Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

REGION

’Hvordan har du det?’
Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021
– Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

REGION

’Hvordan har du det?’
Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021
– Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Titel: 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Copyright: © 2022 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden.
ISBN 978-87-93775-15-2

Forfattere: Cathrine Juel Lau
Marie Holm Eliasen
Marie Stjerne Grønkjær
Maj Bekker-Jeppesen
Cecilie Goltermann Toxværd
Nina Gøtzsche
Maria Helene Jacobsen
Anne Helms Andreasen

Forsidebillede: Mads Jensen/ Ritzau Scanpix

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00

Layout og grafisk produktion: Dantryk A/S

Publikationen citeres således:
Lau CJ; Eliasen MH; Grønkjær MS; Bekker-Jeppesen M; Toxværd CG; Gøtzsche N; Jacobsen MH; Andreasen AH: 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022

Forord

Forebyggelsesområdet har fået større opmærksomhed de senere år, men det er også bydende nødvendigt. Alt for mange mennesker lever i dag et liv med sundhedsmæssige begrænsninger, og for at styrke og målrette forebyggelsesindsatsen har vi brug for viden om vores sundhed, livsstilsvaner og risikofaktorer. Det er derfor med stor glæde, at vi kan præsentere den femte sundhedsprofil for Region Hovedstaden.

Rapporten giver en beskrivelse af, hvordan vores livsstil er, og hvordan udviklingen har været siden 2010. Undersøgelsen handler også om vores livskvalitet, hvordan vi oplever vores helbred, om vores trivsel og sociale relationer. Dataindsamlingen til undersøgelsen er gennemført under COVID-19 og giver et unikt billede af sundhedstilstanden under pandemien, men dette forhold skal også huskes i fortolkningen af resultaterne.

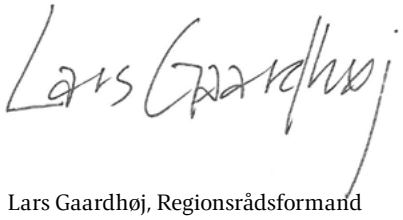
De første fire sundhedsprofiler har været centrale værktøjer for kommunernes og regionens planlægningsarbejde. De har dokumenteret en massiv social ulighed i sundhed, kastet lys på behovet for sundhedsfremme og forebyggelse i alle sektorer, og ført til nye samarbejder. For eksempel har kommunerne, Kræftens Bekæmpelse og Region Hovedstaden i fællesskab tilbudt ungdomsuddannelser hjælp til at indføre røgfri skoletid, da den seneste sundhedsprofil viste, at flere unge var startet på at ryge. Vi kan nu se, at andelen af borgere, som ryger dagligt, er faldet, især blandt unge. Omvendt ser vi desværre også, at brugen af røgfri tobak/nikotinposer er særligt udbredt blandt de unge.

Generelt er billedet, at udviklingen i sundhed og trivsel ikke går den ønskede vej. Jeg finder det især bekymrende, at flere mennesker viser tegn på dårlig mental sundhed, som f.eks. ensomhed, stress-, angst- eller depressive symptomer. Noget der skal ses i lyset af COVID-19, og som vi må følge tæt fremover. Udviklingen er også fortsat i den forkerte retning, når vi ser på, hvor mange borgere, der spiser usundt, eller har overvægt. Den sociale ulighed påvirker også stadig sundhedsadfærd, helbred og risikofaktorer og vi ser fortsat store forskelle i borgernes sundhed på tværs af de 29 kommuner.

Udfordringen de kommende år er at skabe en positiv udvikling, som mindsker uligheden og generelt skaber bedre sundhed i befolkningen. Det kræver, at forebyggelse fortsat prioriteres højt og at vi bygger videre på nuværende og nye samarbejder, samt at vi anvender den eksisterende viden og får ny viden på området. Dette skal understøttes fra national side. Fra Region Hovedstadens side ønsker vi at tage medansvar for og bidrage aktivt til en styrket forebyggelsesindsats.

Det har været muligt at lave en flot sundhedsprofil igen, fordi rigtig mange mennesker har taget sig tid til at svare på det spørgeskema, som de har fået tilsendt. Det vil jeg gerne sige tak for. Vi håber, at vi i fællesskab kan bruge den viden, sundhedsprofilerne giver, til gavn for borgerne i Region Hovedstaden.

Rigtig god fornøjelse.



Lars Gaardhøj, Regionsrådsformand

Forord ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Dette er den femte sundhedsprofil, som dækker alle kommuner i Region Hovedstaden. Sundhedsprofilen danner et vigtigt grundlag for kommunernes og regionens politik inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering og spiller en vigtig rolle i regionens rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne. Desuden er de gentagne profiler et unikt redskab til at følge udviklingen i bl.a. sundhedsadfærd, overvægt og trivsel samt byrden af kroniske sygdomme over tid. Vi har igen i 2021 valgt at dele sundhedsprofilen i to delrapporter, hvor denne rapport har fokus på sundhedsadfærd og risikofaktorer, mens der senere lanceres en rapport med fokus på kronisk sygdom samt sundhedsadfærd og risikofaktorer hos borgere med kronisk sygdom.

Særligt for denne sundhedsprofil er, at dataindsamlingen bag er gennemført under COVID-19 pandemien i en periode, hvor Danmark var underlagt restriktioner. Undersøgelsen giver således et unikt indblik i sundhed og trivsel under COVID-19 pandemien. Vi kan bl.a. se, at COVID-19 pandemien har medført meget dårligere livskvalitet hos nogle borgere. Resultaterne kan således give et fingerpeg om betydningen af COVID-19 pandemien for befolkningens generelle sundhedstilstand. I fortolkningen af resultaterne skal der imidlertid tages hensyn til, at generelle udviklingstendenser og andre forhold end pandemien også kan have haft betydning. Til trods for COVID-19 pandemien giver undersøgelsen generelt et brugbart indblik i borgernes sundhed og trivsel.

Vi har i denne rapport et øget fokus på mental sundhed og social ulighed. Derudover er der kommet nye opgørelser med, som f.eks. kaster lys på brug af røgfri tobak/nikotinposer.

I hvert kapitel findes al information om den pågældende risikofaktor. I nogle kapitler inkluderer det bl.a. om borgerne ønsker at ændre adfærd og ønsker hjælp hertil, samt om borgerne har taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring. Disse informationer kan bidrage til at målrette arbejdet med forebyggelse yderligere.

'Hvordan har du det? 2021'-spørgeskemaet danner grundlag for denne sundhedsprofil. Spørgeskemaundersøgelsen er gennemført i overensstemmelse med de retningslinjer, som er fastlagt af Det Nationale Koordinerende Udvalg for Sundhedsprofilen og er gennemført samtidigt i de fem regioner i Danmark. Dette gør det muligt at sammenligne opgørelser for kommunerne og Region Hovedstaden med de øvrige regioners sundhedsprofiler samt med oplysninger på danskernessundhed.dk, hvor opgørelser fra hele landet er samlet. I 2025 gentages 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen og indtil da, er det vores håb, at den regionale sundhedsprofil vil blive brugt flittigt.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. Vi vil gerne sige tak for et godt, engageret og stærkt fagligt samarbejde med de kommunale og regionale repræsentanter for Region Hovedstadens sundhedsprofil. Til sidst skal der rettes en stor tak til de mange borgere, som via deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021', har gjort denne sundhedsprofil mulig.

Vi glæder os til at følge anvendelsen af profilen i det kommende arbejde i kommuner og region.

God læselyst!

