen jævnt over hele perioden. Blandt de øvrige uddannelsesgrupper er andelen nogenlunde stabil mellem 2010 og 2013 og stiger herefter med undtagelse af blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, hvor andelen er stort set uændret mellem 2017 og 2021.

Figur 3.5.6 Andel med svær overvægt (BMI≥30) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 3.5.7 Andel med svær overvægt (BMI≥30) blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Svær overvægt og ønske om at ændre sundhedsadfærd og vægttab

Tabel 3.5.5 viser andelen, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktiv eller i høj grad gerne tabe sig, blandt mænd og kvinder med svær overvægt i forskellige aldersgrupper. Det ses af tabellen, at en større andel blandt kvinder end blandt mænd ønsker at ændre sundhedsadfærd i forhold til kost og fysisk aktivitet og at tabe sig. Eksempelvis er der en mindre andel blandt mænd (45,2 %) end blandt kvinder (63,1 %), der i høj grad gerne vil tabe sig. Blandt begge køn er der procentvis flest, der ønsker at ændre sundhedsadfærd eller at tabe sig, i 16-44 årsalderen, hvorefter andelen falder med stigende alder.

Tabel 3.5.5 Andel, der gerne henholdsvis vil spise mere sundt, være mere fysisk aktiv eller tabe sig, blandt mænd og kvinder med svær overvægt i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	74,0	77,3	76,5	69,1	60,4	47,2	33,1	62,9
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	75,7	81,1	81,9	76,4	67,4	59,1	47,6	70,6
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	52,7	54,5	52,8	50,9	43,9	35,9	21,4	45,2
Kvinder								
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	88,7	87,2	83,9	79,6	71,2	54,8	40,3	72,6
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	85,1	88,3	87,1	80,2	75,2	62,4	51,7	76,3
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	74,5	76,5	74,2	70,0	63,0	48,5	28,9	63,1

I tabel 3.5.6 ses andelen, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktiv eller tabe sig, blandt mænd og kvinder med svær overvægt i forskellige uddannelsesgrupper. Blandt begge køn ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og ønsket om at ændre sundhedsadfærd i forhold til kost og fysisk aktivitet og at tabe sig, således at andelen stiger markant med stigende uddannelsesniveau. Dette er særligt udtalt i forhold til at ville være fysisk aktiv, hvor 58,7 % blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelse gerne vil være mere fysisk aktiv, mens det gælder 79,3 % med videregående uddannelse.

Tabel 3.5.6 Vil gerne henholdsvis spise mere sundt, være mere fysisk aktiv eller i høj grad gerne tabe sig blandt mænd og kvinder med svær overvægt i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd			
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	55,8	61,5	68,5
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	58,7	70,0	79.3
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	40,1	42,8	50,9
Kvinder			
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	65,8	71,7	74,2
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	65,6	74,2	84,0
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	54.5	63,0	66,7

Tabel 3.5.7 viser, hvordan svarpersonerne vurderer deres egen vægt fordelt på vægtgrupper. Vægtgrupper er baseret på beregnet BMI ud fra selvrapporteret højde og vægt. Det ses, at der generelt er overensstemmelse mellem vægtgrupperne og svarpersonernes opfattelse af egen vægt. Således vurderer størstedelen af mænd (94,6 %) og kvinder (96,8 %), der har svær overvægt, at deres vægt er lidt eller alt for høj. Dog vurderer en markant større andel blandt kvinder med svær overvægt deres vægt som alt for høj (72,3 %) sammenlignet med mænd med svær overvægt (49,0 %). Modsat er det knap halvdelen af kvinder med undervægt (47,0 %), der vurderer, at deres vægt er alt eller lidt for lav, mens det gælder for godt tre ud af fire mænd med undervægt (76,4 %).

Tabel 3.5.7 Vægtgrupper i forhold til selvvurderet vægt. 2021. Procent.

	Alt for lav	Lidt for lav	Tilpas	Lidt for høj	Alt for høj	I alt	Antal svarpersoner
Mænd							
Undervægt	25,4	51,0	21,6	1,7	0,3	100,0	864
Normalvægt	1,7	16,0	62,8	19,2	0,3	100,0	27.675
Moderat overvægt	0,1	0,9	23,3	69,1	6,7	100,0	32.489
Svær overvægt	0,3	0,5	4,6	45,6	49,0	100,0	14.801
– klasse I	0,3	0,5	5,4	54,7	39,1	100,0	10.904
– klasse II	0,2	0,3	1,7	26,9	70,9	100,0	2.774
– klasse III	0,6	0,7	4,1	11,1	83,5	100,0	1.123
Kvinder							
Undervægt	10,9	36,1	48,1	4,2	0,8	100,0	2.782
Normalvægt	0,5	3,8	56,1	38,0	1,6	100,0	45.174
Moderat overvægt	0,2	0,6	10,4	68,2	20,7	100,0	26.440
Svær overvægt	0,3	0,5	2,4	24,5	72,3	100,0	17.111
– klasse I	0,3	0,5	2,9	32,5	63,9	100,0	11.289
– klasse II	0,4	0,4	1,2	12,0	86,0	100,0	3.817
– klasse III	0,3	0,6	2,1	5,9	91,1	100,0	2.005

Referencer

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Fact sheet. Tilgået 14-06-2021: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

2. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. PLoS Med. 2020; 17: e1003198.

3. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: Epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. 2004; 4: 579-91.

4. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, Tabak A, Shipley M, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: A cohort study. PLoS Med. 2018; 15: e1002571.

5. Aune D, Sen A, Prasad M, Norat T, Janszky I, Tonstad S, et al. BMI and all-cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ. 2016; 353: i2156.

6. Bhaskaran K, dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018; 6: 944-53.

7. Thinggaard M, Jacobsen R, Jeune B, Martinussen T, Christensen K. Is the relationship between BMI and mortality increasingly U-shaped with advancing age? A 10-year follow-up of persons aged 70-95 years. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2010; 65: 526-31.

8. Freedman DM, Ron E, Ballard-Barbash R, Doody MM, Linet MS. Body mass index and all-cause mortality in a nationwide US cohort. Int J Obes. 2006. 30: 822-9.

9. Landi F, Onder G, Gambassi G, Pedone C. Body Mass Index and mortality among hospitalized patients. Arch Intern Med. 2000; 17: 2641-4.

10. Cereda E, Klersy C, Hiesmayr M, Schindler K, Singer P, Laviano A, Caccialanza R. Body mass index, age and in-hospital mortality: The NutritionDay multinational survey. Clin Nutr. 2017; 36: 839-47.

11. Mariscalco G, Wozniak MJ, Dawson AG, Serraino GF, Porter R, Nath M, et al. Body Mass Index and mortality among adults undergoing cardiac surgery. Circulation. 2017; 135; 850-63.

12. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

13. Sundhedsstyrelsen. –Forebyggelse - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

14. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom – udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.

15. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genéve: WHO, 2000.

3.6 Flere samtidige risikofaktorer

Livsstilsrelaterede risikofaktorer omfatter eksempelvis rygning, et stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt (1). Disse faktorer har både hver for sig og ved en samtidig tilstedeværelse en negativ betydning for sundheden. Adskillige studier viser, at antallet af risikofaktorer, en person har, øger risikoen for at få hjertekarsygdom, kræft eller for at dø for tidligt (1-8). Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer i bestemte grupper i befolkningen, hvilket betyder, at der i disse grupper er en forhøjet risiko for negative helbredsudfald. Ophobningen af livsstilsrelaterede risikofaktorer hænger således hyppigt sammen med forhold som køn, alder og uddannelsesniveau. Eksempelvis øges ophobningen af risikofaktorer ofte med faldende uddannelsesniveau, hvilket betyder, at der blandt personer med kortest uddannelsesniveau er en forhøjet risiko for negative helbredsudfald (9, 10). Social ulighed i livsstilsrelaterede risikofaktorer er således en medvirkende årsag til den generelle sociale ulighed i sundhed.

Årsagen til, at man udvikler en sygdom, udgøres ofte af et samspil mellem flere risikofaktorer. I en vurdering af betydningen af de helbredsmæssige konsekvenser af rygning, alkohol, usundt kostmønster, fysisk inaktivitet og svær overvægt er det derfor vigtigt ikke kun at se på disse risikofaktorer hver for sig, men også at se på dem sammen. En metaanalyse viser, at en kombination af sunde, livsstilsrelaterede faktorer, såsom ikke at ryge, at have et moderat alkoholforbrug, at spise sundt, at motionere regelmæssigt og at opretholde en normalvægt, reducerer risikoen for tidlig død med 66 % (1).

I denne undersøgelse er der beregnet en score til at beskrive betydningen af flere samtidige risikofaktorer. Denne score er beregnet ved at lægge antallet af svarpersoneneres risikofaktorer sammen, og til denne beregning er følgende risikofaktorer valgt:

- Daglig rygning
- Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge
- Usundt kostmønster ud fra en samlet kostscore
- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet
- Svær overvægt (BMI≥30)

Også andre faktorer (eksempelvis sociale relationer og arbejdsmiljø) har betydning for helbredet, så den beregnede score skal ses som et mål til illustration af betydningen af flere samtidige risikofaktorer.

For hver risikofaktor gives værdien 1. Det betyder altså, at en score på 5 dækker over, at svarpersonen både ryger dagligt, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, har et usundt kostmønster, ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og har svær overvægt. Omvendt betyder en score på 0, at svarpersonen ikke har nogen af de nævnte risikofaktorer. Som tidligere nævnt øger hver af de fem risikofaktorer separat risikoen for udvikling af sygdom, og jo flere samtidige risikofaktorer, desto større er risikoen for at udvikle sygdom.

Det fremgår af tabel 3.6.1, at blandt mænd har 23,6 % ingen risikofaktorer, og 36,8 % har én risikofaktor. Blandt kvinder har 27,6 % ingen risikofaktorer, og 41,6 % har 1 risikofaktor. Mænd har generelt flere samtidige risikofaktorer end kvinder. Blandt mænd er der 13,9 %, der har 3-5 risikofaktorer, mens det kun er 8,1 % blandt kvinder.

Tabel 3.6.1 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
0	28,2	29,3	25,8	24,9	20,8	18,3	15,1	23,6
1	41,6	37,2	37,8	34,5	34,7	34,9	39,0	36,8
2	22,2	22,4	24,1	25,8	27,0	28,9	31,5	25,7
3	6,7	9,0	10,0	11,3	13,2	13,7	11,8	10,9
4-5	1,3	2,1	2,4	3,5	4,4	4,2	2,6	3,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.000	6.130	7.750	12.316	14.233	14.395	9.431	70.255
Kvinder								
0	33,0	30,8	29,3	30,4	25,0	25,3	16,7	27,6
1	40,8	42,6	42,4	38,2	39,2	41,3	49,9	41,6
2	19,2	19,7	21,0	22,3	26,0	24,7	26,5	22,7
3	5,8	6,0	6,3	7,6	8,3	7,2	6,4	6,9
4-5	1,2	0,8	1,1	1,4	1,5	1,4	0,6	1,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.391	8.949	10.554	15.159	16.675	15.446	9.860	85.034

Det fremgår af tabel 3.6.2, at der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer. Således stiger andelen, der ikke har nogen risikofaktorer, med stigende uddannelsesniveau for både mænd og kvinder. Når man lægger tallene sammen for både mænd og kvinder, er der 11,3 %, som ikke har nogen risikofaktorer, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens det gælder for 35,2 % blandt personer med en lang videregående uddannelse (data ikke vist). Andelen, der har 3-5 risikofaktorer, er modsat størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (24,4 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (5,1 %) (data ikke vist).

Tabel 3.6.2 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021. Aldersjusteret procent.

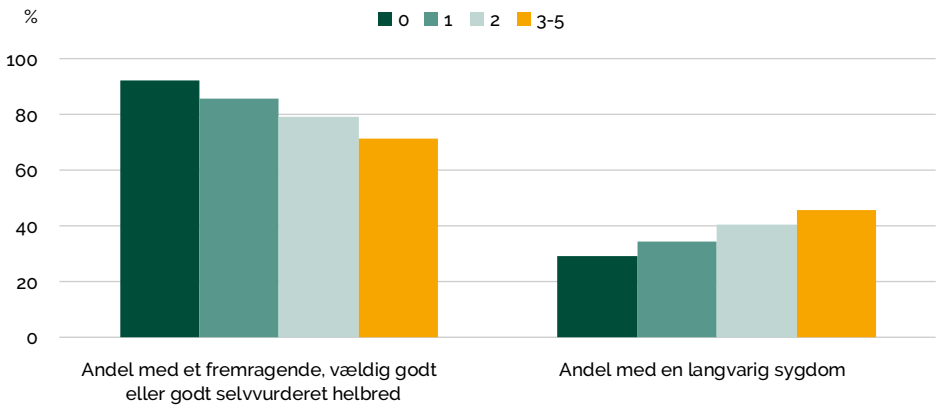
	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
0	11,6	18,6	24,3	28,0	33,0
1	26,6	34,2	37,6	38,6	40,8
2	32,2	29,3	25,7	23,3	19,7
3-5	29,6	17,9	12,4	10,1	6,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.829	25.781	5.967	12.297	10.026
Kvinder					
0	10,7	21,6	27,8	31,5	38,5
1	37,7	39,8	41,0	42,9	43,8
2	33,8	27,0	23,9	20,2	14,8
3-5	17,9	11,5	7,2	5,4	2,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.144	26.679	6.682	22.074	10.180

Sammenhængen mellem antal risikofaktorer og udvalgte indikatorer for helbred og trivsel fremgår af figur 3.6.1. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der 92,5 %, som vurderer deres helbred som fremragende, vældigt godt eller godt, mens det kun gælder for 71,3 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. I forhold til langvarig sygdom (jf. kapitel 4.1) fremgår det, at andelen stiger med antallet af risikofaktorer. Således er der 29,0 %, der har en langvarig sygdom blandt personer, som ikke har nogen risikofaktorer, mens andelen er 45,9 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder (data ikke vist).

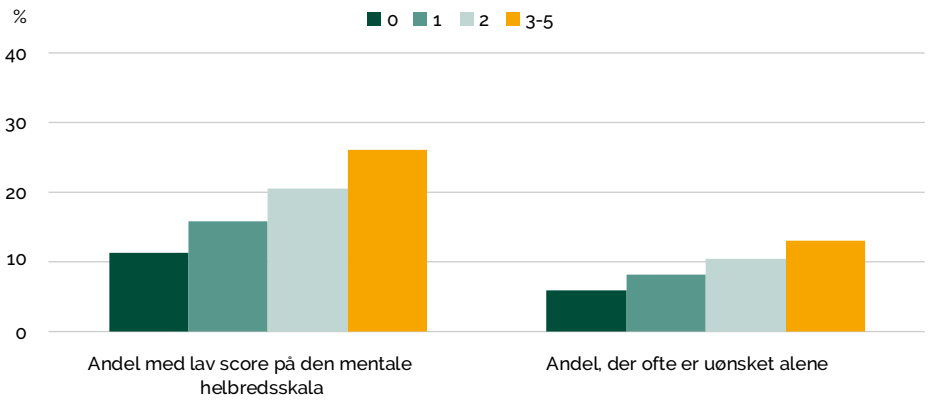
Figur 3.6.2 viser sammenhængen mellem antal risikofaktorer og andelen, der henholdsvis har en lav score på den mentale helbredsskala (jævnfør kapitel 2.2) og ofte er uønsket alene. Det fremgår af figuren, at andelen med en lav score på den mentale helbredsskala stiger med antallet af risikofaktorer. Således er der en mindre andel med en lav score på den mentale helbredsskala blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer (11,3 %), end blandt personer med 3-5 risikofaktorer (26,1 %). Endvidere ses der en sammenhæng mellem antal risikofaktorer og andelen, der ofte er uønsket alene. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, angiver 6,0 %, at de ofte er uønsket alene, mens det gælder for 13,1 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder (data ikke vist).

Det samme mønster ses i forhold til udvalgte indikatorer for sygelighed (diabetes, forhøjet blod¬tryk, kronisk lungesygdom, diskusprolaps eller andre rygsygdomme) (figur 3.6.3). Andelen med en specifik sygdom eller lidelse stiger med antallet af risikofaktorer. Eksempelvis er der kun 13,5 % af personer, der ikke har nogen risikofaktorer, som angiver, at de har forhøjet blodtryk, mens andelen er 28,0 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer.

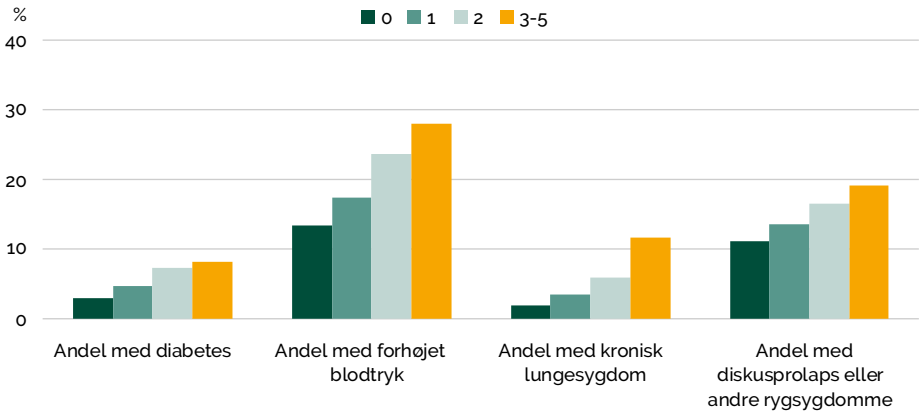
Figur 3.6.1 Andel med henholdsvis et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og med langvarig sygdom opdelt på antal risikofaktorer. 2021. Aldersjusteret procent.



Figur 3.6.2 Andel henholdsvis med en lav score på den mentale helbredsskala og ofte er uønsket alene, opdelt på antal risikofaktorer. 2021. Aldersjusteret procent.



Figur 3.6.3 Andel med udvalgte indikatorer for sygelighed, opdelt på antal risikofaktorer. 2021. Aldersjusteret procent.