Cathrine Juel Lau
Ph.d., Seniorforsker
Projektleder for Sundhedsprofilen

Ulla Toft
Sektionschef, Ph.d., Professor
Hovedansvarlig for Sundhedsprofilen

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning 12

Kapitel 1: Indledning 19
1.1 Formål med sundhedsprofilen 21
1.2 Baggrund for denne rapport 21
1.3 COVID-19 pandemien 22
1.4 Indhold i denne rapport 23
1.5 Materiale 24
1.6 Metode 28
1.7 Medarbejdere 38
1.8 Litteratur 39

Kapitel 2: Demografi og sociale forhold 41
2.1 Litteratur 44

Kapitel 3: Livskvalitet og helbred 45
3.1 Livskvalitet 48
3.2 Livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien 52
3.3 Selvvurderet helbred 56
3.4 Fysisk helbred 59
3.5 Smerter eller ubehag i bevægeapparatet 63
3.6 Flere samtidige risikofaktorer 67
3.7 Litteratur 69

Kapitel 4: Mental sundhed og sociale relationer 71
4.1 Ensomhed 76
4.2 Uønsket alene 80
4.3 Begrænset social støtte 80
4.4 Tegn på social isolation 81
4.5 Stress 85
4.6 Mentalt helbred 89
4.7 Angst-symptomer 93
4.8 Depressive symptomer 96
4.9 Selvmordstanker 99
4.10 Flere samtidige risikofaktorer 102
4.11 Motivation for sociale aktiviteter 104
4.12 Forebyggelse af stress, angst og depression 108
4.13 Litteratur 109

Kapitel 5: Rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer 111
5.1 Daglig rygning og storrygning 116
5.2 Daglig passiv rygning 123
5.3 Rygning i hjem med børn 124
5.4 Brug af elektroniske cigaretter (e-cigaretter) 127
5.5 Brug af røgfri tobak og nikotinposer 131
5.6 Flere samtidige risikofaktorer 134
5.7 Motivation for rygestop 136
5.8 Forebyggelse af rygning og brug af elektroniske cigaretter 143
5.9 Litteratur 151

Kapitel 6: Alkohol 155
6.1 Ugentligt alkoholindtag 159
6.2 Rusdrikning 168
6.3 Tegn på problematisk alkoholforbrug 171
6.4 Alkoholforbrug i hjem med børn 175
6.5 Selvvurderede alkoholvaner 178
6.6 Flere samtidige risikofaktorer 179
6.7 Motivation for at ændre alkoholvaner 181
6.8 Forebyggelse af alkoholindtag 186
6.9 Litteratur 189

Kapitel 7: Kost 193
7.1 Kostmønstre 198
7.2 Frugt og grønt 202
7.3 Fisk 203
7.4 Fastfood 204
7.5 Slik og kager 206
7.6 Sodavand 207
7.7 Energidrik 208
7.8 Kød og fjerkræ som varm mad 210
7.9 Selvvurderede kostvaner 213
7.10 Flere samtidige risikofaktorer 214
7.11 Motivation for at ændre kostvaner 216
7.12 Forebyggelse af usunde kostvaner 223
7.13 Litteratur 227

Kapitel 8: Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd 229
8.1 Bevægelsesvaner og lav fysisk aktivitet i fritiden 234
8.2 Fysisk aktivitet ud fra WHO's minimumsanbefaling 238
8.3 Fysisk aktivitet i grønne områder 242
8.4 Stillesiddende tid og skærmtid 242
8.5 Cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse 250
8.6 Selvvurderet fysisk form 254
8.7 Flere samtidige risikofaktorer 255
8.8 Motivation for at være mere fysisk aktiv 256
8.9 Forebyggelse af lav fysisk aktivitet 264
8.10 Litteratur 268

Kapitel 9: Vægt 271
9.1 Undervægt 276
9.2 Moderat overvægt 279
9.3 Svær overvægt 282
9.4 Selvvurderet vægt 285
9.5 Flere samtidige risikofaktorer 286
9.6 Motivation for vægttab 286
9.7 Forebyggelse af svær overvægt 294
9.8 Litteratur 298

Kapitel 10: Søvn 301
10.1 Søvnlængde 305
10.2 Søvnkvalitet 311
10.3 Træthed 316
10.4 Flere samtidige risikofaktorer 319
10.5 Litteratur 321

Kapitel 11: Ubeskyttet sex. 323
11.1 Antal seksualpartnere og brug af prævention 328
11.2 Sex uden prævention og ønsker ikke et barn 330
11.3 Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere 332
11.4 Flere samtidige risikofaktorer 334
11.5 Litteratur 335

Kapitel 12: Euforiserende stoffer. 337
12.1 Brug af hash og andre stoffer 342
12.2 Debutalder 350
12.3 Flere samtidige risikofaktorer 351
12.4 Litteratur 353

Kapitel 13: Social ulighed 355
13.1 Metode bag opgørelser i kapitlet 359
13.2 Livskvalitet, selvvurderet helbred og social ulighed 361
13.3 Ensomhed, stress og social ulighed 361
13.4 Rygning, brug af e-cigaretter, røgfri tobak/nikotinposer og social ulighed 362
13.5 Alkohol og social ulighed 363
13.6 Kost og social ulighed. 364
13.7 Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og social ulighed 364
13.8 Svær overvægt og social ulighed 365
13.9 Søvn og social ulighed 366
13.10 Litteratur 367

Sammenfatning

Indledning

'Sundhedsprofil 2021 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer' er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021' og oplysninger fra nationale registre. Undersøgelsen belyser trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere på 16 år eller derover i Region Hovedstaden. I februar 2021 blev spørgeskemaet udsendt til 102.500 tilfældigt udvalgte borgere. I alt 56.245 borgere deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 54,9 %. Til at belyse ændringer over tid er der anvendt data fra 'Hvordan har du det?'-undersøgelserne fra 2010, 2013 og 2017, som dannede grundlag for de tre foregående sundhedsprofiler i Region Hovedstaden.

Formålet med Sundhedsprofil 2021 er at belyse og beskrive, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne i Region Hovedstaden samt at følge udviklingen over tid. Sundhedsprofilen kan bruges som planlægningsredskab i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i kommuner og i regionen. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan det ses hvilke sundhedsmæssige områder, der er potentiale i at forbedre, og hvilke befolkningsgrupper, der er væsentlige at have fokus på, når sundhedsindsatser tilrettelægges.

Kernen i rapporten er beskrivelsen af forskellige typer af trivsel, sundhedsadfærd og risikofaktorer. Rapporten indeholder således følgende kapitler: 'Livskvalitet og helbred' (kapitel 3), 'Mental sundhed og sociale relationer' (kapitel 4), 'Rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer' (kapitel 5), 'Alkohol' (kapitel 6), 'Kost' (kapitel 7), 'Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd' (kapitel 8), 'Vægt' (kapitel 9), 'Søvn' (kapitel 10), 'Ubeskyttet sex' (kapitel 11) og 'Euforiserende stoffer' (kapitel 12). I hvert kapitel beskrives sammenhængen med demografiske og sociale forhold, forekomsten på tværs af kommuner og bydele, samt tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer. Hvor det er muligt, beskrives borgernes motivation for adfærdsændring, og flere af kapitlerne har derudover også et afsnit om forebyggelse med primært fokus på individrettet forebyggelse. Rapporten afsluttes med et kapitel om social ulighed (kapitel 13), hvor både kønsforskelle og udvikling i social ulighed vises for udvalgte risikofaktorer fra 2010 til 2021, hvor det er muligt.

I denne sammenfatning er resultaterne fra kapitlerne i rapporten samlet og præsenteret på tværs af demografiske og sociale faktorer. Det vil sige, at de forskelle, som f.eks. ses mellem aldersgrupper i resultaterne igennem hele rapporten, beskrives samlet. Desuden ses der på motivation og forebyggelse i forhold til adfærdsændring og vægttab på tværs af risikofaktorerne. Udover denne sammenfatning findes der også en opsummering af resultaterne fra hvert enkelt kapitel, som kan ses i punktform på første side af de respektive kapitler. Derudover findes der en opsummering af nøgleresultater i udgivelsen 'Nøgleresultater fra 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer', hvor der bl.a. præsenteres kort, som illustrerer forekomsten på tværs af kommuner og bydele.

Forekomst af sundhedsadfærd, trivsel og øvrige risikofaktorer på tværs af demografiske og sociale faktorer i 2021

Køn

Overordnet har kvinder i højere grad end mænd dårligt helbred, dårlig mental sundhed og søvnudfordringer, mens mænd i højere grad end kvinder har dårlig livskvalitet og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Der er således en større andel kvinder end mænd, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, har en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer, er ensomme og ofte uønsket alene, har en høj score på stressskalaen, har kort eller lang søvnlængde, er meget generet af søvnproblemer og træthed, og sjældent får nok søvn til at føle sig udhvilet. Hvad angår uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og vægt, ses det dog også, at kvinder i højere grad end mænd har et hyppigt indtag af slik og kager, er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling og har undervægt.

Omvendt er der en større andel blandt mænd end kvinder, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, ryger dagligt, bruger e-cigaretter, røgfri tobak/nikotinposer og euforiserende stoffer samt har uhensigtsmæssig alkoholadfærd i form af indtag over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen, ugentlig rusdrikning og tegn på problematisk alkoholforbrug. Derudover har mænd i højere grad end kvinder meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set, som skærmtid i fritiden og ved transport, inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse og et usundt kostmønster, hvor de bl.a. ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt og har et hyppigt indtag af fastfood, sodavand og energidrik. Dertil kommer, at en større andel af mænd end kvinder har moderat overvægt. Selvom kvinder generelt har dårligere mental sundhed, er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder, som har begrænset social støtte.

Der ses ingen eller begrænset kønsforskel i forekomsten af bl.a. meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, tegn på social isolation, selvmordstanker og svær overvægt og for de 16-34-årige i forekomsten af ubeskyttet sex.

Alder

Der ses stor variation i trivsel, helbred og sundhedsadfærd afhængigt af borgernes alder. Nedenfor gennemgås derfor hvilke indikatorer for dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig adfærd, der har højest forekomst blandt unge borgere (16-34 år), ældre borgere (65+ år) samt den store midtergruppe af borgere (35-64 år), som indeholder størstedelen af borgerne i den erhvervsaktive alder.

Helt overordnet er forekomsten af de fleste indikatorer for dårlig mental sundhed, søvnudfordringer, stillesiddende adfærd, brug af euforiserende stoffer og ubeskyttet sex højest blandt de unge borgere, mens forekomsten af de fleste indikatorer for dårligt helbred og begrænset fysisk aktivitet er højest blandt de ældre borgere. For rygning, usund kost og uhensigtsmæssig alkoholadfærd er forekomsten i nogle tilfælde højest blandt de unge borgere (f.eks. brug af røgfri tobak/nikotinposer og hyppigt indtag af fastfood) og i andre tilfælde blandt midtergruppen (f.eks. daglig rygning) eller de ældre borgere (f.eks. ugentligt alkoholindtag over 14/21 genstande). Hvad angår vægt, så er forekomsten af undervægt højest blandt de unge borgere, mens forekomsten af overvægt er højest i midtergruppen.

For de unge ses det mere specifikt, at de 16-34-årige og især de 16-24-årige i højere grad end de øvrige aldersgrupper er ensomme og ofte uønsket alene, har høj score på stressskalaen, lav score på den mentale helbredsskala, har haft selvmordstanker og er meget generet af angst- og depressive symptomer samt søvnproblemer og træthed. Desuden ses der blandt unge og især de 16-24-årige en større andel, som bruger røgfri tobak/nikotinposer, og som ryger lejlighedsvist, hvilket medvirker til, at der samlet set er flest unge, som bruger mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt (dvs. ryger, bruger e-cigaretter og/eller røgfri tobak/nikotinposer). Hertil kommer, at en større andel unge er udsat for daglig passiv rygning og har en uhensigtsmæssig alkoholadfærd især i form af ugentlig rusdrikning. Blandt de unge borgere ses også den højeste forekomst af hyppigt indtag af fastfood, sodavand og energidrik samt meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set, i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse og som skærmtid i fritiden. Slutteligt er det også blandt unge borgere, at der er den største andel, som har brugt euforiserende stoffer det seneste år, og som har haft ubeskyttet sex.

For den store midtergruppe på 35-64 år ses den højeste forekomst af daglig rygning og inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse samt meget stillesiddende tid ved transport i hverdagen. Desuden ses også en høj forekomst af tegn på problematisk alkoholforbrug – især blandt de 55-64-årige – men forekomsten er ikke helt så høj som for de 65-79-årige. Derudover ses den største andel med moderat overvægt blandt de 55-79-årige og med svær overvægt blandt de 55-64-årige. Slutteligt ses blandt de 35-44-årige den største andel, som sjældent får nok søvn til at føle sig udhvilet.

For de ældre borgere ses det, at de 65+ årige og især de 80+ årige i højere grad end de øvrige aldersgrupper har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, har tegn på social isolation, har lav fysisk aktivitet i fritiden og er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling. For de 80+ årige borgere ses desuden den højeste forekomst af usundt kostmønster, lang søvnlængde og en forholdsvis stor andel med undervægt (som dog stadig er mindre end andelen blandt de 16-24-årige). Slutteligt ses blandt de 65+ årige og især blandt de 65-79-årige en højere forekomst af alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen og tegn på problematisk alkoholforbrug end blandt de øvrige aldersgrupper.

Der ses ingen eller begrænset forskel mellem aldersgrupperne i forekomsten af bl.a. dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mens forekomsten af meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien er størst blandt de 16-24-årige mænd og kvinder samt de 80+ årige kvinder.

Etnisk baggrund

Overordnet har borgere med ikke-vestlig baggrund oftere dårlig trivsel og helbred end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. De har også i mange tilfælde en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, men her er billedet dog ikke helt så entydigt, da det afhænger af den givne adfærd.

Mere specifikt har en større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, høj score på stressskalaen samt er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer. Desuden er borgere med ikke-vestlig baggrund i højere grad ofte uønsket alene, har begrænset social støtte og tegn på social isolation, ligesom de også i højere grad er meget generet af søvnproblemer og træthed, kort søvnlængde og sjældent får nok søvn til at føle sig udhvilet. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund ses også en større andel, som ryger dagligt, og som er udsat for daglig passiv rygning. Borgere med ikke-vestlig baggrund har også i højere grad lav fysisk aktivitet i fritiden, utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling, meget stillesiddende tid ved transport i hverdagen, samt et hyppigt indtag af fastfood, sodavand og energidrik. Derudover er der en større andel borgere med ikke-vestlig baggrund, som har moderat eller svær overvægt.

Borgere med ikke-vestlig baggrund og borgere med anden vestlig baggrund har en højere forekomst af ensomhed end etnisk danske borgere. Derudover er der en større andel af borgere med anden vestlig baggrund end borgere med ikke-vestlig eller dansk baggrund, som bruger røgfri tobak/nikotinposer, euforiserende stoffer og har meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set og i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse.

Både borgere med anden vestlig baggrund og borgere med dansk baggrund har en mere uhensigtsmæssig alkoholadfærd end borgere med ikke-vestlig baggrund. Dette gælder for ugentligt alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande, ugentlig rusdrikning og tegn på problematisk alkoholforbrug.

Borgere med dansk baggrund har dog en højere forekomst af indtag over 14/21 genstande om ugen end borgere med anden vestlig baggrund. Ligeledes har borgere med dansk baggrund i højere grad end borgere med ikke-vestlig eller anden vestlig baggrund inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse samt et usundt kostmønster, hvor de bl.a. ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt. Desuden ses der blandt de 16-34-årige borgere med dansk baggrund en større andel, som har haft ubeskyttet sex.

Der ses ingen eller begrænset forskel mellem borgere med forskellig etnisk baggrund i forekomsten af bl.a. selvmordstanker, undervægt, lang søvnlængde og brug af e-cigaretter.

Samlivsstatus

Generelt set har enlige i højere grad end samlevende dårlig trivsel, helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Dette gælder for langt størstedelen af faktorerne i denne rapport, hvor samlivsstatus opgøres blandt borgere på 25 år og derover.