Referencer

1. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2012; 55: 163-70.

2. Foraker RE, Abdel-Rasoul M, Kuller LH, Jackson RD, Van Horn L, Seguin RA, et al. Cardiovascular Health and Incident Cardiovascular Disease and Cancer: The Women's Health Initiative. Am J Prev Med. 2016; 50: 236-40.

3. Zhang Y-B, Pan X-F, Chen J, Cao A, Xia L, Zhang Y, et al. Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Epidemiol Community Health. 2021; 75: 92-9.

4. Petersen KEN, Johnsen NF, Olsen A, Albieri V, Olsen LKH, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. Brit J Nutr. 2015; 113: 849-58.

5. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. Plos Med. 2015; 12.

6. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li CY, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. Prev Med. 2012; 55: 23-7.

7. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH, Patel R, Willett WC, Doyle C, et al. Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011; 20: 1089-97.

8. Barbaresko J, Rienks J, Nöthlings U. Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: a meta-analysis. Am J Prev Med. 2018; 55: 555-564.

9. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

10. Meader N, King K, Moe-Byrne T, Wright K, Graham H, Petticrew M, et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. BMC Public Health. 2016; 16: 657.

4

Sygelighed

4.1 Langvarig sygdom

En stigende andel danskerne må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med én eller flere langvarige sygdomme (kroniske sygdomme). Denne stigning kan blandt andet forklares med forbedrede levekår, hvilket resulterer i en højere middellevetid. Med en stigende middellevetid vokser andelen af ældre i befolkningen, og da ældre oftere får kroniske sygdomme, vil en sådan ændring i befolkningens demografiske sammensætning have en betydning for forekomsten af kroniske sygdomme. Forbedrede behandlingsmuligheder fører også til, at flere lever længere med en kronisk sygdom. Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet for den enkelte, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger (1-3). Til brug for planlægning af sundhedsfremmende og forebyggende initiativer er det således af afgørende betydning at kende forekomsten og fordelingen af langvarige sygdomme i befolkningen. Dog har mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme, en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen.

Andelen, der har én eller flere langvarige sygdomme, er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke være muligt at angive hvilke sygdomme det drejede sig om.

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har én eller flere langvarige sygdomme. →

Tabel 4.1.1 Langvarig sygdom. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	33,4	1		170.020
	2013	34,9	1,06	(1,04;1,07)	155.569
	2017	35,6	1,08	(1,06;1,09)	173.597
	2021	36,2	1,08	(1,06;1,10)	172.189
Mænd	16-24 år	17,9	0,43	(0,40;0,47)	6.953
	25-34 år	22,5	0,58	(0,53;0,62)	6.793
	35-44 år	27,6	0,75	(0,71;0,81)	8.401
	45-54 år	33,5	1		13.301
	55-64 år	44,0	1,56	(1,48;1,64)	15.327
	65-74 år	48,7	1,88	(1,78;1,99)	15.689
	≥75 år	52,6	2,20	(2,08;2,34)	11.226
	Alle mænd	34,5			77.690
Kvinder	16-24 år	20,6	0,40	(0,38;0,43)	9.410
	25-34 år	25,9	0,54	(0,51;0,57)	9.774
	35-44 år	31,4	0,71	(0,67;0,75)	11.374
	45-54 år	39,3	1		16.296
	55-64 år	46,9	1,36	(1,30;1,43)	18.043
	65-74 år	48,3	1,44	(1,37;1,51)	17.059
	≥75 år	52,7	1,72	(1,63;1,82)	12.543
	Alle kvinder	37,9			94.499
Uddannelse	Under uddannelse	20,8			11.325
	Grundskole	51,3	1,46	(1,39;1,54)	12.053
	Kort uddannelse	39,9	1,19	(1,15;1,22)	60.406
	Kort videregående uddannelse	35,7	0,98	(0,93;1,02)	13.717
	Mellemlang videregående uddannelse	35,6	1		36.902
	Lang videregående uddannelse	27,0	0,76	(0,73;0,80)	21.344
	Anden uddannelse	43,9	1,27	(1,20;1,35)	8.175
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	28,0	1		81.106
	Arbejdsløse	38,4	1,71	(1,58;1,86)	3.402
	Førtidspensionister	83,9	11,31	(10,4;12,3)	5.708
	Andre uden for arbejdsmarkedet	51,5	3,55	(3,33;3,79)	7.317
	Efterlønsmodtagere	46,4			1.458
	Alderspensionister	50,4			56.517
Samlivsstatus	Gift	37,1	1		93.122
	Samlevende	30,4	1,21	(1,17;1,26)	24.548
	Enlig (separeret, skilt)	49,8	1,53	(1,47;1,59)	14.631
	Enlig (enkestand)	52,0	1,21	(1,15;1,27)	10.612
	Enlig (ugift)	29,6	1,49	(1,44;1,56)	29.276
Region	Hovedstaden	32,8	0,88	(0,86;0,90)	56.102
	Sjælland	39,5	1,06	(1,03;1,09)	19.813
	Syddanmark	38,7	1,05	(1,03;1,08)	41.693
	Midtjylland	35,3	0,95	(0,93;0,97)	33.776
	Nordjylland	39,2	1,07	(1,04;1,11)	20.805

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har én eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (tabel 4.1.1, figur 4.1.1 og figur 4.1.2).

Køn og alder: Andelen med langvarig sygdom er større blandt kvinder (37,9 %) end blandt mænd (34,5 %). Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med langvarig sygdom. Således falder andelen fra 51,3 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 27,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med langvarig sygdom er størst blandt førtidspensionister (83,9 %) og mindst blandt beskæftigede (28,0 %). Andelen er desuden relativt stor blandt arbejdsløse (38,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (51,5 %).

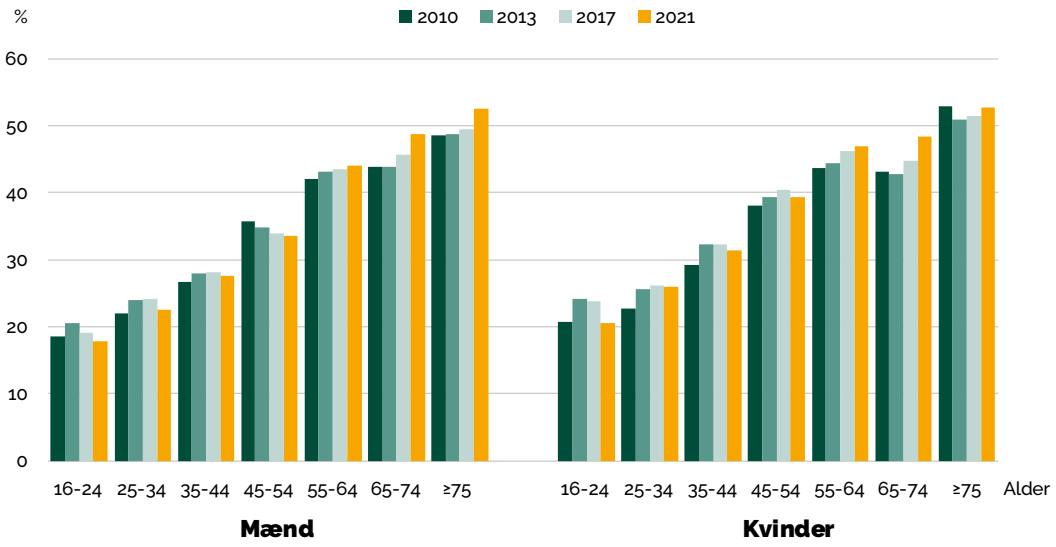
Samlivsstatus: Der er procentvis færrest med langvarig sygdom blandt samlevende og enlige (ugifte). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses den laveste forekomst af langvarig sygdom blandt gifte.

Region: I forhold til landsgennemsnittet ses en større andel med langvarig sygdom i Region Sjælland (39,5 %), Region Nordjylland (39,2 %) og Region Syddanmark (38,7 %). Derimod er andelen mindre i Region Hovedstaden (32,8 %) og Region Midtjylland (35,3 %).

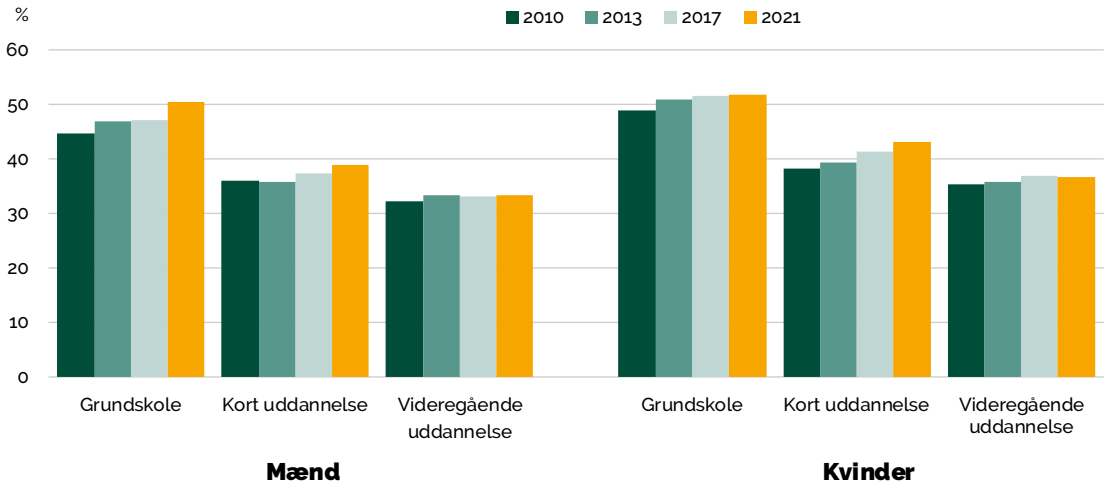
Udvikling: Samlet set er der sket en jævn stigning i andelen af personer, der angiver at have én eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse, fra 33,4 % i 2010 til 36,2 % i 2021. Blandt begge køn ses på tværs af aldersgrupper et noget usystematisk mønster i udviklingen mellem 2010 og 2021, hvad angår andelen med langvarig sygdom (figur 4.1.1). Den overordnende stigning i andelen, der ses mellem 2010 og 2021, skyldes primært en stigning i de tre ældste aldersgrupper, dog med undtagelse af kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover, hvor andelen er uændret i perioden.

Overordnet set er andelen med langvarig sygdom steget i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2021 med undtagelse af blandt mænd og kvinder med en lang videregående uddannelse, hvor andelen stort set er uændret (figur 4.1.2).

Figur 4.1.1 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 4.1.2 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Sundhedsadfærd og langvarig sygdom
Ud over betydningen af den beskrevne ændring i befolkningssammensætningen for forekomsten af langvarige sygdomme påvirkes risikoen for at udvikle flere langvarige sygdomme også af sundhedsadfærden. En hensigtsmæssig sundhedsadfærd mindsker risikoen for udvikling af langvarige sygdomme. Desuden indgår fremme af en hensigtsmæssig sundhedsadfærd også som led i behandlingen af mange langvarige sygdomme, hvilket kan være afgørende for prognosen, idet det øger effekten af behandlingen og mindsker risikoen for komplikationer og nye sygdomme (4, 5). For de fleste langvarige sygdomme spiller den enkeltes indsats således en vigtig rolle for sygdomsforløbet. Det fremgår af tabel 4.1.2, at der blandt personer med langvarig sygdom er en større andel, der henholdsvis ryger dagligt, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster og har svær overvægt (BMI≥30), sammenlignet med personer, der ikke har en langvarig sygdom. Dog er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, lidt mindre blandt personer med langvarig sygdom end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom. En lignende forskel ses i alle år. Eksempelvis er andelen, der ryger dagligt, omtrent 5 procentpoint større blandt personer, der har en langvarig sygdom, end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom i alle år, selvom der ses et markant fald i andelen i perioden.

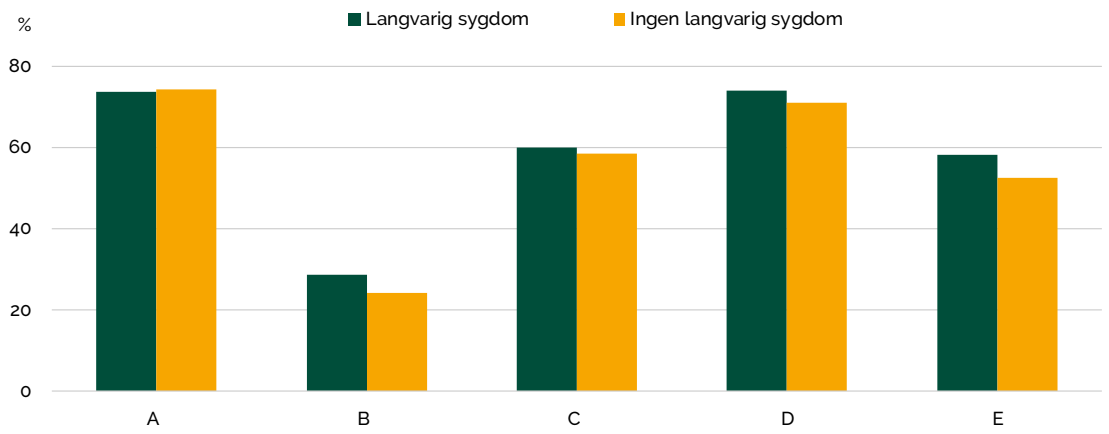
Tabel 4.1.2 Udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd samt svær overvægt, opdelt på langvarig sygdom. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.

	2010 Langvarig sygdom		2013 Langvarig sygdom		2017 Langvarig sygdom		2021 Langvarig sygdom	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Ryger dagligt	25,2	19,2	20,6	15,4	20,1	15,2	16,9	12,3
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	23,8	25,3	20,5	21,4	16,9	18,4	14,8	16,1
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	-	-	-	-	-	-	62,9	54,6
Usundt kostmønster	15,0	12,5	15,4	13,0	17,9	14,7	20,3	16,3
Svær overvægt (BMI≥30)	18,1	11,2	18,5	11,7	21,8	14,0	23,9	15,3

Ønske om adfærdsændring og langvarig sygdom
Personer, der har en langvarig sygdom, bliver i stigende grad involveret i egen sygdomsbehandling. Eksempelvis indeholder mange forløbsprogrammer og patientuddannelser anbefalinger om, at personer med en langvarig sygdom skal tilegne sig handlekompetencer, der gør dem i stand til at håndtere deres sygdom bedre – herunder, at de skal motiveres og have hjælp til at ændre sundhedsadfærd (6, 7). En væsentlig forudsætning er dog, at personer med langvarig sygdom har viljen til og ønsket om at ændre adfærd. Ud fra et forebyggelsesperspektiv er det derfor vigtigt at have kendskab til borgernes ønske om adfærdsændring i forbindelse med eksempelvis rygning, fysisk aktivitet, vægt og kost.

I tabel 4.1.3 vises andelen, der ønsker at ændre sundhedsadfærd, blandt personer, der henholdsvis ryger dagligt, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, har et usundt kostmønster, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet samt har svært overvægt, opdelt på, hvorvidt de har en langvarig sygdom eller ej. Overordnet ses der ingen væsentlige forskelle mellem de to grupper i forhold til ønsket om at ville ændre adfærd.

Figur 4.1.3 Ønske om at ændre sundhedsadfærd opdelt på langvarig sygdom. 2021. Aldersjusteret procent.



A: Vil gerne holde op med at ryge blandt personer, der ryger dagligt

B: Vil gerne nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

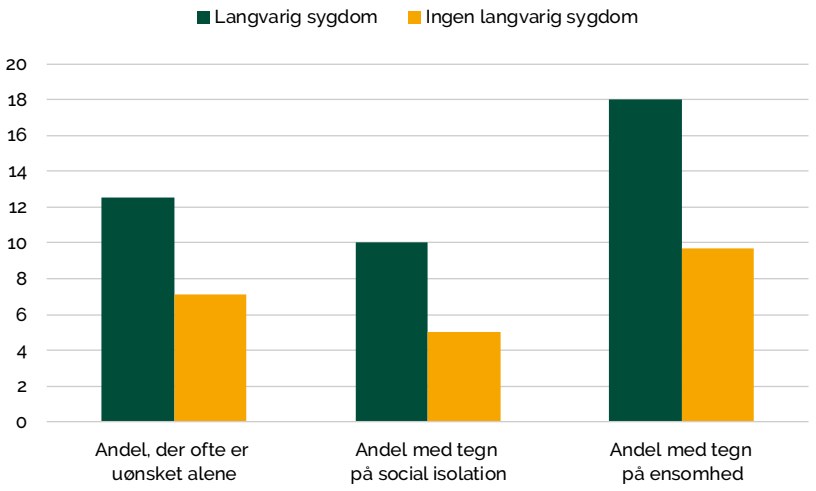
C: Vil gerne spise mere sundt blandt personer med et usundt kostmønster

D: Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

E: Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt

Sociale relationer og langvarig sygdom
At leve med en langvarig sygdom kan have en række konsekvenser for den enkelte. En konsekvens kan være manglende kontakt til sociale netværk. Det ses af figur 4.1.4, at en større andel ofte føler sig uønsket alene blandt personer med langvarig sygdom (12,5 %) end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (7,1 %). Endvidere er andelen med tegn på ensomhed større i gruppen af personer, der har en langvarig sygdom. Resultaterne skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Det overordnede formål hermed var at reducere smittespredningen, og blandt de mest essentielle budskaber i denne strategi var, at borgerne skulle holde afstand til hinanden samt begrænse antallet af personer, de havde fysisk kontakt med, ud over personer i egen husstand. Studier, som er gennemført under pandemien, viser, at restriktionerne har haft en række negative konsekvenser for vores sociale relationer og følelsen af ensomhed (8, 9).

Figur 4.1.4 Sociale relationer opdelt på langvarig sygdom. 2021. Aldersjusteret procent..