Der er således en større andel enlige end samlevende, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet og har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparat og af angst- og depressive symptomer og har en høj score på stressskalaen. De enlige er også i højere grad ensomme og ofte uønsket alene, har tegn på social isolation, begrænset social støtte samt selvmordstanker. Desuden ses blandt enlige en større andel, som har kort eller lang søvnlængde, er meget generet af søvnproblemer og træthed, og som sjældent får søvn nok til at føle sig udhvilet. Angående uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er der en større andel blandt enlige, som ryger dagligt, bruger e-cigaretter, røgfri tobak/nikotinposer og har uhensigtsmæssig alkoholadfærd i form af et ugentligt alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande og ugentlig rusdrikning. Der er også flere enlige end samlevende, som er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling, har lav fysisk aktivitet i fritiden og meget skærmtid i fritiden i hverdagen, samt et usundt kostmønster med bl.a. hyppigt indtag af sodavand og energidrik. Dertil kommer, at enlige sammenlignet med samlevende også har en højere forekomst af undervægt og svær overvægt. Blandt enlige på 35+ år er der desuden også flere, som har haft ubeskyttet sex samt brugt euforiserende stoffer det seneste år, sammenlignet med samlevende på 35+ år.

For enkelte faktorer ses det dog, at samlevende har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller risikoprofil end enlige. Således ses en større andel blandt samlevende end blandt enlige, som har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse, har meget stillesiddende tid i hverdagen i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse og moderat overvægt.

Der ses ingen eller begrænset forskel mellem enlige og samlevende bl.a. i andelen, som har meget stillesiddende tid i hverdagen samlet set, ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt og har et hyppigt indtag af fastfood, slik og kager.

Børn i hjemmet

Borgere, som ikke bor sammen med børn under 16 år, har i højere grad dårligt helbred, trivsel og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end borgere, som bor sammen med børn under 16 år. Dette gælder for hovedparten af de faktorer, som beskrives i denne rapport, hvor børn i hjemmet opgøres blandt borgere under 65 år.

En større andel af borgere uden børn i hjemmet end borgere med børn i hjemmet har dårlig eller meget dårlig livskvalitet og har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer samt har en høj score på stressskalaen. Der er flere borgere, som ikke bor i hjem med børn, som er ensomme og ofte uønsket alene, og som har begrænset social støtte, tegn på social isolation og selvmordstanker. Desuden har en større andel, som ikke bor med børn, lang søvnlængde og er meget generet af søvnproblemer og træthed. Hvad angår uhensigtsmæssig adfærd, ses det, at borgere uden børn i hjemmet i højere grad end borgere med børn i hjemmet ryger dagligt, bruger e-cigaretter, røgfri tobak/nikotinposer, er udsat for daglig passiv rygning og har uhensigtsmæssig alkoholadfærd i form af et ugentligt alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande, ugentlig rusdrikning og tegn på problematisk alkoholforbrug. Derudover har borgere uden børn i hjemmet oftere lav fysisk aktivitet i fritiden, meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set og som skærmtid i fritiden, samt et usundt kostmønster, hvor de bl.a. ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt. Borgere uden børn i hjemmet har også en lidt højere forekomst af svær overvægt end borgere med børn i hjemmet. Desuden ses der også blandt de 35+ årige borgere uden børn i hjemmet en større andel, som har haft ubeskyttet sex, og som har brugt hash det seneste år.

Borgere med børn i hjemmet får derimod sjældent søvn nok til at føle sig udhvilet og har en højere forekomst af utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling, har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse samt meget stillesiddende tid ved transport i hverdagen sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet. Derudover har borgere med børn i hjemmet en højere forekomst af moderat overvægt.

Der ses ingen eller begrænset forskel mellem borgere med og uden børn i hjemmet i forekomsten af bl.a. meget stillesiddende tid i hverdagen i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse, undervægt og hyppigt indtag af fastfood, slik og kager, sodavand og energidrik.

Social og geografisk ulighed

Der ses social ulighed i forekomsten af langt de fleste af de indikatorer for dårlig trivsel, helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, som er inkluderet i denne rapport, uafhængigt af, om uligheden undersøges på baggrund af erhvervstilknytning, uddannelse eller kommunesocialgrupper (sidstnævnte er baseret på information om borgernes uddannelse, erhvervstilknytning og indkomst). Derudover ses der i nogle tilfælde også geografisk ulighed i forekomsten af dårlig trivsel, helbred og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på tværs af regionens kommuner og bydele.

Erhvervstilknytning

Borgere i beskæftigelse har som oftest lavere forekomst af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end borgere, som ikke er i beskæftigelse. Den højeste forekomst af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd ses i de fleste tilfælde blandt borgere, som er langtidssyge eller førtidspensionister.

Sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper ses der således blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister den største andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer, er ensomme og ofte uønsket alene, har begrænset social støtte og tegn på social isolation samt en høj score på stressskalaen. Derudover er langtidssyge borgere og førtidspensionister i højere grad meget generet af søvnproblemer og træthed, har kort eller lang søvnlængde og får sjældent nok søvn til at føle sig udhvilet. Med hensyn til uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er der blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister en højere forekomst af daglig rygning, udsættelse for daglig passiv rygning, brug af e-cigaretter, lav fysisk aktivitet i fritiden, utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling, meget skærmtid i fritiden i hverdagen samt usundt kostmønster og hyppigt indtag af sodavand. Derudover ses der blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister også en højere forekomst af svær overvægt.

Uhensigtsmæssig alkoholadfærd ses derimod i højere grad blandt pensionister, hvor der er den største andel, som drikker over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen samt har tegn på problematisk alkoholforbrug.

Uddannelse

Der ses, som nævnt, også social ulighed i dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd afhængigt af borgernes uddannelseslængde. Det generelle billede er, at borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med videregående uddannelse har dårligere livskvalitet, helbred og mental sundhed, samt højere forekomst af søvnudfordringer og svær overvægt. Derudover ses i høj grad en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i form af rygning, usund kost og begrænset fysisk aktivitet hos borgere med grundskoleuddannelse end borgere med videregående uddannelse, mens billedet er omvendt for stillesiddende adfærd og mindre entydigt i forhold til uhensigtsmæssig alkoholadfærd. Dette billede ses både, når den sociale ulighed beskrives på baggrund af resultater for uddannelsesgrupper i hvert enkelt kapitel, og når den undersøges med mere avancerede metoder i kapitel 13 'Social ulighed'.

Mere specifikt er der således en større andel borgere med grundskoleuddannelse end borgere med videregående uddannelse, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, har en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer, er ensomme og ofte uønsket alene, har begrænset social støtte og tegn på social isolation, har en høj score på stressskalaen og har haft selvmordstanker. Desuden ses der blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med videregående uddannelse en større andel af borgere, som har kort eller lang søvnlængde, er meget generet af søvnproblemer og har svær overvægt. Derudover ses en større andel, som ryger dagligt, er udsat for daglig passiv rygning, bruger e-cigaretter, har usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling. Daglig rygning, brug af e-cigaretter og usundt kostmønster er blandt de risikofaktorer, hvor der ses en høj grad af social ulighed.

Derimod ses der for borgere med videregående uddannelse – og især for borgere med lang videregående uddannelse – sammenlignet med borgere med grundskoleuddannelse en højere forekomst af tegn på problematisk alkoholforbrug og meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set og i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse. Som det fremgår af kapitel 6 'Alkohol' og kapitel 13 'Social ulighed', så er sammenhængen mellem uddannelse og alkoholindtag ikke entydig. Det ses bl.a. for indtag over 14/21 genstande om ugen, hvor forekomsten er højere blandt hhv. kvinder og borgere på 65+ år med videregående uddannelse sammenlignet med grundskoleuddannelse, mens forekomsten omvendt ser ud til at være lavere blandt hhv. mænd og 35-64-årige borgere med videregående uddannelse sammenlignet med grundskoleuddannelse.