Referencer

1. Ware JE, Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2015.

2. Nielsen A, Bekker-Jeppsen M, Almer K, Andreasen AH. Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, 2016.

3. Sundhedsdatastyrelsen. Fire profiler for patienterne, der står for de højeste udgifter i 2017 – Forløbsanalyse af kontaktmønstre på tværs af det regionale sundhedsvæsen i 2010-2016.

4. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

5. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.

6. Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.

7. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

8. Smith BJ, Lim MH. How the covid-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. Public Health Res Pract. 2020; 30: 3022008.

9. Santini ZI, Koyanagi A. Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the covid-19 pandemic. Acta Neuropsychiatr. 2021; 33: 160-63.

4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

For at belyse forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen er svarpersonerne i denne undersøgelse blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft 19 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 19 sygdomme og helbredsproblemer er udvalgt, fordi de hver især bidrager til den samlede sygdomsbyrde i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen og dermed færre gode leveår.

De specifikke sygdomme og helbredsproblemer er belyst ved følgende spørgsmål: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis svarpersonen angiver aktuelt at have den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen, karakteriseres personen i de følgende opgørelser som at have den pågældende sygdom.

Forekomsten af hver enkelt af de 19 sygdomme og helbredsproblemer i 2010, 2013, 2017 og 2021 fremgår af tabel 4.2.1. Desuden præsenteres det estimerede antal personer i befolkningen, som i 2021 angiver at have den pågældende sygdom eller helbredsproblem. Tabellen er opbygget sådan, at forekomsterne præsenteres efter faldende hyppighed i 2021.

Det fremgår af tabellen, at allergi (23,6 %), slidgigt (22,5 %) og forhøjet blodtryk (20,5 %) er de hyppigst forekommende af de adspurgte tilstande. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er generelt set stigende i perioden 2010 til 2021.

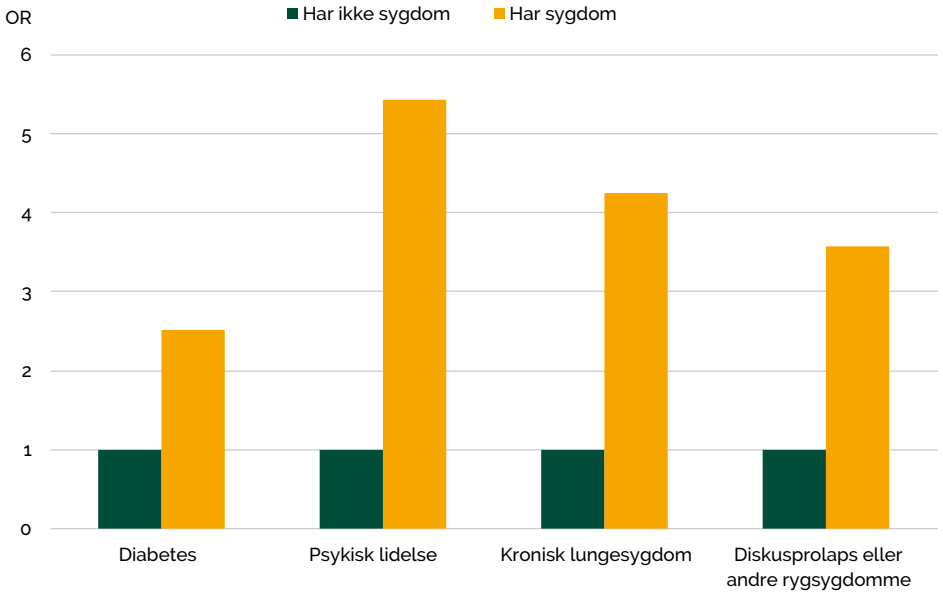
Belastningen ved at have de forskellige sygdomme og helbredsproblemer kan ikke umiddelbart sammenlignes. For at få en indikation på, hvor belastet svarpersonerne er af en given sygdom, er der derfor lavet en opgørelse af andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, blandt dem, som har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger heraf (tabel 4.2.1). Således angiver omtrent halvdelen af de personer, som lider af hjertekrampe (49,9 %), kronisk lungesygdom (48,4 %) eller hjerneblødning (44,8 %), at de har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. Den mindste andel ses blandt personer med allergi (19,2 %). For alle sygdomme og helbredsproblemer er der en større andel, der vurderer eget helbred som værende mindre godt eller dårligt, end i befolkningen generelt set (16,7 %).

Selvvurderet helbred hænger sammen med sygdom og helbredsproblemer, men også med køn, alder og uddannelsesniveau. Andelen med eksempelvis kronisk lungesygdom er relativt stor blandt ældre og personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (data ikke vist). Desuden er andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, stor blandt personer med kronisk lungesygdom. For at belyse, hvorvidt den forskel, der ses i andelen med mindre godt eller dårligt helbred, kan forklares ved køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne med og uden en given sygdom, er der i figur 4.2.1 foretaget analyser, der tager højde for dette for fire udvalgte sygdomme. Figuren viser, at når der tages højde for eventuelle køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne, så er der for samtlige fire udvalgte sygdomme en markant højere forekomst af personer, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, i gruppen med den pågældende sygdom end i gruppen uden den pågældende sygdom. Eksempelvis har personer med kronisk lungesygdom godt fire gange større odds for at vurdere eget helbred som mindre godt eller dårligt sammenlignet med personer, der ikke har en kronisk lungesygdom (når der tages højde for køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem de to grupper).

Tabel 4.2.1 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen). 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent og antal i befolkningen.

	Andel med sygdom				Estimeret antal personer i befolkningen i 2021 (i 1.000)	Andelen af syge, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt
	2010	2013	2017	2021		
Allergi	21,9	22,7	21,9	23,6	1.138	19,2
Slidgigt	19,7	19,7	20,9	22,5	1.085	32,0
Forhøjet blodtryk	18,0	18,4	18,9	20,5	989	29,6
Migræne eller hyppig hovedpine	15,7	14,5	16,3	17,9	863	29,3
Tinnitus	10,1	12,1	12,7	16,1	777	25,1
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	13,6	13,3	13,7	14,8	714	37,4
Depression	-	-	-	13,2	637	43,1
Psykisk lidelse	-	9,0	10,9	12,9	622	39,0
Angst	-	-	-	12,3	593	36,7
Astma	7,6	7,5	7,6	8,5	410	29,5
Leddegigt	6,0	6,0	6,8	7,9	381	39,4
Diabetes	4,9	5,2	5,5	5,8	280	36,7
Kronisk lunge-sygdom	4,6	4,4	4,3	5,2	251	48,4
Grå stær	3,8	4,1	4,4	5,1	246	33,6
Osteoporose (knogleskørhed)	3,2	3,4	3,9	4,5	217	41,6
Kræft	2,3	2,6	3,2	3,7	178	39,9
Hjertekrampe	2,1	1,8	1,9	2,2	106	49,9
Hjerneblødning	1,5	1,5	1,7	2,0	96	44,8
Blodprop i hjertet	1,2	1,1	1,2	1,3	63	47,6

Figur 4.2.1 Forekomsten af personer (25 år eller derover) med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred opdelt på udvalgte sygdomme og helbredsproblemer. 2021. Køns-, alders- og uddannelsesjusteret odds ratio (OR).



Tabel 4.2.2 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Allergi	26,2	26,4	25,3	22,5	18,1	14,3	10,6	21,0
Slidgigt	1,1	2,6	7,4	16,7	30,1	37,1	40,3	18,4
Forhøjet blodtryk	1,4	3,6	7,8	17,7	31,9	44,1	49,0	20,9
Migræne eller hyppig hovedpine	10,9	12,1	13,9	13,4	11,9	8,5	6,2	11,3
Tinnitus	9,7	9,4	12,0	18,5	26,8	31,8	26,8	19,0
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	3,1	6,6	13,4	17,6	21,5	20,6	18,9	14,5
Depression	14,7	15,6	12,4	10,9	10,4	7,4	6,3	11,3
Psykisk lidelse	12,8	14,9	11,9	10,1	9,2	5,6	3,9	10,1
Angst	13,9	14,8	10,3	9,0	7,1	4,8	3,1	9,3
Astma	7,5	7,6	7,5	7,7	7,9	7,4	7,6	7,6
Leddegigt	0,9	2,0	4,3	7,5	14,1	16,2	16,7	8,5
Diabetes	0,9	1,1	2,5	5,2	10,0	14,9	17,2	6,9
Kronisk lungesygdom	1,2	1,3	1,8	3,2	7,2	11,5	14,5	5,3
Grå stær	0,5	0,5	0,5	1,1	3,2	9,9	19,3	4,2
Osteoporose (knogleskørhed)	0,4	0,4	0,6	1,2	2,3	3,5	5,8	1,8
Kræft	0,5	0,6	1,0	1,8	3,8	8,9	12,3	3,6
Hjertekrampe	0,7	0,7	1,0	1,6	3,1	4,5	6,7	2,4
Hjerneblødning	0,4	0,6	0,5	1,4	3,2	4,7	7,0	2,3
Blodprop i hjertet	0,3	0,3	0,4	1,2	2,8	3,8	5,6	1,9
Kvinder								
Allergi	29,9	29,0	29,2	29,0	25,8	21,6	16,8	26,2
Slidgigt	1,1	3,4	9,4	23,2	41,0	50,4	59,0	26,4
Forhøjet blodtryk	1,7	2,3	5,4	13,7	27,2	40,8	54,0	20,1
Migræne eller hyppig hovedpine	28,1	29,4	32,0	31,3	23,2	13,0	9,1	24,3
Tinnitus	8,0	8,1	9,1	13,2	18,8	19,1	17,7	13,4
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	3,7	7,4	13,0	18,3	20,2	19,7	22,5	15,1
Depression	21,2	20,0	16,2	15,1	14,3	9,6	8,4	15,1
Psykisk lidelse	23,5	23,9	18,7	15,2	13,4	7,4	5,3	15,6
Angst	29,5	23,9	17,0	13,3	11,5	6,9	5,1	15,3
Astma	10,0	8,4	8,4	9,5	10,0	9,9	9,7	9,4
Leddegigt	1,1	2,1	3,5	7,3	11,6	12,1	15,2	7,4
Diabetes	0,8	1,1	2,0	3,3	6,5	9,2	12,0	4,8
Kronisk lungesygdom	0,9	0,8	1,3	2,8	6,9	10,7	12,9	5,0
Grå stær	0,3	0,4	0,6	1,3	4,2	13,5	25,8	6,0
Osteoporose (knogleskørhed)	0,2	0,5	0,8	2,5	8,0	15,6	24,6	7,0
Kræft	0,3	0,6	1,5	2,9	5,5	7,8	8,9	3,8
Hjertekrampe	0,7	0,7	0,9	1,2	2,1	3,4	5,8	2,0
Hjerneblødning	0,1	0,4	0,5	1,0	2,0	3,2	4,9	1,6
Blodprop i hjertet	0,1	0,2	0,3	0,4	0,8	1,5	2,8	0,8

I tabel 4.2.2 ses andelen med de specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Andelen af flere af de specifikke sygdomme er stærkt afhængig af alder. Således stiger andelen med slidgigt, forhøjet blodtryk, leddegigt, diabetes, osteoporose og grå stær markant med stigende alder. Derimod er andelen med eksempelvis allergi, depression og angst større i de yngre aldersgrupper end i de ældre. Dette mønster ses blandt begge køn.

Multisygdom

At leve med to eller flere sygdomme (multisygdom) er en voksende udfordring for både den enkelte og sundhedsvæsenet (1). Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktionsevne (2-4). Desuden har personer med multisygdom øget risiko for at blive indlagt, for at indlæggelsen bliver af længere varighed, for at få flere komplikationer efter operation samt for tidlig død (4,5). Ud over konsekvenserne for den enkelt person er multisygdom således også forbundet med store økonomiske udgifter for sundhedsvæsenet og samfundet (6,7).

Opgørelsen af antal personer med multisygdom påvirkes af hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt har en sygdom, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom. I denne rapport opgøres antallet af sygdomme hos hver enkelt svarperson ved en optælling af forekomsten af 13 sygdomme og helbredsproblemer, som hver enkelt svarperson angiver at have eller have eftervirkninger af. De 13 tilstande er: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse, og diskusprolaps eller andre rygsygdomme. De inkluderede sygdomme i denne optælling afviger fra den tilsvarende optælling i rapporten i 2017. Det er således ikke muligt at direkte sammenligne resultaterne for multisygdom i nærværende rapport med resultaterne fra rapporten i 2017.

Tabel 4.2.3 viser, at der er en større andel med multisygdom (to eller flere sygdomme) blandt kvinder (31,3 %) end blandt mænd (25,5 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen med multisygdom stiger med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 4.2.3 Antal sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ingen sygdom	60,5	55,9	52,8	46,7	38,0	31,8	29,2	46,0
1 sygdom	28,5	30,0	28,8	29,3	27,1	28,2	27,5	28,6
2 sygdomme	8,7	10,4	12,1	13,6	17,4	19,1	20,5	14,2
3 sygdomme	1,6	2,6	4,0	6,0	9,5	11,2	11,8	6,3
4 eller flere sygdomme	0,8	1,1	2,3	4,4	8,0	9,7	11,1	5,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kvinder								
Ingen sygdom	49,7	48,7	46,7	39,4	30,2	25,6	20,7	38,0
1 sygdom	33,4	32,7	31,1	30,5	29,2	29,3	28,2	30,7
2 sygdomme	12,8	13,3	14,1	16,6	19,7	21,0	23,2	17,0
3 sygdomme	3,4	3,8	5,2	7,8	11,3	13,1	14,4	8,2
4 eller flere sygdomme	0,7	1,4	2,9	5,7	9,7	11,0	13,5	6,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Af tabel 4.2.4 fremgår det, at der er en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal sygdomme. Andelen med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (44,0 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (22,5 %).

Tabel 4.2.4 Antal sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). 2021. Aldersjusteret procent.

	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Ingen sygdom	28,5	38,4	42,4	40,6	46,6
1 sygdom	27,5	29,1	30,0	31,0	30,9
2 sygdomme	20,1	17,2	15,4	16,2	14,1
3 sygdomme	11,8	8,7	7,4	7,3	5,4
4 eller flere sygdomme	12,1	6,6	4,8	4,9	3,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Tabel 4.2.5 viser sammenhængen mellem antal sygdomme og antal livsstilsrelaterede risikofaktorer (jævnfør kapitel 3.6). I denne undersøgelse er følgende fem livsstilsrelaterede risikofaktorer valgt: daglig rygning, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, usundt kostmønster, opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og svær overvægt. Det ses, at blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der en mindre andel med multisygdom (21,9 %) end blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer (38,5 %).

Tabel 4.2.5 Antal sygdomme og helbredsproblemer opdelt på antal livsstilsrelaterede risikofaktorer. 2021. Aldersjusteret procent.

	Antal risikofaktorer			
Antal sygdomme	0	1	2	3-5
Ingen sygdom	47,7	43,4	37,7	31,5
1 sygdom	30,3	30,1	29,6	30,0
2 sygdomme	13,9	15,2	17,2	18,8
3 sygdomme	5,3	6,6	8,5	10,2
4 eller flere sygdomme	2,7	4,6	7,1	9,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Referencer

1. Brostrøm S. Multisygdom er en udfordring for både borger, sundhedsvæsen og samfund. I: Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Fjerritslev Tryk A/S, 2017.

2. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Strangers S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019; 53: 100903.

3. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. PloS One. 2017; 12: e0169426.

4. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011; 10: 430-9.

5. Jensen NL, Pedersen HS, Vestergaard M, Mercer SW, Glümer C, Prior A. The impact of socioeconomic status and multimorbidity on mortality: a population-based cohort study. Clin Epidemiol. 2017; 9: 279-89.

6. Statens Serum Institut. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, 2015.

7. Saaby M, Kongstad LP, Lydiksen NV, Engel-Andreasen C, Olsen KR. Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge patienter. Odense: Syddansk Universitet, 2017.

4.3 Smerter eller ubehag

Forekomsten af smerter eller ubehag er et andet mål for sygeligheden i befolkningen end for eksempel forekomsten af langvarig sygdom. Forekomsten i befolkningen er kendt af sundhedsvæsenet i varierende omfang, da forskellige typer smerte og ubehag vil begrænse borgernes hverdagsliv i forskelligt omfang, samtidig med at der er forskel på, hvornår smerter eller et ubehag opleves som bekymrende eller behandlingskrævende. Oplysninger om, hvorledes smerter eller ubehag præger befolkningens hverdagsliv, udgør således en væsentlig del af beskrivelsen af sundhedstilstanden i befolkningen.

Smerter eller ubehag kan have stor betydning for livskvalitet og herudover resultere i et nedsat funktionsniveau samt økonomiske omkostninger for samfundet og den offentlige sektor i form af nedsat arbejdsevne, sygefravær, overførselsindkomster og behandling i sundhedsvæsnet. Eksempelvis er det estimeret, at muskel- og skeletlidelser (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og rygsygdomme) medfører samfundsmæssige omkostninger i form af produktionstab og behandling for omkring 17,2 mia. kr. årligt. Hertil kommer overførsler som sygedagpenge og førtidspension med en årlig omkostning på 10,5 mia. kr. (1). Endvidere er det blevet vist, at erhvervsaktive danskere med migræne samlet har 3,8 mio. flere sygedage årligt end personer uden migræne samt årlige produktionstab for 1,2 mia. kr. som følge af sygedage, førtidspension og tidlig død (2).

Forekomsten af smerter eller ubehag er i denne undersøgelse belyst ved spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?'. For hver af de otte nævnte former for smerter eller ubehag i tabel 4.3.1 var det muligt at svare 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' eller 'Nej'. De forskellige former for smerter eller ubehag, der er oplistet i tabellen, præsenteres efter hyppighed med den hyppigst forekommende først.

Tabel 4.3.1 viser forekomsten af de otte former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage opdelt på, hvorvidt personen har været meget eller lidt generet. De hyppigst nævnte former for meget generende smerter eller ubehag er træthed (19,7 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (17,6 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (16,6 %), smerter eller ubehag i skulder eller nakke (16,0 %) samt søvnbesvær og søvnproblemer (15,0 %).

Tabel 4.3.1 Andel, der har været meget eller lidt generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2021. Procent.

	Meget generet	Lidt generet	I alt	Antal svarpersoner
Træthed	19,7	46,3	66,0	173.661
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	17,6	39,6	57,3	173.806
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	16,6	40,0	56,6	173.688
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	16,0	40,4	56,4	173.540
Søvnbesvær, søvnproblemer	15,0	34,3	49,2	173.789
Hovedpine	8,4	30,5	38,9	173.324
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	8,3	28,7	37,1	173.738
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	7,8	26,2	34,0	173.902

Forekomsten af de forskellige former for smerter eller ubehag afhænger af køn og alder. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt kvinder end blandt mænd for alle de nævnte former for smerter eller ubehag (tabel 4.3.2). Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led samt i ryg eller lænd, er overordnet set stigende med alderen blandt både mænd og kvinder. Blandt både mænd og kvinder er andelen, der har været meget generet af hovedpine, størst i de yngste aldersgrupper og mindst i de ældste aldersgrupper. Der ses en relativt stor andel (19,6 %), der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Der ses desuden en relativt stor andel (19,5 %), der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst, blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 4.3.2 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021. Procent.

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Træthed	20,6	18,1	15,4	14,0	13,8	11,6	15,0	15,5
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	6,3	8,0	11,1	15,1	20,1	18,8	23,0	14,4
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	8,5	11,0	12,8	14,3	17,0	15,2	17,8	13,7
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	8,0	10,5	12,4	13,1	15,3	12,1	11,0	11,9
Søvnbesvær, søvnproblemer	16,2	12,8	12,5	11,8	12,3	9,0	10,0	12,2
Hovedpine	6,9	6,0	6,3	5,7	5,2	3,2	2,6	5,3
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	13,0	10,4	7,2	6,4	5,3	3,5	3,3	7,1
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	9,3	8,2	5,9	5,3	4,8	3,2	3,2	5,8
Kvinder								
Træthed	36,1	29,1	25,3	22,7	20,7	13,8	19,5	23,8
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	9,0	11,5	16,3	23,2	27,1	24,7	33,3	20,8
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	15,6	15,6	17,9	19,4	20,7	20,1	26,7	19,4
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	17,2	19,4	21,6	24,7	21,8	15,6	17,0	19,9
Søvnbesvær, søvnproblemer	23,1	15,7	15,2	18,9	19,1	15,1	16,5	17,7
Hovedpine	18,8	14,3	14,3	13,4	9,2	5,0	4,6	11,4
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	19,6	12,4	8,4	8,1	7,3	5,6	6,1	9,5
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	19,5	13,1	8,7	7,7	7,8	5,9	6,5	9,8

Tabel 4.3.3 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag indenfor de seneste 14 dage. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.

	2010	2013	2017	2021
Træthed	15,1	15,8	18,8	19,7
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	14,9	15,3	16,9	17,6
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	14,0	13,9	15,7	16,6
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	13,3	13,4	14,8	16,0
Søvnbesvær, søvnproblemer	10,2	11,0	13,6	15,0
Hovedpine	6,6	6,9	7,5	8,4
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	5,6	5,9	7,0	8,3
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	4,7	4,9	6,6	7,8

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af:

- **én eller flere former for smerter eller ubehag**
- **søvnbesvær, søvnproblemer**
- **at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig**

Tabel 4.3.4 Meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	35,9	1		166.540
	2013	36,9	1,04	(1,02;1,06)	150.729
	2017	41,4	1,27	(1,25;1,29)	168.435
	2021	44,9	1,45	(1,43;1,48)	170.555
Mænd	16-24 år	40,5	1,21	(1,13;1,29)	6.931
	25-34 år	39,4	1,16	(1,08;1,24)	6.766
	35-44 år	36,4	1,02	(0,96;1,08)	8.378
	45-54 år	36,0	1		13.249
	55-64 år	39,4	1,15	(1,09;1,22)	15.201
	65-74 år	35,0	0,96	(0,91;1,01)	15.551
	≥75 år	40,0	1,18	(1,12;1,25)	11.142
	Alle mænd	38,0			77.218
Kvinder	16-24 år	61,1	1,49	(1,41;1,58)	9.384
	25-34 år	52,9	1,06	(1,01;1,13)	9.723
	35-44 år	49,9	0,94	(0,89;1,00)	11.286
	45-54 år	51,3	1		16.161
	55-64 år	50,4	0,97	(0,92;1,01)	17.848
	65-74 år	43,0	0,72	(0,68;0,75)	16.867
	≥75 år	52,4	1,04	(0,99;1,10)	12.068
	Alle kvinder	51,4			93.337
Uddannelse	Under uddannelse	51,1			11.241
	Grundskole	54,1	1,86	(1,77;1,96)	11.909
	Kort uddannelse	46,2	1,30	(1,26;1,34)	59.865
	Kort videregående uddannelse	42,4	1,09	(1,04;1,15)	13.584
	Mellemlang videregående uddannelse	41,7	1		36.528
	Lang videregående uddannelse	35,1	0,76	(0,73;0,80)	21.090
	Anden uddannelse	50,0	1,57	(1,48;1,67)	8.026
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	39,9	1		80.439
	Arbejdsløse	54,5	1,76	(1,62;1,92)	3.383
	Førtidspensionister	76,5	5,29	(4,90;5,71)	5.610
	Andre uden for arbejdsmarkedet	65,7	2,99	(2,79;3,19)	7.228
	Efterlønsmodtagere	36,5			1.449
	Alderspensionister	42,6			55.628
Samlivsstatus	Gift	40,3	1		92.306
	Samlevende	45,6	1,20	(1,15;1,24)	24.290
	Enlig (separeret, skilt)	51,5	1,51	(1,45;1,57)	14.462
	Enlig (enkestand)	49,4	1,27	(1,21;1,33)	10.343
	Enlig (ugift)	49,7	1,42	(1,36;1,47)	29.154
Region	Hovedstaden	43,4	0,92	(0,91;0,94)	54.942
	Sjælland	47,8	1,13	(1,10;1,17)	19.538
	Syddanmark	45,7	1,03	(1,01;1,05)	41.424
	Midtjylland	45,0	1	(0,97;1,02)	34.129
	Nordjylland	43,1	0,93	(0,90;0,96)	20.522

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været meget generet af én eller flere former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage (tabel 4.3.4, figur 4.3.1 og figur 4.3.2).

Køn og alder: I alle aldersgrupper er der en større andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (61,1 %). Andelen er mindst i aldersgruppen 65-74 år for både mænd (35,0 %) og kvinder (43,0 %).

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Således falder andelen fra 54,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 35,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage er størst blandt førtidspensionister (76,5 %) og mindst blandt beskæftigede (39,9 %). Andelen er desuden relativt stor blandt arbejdsløse (54,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (65,7 %).

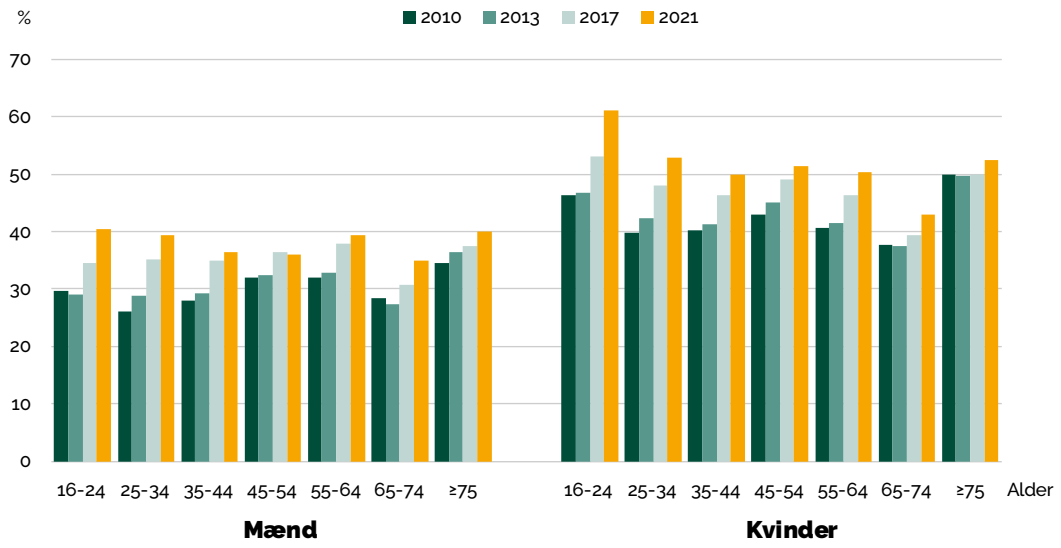
Samlivsstatus: Sammenlignet med gifte er der en større andel med meget generende smerter eller ubehag blandt enlige og samlevende.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er andelen med meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage lidt større i Region Sjælland (47,8 %) og Region Syddanmark (45,7 %). Derimod er andelen lidt mindre i Region Nordjylland (43,1 %) og Region Hovedstaden (43,4 %).

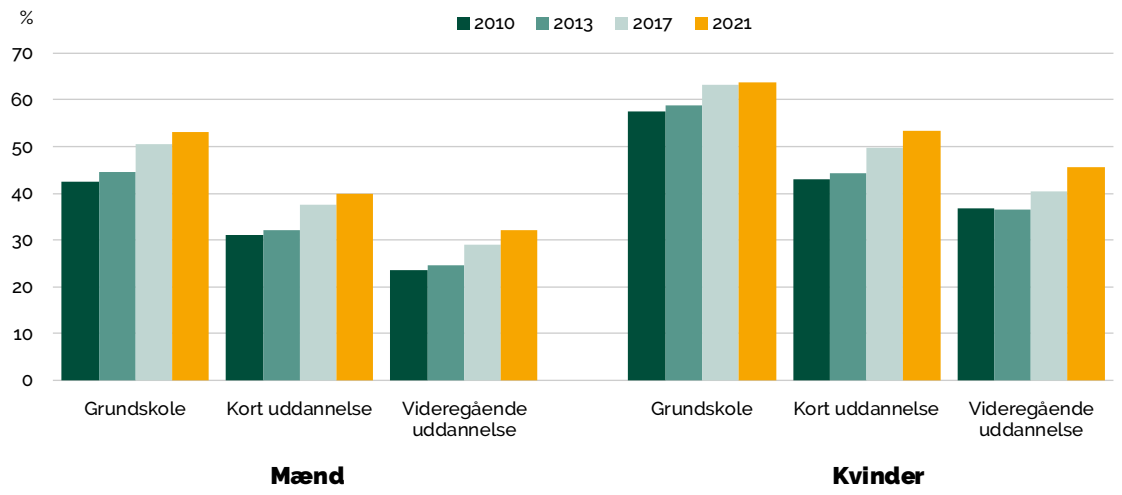
Udvikling: Samlet set er der sket en jævn stigning i andelen af personer, der har været meget generet af én eller flere former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, fra 35,9 % i 2010 til 44,9 % i 2021. Denne udvikling ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 4.3.1). Stigningen blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover skyldes imidlertid alene en stigning mellem 2017 og 2021.

Overordnet set er andelen med meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage steget jævnt i alle uddannelsesgrupper på tværs af køn i perioden 2010 til 2021 (figur 4.3.2).

Figur 4.3.1 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 4.3.2 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 4.3.5 Meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	10,2	1		173.577
	2013	11,0	1,08	(1,06;1,11)	157.852
	2017	13,6	1,38	(1,35;1,41)	175.479
	2021	15,0	1,55	(1,51;1,59)	173.789
Mænd	16-24 år	16,2	1,44	(1,31;1,58)	6.992
	25-34 år	12,8	1,09	(0,99;1,21)	6.812
	35-44 år	12,5	1,06	(0,96;1,17)	8.449
	45-54 år	11,8	1		13.365
	55-64 år	12,3	1,04	(0,96;1,13)	15.403
	65-74 år	9,0	0,74	(0,67;0,80)	15.805
	≥75 år	10,0	0,82	(0,75;0,90)	11.551
	Alle mænd	12,2			78.377
Kvinder	16-24 år	23,1	1,29	(1,20;1,38)	9.458
	25-34 år	15,7	0,80	(0,74;0,86)	9.811
	35-44 år	15,2	0,77	(0,71;0,83)	11.407
	45-54 år	18,9	1		16.363
	55-64 år	19,1	1,01	(0,95;1,08)	18.129
	65-74 år	15,1	0,76	(0,71;0,82)	17.274
	≥75 år	16,5	0,85	(0,79;0,91)	12.970
	Alle kvinder	17,7			95.412
Uddannelse	Under uddannelse	20,0			11.346
	Grundskole	20,0	1,95	(1,82;2,09)	12.381
	Kort uddannelse	15,1	1,26	(1,20;1,32)	60.835
	Kort videregående uddannelse	12,9	1,05	(0,98;1,13)	13.762
	Mellemlang videregående uddannelse	12,9	1		37.015
	Lang videregående uddannelse	10,0	0,78	(0,73;0,83)	21.330
	Anden uddannelse	18,2	1,66	(1,53;1,80)	8.252
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	11,5	1		81.197
	Arbejdsløse	22,4	2,25	(2,03;2,49)	3.414
	Førtidspensionister	35,2	4,28	(3,99;4,59)	5.749
	Andre uden for arbejdsmarkedet	30,6	3,46	(3,22;3,71)	7.344
	Efterlønsmodtagere	10,7			1.472
	Alderspensionister	12,8			57.600
Samlivsstatus	Gift	12,0	1		93.855
	Samlevende	13,6	1,15	(1,09;1,21)	24.584
	Enlig (separeret, skilt)	20,0	1,73	(1,64;1,82)	14.819
	Enlig (enkestand)	15,7	1,30	(1,21;1,40)	10.986
	Enlig (ugift)	19,6	1,75	(1,66;1,84)	29.545
Region	Hovedstaden	14,3	0,93	(0,91;0,96)	56.297
	Sjælland	16,3	1,10	(1,06;1,15)	19.899
	Syddanmark	15,5	1,03	(1,00;1,06)	42.125
	Midtjylland	14,7	0,96	(0,93;0,99)	34.652
	Nordjylland	14,7	0,98	(0,94;1,02)	20.816

[1]*Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage (tabel 4.3.5, figur 4.3.3 og figur 4.3.4).

Køn og alder: I alle aldersgrupper er der en større andel, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,1 %) og mindst blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år (9,0 %).

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Således falder andelen fra 20,0 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 10,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, er markant større blandt førtidspensionister (35,2 %), arbejdsløse (22,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (30,6 %) end blandt beskæftigede (11,5 %).

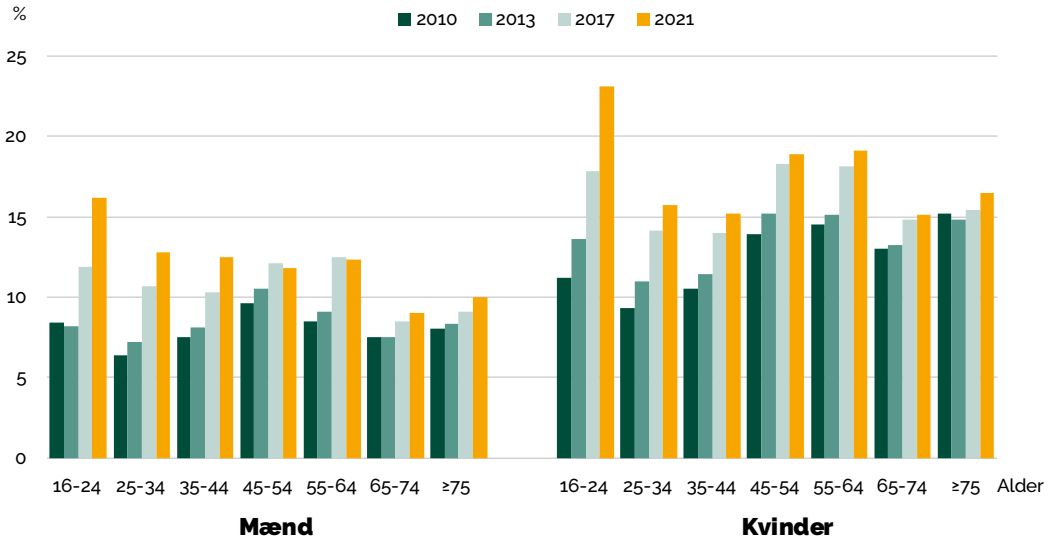
Samlivsstatus: Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt enlige og samlevende.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, lidt højere i Region Sjælland, og lidt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

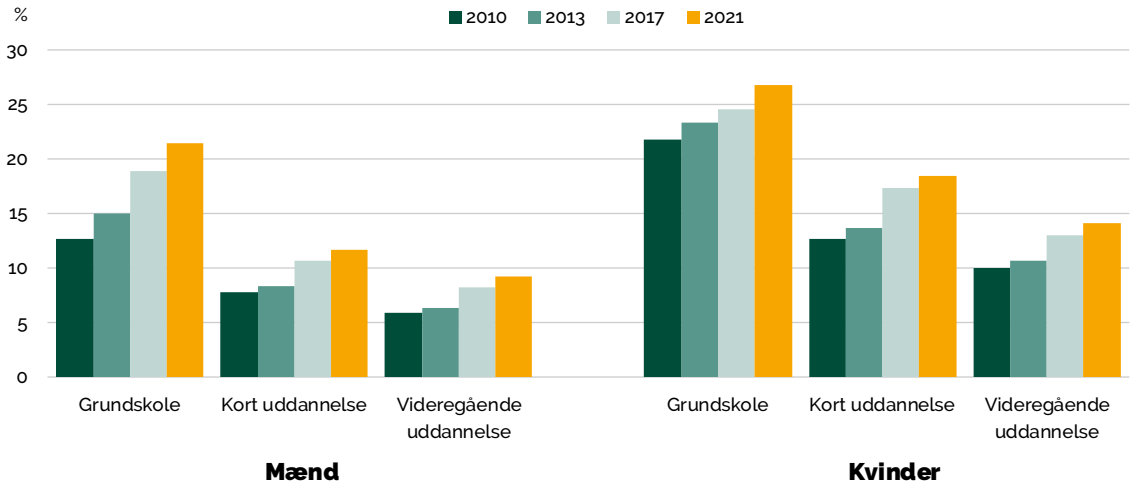
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Således er andelen steget fra 10,2 % i 2010 til 15,0 % i 2021. Denne udvikling ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (figur 4.3.3). Stigningen blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover skyldes imidlertid alene en stigning mellem 2017 og 2021. De største stigninger i perioden 2010 til 2021 ses i de yngste aldersgrupper, og stigningen er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (11,9 procentpoint).

Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, er steget jævnt i alle uddannelsesgrupper på tværs af køn i perioden 2010 til 2021 (figur 4.3.4).

Figur 4.3.3 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 4.3.4 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Tabel 4.3.6 Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	5,6	1		173.406
	2013	5,9	1,05	(1,01;1,09)	157.771
	2017	7,0	1,28	(1,24;1,33)	175.261
	2021	8,3	1,57	(1,52;1,63)	173.738
Mænd	16-24 år	13,0	2,17	(1,93;2,43)	6.992
	25-34 år	10,4	1,69	(1,49;1,90)	6.811
	35-44 år	7,2	1,14	(1,00;1,29)	8.445
	45-54 år	6,4	1		13.369
	55-64 år	5,3	0,82	(0,73;0,92)	15.396
	65-74 år	3,5	0,52	(0,46;0,60)	15.811
	≥75 år	3,3	0,50	(0,44;0,58)	11.548
	Alle mænd	7,1			78.372
Kvinder	16-24 år	19,6	2,79	(2,55;3,05)	9.453
	25-34 år	12,4	1,62	(1,47;1,78)	9.816
	35-44 år	8,4	1,05	(0,95;1,16)	11.407
	45-54 år	8,1	1		16.357
	55-64 år	7,3	0,90	(0,82;0,99)	18.143
	65-74 år	5,6	0,68	(0,61;0,75)	17.259
	≥75 år	6,1	0,74	(0,66;0,82)	12.931
	Alle kvinder	9,5			95.366
Uddannelse	Under uddannelse	15,8			11.334
	Grundskole	9,4	2,15	(1,94;2,38)	12.391
	Kort uddannelse	7,9	1,35	(1,26;1,45)	60.831
	Kort videregående uddannelse	6,7	1,15	(1,03;1,27)	13.770
	Mellemlang videregående uddannelse	6,3	1		37.004
	Lang videregående uddannelse	6,1	0,88	(0,81;0,97)	21.325
	Anden uddannelse	10,0	2,00	(1,79;2,24)	8.250
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	5,7	1		81.204
	Arbejdsløse	17,8	3,46	(3,08;3,90)	3.411
	Førtidspensionister	19,1	5,20	(4,75;5,69)	5.752
	Andre uden for arbejdsmarkedet	23,4	5,05	(4,63;5,51)	7.345
	Efterlønsmodtagere	3,4			1.470
	Alderspensionister	4,7			57.549
Samlivsstatus	Gift	4,8	1		93.819
	Samlevende	8,1	1,32	(1,23;1,41)	24.597
	Enlig (separeret, skilt)	10,1	2,34	(2,17;2,53)	14.814
	Enlig (enkestand)	6,8	1,91	(1,71;2,14)	10.967
	Enlig (ugift)	15,2	2,46	(2,31;2,63)	29.541
Region	Hovedstaden	8,6	1	(0,96;1,04)	56.267
	Sjælland	8,6	1,10	(1,05;1,16)	19.911
	Syddanmark	8,2	1	(0,96;1,05)	42.119
	Midtjylland	8,3	0,98	(0,94;1,02)	34.638
	Nordjylland	7,6	0,92	(0,87;0,98)	20.803

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage (tabel 4.3.6, figur 4.3.5 og figur 4.3.6).

Køn og alder: I alle aldersgrupper er der en større andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst i aldersgruppen 16-24 år både blandt mænd (13,0 %) og kvinder (19,6 %).

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. Således falder andelen fra 9,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 6,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, er markant større blandt førtidspensionister (19,1 %), arbejdsløse (17,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (23,4 %) end blandt beskæftigede (5,7 %).

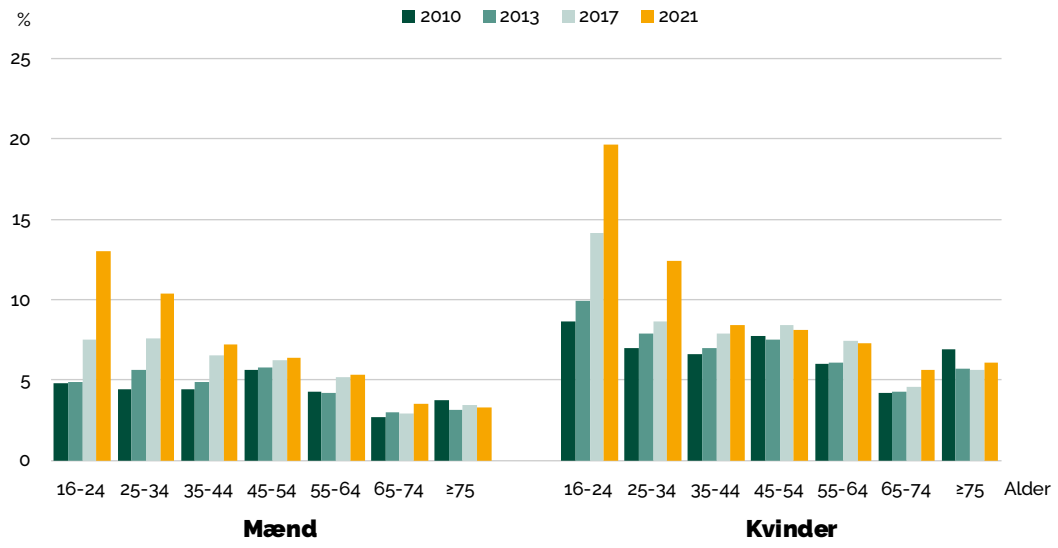
Samlivsstatus: Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt enlige og samlevende.

Region: I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, lidt højere i Region Sjælland, og lidt lavere i Region Nordjylland.

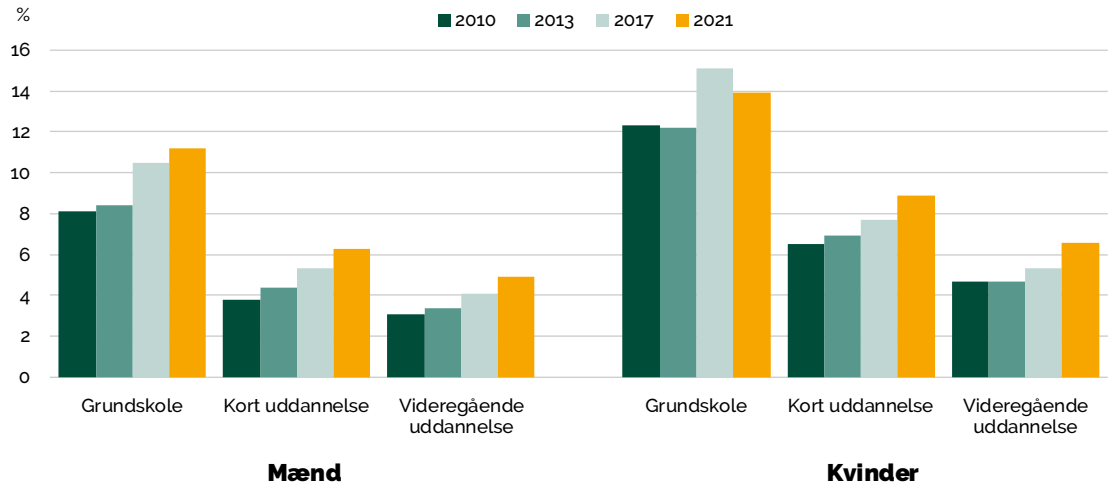
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, fra 5,6 % i 2010 til 8,3 % i 2021. Denne udvikling ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder med undtagelse af i den ældste aldersgruppe, hvor andelen er uændret i perioden (figur 4.3.5). De største stigninger i perioden 2010 til 2021 ses i de yngste aldersgrupper og stigningen især stor i aldersgruppen 16-24 år (8,2 procentpoint blandt mænd og 11,0 procentpoint blandt kvinder).

Der ses overordnet set en stigning i andelen, der har været meget generet at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2021 (figur 4.3.6).

Figur 4.3.5 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.



Figur 4.3.6 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



Referencer

1. Hansen MB, Davidsen M, Tolstrup JS. De samfundsmæssige omkostninger ved muskel-og skeletlidelser i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017.

2. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba EP, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2015.

5

Den praktiserende læges rolle

Den praktiserende læges rolle

Den praktiserende læge er befolkningens primære indgang til udredning og behandling i det danske sundhedsvæsen. Det er lægens rolle at vurdere, om der behov for primær behandling af mindre alvorlige sygdomme og tilstande, eller om der bør henvises til specialiseret udredning og behandling. Den praktiserende læge står derfor for størstedelen af lægemiddelordination i Danmark og fungerer endvidere som gatekeeper og kontrollerer således adgangen til det øvrige sundhedsvæsen (1).

I 2019 var ca. 5,0 mio. patienter i kontakt med egen læge, hvoraf det gennemsnitlige antal kontakter for personer i kontakt med lægen var 8,3 (2). Antallet af kontakter med egen læge falder med stigende uddannelsesniveau (3). I 2017 havde 95 % af alle personer med kronisk sygdom kontakt til egen læge, mens det samme gjaldt for ca. 80 % af befolkningen uden kronisk sygdom (4). Der er altså en bred berøringsflade mellem befolkningen og den praktiserende læge. Dette giver lægen mulighed for blandt andet at indgå i dialog med borgerne omkring deres sundhedsadfærd. Rådgivning fra den praktiserende læge er vigtig i forhold til personer både med og uden kendte helbredstilstande og sygdomme, idet en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er en vigtig del af både forebyggelse og behandling (5).

I forbindelse med covid-19-pandemiens indtræden i Danmark i midten af marts 2020 indførte myndighederne en række tiltag med henblik på at reducere aktiviteten i sundhedsvæsnet og derved mindske smittespredningen og øge kapaciteten til at håndtere en potentiel hastigt voksende epidemi (6). Herudover faldt antallet af kontakter til almen praksis ved epidemiens begyndelse, hvilket både tilskrives Sundhedsstyrelsens retningslinjer om at nedskalere aktiviteten samt en adfærdsændring afledt af generel opmærksomhed og påpasselighed omkring covid-19 i befolkningen (6). Efter omkring en måned var antallet af kontakter til almen praksis stabiliseret på nogenlunde samme niveau som før epidemien (6).

Igennem hele epidemiens forløb i Danmark har en del af aktiviteten i sundhedsvæsenet endvidere været omlagt fra fysisk fremmøde til virtuelle konsultationer, herunder telefon-, e-mail- og videokonsultationer (6). Fra epidemiens begyndelse og frem til tidspunktet for dataindsamlingen er der samlet set sket en stigning i brugen af virtuelle konsultationer sammenlignet med niveauet før epidemien (6). Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode med reduceret aktivitet i sundhedsvæsenet.

I denne undersøgelse er kontakt til egen læge belyst ved følgende spørgsmål: 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?'. Det var muligt at svare: 'Ja' eller 'Nej'.

Svarpersoner, der oplyser, at de har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, har desuden fået spørgsmålet: 'Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:' Hertil var det muligt at svare: 'At holde op med at ryge?', 'At tabe dig?', 'At tage på i vægt?', 'At dyrke motion?', 'At nedsætte dit alkoholforbrug?', 'At ændre dine kostvaner?' og 'At tage den med ro?'.

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. →

Tabel 5.1 Har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. 2021.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerheds-grænser	Antal svar-personer
År	2010	77,8	1		174.136
	2013	77,9	0,99	(0,97;1,01)	158.105
	2017	78,8	1,02	(1,00;1,04)	171.440
	2021	73,4	0,73	(0,72;0,75)	170.307
Mænd	16-24 år	58,6	0,78	(0,73;0,84)	6.647
	25-34 år	55,4	0,69	(0,64;0,73)	6.515
	35-44 år	58,8	0,79	(0,74;0,84)	8.147
	45-54 år	64,4	1		13.006
	55-64 år	71,8	1,41	(1,33;1,49)	15.130
	65-74 år	82,3	2,56	(2,41;2,73)	15.632
	≥75 år	87,1	3,73	(3,46;4,02)	11.483
	Alle mænd	67,5			76.560
Kvinder	16-24 år	79,4	1,25	(1,16;1,34)	9.129
	25-34 år	80,4	1,33	(1,24;1,43)	9.463
	35-44 år	75,7	1,01	(0,95;1,08)	11.133
	45-54 år	75,5	1		16.017
	55-64 år	76,2	1,04	(0,98;1,10)	17.819
	65-74 år	81,2	1,40	(1,32;1,49)	17.152
	≥75 år	85,9	1,97	(1,84;2,11)	13.034
	Alle kvinder	79,0			93.747
Uddannelse	Under uddannelse	70,4			11.369
	Grundskole	78,9	1	(0,94;1,07)	12.497
	Kort uddannelse	73,4	0,98	(0,94;1,02)	60.966
	Kort videregående uddannelse	73,2	0,99	(0,94;1,05)	13.792
	Mellemlang videregående uddannelse	74,3	1		37.106
	Lang videregående uddannelse	69,2	0,88	(0,84;0,92)	21.425
	Anden uddannelse	74,9	0,98	(0,91;1,05)	8.312
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	67,8	1		81.343
	Arbejdsløse	73,6	1,33	(1,21;1,47)	3.420
	Førtidspensionister	82,0	2,00	(1,84;2,18)	5.613
	Andre uden for arbejdsmarkedet	77,4	1,75	(1,61;1,89)	7.371
	Efterlønsmodtagere	76,2			1.448
	Alderspensionister	83,9			57.301
Samlivsstatus	Gift	74,3	1		92.409
	Samlevende	70,8	1,04	(0,99;1,08)	24.656
	Enlig (separeret, skilt)	78,8	1,19	(1,13;1,25)	14.345
	Enlig (enkestand)	83,8	1,03	(0,96;1,10)	10.964
	Enlig (ugift)	68,4	0,95	(0,91;0,99)	27.933
Region	Hovedstaden	72,8	1,02	(0,99;1,04)	55.226
	Sjælland	74,2	1,02	(0,98;1,05)	19.515
	Syddanmark	72,2	0,94	(0,91;0,96)	41.197
	Midtjylland	75,5	1,14	(1,11;1,17)	33.906
	Nordjylland	71,8	0,91	(0,88;0,94)	20.463

[1] *Justeret for køn og alder*

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder (tabel 5.1, figur 5.1 og figur 5.2).

Køn og alder: I alt angiver 73,4 % af den voksne befolkning, at de har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. Der ses en markant større andel blandt kvinder (79,0 %) end blandt mænd (67,5 %). Blandt mænd stiger andelen med stigende alder fra aldersgruppen 25-34 år. Blandt kvinder ses de største andele i de yngste og ældste aldersgrupper, mens andelen er nogenlunde ens i aldersgrupperne 35-44 år, 45-54 år og 55-64 år.

Uddannelse: Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (78,9 %) og mindst blandt personer med lang videregående uddannelse (69,2 %), mens andelen er nogenlunde ens i de øvrige uddannelsesgrupper.

Erhvervsmæssig stilling: Der ses en større andel, som har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt arbejdsløse (73,6 %), førtidspensionister (82,0 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (77,4 %) end blandt beskæftigede (67,8 %).

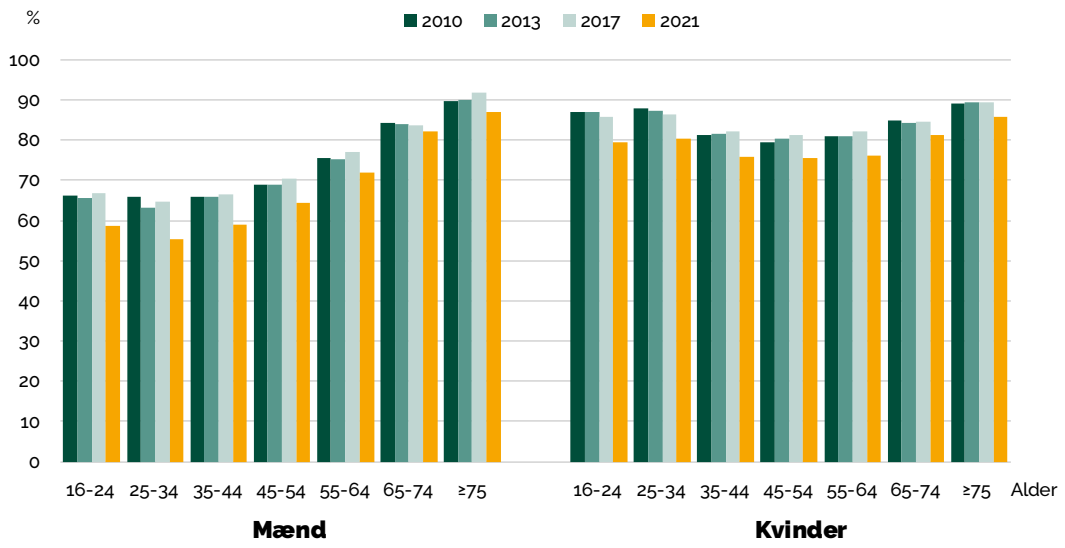
Samlivsstatus: Der er procentvis færrest, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt enlige (ugifte) (68,4 %), mens der er flest blandt enlige (enkestand) (83,8 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten imidlertid højest blandt enlige (separerede, skilte).

Regioner: Sammenlignet med landsgennemsnittet ses en højere forekomst af personer, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, i Region Midtjylland og en lavere forekomst i Region Nordjylland og Region Syddanmark.