Når der ses på de øvrige uddannelsesgrupper, så er der enkelte risikofaktorer, hvor forekomsten er højere end for grupperne af borgere med hhv. grundskoleuddannelse og videregående uddannelse. Blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse ses således en større andel end i de øvrige uddannelsesgrupper, som ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt, har moderat overvægt og inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse samt meget stillesiddende tid ved transport i hverdagen. Når borgere under uddannelse inkluderes som en separat gruppe (i de enkelte kapitler), ses det desuden, at denne gruppe for nogle risikofaktorer har en højere forekomst end både grupperne med grundskoleuddannelse og videregående uddannelse. Dette gælder især risikofaktorer, hvor forekomsten også er høj blandt unge borgere: meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, indikatorer for dårlig mental sundhed, søvnudfordringer, stillesiddende adfærd, alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen og især ugentlig rusdrikning, brug af røgfri tobak/nikotinposer og euforiserende stoffer, lejlighedsvis rygning, hyppigt indtag af fastfood, sodavand og energidrik, undervægt og ubeskyttet sex. I de fleste tilfælde bliver sammenhængen mellem de nævnte risikofaktorer og det at være 'under uddannelse' mindre tydelig, når der tages højde for alder og køn.

Kommunesocialgrupper og geografisk ulighed

Der ses, som nævnt, også social ulighed i forekomsten af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på tværs af kommuner og bydele. Det generelle billede er, at der er en større andel af borgere i kommuner og bydele fra kommunesocialgruppe 4 (kommuner/bydele med færrest sociale ressourcer baseret på uddannelseslængde, erhvervstilknytning og indkomst) sammenlignet med kommuner og bydele fra kommunesocialgruppe 1 (kommuner/bydele med flest sociale ressourcer), som har dårlig livskvalitet, dårligt helbred, dårlig mental sundhed, søvnudfordringer og svær overvægt. Derudover ses i høj grad en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i form af rygning, usund kost og begrænset fysisk aktivitet i kommuner fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommuner fra kommunesocialgruppe 1, mens billedet er omvendt for stillesiddende adfærd og uhensigtsmæssig alkoholadfærd.

Mere specifikt er der således tendens til, at der i kommuner fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1 er en større andel, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, har en lav score på den fysiske og mentale helbredsskala, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og af angst- og depressive symptomer, er ensomme og ofte uønsket alene, har begrænset social støtte og tegn på social isolation og har en høj score på stressskalaen. Desuden ses der i kommuner fra kommunesocialgruppe 4 sammenlignet med kommunesocialgruppe 1 en større andel af borgere, som har kort eller lang søvnlængde, er meget generet af søvnproblemer og træthed og har svær overvægt. Derudover ses en større andel, som ryger dagligt, er udsat for daglig passiv rygning, bruger e-cigaretter, har usundt kostmønster, har hyppigt indtag af sodavand og energidrik, har lav fysisk aktivitet i fritiden, er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling og har meget skærmtid i fritiden i hverdagen.

Omvendt ses en tendens til, at kommuner fra kommunesocialgruppe 1 sammenlignet med kommunesocialgruppe 4 har en højere forekomst af alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen, tegn på problematisk alkoholforbrug og meget stillesiddende tid i hverdagen både samlet set, i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse og ved transport.

Der er dog også flere risikofaktorer, hvor der ikke ses en klar social ulighed på tværs af kommuner og bydele. Dette gælder for andelen, som har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, har haft selvmordstanker, bruger røgfri tobak/nikotinposer, ryger lejlighedsvist, rusdrikker ugentligt, ikke får tilstrækkeligt frugt og grønt, har et hyppigt indtag af fastfood, har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse, har undervægt eller moderat overvægt, sjældent får nok søvn til at føle sig udhvilet, har haft ubeskyttet sex og brugt euforiserende stoffer.

Udover den sociale ulighed, der ses på tværs af kommuner (baseret på kommunesocialgrupperne), ses der også geografisk ulighed i forekomsten af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig adfærd. Den geografiske ulighed ses for flere risikofaktorer i denne rapport. Der ses blandt andet tendens til, at forekomsten af følgende risikofaktorer er relativ høj bl.a. i de københavnske bydele og kommuner tæt på København: meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, ensomhed, høj score på stressskalaen, lav score på mental helbredsskala, meget generet af angst- og depressive symptomer, brug af røgfri tobak/nikotinposer, lejlighedsvis rygning, alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen, ugentlig rusdrikning, hyppigt indtag af fastfood, ubeskyttet sex og brug af euforiserende stoffer. Modsat ses der, at forekomsten af moderat eller svær overvægt og inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse generelt er relativ lav i de københavnske bydele og kommuner tæt på København. Den geografiske ulighed i forekomsten af primære risikofaktorer er desuden illustreret i de kort, som fremgår i udgivelsen 'Nøgleresultater fra 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer'.

Udvikling i forekomst af sundhedsadfærd, trivsel og øvrige risikofaktorer

Sundhedsprofil 2021 vidner om, at borgernes sundhedsvaner, trivsel og risikofaktorer ændrer sig over tid. Det er glædeligt, at der siden 2017 er sket et fald i andelen af borgere, som ryger dagligt, især blandt de unge. For alkohol og fysisk aktivitet ses der også lyspunkter i resultaterne, f.eks. at færre borgere drikker meget alkohol, og at andelen af borgere, som har et lavt fysisk aktivitetsniveau i fritiden, er faldet lidt siden 2017. Generelt er billedet dog, at udviklingen i sundhed og trivsel ikke er gået den ønskede vej. Det ses således, at andelen med dårlig mental sundhed, f.eks. ensomhed og stress, er steget. Udviklingen er også fortsat gået i den forkerte retning, hvad angår borgernes kostvaner, og andelen, som har hhv. overvægt, søvnproblemer og dårligt selvvurderet helbred.

I mange tilfælde ses de største ændringer i forekomsterne blandt de unge borgere. Det gælder, som nævnt, for rygning, men også for alkohol, hvor forekomsten i regionen generelt er faldet og især blandt de unge. Det gælder også for usundt kostmønster, ensomhed, stress, søvnproblemer og dårlig livskvalitet, hvor forekomsten derimod er steget. Dertil kommer, at en relativt stor andel af de 16-24-årige har angivet, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien. De unge er ikke den eneste gruppe med stor udvikling i forekomsten over tid, men der tegner sig alligevel et ret tydeligt billede for netop de unge borgere.

Den udvikling, som ses fra 2017 til 2021 for de unge såvel som for andre grupper, kan være påvirket af COVID-19 pandemien. For mange af risikofaktorerne er udviklingen dog en fortsættelse af en tidligere tendens, f.eks. for alkohol og usundt kostmønster, men for rygning ses derimod, at udviklingen er vendt i forhold til udviklingen fra 2013 til 2017, idet forekomsten er faldet især for de unge. På tobaksområdet er der siden 2017 igangsat mange initiativer med det formål at forebygge rygestart hos unge, så det antages at være en del af forklaringen på den positive udvikling. Hvorvidt COVID-19 pandemien også

har påvirket udviklingen på tobaksområdet (f.eks. forstærket eller svækket denne) kan ikke udelukkes, men heller ikke afgøres på baggrund af nærværende undersøgelse. Det samme gælder for de øvrige udviklingstendenser.

Motivation for adfærdsændring og vægttab

Mange borgere i Region Hovedstaden ønsker at ændre deres adfærd i en sundere retning. Generelt er andelen af borgere, som er motiveret for adfærdsændring, og andelen, som ønsker hjælp hertil, størst i de grupper med mest uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller risikoprofil. Det er dog værd at bemærke, at borgere, som ikke har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd eller risikoprofil, også i nogen grad er motiverede for at ændre adfærd, og det kan være relevant at medtænke denne store gruppe af borgere, når der planlægges forebyggelsesindsatser.

Ønske om adfærdsændring eller vægttab

Der ses stor variation i andelen, som ønsker adfærdsændring blandt borgere, som hhv. ryger dagligt, drikker over 14/21 genstande om ugen, har et usundt kostmønster, har lav fysisk aktivitet i fritiden og har svær overvægt. I 2021 er det langt størstedelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig (93 %). Tilsvarende ønsker tre ud af fire borgere, som hhv. ryger dagligt eller har lav fysisk aktivitet i fritiden, at stoppe med at ryge (75 %) og at bevæge sig mere (73 %), mens næsten to ud af tre borgere med usundt kostmønster ønsker at spise sundere (62 %). Derimod er der kun én ud af tre borgere med et alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug (34 %). Det er således størstedelen af borgerne med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eller svær overvægt, som ønsker adfærdsændring, med undtagelse af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen.