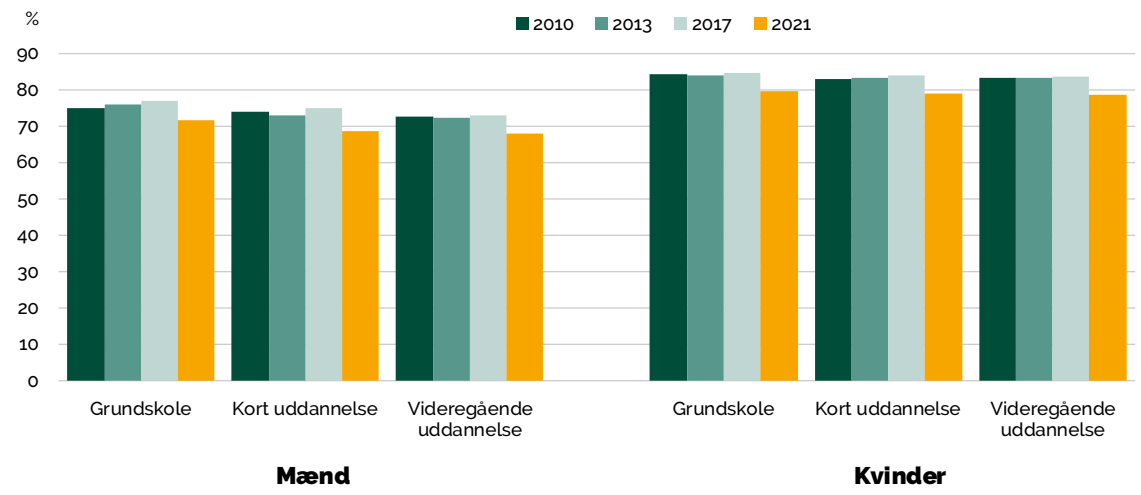
Udvikling: I perioden 2010 til 2021 er der sket et fald i andelen, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, fra 77,8 % til 73,4 %. Faldet skyldes udelukkende udviklingen mellem 2017 og 2021, hvor andelen falder fra 78,8 % til 73,4 %. Blandt begge køn er der i alle aldersgrupper sket et fald i andelen i perioden 2010 til 2021, hvilket ligeledes fortrinsvis skyldes et fald i andelen mellem 2017 og 2021 (figur 5.1).

Andelen, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, har været nogenlunde stabil i alle uddannelsesgrupperne i perioden 2010 til 2017, hvorefter der ses et fald i 2021 (figur 5.2).

Figur 5.1 Andel, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Procent.

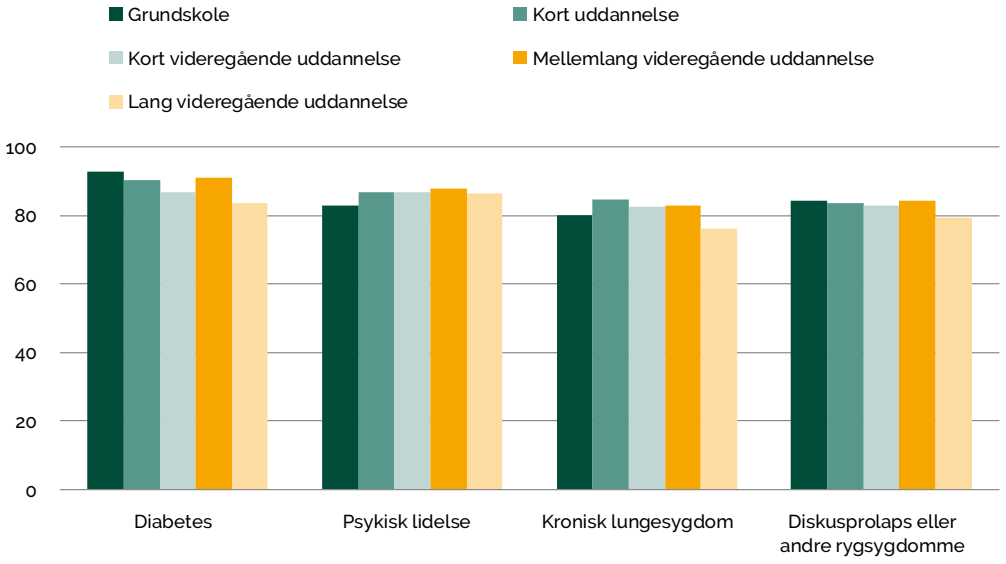


Figur 5.2 Andel, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i udvalgte uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.



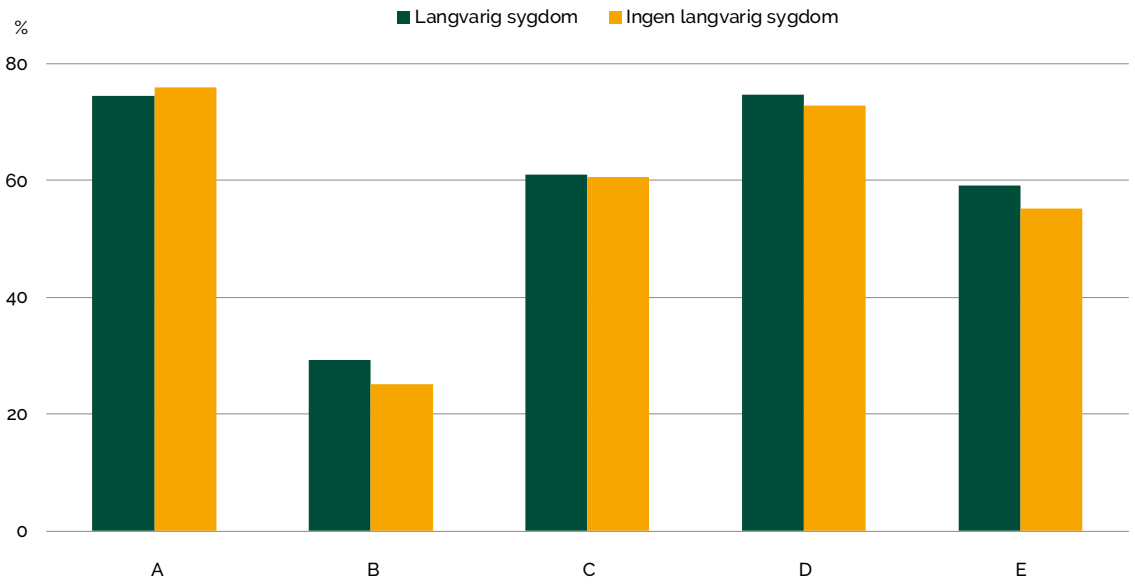
Kontakt til egen læge – uddannelse
Figur 5.3 viser sammenhængen mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer. Det fremgår af figuren, at der ikke er nogen klare sammenhænge.

Figur 5.3 Andel med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). 2021. Aldersjusteret procent.



I figur 5.4 vises andelen, der ønsker at ændre sundhedsadfærd, blandt personer, der har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, opdelt på hvorvidt de har en langvarig sygdom. Der ses ingen væsentlige forskelle i andelen, der ønsker at ændre adfærd, mellem personer henholdsvis med og uden langvarig sygdom.

Figur 5.4 Ønske om at ændre sundhedsadfærd opdelt på langvarig sygdom blandt personer, der har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. 2021. Aldersjusteret procent.



A: Vil gerne holde op med at ryge blandt personer, der ryger dagligt

B: Vil gerne nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

C: Vil gerne spise mere sundt blandt personer med et usundt kostmønster

D: Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

E: Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt

Råd fra egen læge

I tabel 5.2 vises andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at ændre sundhedsadfærd, i 2010, 2013, 2017 og 2021 blandt mænd og kvinder, som henholdsvis har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, svær overvægt, eller som ofte er nervøs eller stresset, og har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder.

I 2021 er der overordnet set en større andel blandt mænd end blandt kvinder med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, der har modtaget råd fra egen læge om ændring af sundhedsadfærd. Dog er der en større andel blandt kvinder (36,3 %) end blandt mænd (31,7 %), der ofte føler sig nervøse eller stressede og har modtaget råd om at tage den med ro. Blandt personer, der ryger dagligt, har omkring en tredjedel (37,5 % blandt mænd og 31,8 % blandt kvinder) modtaget råd om rygestop. Ligeledes har 38,1 % blandt mænd og 29,2 % blandt kvinder med svær overvægt modtaget råd om at dyrke motion eller at tabe sig. Blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, har 9,8 % blandt mænd og 6,3 % blandt kvinder fået råd om at nedsætte alkoholforbruget, ligesom godt én ud af ti mænd og kvinder med et usundt kostmønster har fået råd om at ændre kostvaner. I perioden 2010 til 2021 er der overordnet set sket et fald i andelen, der har fået råd om henholdsvis at ændre sundhedsadfærd eller at tage den med ro, blandt mænd og kvinder med svær overvægt, eller som ofte føler sig nervøse eller stressede. Modsat ses i perioden en mindre stigning i andelen, der har modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 5.2 Andel, der har modtaget råd fra egen læge, blandt mænd og kvinder, som har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder og henholdsvis har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, svær overvægt eller ofte er nervøse eller stressede. 2010, 2013, 2017 og 2021. Aldersjusteret procent.

	Modtaget råd om	2010	2013	2017	2021	Antal svarpersoner
Mænd						
Ryger dagligt	Rygestop	37,6	38,1	38,7	37,5	7.192
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	Nedsætte alkoholforbruget	7,7	8,4	8,9	9,8	13.743
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,6	12,6	12,7	12,9	11.051
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet[9]	Dyrke motion	-	-	-	24,4	30.575
Svær overvægt (BMI≥30)	Ændre kostvaner	31,7	29,0	25,8	25,5	11.251
Svær overvægt (BMI≥30)	Dyrke motion	37,7	38,0	36,5	37,6	11.281
Svær overvægt (BMI≥30)	Vægttab	46,7	43,5	38,2	38,1	11.319
Ofte nervøs eller stresset	Tage den med ro	36,7	35,1	34,8	31,7	6.762
Kvinder						
Ryger dagligt	Rygestop	34,1	33,3	33,7	31,8	8.399
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	Nedsætte alkoholforbruget	4,1	4,5	5,2	6,3	6.837
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,5	12,1	11,7	11,3	8.727
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet[9]	Dyrke motion	-	-	-	18,4	43.057
Svær overvægt (BMI≥30)	Ændre kostvaner	31,2	27,0	23,2	21,3	13.692
Svær overvægt (BMI≥30)	Dyrke motion	36,0	33,8	30,7	30,8	13.710
Svær overvægt (BMI≥30)	Vægttab	41,7	37,9	31,3	29,2	13.787
Ofte nervøs eller stresset	Tage den med ro	40,6	39,7	39,8	36,3	14.963

[9] Da der i 2021 er foretaget ændringer i svarmulighederne ved spørgsmålet, som benyttes til at opgøre andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er det ikke muligt at følge udviklingen over tid for denne indikator.

Referencer

1. Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. 2008.

2. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for praksisområdet 2009-2019. Sundhedsdatastyrelsen. 2020.

3. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Ugens tal for folkesundhed: Københavnerne går ikke så ofte til læge som sønder- og midtjyder og bornholmere. Uge 4, 2017. Tilgået 21-12-2021: www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/04_2017

4. Brugen af sundhedsvæsenet for borgere med kronisk sygdom. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2019.

5. Sundheds- og Ældreministeriet. Befolkningens kontakter til almen praksis. 2016. Tilgået 21-12- 2021: sum.dk/Media/4/9/02-Befokningens-kontakter-til-almen-praksis.pdf

6. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

7. Sundhedsstyrelsen. covid-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. København: Sundhedsstyrelsen, 2021.

6

Middellevetid og gode leveår

6. Middellevetid og gode leveår

Middellevetiden, eller det forventede antal leveår for 0-årige, er et hyppigt anvendt helbredsmål, der udtrykker det antal leveår, som en nyfødt født et givent år kan forventes at leve (1). Middellevetiden beregnes ud fra den aktuelle dødelighed i alle aldersgrupper.

I tabel 6.1 vises middellevetiden i de fem regioner og for hele Danmark i 2010, 2013, 2017 og 2021. Det ses af tabellen, at middellevetiden er steget støt for mænd fra 76,5 år i 2010 til 79,2 år i 2021 og for kvinder fra 80,8 år til 83,2 år i den samme periode. Stigningen ses i alle regioner. Det fremgår også, at kvinder har længere middellevetid end mænd, samt at den korteste middellevetid findes i Region Sjælland og den længste i Region Midtjylland for både mænd og kvinder.

Tabel 6.1 Middellevetid for 0-årige blandt mænd og kvinder, opdelt på region. 2010, 2013, 2017 og 2021.

	Mænd				Kvinder			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
Hovedstaden	76,2	77,5	78,2	79,0	80,6	81,7	82,3	83,2
Sjælland	75,6	76,9	77,8	78,4	80,2	81,2	81,7	82,3
Syddanmark	76,6	77,8	78,8	79,2	80,8	82,0	82,6	83,2
Midtjylland	77,4	78,8	79,1	79,7	81,4	82,5	82,9	83,6
Nordjylland	76,6	78,4	78,2	79,3	80,5	81,7	82,2	82,9
Danmark	76,5	77,9	78,5	79,2	80,8	81,9	82,4	83,2

Danmarks Statistik[10]

Siden 1990'erne er danskernes middellevetid steget støt (2), og denne udvikling har medført en stigning i både andelen og antallet af ældre i befolkningen (3). Befolkningsfremskrivninger viser, at der også i fremtiden forventes at komme flere ældre. Således forventer Danmarks Statistik, at antallet af ældre på 65 år eller derover vil stige fra ca. 1,2 mio. i 2021, svarende til 20 % af befolkningen, til ca. 1,6 mio. i 2060, svarende til 25 % af befolkningen (3). Med sådanne demografiske forandringer er der kommet et øget fokus på at dokumentere, om de ekstra leveår leves med godt eller dårligt helbred (4).

En persons helbredstilstand omfatter forskellige forhold, herunder det selvvurderede fysiske og mentale helbred samt forekomsten af langvarig sygdom. I opgørelser over den forventede restlevetid i befolkningen kan denne opdeles og opgøres som restlevetid med henholdsvis godt og dårligt helbred. Indikatoren 'tabte gode leveår' anvendes således til beskrivelse af restlevetiden med dårligt helbred (5, 6), mens indikatoren 'gode leveår' derimod anvendes til beskrivelse af restlevetiden med godt helbred. Sidstnævnte kan ses som et mål for kvaliteten af befolkningens restlevetid (5, 6), og opgørelserne i dette kapitel vil tage udgangspunkt i gode leveår.

En af fordelene ved at opgøre estimater af gode leveår (eller tabte gode leveår) er, at sådanne opgørelser ikke påvirkes af befolkningens størrelse og alderssammensætning. Derfor kan der foretages direkte sammenligninger af disse indikatorer på tværs af lande, regioner og år. Af denne grund er gode leveår ofte en central helbredsindikator i internationale sammenhænge.

[10] Opgørelser over middellevetid baserer sig på oplysninger fra Danmarks Statistik om antal indbyggere og antal dødsfald i de enkelte regioner. Denne fremgangsmåde er anvendt, idet der på denne baggrund kan beregnes dødshyppigheder, som i de senere opgørelser over gode leveår kombineres med regionsspecifikke forekomster af de udvalgte helbredsindikatorer. Derfor vil der være uoverensstemmelser mellem opgørelser over middellevetid henholdsvis i denne rapport og hos Danmarks Statistik.

I denne undersøgelse er gode leveår beregnet på baggrund af Sullivans metode (7), som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. Den forventede restlevetid i forskellige aldersgrupper er beregnet ved hjælp af registerdata om dødelighed fra Danmarks Statistik (8). I denne rapport er der anvendt oplysninger om befolkningens helbredstilstand fra Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, 2013, 2017 og 2021. Følgende tre indikatorer til beskrivelse af befolkningens gode leveår er valgt:

- Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred
- Ingen langvarig sygdom
- En høj score på den mentale helbredsskala (defineret som modsætningen til en lav score på den mentale helbredsskala).

For en nærmere beskrivelse af hvordan disse indikatorer er defineret, henvises der til de respektive kapitler (jf. kapitel 2.1 Selvvurderet helbred, kapitel 2.2 Fysisk og mentalt helbred og kapitel 4.1 Langvarig sygdom).

Da sundhedsprofilundersøgelserne er foretaget blandt personer på 16 år eller derover, er beregningerne af gode leveår foretaget for 16-årige mænd og kvinder. For at belyse forholdene for den ældre del af befolkningen er beregningerne også foretaget for 65-årige mænd og kvinder.

Gode leveår og selvvurderet helbred

I tabel 6.2 vises antal gode leveår for indikatoren, der belyser andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden 2010 til 2021. I beskrivelsen herunder vil der blot blive henvist til antal og andel gode leveår til beskrivelse af ovenstående.

Det fremgår af tabellen, at i 2010 forventedes 16-årige danske mænd at have 52,5 gode leveår, svarende til 86,5 % af den forventede restlevetid. I 2013 steg antal gode leveår til 53,7 år (86,7 %), mens antallet først faldt svagt til 53,4 år (84,8 %) i 2017 for derefter at stige svagt til 53,9 år (84,9 %) i 2021. For en 16-årig kvinde i Danmark er antallet af gode leveår steget fra 53,7 år (82,5 %) i 2010 til 54,6 år (82,6 %) i 2013 og derefter faldet til 53,9 år (80,6 %) i 2017. I 2021 ses igen en stigning til 54,6 år (80,9 %).

Antallet af gode leveår er således overordnet set steget med 1,4 år og 0,9 år blandt henholdsvis 16-årige mænd og kvinder i perioden 2010 til 2021. I samme periode er andelen af gode leveår faldet med 1,6 procentpoint blandt både mænd og kvinder. Det ses, at antal gode leveår i alle regioner er steget fra 2010 til 2021, men at mønsteret i stigningerne ikke er helt ens. Det ses også, at andelen af gode leveår er faldet i alle regioner.

Forklaringen på, at andelen af gode leveår blandt 16-årige overordnet set er faldet i perioden 2010 til 2021, selvom det absolutte antal gode leveår er steget, er, at den samlede forventede restlevetid er steget i samme periode. Figur 6.1 viser således, at en 16-årig mand i 2010 havde en forventet restlevetid på 60,7 år, hvoraf 52,2 år (86,5 %) forventedes at være gode leveår og 8,2 år (13,5 %) tabte gode leveår. I 2021 steg restlevetiden til 63,5 år, hvoraf 53,9 år (84,9 %) forventedes at være gode leveår og 9,6 (15,1 %) tabte gode leveår. Resultatet synes derfor at pege på, at stigningshastigheden i restlevetiden er større end stigningshastigheden i gode leveår.

Tabel 6.2 Antal gode leveår (med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår. Opgjort for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder og opdelt på regioner. 2010, 2013, 2017 og 2021.

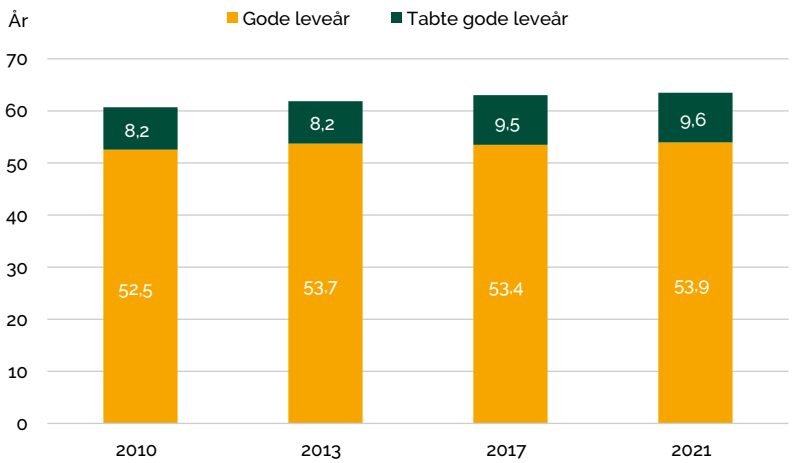
		Antal gode leveår				Andel af restlevetid med gode leveår (%)			
		2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
16-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	52,3	53,8	53,9	54,2	86,6	87,4	86,0	85,5
	Sjælland	51,3	52,8	52,5	52,7	85,7	86,5	84,4	84,0
	Syddanmark	51,9	52,9	52,3	53,5	85,4	85,3	82,8	84,1
	Midtjylland	53,8	54,4	54,6	54,9	87,6	86,8	85,9	85,7
	Nordjylland	53,1	54,1	52,1	53,5	87,1	87,0	83,4	84,1
	Danmark	52,5	53,7	53,4	53,9	86,5	86,7	84,8	84,9
	Kvinder								
	Hovedstaden	54,0	55,4	54,9	54,9	83,3	84,1	82,3	81,4
	Sjælland	52,6	53,4	52,1	52,8	81,7	81,8	78,9	79,2
	Syddanmark	52,6	53,6	52,5	54,6	80,6	81,0	78,4	80,9
	Midtjylland	54,9	54,9	54,5	54,9	83,7	82,7	81,2	80,9
	Nordjylland	53,4	54,2	53,5	54,4	82,4	82,2	80,4	81,1
	Danmark	53,7	54,6	53,9	54,6	82,5	82,6	80,6	80,9
65-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	12,2	13,0	13,4	13,4	76,6	77,9	78,1	76,5
	Sjælland	12,3	13,1	13,5	13,3	77,7	79,8	78,5	75,7
	Syddanmark	12,5	13,4	13,7	14,0	75,8	78,3	76,4	77,3
	Midtjylland	13,3	13,7	14,4	14,6	79,7	78,4	79,7	79,7
	Nordjylland	12,9	13,6	13,6	14,2	78,4	79,2	76,9	78,4
	Danmark	12,6	13,3	13,8	13,9	77,5	78,6	78,0	77,5
	Kvinder								
	Hovedstaden	13,5	14,4	14,8	14,7	71,6	73,4	73,3	71,9
	Sjælland	12,8	13,7	14,7	14,6	68,8	71,4	73,4	72,4
	Syddanmark	13,5	14,5	14,6	15,6	70,1	72,6	71,4	74,7
	Midtjylland	14,2	14,3	15,0	15,4	72,6	71,9	72,9	73,2
	Nordjylland	13,5	14,2	15,0	15,6	71,2	72,5	73,8	75,6
	Danmark	13,6	14,3	14,8	15,2	70,9	72,4	72,8	73,3

Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021

Det fremgår endvidere af tabel 6.2, at en 65-årig mand i 2010 kunne forvente at have 12,6 år gode leveår, svarende til 77,5 % af den forventede restlevetid. I 2013 var antallet af gode leveår steget til 13,3 år (78,6 %), til 13,8 år (78,0 %) i 2017, hvorefter der ses en vis stagnation på 13,9 år (77,5 %) i 2021. Mens antallet af gode leveår blandt 65-årige mænd således er steget i perioden 2010 til 2021, ses der et fald i andelen mellem 2013 og 2021. Der ses ikke en tydelig udvikling på tværs af regioner.

En 65-årig kvinde kunne i 2010 forvente 13,6 gode leveår (70,9 %). Antal gode leveår steg i 2013 til 14,3 år (72,4 %), 14,8 år (72,8 %) i 2017 og 15,2 år (73,3 %) i 2021. Stigningen i antal gode leveår i perioden 2010 til 2021 ses i alle regioner. I hele perioden 2010 til 2021 ses en stigning i andelen af restlevetiden med gode leveår. Der ses ikke en tydelig udvikling på tværs af regioner. Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår for kvinder er lavere end for mænd. Dette skyldes dels, at andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er større blandt mænd end blandt kvinder, og dels, at danske kvinder i gennemsnit lever længere end danske mænd (jævnfør tabel 6.1).

Figur 6.1 Antal gode leveår (år med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred) og antal tabte gode leveår (år med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred) for 16-årige mænd. 2010, 2013, 2017 og 2021.



Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021

Gode leveår og langvarig sygdom
I tabel 6.3 vises antal gode leveår for indikatoren, der belyser andelen uden langvarig sygdom for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden 2010 til 2021. Der vil i det følgende blot blive henvist til antal og andel gode leveår i beskrivelsen af ovenstående.

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 40,9 gode leveår, svarende til 67,3 % af restlevetiden. I 2013 var antal gode leveår for mænd 41,0 år (66,3 %), i 2017 var det 41,5 år (66,0 %), mens det i 2021 var 41,7 år (65,6 %). Således er antal gode leveår steget svagt fra 2010 til 2021, mens andelen af gode leveår er faldet svagt. Der ses et usystematisk mønster på tværs af kommunerne.

For 16-årige danske kvinder er antal gode leveår faldet svagt fra 42,0 år (64,5 %) i 2010 over 41,6 år (63,0 %) i 2013 og 41,5 år (62,1 %) i 2017 til 41,8 år (61,9 %) i 2021. Således er både antallet og andelen af restlevetiden med gode leveår faldet svagt fra 2010 til 2021, dog med en mindre stigning i antallet mellem 2017 og 2021. Der ses ikke noget systematisk mønster på tværs af regionerne i forhold til udvikling i antal gode leveår i perioden 2010 til 2021; derimod er andelen faldet i alle regioner.

Det forventede antal gode leveår for en 65-årig mand er steget svagt fra 8,8 år i 2010 til 9,1 år i 2013 og 9,2 år i 2017. Herefter ses et fald til 8,8 år i 2021. I hele perioden ses et fald i andelen af gode leveår, fra 54,0 % i 2010 til 49,3 % i 2021. Faldet er fortrinsvis sket mellem 2017 og 2021. Der tegner sig et noget usystematisk billede for udviklingen i både antallet og andelen af gode leveår på tværs af de fem regioner.

For en 65-årig kvinde er antal gode leveår steget fra 9,9 år i 2010 (51,7 %) over 10,4 år i 2013 (52,7 %) til 10,5 år (51,4 %) i 2017, hvorefter der ses et mindre fald til 10,1 år (48,8 %) i 2021. Overordnet ses også et fald i andelen med gode leveår i denne periode, og faldet er størst mellem 2017 og 2021. Der ses et noget usystematisk mønster, når man ser på tendenser på tværs regionerne.

Tabel 6.3 Antal gode leveår (uden langvarig sygdom) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår. Opgjort for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder og opdelt på regioner. 2010, 2013, 2017 og 2021.

		Antal gode leveår				Andel af restlevetid med gode leveår (%)			
		2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
16-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	40,9	40,6	41,4	42,9	67,8	65,9	66,1	67,6
	Sjælland	40,5	41,4	40,5	40,1	67,7	67,9	65,2	63,9
	Syddanmark	40,7	41,0	41,8	40,7	66,9	66,2	66,2	64,0
	Midtjylland	40,4	40,7	42,4	42,4	65,7	64,9	66,7	66,1
	Nordjylland	42,3	41,9	39,6	40,4	69,5	67,3	63,5	63,6
	Danmark	40,9	41,0	41,5	41,7	67,3	66,3	66,0	65,6
	Kvinder								
	Hovedstaden	42,6	42,4	41,8	43,2	65,7	64,4	62,6	64,1
	Sjælland	40,8	41,5	40,6	40,1	63,4	63,5	61,4	60,2
	Syddanmark	41,8	41,1	41,3	40,5	64,0	62,0	61,7	60,1
	Midtjylland	41,3	40,8	41,2	42,1	62,9	61,5	61,5	62,1
	Nordjylland	43,0	41,4	40,9	40,2	66,3	62,9	61,5	59,8
	Danmark	42,0	41,6	41,5	41,8	64,5	63,0	62,1	61,9
65-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	8,3	8,8	8,7	8,6	52,0	53,0	50,6	49,0
	Sjælland	9,1	9,5	9,0	8,3	57,7	57,8	52,0	47,1
	Syddanmark	8,8	9,2	9,8	9,1	53,2	54,0	54,7	50,2
	Midtjylland	8,8	9,0	9,6	9,4	52,7	51,4	53,3	51,1
	Nordjylland	9,4	9,2	8,8	8,8	57,3	53,5	50,0	48,3
	Danmark	8,8	9,1	9,2	8,8	54,0	53,8	52,2	49,3
	Kvinder								
	Hovedstaden	9,6	10,5	9,8	9,9	50,7	53,7	48,4	48,1
	Sjælland	9,8	10,3	10,7	9,8	52,3	53,5	53,5	48,6
	Syddanmark	10,1	10,6	11,1	10,3	52,2	52,9	54,0	49,0
	Midtjylland	9,8	10,2	10,4	10,2	50,5	51,1	50,7	48,6
	Nordjylland	10,4	10,1	10,5	10,4	54,9	51,5	51,8	50,2
	Danmark	9,9	10,4	10,5	10,1	51,7	52,7	51,4	48,8

Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021

Gode leveår og mentalt helbred
I tabel 6.4 ses antal gode leveår for indikatoren, der belyser andelen med en høj score på den mentale helbredsskala for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden 2010 til 2021. Der vil i den følgende beskrivelse blot blive henvist til antal og andel gode leveår.

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 55,8 gode leveår (91,9 % af restlevetiden). I 2013 var antallet af gode leveår steget til 56,5 år (91,2 %). Herefter ses et fald til 56,1 år (89,1 %) i 2017 og til 54,1 (85,1 %) i 2021. Således er både antal og andel gode leveår faldet i perioden 2010 til 2021. Samme tendens ses på tværs af regionerne.

For en 16-årig dansk kvinde ses det, at antal gode leveår var 57,3 år (88,0 %) i 2010, 57,5 år (87,1 %) i 2013, 56,4 år (84,5 %) i 2017 og 54,0 år (80,0 %) i 2021. Således er både antal af og andel af gode leveår faldet jævnt i perioden 2010 til 2021. Den samme tendens ses i alle fem regioner.

Antal gode leveår for 65-årige mænd er steget svagt fra 15,2 år (93,1 %) i 2010 over 15,6 år (92,1 %) i 2013 til 16,3 år (92,3 %) i 2017. Herefter ses et svagt fald til 16,0 år (89,4 %) i 2021. Der ses stort set samme mønster på tværs af regionerne.

Tabellen viser endvidere, at det antal gode leveår for 65-årige kvinder var 17,2 år (89,7 %) i 2010, 17,5 år (88,8 %) i 2013, 18,1 år (88,9 %) i 2017 og 17,7 år (85,2 %) i 2021. Antallet af gode leveår er således steget frem til 2017, hvorefter der ses et fald i 2021. Derimod er andelen faldet i hele perioden. Et tilsvarende mønster ses i alle regioner.

Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår er større for 65-årige end for 16-årige mænd og kvinder, når beregningen af gode leveår er baseret på at have en høj score på den mentale helbredsskala. Dette er i modsætning til beregningen af gode leveår baseret på de to øvrige indikatorer (fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og ingen langvarig sygdom), hvor andelen er størst blandt de 16-årige. Det skyldes, at forekomsten af en høj score på den mentale helbredsskala ikke er så aldersafhængig som de to øvrige indikatorer (se kapitel '2.1 Selvvurderet helbred', '2.2 Fysisk og mentalt helbred' og '4.1 Langvarig sygdom').

Samlet set viser opgørelserne i dette kapitel, at den stigende middellevetid i Danmark ikke direkte er fulgt af en tilsvarende stigning i antallet af gode leveår og andelen af restlevetiden. Endvidere ses blandt 16-årige mænd og kvinder et markant fald i både antallet af gode leveår og andelen af restlevetiden med en høj score på den mentale helbredsskala.

Tabel 6.4 Antal gode leveår (med en høj score på den mentale helbredsskala) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår. Opgjort for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder og opdelt på regioner. 2010, 2013, 2017 og 2021.

		Antal gode leveår				Andel af restlevetid med gode leveår (%)			
		2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
16-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	55,0	55,8	55,7	53,8	91,1	90,7	88,9	84,8
	Sjælland	54,8	55,6	55,1	53,7	91,5	91,1	88,6	85,6
	Syddanmark	55,6	56,4	55,9	54,1	91,3	91,0	88,6	85,1
	Midtjylland	57,3	57,6	57,3	54,6	93,3	91,9	90,2	85,3
	Nordjylland	56,5	57,0	55,4	54,0	92,8	91,6	88,8	84,8
	Danmark	55,8	56,5	56,1	54,1	91,9	91,2	89,1	85,1
	Kvinder								
	Hovedstaden	56,9	57,2	56,3	53,3	87,7	86,8	84,5	79,0
	Sjælland	56,4	56,4	55,2	52,9	87,6	86,3	83,5	79,4
	Syddanmark	56,9	57,3	56,2	54,4	87,2	86,6	83,9	80,6
	Midtjylland	58,7	58,6	57,3	54,9	89,4	88,3	85,4	81,0
	Nordjylland	57,4	57,5	56,6	54,1	88,5	87,2	85,0	80,5
	Danmark	57,3	57,5	56,4	54,0	88,0	87,1	84,5	80,0
65-årige	**Mænd**								
	Hovedstaden	14,7	15,1	16,0	15,7	92,4	91,0	92,7	89,3
	Sjælland	14,7	15,2	16,0	15,5	93,1	92,7	92,7	88,7
	Syddanmark	15,3	15,7	16,4	16,2	92,6	92,1	91,2	89,3
	Midtjylland	15,9	16,3	16,7	16,5	94,9	93,4	92,8	90,0
	Nordjylland	15,3	15,8	16,2	16,2	93,1	92,3	91,5	89,6
	Danmark	15,2	15,6	16,3	16,0	93,1	92,1	92,3	89,4
	Kvinder								
	Hovedstaden	17,0	17,1	17,8	17,3	89,7	87,1	88,4	84,3
	Sjælland	16,6	17,3	17,8	17,1	89,2	89,9	89,2	84,8
	Syddanmark	17,1	17,8	18,0	17,9	88,5	89,1	87,7	85,4
	Midtjylland	17,9	18,1	18,6	18,1	92,1	90,6	90,6	86,2
	Nordjylland	16,9	17,3	18,2	17,7	89,3	88,3	89,7	85,7
	Danmark	17,2	17,5	18,1	17,7	89,7	88,8	88,9	85,2

Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021

Referencer

1. Danmarks Statistik. Middellevetid. Tilgået 10-01-2022: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid

2. Danmarks Statistik. Middellevetiden stiger fortsat. Nyt fra Danmarks Statistik 2020. Tilgået 01-12-2021: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyt/NytHtml?cid=30217.

3. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivning 2019 for hele landet efter herkomst, køn og alder. Statistikbanken. Tilgået 01-12-2021: http://statistikbanken.dk/

4. Jensen HAR, Kyvsgaard I, Christensen K, Christensen AI. Sund aldring – udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2021.

5. Jagger C, Oyen HV, Robine J-M. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide. EHLEIS, 2014.

6. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. Eur J Public Health. 2005; 15: 20-5.

7. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971; 86: 347-54.

8. Danmarks Statistik. Statistikbanken. Tilgået 01-12-2021: http://statistikbanken.dk/

A

Bilag A
Materiale og metode

Metode
Der er til denne undersøgelse udtrukket en stikprøve i hver af landets fem regioner og en stikprøve, der omfatter hele Danmark (en national stikprøve). Stikprøverne er som ved tidligere undersøgelser (1-3) gensidigt udelukkende.

De fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, har alle udsendt spørgeskemaet 'Hvordan har du det?' med 56 fælles kernespørgsmål. De fælles spørgsmål er i vid udstrækning de samme, som blev stillet ved undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017.