For borgere, som hhv. ryger dagligt og drikker over 14/21 genstande om ugen, ses det, at *andelen*, som ønsker at ændre adfærd (dvs. ønsker rygestop eller at nedsætte alkoholforbruget), er nogenlunde stabil over årene. *Antallet* af borgere, som ønsker disse adfærdsændringer, er imidlertid faldet over årene. Dette fald i *antallet* ses, fordi der overordnet er sket et fald i forekomsten af daglig rygning og alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen. Tilsvarende ses det for borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, at selvom *andelen*, som gerne vil ændre adfærd (dvs. være mere fysisk aktive), er forholdsvis stabil over årene (især fra 2017 til 2021), så er *antallet* af borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, faldet lidt fra 2017 til 2021, fordi der overordnet er sket et fald i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden fra 2017 til 2021.

For borgere med usundt kostmønster og borgere med svær overvægt ses det ligeledes, at *andelen*, som gerne vil spise sundere eller tabe sig, er forholdsvis stabil over årene (især fra 2017 til 2021). Dog er *antallet* af borgere, som er motiverede for adfærdsændring, steget lidt fra 2017 til 2021, fordi der overordnet er sket en stigning i forekomsten af usundt kostmønster og svær overvægt i perioden.

Ønske om hjælp til adfærdsændring eller vægttab

Det varierer, hvor stor en andel af borgerne, som ønsker at få hjælp til den ønskede adfærdsændring. Over halvdelen af de borgere, som ønsker at hhv. tabe sig og bevæge sig mere, ønsker hjælp hertil (hhv. 58 % for vægttab og 55 % for fysisk aktivitet). I alt 41 % af borgere, som ønsker rygestop, og 43 % af borgere, som ønsker at spise sundere, ønsker hjælp til dette, mens kun 23 % af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, ønsker hjælp til det.

For borgere, der ryger dagligt eller drikker over 14/21 genstande om ugen, og som gerne vil ændre adfærd, ses det, at *andelen*, som ønsker hjælp til adfærdsændring, er nogenlunde stabil fra 2017 til 2021. Ligesom for ønske om adfærdsændring, så ses der imidlertid et fald i *antallet*, som ønsker hjælp til adfærdsændringen, fordi der overordnet er sket et fald i forekomsten af daglig rygning og alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen. For borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, ses ligeledes, at *andelen*, som ønsker hjælp hertil er nogenlunde stabil fra 2017 til 2021, mens *antallet* er steget, fordi forekomsten af usundt kostmønster er steget.

For borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden eller svær overvægt, som gerne vil ændre adfærd, ses et fald i *andelen*, som ønsker hjælp til adfærdsændring eller vægttab fra 2017 til 2021. For lav fysisk aktivitet i fritiden er der ligeledes sket et fald i *antallet*, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive. Derimod er antallet af borgere med svær overvægt, som ønsker hjælp til vægttab, ikke ændret nævneværdigt, selvom *andelen* er faldet markant. Dette skyldes, at forekomsten af svær overvægt er steget i perioden.

Forebyggelse

Råd fra egen læge om adfærdsændring eller vægttab

Blandt borgere, som har været ved egen læge det seneste år, er der betydelig variation i hvilke borgere, som lægen især har rådet til adfærdsændring. En markant større andel af borgere, som ryger dagligt, har lav fysisk aktivitet i fritiden eller har svær overvægt, er blevet rådet til adfærdsændring af egen læge end borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen eller har et usundt kostmønster. Således har 35 % af borgere, som hhv. ryger dagligt og har svær overvægt, modtaget råd om hhv. rygestop og vægttab, 28 % af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden har modtaget råd om at dyrke motion, hvorimod kun 15 % af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, og 11 % af borgere med et usundt kostmønster er blevet rådet til at spise sundere.

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen, som er blevet rådet til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, faldet fra 13 % i 2013 til 11 % i 2021, mens et større fald i andelen ses blandt borgere med svær overvægt, hvor 43 % i 2013 blev rådet til vægttab mod 35 % i 2021. Disse fald i andelen skal imidlertid ses i lyset af, at der er sket en stigning i forekomsten af både usundt kostmønster og svær overvægt i perioden. I samme periode ses en stigning i andelen, som har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, fra 12 % i 2013 til 15 % i 2021. Denne stigning i andelen skal ses i lyset af, at der er sket et fald i forekomsten af alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen i perioden. Andelen af borgere, som hhv. ryger dagligt og har lav fysisk aktivitet i fritiden, der er blevet rådet af egen læge til adfærdsændringer, er ikke ændret signifikant i forhold til tidligere år.

Tilbud om hjælp til adfærdsændring og trivsel

Der er stor variation i hvilke risikofaktorer eller symptomer, som borgerne i Region Hovedstaden har taget imod tilbud om hjælp til at ændre eller håndtere fra forskellige instanser i samfundet.

Generelt ses det, at andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af hhv. angst- og depressive symptomer samt stress, er større end andelen, som har taget imod tilbud om hjælp vedrørende KRAM-faktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Henholdsvis 37 % og 33 % af borgere, som er meget generet af angst- og depressive symptomer, har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af deres symptomer, og 19 % af borgere med høj score på stressskalaen har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af stress. Blandt borgere med svær overvægt har 15 % taget imod tilbud om hjælp til ændring af kost- eller motionsvaner. En ud af ti borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden har taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner (9,6 %), mens en endnu mindre andel har taget imod tilbud om hjælp til rygestop (6,9 %), ændring af alkoholvaner (4,9 %) og ændring af kostvaner (4,9 %) blandt borgere, som hhv. ryger dagligt, drikker over 14/21 genstande om ugen og har et usundt kostmønster.

I perioden fra 2013 til 2021 er der sket et gradvist fald i andelen, der har taget imod tilbud om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt. Derudover ses i samme periode et mindre fald i andelen med usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner, samt et større fald i andelen med svær overvægt, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kost- eller motionsvaner. Det skal dog bemærkes, at faldet i andelen blandt borgere med hhv. usundt kostmønster og svær overvægt primært skyldes et fald fra 2013 til 2017, mens der ses en tendens til en stigning fra 2017 til 2021. Derudover ses det, at andelen med lav fysisk aktivitet i fritiden, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner, er større i 2021 end i tidligere år, mens andelen med alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner, har været forholdsvis stabil siden 2013, dog med tendens til en mindre gradvis stigning.

Opsamling

Der ses i høj grad ophobning af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd hos bestemte socio-demografiske grupper: unge borgere, ældre borgere, borgere med ikke-vestlig baggrund, langtidssyge borgere og førtids-pensionister samt borgere med kort uddannelse. Den sociale ulighed, som ses for erhvervstilknytning og uddannelse, ses også i høj grad på tværs af regionens kommuner og bydele, hvor forekomsten af dårlig trivsel og helbred samt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd generelt er højere i områder med færre sociale ressourcer. Sidst men ikke mindst ses det også, at en stor del af borgerne i regionen ønsker at leve sundere, og dermed er der et tydeligt potentiale for sundhedsfremme og forebyggelse.

Kapitel 1

Indledning

1.1 Formål med sundhedsprofilen

Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og kommuner består af to dele: denne rapport med fokus på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle borgere på 16 år eller derover og en rapport med fokus på borgere på 16 år eller derover med kronisk sygdom, der senest udgives i 2023.

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er at belyse og beskrive, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne i regionen samt at følge udviklingen over tid. Sundhedsprofilen kan bruges som planlægningsredskab i den løbende indsats for at forbedre folkesundheden i kommuner og i regionen. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan det ses hvilke sundhedsmæssige områder, der er potentiale i at forbedre, og hvilke befolkningsgrupper, der er væsentlige at have fokus på, når sundhedsindsatser tilrettelægges.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen og bidrager med detaljeret viden om borgernes trivsel, sundhed og sygdom i de enkelte kommuner og i 10 københavnske bydele samt i regionen som helhed.

Dette sættes derudover i relation til en række demografiske og sociale forhold. Sundhedsprofilen i 2021 er efterfølgeren til fire tidligere sundhedsprofiler fra hhv. 2007, 2010, 2013 og 2017 (1–4). Sundhedsprofilen beskriver dermed også tendenser i borgernes trivsel, sundhed og sygdom over tid, hvilket bringer opdateret viden ind i forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsarbejdet. Derudover er der i sundhedsprofilen særligt fokus på social ulighed i trivsel, sundhed og sygdom.

Sundhedsprofilen kan anvendes som grundlag i forbindelse med prioritering af kommunale og regionale forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser. Den er således et unikt redskab i arbejdet med kommunernes sundhedspolitikker, regionens overordnede hospitalsplanlægning og for sundhedsaftalerne mellem kommunerne, praksissektoren og regionen.

Den næste sundhedsprofilundersøgelse planlægges gennemført i 2025 og publiceret i 2026.

1.2 Baggrund for denne rapport

Denne femte sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner er som beskrevet en fortsættelse af den kortlægning af borgernes trivsel, sundhed og sygdom, som blev præsenteret i de foregående sundhedsprofiler. Sundhedsprofilerne for 2007, 2010, 2013, 2017 og 2021 kan alle findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden bygger på spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som er en del af en landsdækkende undersøgelse, der gennemføres samtidigt i et samarbejde mellem de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Der udarbejdes sundhedsprofiler i alle fem regioner samt nationalt på samme tid, hvor hver region, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed står bag udarbejdelsen på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Sundhedsministeriet og Finansministeriet (18, 19).

'Hvordan har du det?'-undersøgelsen er udviklet og gennemført i overensstemmelse med retningslinjer fastlagt af Det Nationale Koordinerende Udvalg for sundhedsprofilen, som består af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed og repræsentanter fra hhv. de fem regioner og en kommune i hver region. Det betyder, at dataindsamlingen og databearbejdningen er blevet standardiseret nationalt og på tværs af regioner. Dette gør det muligt at sammenligne mange af opgørelserne i Region Hovedstadens sundhedsprofil med opgørelserne i de øvrige regioner og i den nationale sundhedsprofil inklusive opgørelser på hjemmesiden danskernessundhed.dk, hvor opgørelser fra hele landet er samlet.

Regionen og kommunerne har dog også sat deres eget præg på Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden gennem et løbende samarbejde forud for dataindsamlingen og analysearbejdet bl.a. i forhold til hvilke faktorer, der var særligt vigtige at belyse i den regionale sundhedsprofil (for nærmere beskrivelse se afsnit 1.5.1).

Kapitlerne i rapporten afspejler de forskellige elementer, som indgår i forskellige årsagsmodeller for udvikling af kronisk sygdom (5,6). Modellerne påpeger, at en lang række faktorer – både individuelle og sociale faktorer f.eks. levevilkår, sundhedsadfærd og helbredsfaktorer – påvirker udviklingen af kroniske sygdomme. Herudover påpeges det, at sundhed og sygdom kan ses som resultatet af en række indbyrdes afhængige årsager, hvor de enkelte faktorer kan være direkte årsag til sygdom eller død men også kan indgå som element i en længere årsagskæde. Den enkeltes sundhedsadfærd kan således påvirkes på flere niveauer både individuelt, gennem sociale relationer, lokalsamfund og større samfundsmæssige sammenhænge. Forebyggelse og sundhedsfremme skal derfor tænkes bredt for eksempel via strukturelle tiltag og multikomponente indsatser og ikke kun rettes mod det enkelte individ.

Effektive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser over for borgernes adfærd og rammerne omkring borgernes liv kan på sigt udmunde i en reduktion i forekomsten af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer samt en reduktion i andelen af borgere, der udvikler kronisk sygdom. Det kan dog eventuelt også føre til en stigning i forekomsten af kronisk sygdom pga. reduktion i dødeligheden.

1.3 COVID-19 pandemien

Særligt for sundhedsprofilen i 2021 er, at dataindsamlingen blev gennemført under COVID-19 pandemien i en periode, hvor Danmark var underlagt restriktioner for at minimere smittespredning af COVID-19 under det, der ofte omtales som 'anden bølge af pandemien'. Mere præcist fandt dataindsamlingen sted mellem d. 5. februar og d. 12. maj 2021. I starten af perioden var der omfattende restriktioner (nedlukning), som var indført i december 2020. Dette gjaldt bl.a. hjemsendelse af skoleelever, hjemsendelse af offentligt ansatte i ikke-kritiske funktioner, forsamlingsloft samt lukning af butikker (bortset fra dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og cafeer samt kultur-, idræts-, og nattelivet, herunder teatre, museer, biografer, svømmehaller og fitnesscentre. Derudover var der opfordring til at se så få personer som muligt. I løbet af dataindsamlingsperioden blev disse restriktioner gradvist lempet, dog uden de blev fjernet helt. Studier indikerer, at menneskers vaner, adfærd, trivsel, sundhed og sygdom er blevet påvirket af pandemien. Der er eksempler på, at sundhedsadfærd, trivsel og risikofaktorer både er blevet bedre og blevet værre (7–17). Der er således også stor sandsynlighed for, at COVID-19 pandemien og de tilhørende restriktioner har påvirket resultaterne i denne undersøgelse, hvor rammerne for borgernes liv var markant anderledes i dataindsamlingsperioden end før pandemien. Resultaterne giver derfor et unikt indblik i borgernes sundhed og trivsel under pandemien. Derudover kan resultaterne give et fingerpeg om betydningen af COVID-19 pandemien for befolkningens generelle sundhedstilstand, bl.a. ved at se på ændringer over tid i forekomst af sundhedsadfærd, trivsel og øvrige risikofaktorer. I spørgeskemaet er der inkluderet et enkelt spørgsmål direkte relateret til COVID-19 pandemien, hvor det kan ses, at en del borgere angiver, at de har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien. Det skal dog bemærkes, at øvrige ændringer i trivsel, sundhed og sygdom siden 2017 ikke udelukkende kan tilskrives COVID-19 pandemien, men også kan tilskrives generel udvikling og andre forhold, som f.eks. ny rygelovgivning. Det er med metoden bag denne undersøgelse ikke muligt at afgøre i hvilken grad, pandemien evt. forklarer den udvikling, som ses i resultaterne. I den sammenhæng er det også vigtigt at huske, at ændringer som følge af pandemien kan være enten forbigående eller vedvarende. Disse forhold skal haves in mente ved tolkning af resultaterne. I indledningen til de enkelte kapitler er der derfor beskrevet, hvilken betydning COVID-19 pandemien muligvis har haft for de faktorer, der beskrives i kapitlet. Derimod er der i selve beskrivelsen af resultaterne ikke beskrevet, hvordan udviklingen fra 2017 forventes at være påvirket af COVID-19 pandemien, da det er svært at vurdere. Vi opfordrer til, at udviklingen i borgernes sundhed, trivsel og sygdom følges fremadrettet, men at vi i mellemtiden stadig bruger alle resultaterne fra denne undersøgelse til at styrke arbejdet med sundhedsfremme og forebyggelse.