Dataindsamlingen foregik ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. Alle personer i stikprøven fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Invitation og link til et elektronisk spørgeskema blev sendt med digital post til alle, der var tilmeldt digital post. Personer, der ikke var tilmeldt digital post, fik tilsendt et fysisk papirskema. Personer, der ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema efter henvendelse med digital post, fik tilsendt et papirskema. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet på internettet. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at besvarelserne ville blive behandlet fortroligt.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 324.000 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. I den nationale stikprøve blev der udsendt 25.000 spørgeskemaer, i Region Hovedstaden 102.500, i Region Sjælland 34.000, i Region Syddanmark 66.300, i Region Midtjylland 56.500 og i Region Nordjylland 39.700.

Deltagelse
I alt har 183.656 personer (56,7 %) helt eller delvist besvaret spørgeskemaet. I tabel A1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og bopælsregion. Det fremgår, at svarprocenten er højere blandt kvinder (61,2 %) end blandt mænd (52,0 %). Blandt både mænd og kvinder ses den laveste svarprocent i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år. Det ses endvidere, at svarprocenten er lav blandt ugifte (44,0 %), blandt personer med anden vestlig (42,0 %) og ikke-vestlig baggrund (34,2 %). Der ses relativt små regionale forskelle i svarprocenterne i 2021. Den laveste svarprocent ses i Region Nordjylland (52,9 %), og den højeste ses i Region Syddanmark (61,7 %).

Overordnet set ligger deltagelsesprocenten i 2021 (56,7 %) lavere end i 2017 (58,7 %) og 2010 (59,5 %), men højere end i 2013 (54,0 %). Dette mønster ses i de fleste grupper defineret ud fra køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og region. Markante undtagelser er blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover samt blandt kvinder i alder 65-74 år samt 75 år eller derover, hvor der i forhold til tidligere år er tale om en klar stigning i deltagelsesprocenten i 2021.

Vægtning
I undersøgelser som denne er det af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, uddannelse og andre sociodemografiske karakteristika. En afvigelse fra dette svækker undersøgelsens konklusioner. Som det fremgår af tabel A1, er der stor forskel på svarprocenten i de forskellige befolkningsgrupper. Befolkningssammensætningen blandt personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger derfor på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet. I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning foretaget af Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for non-response (4). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2019, indlæggelse på sygehus i 2019 samt ejer/lejer-forhold. Formålet er at imødegå de udfordringer, der er i forbindelse med bortfaldet. Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, er alene fagligt ansvarlig for opregningen. Denne opregning er anvendt både ved nationale og regionale opgørelser. Den samme vægtningsprocedure blev anvendt i 2010, 2013 og 2017.

Tabel A1. Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent i 2021 samt svarprocent i 2017, 2013 og 2010.

	2021			Svarprocent		
	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent	2017	2013	2010
Danmark	324.000	183.646	56,7	58,7	54,0	59,5
Mænd						
16-24 år	21.521	7.973	37,0	39,0	34,3	42,4
25-34 år	23.973	7.682	32,0	38,4	36,3	44,9
35-44 år	22.398	9.193	41,0	46,3	44,3	51,1
45-54 år	27.398	14.141	51,6	55,9	50,8	56,3
55-64 år	25.743	15.982	62,1	66,0	59,8	63,5
65-74 år	22.004	16.273	74,0	74,2	67,1	69,9
≥75 år	16.982	12.032	70,9	60,3	60,3	60,1
Alle mænd	160.019	83.276	52,0	54,1	50,4	55,5
Kvinder						
16-24 år	19.939	10.359	52,0	51,9	48,1	57,0
25-34 år	22.988	10.632	46,3	52,2	49,3	59,2
35-44 år	22.273	12.063	54,2	59,6	55,4	64,6
45-54 år	26.977	17.019	63,1	66,8	61,1	67,2
55-64 år	26.254	18.719	71,3	72,4	65,6	70,3
65-74 år	23.393	17.792	76,1	73,7	66,4	69,3
≥75 år	22.157	13.786	62,2	56,2	50,3	49,4
Alle kvinder	163.981	100.370	61,2	62,6	57,5	63,4
Civilstand						
Gift	149.531	97.907	65,5	67,6	62,6	67,0
Fraskilt	20.852	12.805	61,4	58,7	50,8	55,6
Enke/enkemand	37.618	21.900	58,2	59,0	52,8	54,3
Ugift	115.997	51.034	44,0	46,4	41,7	49,2
Etnisk baggrund						
Dansk	278.914	166.914	59,8	62,0	57,1	62,1
Anden vestlig	16.860	7.089	42,0	40,6	35,8	43,0
Ikke-vestlig	28.226	9.643	34,2	33,3	25,8	31,8
Region						
Hovedstaden	110.313	59.646	54,1	52,6	44,3	52,7
Sjælland	37.552	20.871	55,6	56,2	49,4	55,6
Syddanmark	71.664	44.185	61,7	67,4	64,4	64,4
Midtjylland	62.185	36.554	58,8	61,8	61,1	65,0
Nordjylland	42.286	22.390	52,9	59,9	56,6	65,2

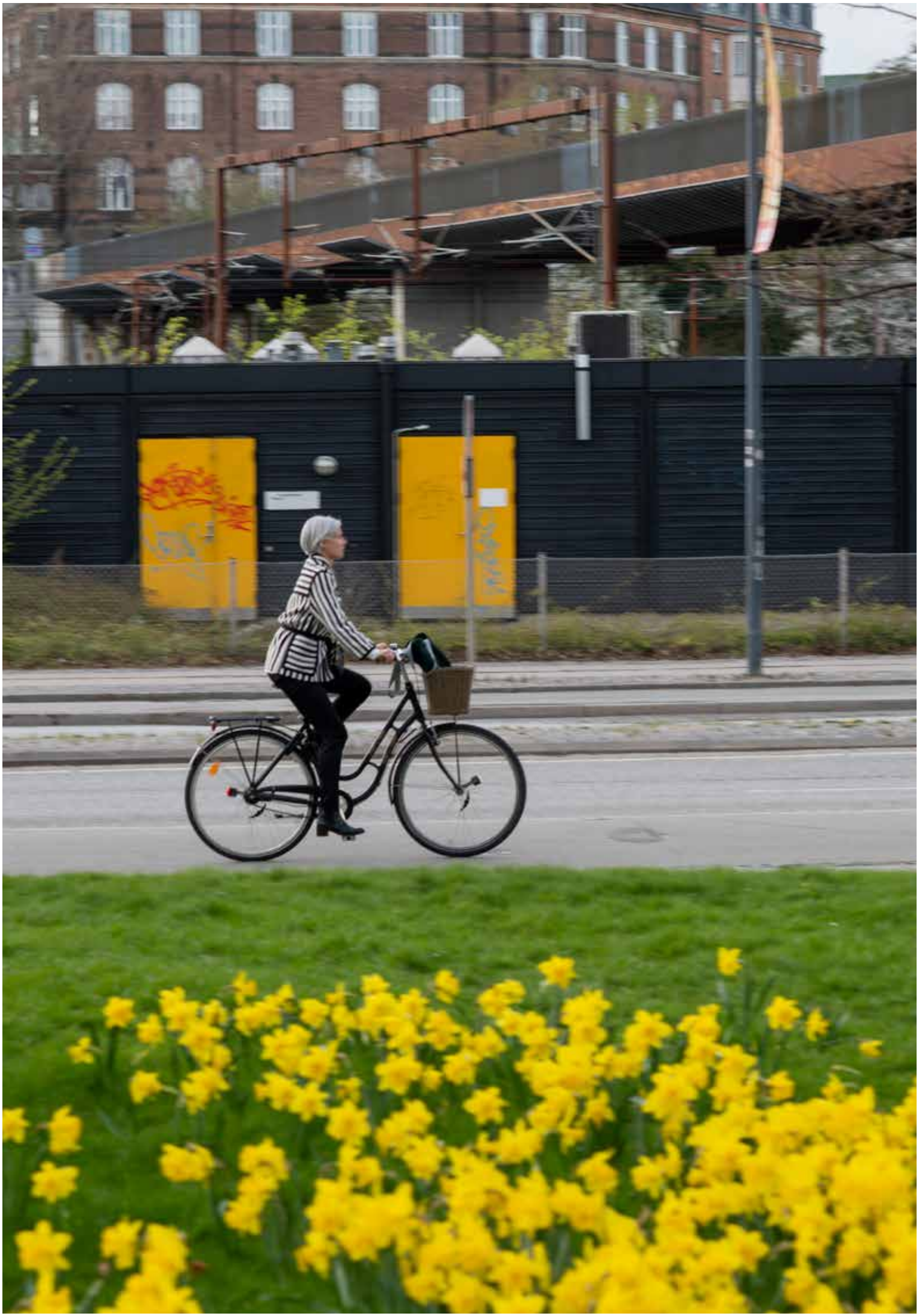
Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen, 2011.

2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen, 2014.

3. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

4. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. Metode & Data 2007; 93: 14-26.



B

Bilag B
Klassifikation af udvalgte variable

Klassifikation af uddannelse
Den anvendte klassifikation af uddannelse er en tilnærmelse til DUN-klassifikationen (Dansk Uddannelses Nomenklatur) (1). I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i syv uddannelsesgrupper:

- Grundskole
- Kort uddannelse
- Kort videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Under uddannelse
- Anden uddannelse (f.eks. udenlandsk skolegang)

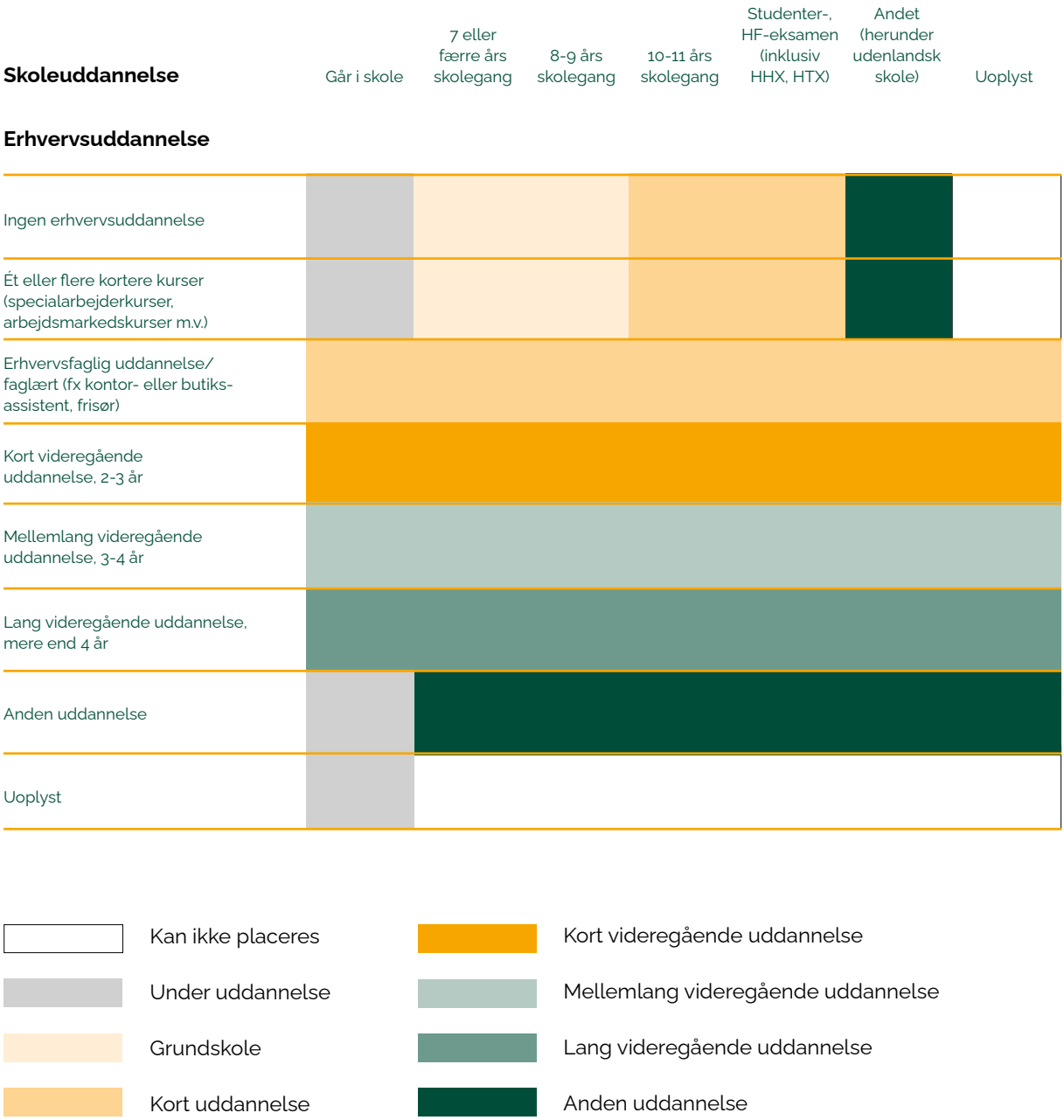
Figur B1 viser, hvorledes skoleuddannelse og erhvervsuddannelse kombineres til de syv uddannelsesgrupper. Inddelingen er baseret på svarpersonens oplysninger ud fra spørgsmålene 'Hvilken skoleuddannelse har du?' og 'Har du fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse?'. Der er dog enkelte undtagelser. Personer, der enten har svaret, at de ikke har fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse, eller at de har fuldført ét eller flere kortere kurser (for eksempel specialarbejderkurser eller arbejdsmarkedskurser), og som derudover har svaret, at de er uddannelsessøgende i spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er klassificeret som at være under uddannelse.

I figurer, der viser udviklingen inden for forskellige uddannelsesgrupper i perioden fra 2010 til 2021, anvendes en opdeling i tre uddannelsesgrupper:

- Grundskole
- Kort uddannelse
- Videregående uddannelse (kort, mellemlang eller lang)

De øvrige uddannelseskategorier (kan ikke placeres, under uddannelse og anden uddannelse) indgår ikke i disse udviklingsfigurer.

Figur B1 Klassifikation af uddannelse på baggrund af skoleuddannelse og erhvervsuddannelse.



Klassifikation af erhvervsmæssig stilling
Inddelingen i grupper af erhvervsmæssig stilling i denne undersøgelse er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger om sociale ydelser i Danmark i 2020 via det såkaldte DREAM-register fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekruttering. I undersøgelsen er nedenstående definition af erhvervsmæssig stilling blevet brugt.

Fra spørgeskemaet i 2021 anvendes spørgsmålene 'Er du i arbejde?' og 'Er du under uddannelse'. Begge spørgsmål har svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Fra DREAM anvendes oplysninger om ydelser i forbindelse med førtidspension, efterløn samt ledighed i løbet af 2020. Der er anvendt følgende hierarki til definitionen af erhvervsmæssig stilling:

1. Personer, der er 65 år eller derover pr. 1. januar 2021, er defineret som alderspensionister.

2. Personer i aldersgruppen 16-64 år, der ifølge DREAM har modtaget førtidspension i mindst én uge i 2020, er defineret som førtidspensionister.

3. Personer i aldersgruppen 60-64 år, der ifølge DREAM har modtaget efterløn i mindst én uge i 2020, er defineret som efterlønsmodtagere.

4. Personer i aldersgruppen 16-24 år, der har svaret:
   a. 'Ja' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
   b. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Ja' til spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende beskæftigede.
   c. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.

5. Personer i aldersgruppen 25-64 år, der har svaret:
   a. 'Ja' til spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som beskæftigede.
   b. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde' og 'Ja' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
   c. 'Nej' til spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' til spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.

6. Hvis man ifølge punkt 4c eller 5c er uden for arbejdsmarkedet, opdeles man ud fra DREAM som følger:
   a. Personer, der ifølge de i DREAM angivne koder er arbejdsløse, defineres som arbejdsløse.
   b. Personer, der ikke opfylder punkt 6a, defineres som værende andre uden for arbejdsmarkedet.

For personer, der opfylder punkt 4 eller 5, klassificeres disse som uoplyst, hvis enten oplysningen om at være under uddannelse eller i arbejde er uoplyst. Dog klassificeres personer, der opfylder punkt 4a, som værende under uddannelse, uanset om der findes oplysning om at være i arbejde eller ej – tilsvarende klassificeres personer, der opfylder punkt 5a, som værende i arbejde, uanset om der findes oplysning om uddannelse eller ej.

Nedenfor ses de forskellige grupper for erhvervsmæssig stilling, som de optræder i opslagstabellerne.

- Beskæftigede
- Arbejdsløse
- Førtidspensionister
- Andre uden for arbejdsmarkedet
- Efterlønsmodtagere
- Alderspensionister

Gruppen under uddannelse bliver vist ved opgørelsen for højest gennemførte uddannelsesniveau og indgår derfor ikke i klassifikationen af erhvervsmæssig stilling.

I 2010 blev inddelingen udelukkende baseret på svarpersonernes oplysninger om erhvervsmæssig stilling. Definitionen er således ikke sammenlignelig med ovenstående. Det er derfor kun muligt at belyse udviklingen i perioden 2013 til 2021 i de forskellige grupper af erhvervsmæssig stilling.

Nærværende definition er den samme som ved sundhedsprofilundersøgelsen i 2017 (2).

Klassifikation af samlivsstatus

Grupperingen af samlivsstatus er fremkommet ved at kombinere svarpersonens egne oplysninger om, hvorvidt han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, med registeroplysninger fra Det Centrale Personregister (CPR) om civilstand. Samlivsforhold grupperes i følgende fem grupper:

- **Gift:** Personer, der ifølge CPR er gift eller i registreret parforhold.
- **Samlevende:** Personer, der i spørgeskemaet angiver, at han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, men som ifølge CPR ikke er gift eller i registreret parforhold.
- **Enlig (separeret, skilt):** Personer, der ifølge CPR er skilt eller separerede og ikke har angivet, at de er samlevende.
- **Enlig (enkestand):** Personer, der ifølge CPR er enker eller enkemænd og ikke har angivet, at de er samlevende.
- **Enlig (ugift)**: Personer, der ifølge CPR er ugift og ikke har angivet, at de er samlevende.

Referencer

1. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet. DUN 2012. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

Sundhed for alle ♥ + ●

Sundhed for alle ♥ + ●