Udover betydningen af COVID-19 pandemien for borgernes trivsel, sundhed og sygdom, har der også være opmærksomhed på, om pandemien inkl. de omfattende restriktioner har påvirket validiteten af spørgsmålene i undersøgelsen. Dvs. om spørgsmålene målte det, de oprindeligt var tiltænkt, eller om respondenterne tillagde spørgsmålet en anden mening, og der dermed blev målt på noget andet end tiltænkt. Den umiddelbare vurdering var, at der var tale om relativt få spørgsmål, hvor dette ville være et problem, hvilket bl.a. også indgik i beslutningen om at gennemføre undersøgelsen. For at vurdere omfanget og betydningen af eventuelle validitetsproblemer som følge af COVID-19 pandemien blev der nedsat en arbejdsgruppe med repræsentanter fra de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed. Arbejdsgruppen skulle fokusere på udvalgte spørgsmål fra 'Hvordan har du det?', hvor der evt. kunne være validitetsproblemer. For at vurdere om dette var tilfældet, blev udviklingstendenser for spørgsmålene fra 2010 til 2021 undersøgt. Derudover blev der i alle årene undersøgt sammenhængen mellem de udvalgte spørgsmål og spørgsmål, som blev vurderet til ikke at have validitetsproblemer. Arbejdsgruppen fandt ikke nogen åbenlyse validitetsproblemer for de udvalgte spørgsmål med udgangspunkt i disse analyser. Dermed blev afrapportering ikke frarådet for nogen af spørgsmålene. Det blev dog anbefalet, at der i afrapporteringen af udvalgte spørgsmål blev taget forbehold i forbindelse med tolkning af resultaterne. Arbejdsgruppen så også på kommentarer fra respondenterne i fritekstsfelter i 'Hvordan har du det?'- spørgeskemaet samt fra telefon- og mailhenvendelser angående COVID-19. Her blev der heller ikke fundet åbenlyse tegn på validitetsproblemer. Flere angav dog, at deres svar på særligt spørgsmål om mentalt velbefindende, kontakt med andre mennesker og fysisk aktivitet afveg fra normalsituationen som følge af COVID-19 pandemien, men at de svarede ud fra de nuværende omstændigheder, som de også blev bedt om. Det vurderes således, at undersøgelsen giver et validt indblik i borgernes trivsel, sundhed og sygelighed i foråret 2021.

Beslutningen om at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen som planlagt på trods af COVID-19 pandemien blev truffet af Det Nationale Koordinerende Udvalg for sundhedsprofilen. Beslutningen blev begrundet med, at der er behov for opdaterede data til at bruge i det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde bl.a. for de nye kommunalbestyrelser, der blev valgt i november 2021. Derudover blev det vurderet, at undersøgelsen til trods for COVID-19 pandemien generelt set vil give et brugbart indblik i danskernes trivsel, sundhed og sygelighed.

1.4 Indhold i denne rapport

1.4.1 Opbygning af rapporten

Denne rapport beskriver som forrige rapporter forskellige typer af trivsel, sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle regionens borgere på 16 år eller derover. Vi har i rapporten et øget fokus på mental sundhed og social ulighed. Derudover er der kommet nye opgørelser med, som bl.a. kaster lys på brug af røgfri tobak og nikotinposer, indtag af rødt kød og fjerkræ, smerter og ubehag i bevægeapparatet, angst- og depressive symptomer, selvmordstanker, hjælp til at håndtere stress, angst og depression samt hvorvidt COVID-19 pandemien har påvirket borgernes livskvalitet. Dette er temaer, som region og kommuner har ønsket viden om for at kunne optimere og nuancere forebyggelsesarbejdet.

Sundhedsprofilen i 2021 er struktureret anderledes end profilen fra 2017 på en række områder. Rækkefølgen på kapitler og afsnit er ændret for at sætte øget fokus på emner, som aktuelt har stort fokus i region og kommuner, f.eks. mental sundhed. I hvert kapitel fokuseres på en eller få udvalgte risikofaktorer, f.eks. en given KRAM-faktor, eller helbredsfaktorer, f.eks. mentalt helbred. Dette med undtagelse af kapitlerne om hhv. demografi og sociale forhold samt social ulighed, der udgør hvert deres kapitel. Alle standardkapitler indledes med et resultatoverblik, som illustrerer udviklingen siden 2010 for størstedelen af indikatorerne i kapitlet. Herefter følger beskrivelser af de enkelte indikatorer inkl. forekomster i region og hver kommune samt sammenhæng med demografiske og sociale forhold. Derudover beskrives flere samtidige risikofaktorer, både i forhold til den samlede andel af borgere med mindst én af de primære risikofaktorer i det givne kapitel og i forhold til forekomsten af andre risikofaktorer blandt borgere med de primære risikofaktorer, f.eks. blandt borgere, som ryger dagligt. Flere af kapitlerne afsluttes med et afsnit om motivation for at ændre adfærd inkl. ønske om hjælp til adfærdsændring. Nogle kapitler har derudover også et afsnit om forebyggelse med primær fokus på individrettet forebyggelse i form af, om borgerne har modtaget råd fra egen læge om adfærdsændring, og om borgerne har taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring. Disse informationer kan bidrage til at målrette arbejdet med forebyggelse yderligere. Kapitlet om social ulighed runder rapporten af og viser både kønsforskelle samt udvikling i social ulighed for udvalgte risikofaktorer fra 2010 til 2021, hvor muligt.

Til kapitlerne er der derudover udarbejdet en række supplerende opgørelser. Disse kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Det er også her, at faktaark for kommuner kan findes. Disse viser forekomsten af udvalgte risikofaktorer samt udvikling heri siden 2010 for hver kommune.

Der er i rapporten lagt vægt på at vise udvikling i indikatorer over tid, hvor muligt. Udviklingen fra 2010 vises overordnet i et resultatoverblik i starten af hvert kapitel, mens der især stilles skarpt på udviklingen fra 2013 og 2017 til 2021 i øvrige opgørelser i et givent standardkapitel for bl.a. sociodemografiske grupper og kommuner. Resultater fra den første sundhedsprofil i 2007 er ikke medtaget i denne rapport. Dette skyldes, at populationen i sundhedsprofilen i 2007 var begrænset til borgere i alderen 25-79 år og dermed ikke er direkte sammenlignelig med populationerne i 2010, 2013, 2017 og 2021, hvor borgerne er 16 år eller derover.

Da dele af metoden og strukturen i rapporten er den samme som i 2017, vil der være tekststykker fra 2017, som også kan findes i denne rapport.

1.4.2 Analysefokus

Der er i denne sundhedsprofil, som i de forrige sundhedsprofiler, lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel region som kommuner. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært er på de borgere, som har størst behov for forebyggelsesindsatser, dvs. borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, dårlig trivsel eller anden risikofaktor. Der er dog som noget nyt og gennemgående i de fleste kapitler lavet opgørelser, som gør det muligt at få indblik i fordelingen af de spørgsmål eller skalaer, som ligger bag de primære indikatorer.

Da sundhedsprofilen både skal anvendes af Region Hovedstaden og af de 29 kommuner i regionen, er de primære resultater i rapporten opgjort på både regionsniveau og på kommuneniveau.

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau med fokus på uddannelse og erhvervstilknytning, men også på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper på baggrund af oplysninger om årlig indkomst, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning blandt borgerne i kommunen. Kommunesocialgrupperne introduceres i kapitel 2 om demografi og sociale forhold. Beskrivelse af metoden bag opgørelsen findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Derudover opgøres den sociale ulighed, som nævnt, i det afsluttende kapitel i rapporten, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er brugt til at beskrive den sociale ulighed herunder udviklingen over tid.

Et andet gennemgående træk i rapporten er, som tidligere beskrevet, udviklingen i trivsel og sundhedsadfærd over tid. Der vil dog være indikatorer, hvor det ikke er muligt at beskrive ændringer, da der er ændret på spørgsmålsformuleringerne over årene eller opgørelserne bygger på nye spørgsmål. Dette vil fremgå i de enkelte afsnit i rapporten.

1.5 Materiale

De forskellige temaer i denne rapport er belyst med brug af data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' samt data fra centrale registre.

Spørgeskemaerne for alle årene kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

1.5.1 Spørgeskemadata 2021

Hvordan har du det? 2021

I Region Hovedstaden indeholder 'Hvordan har du det? 2021'-spørgeskemaet 95 spørgsmål om bl.a. borgernes trivsel, sundhedsadfærd, symptomer og gener, motivation for adfærdsændringer, sociale relationer samt livskvalitet.

Det regionale spørgeskema er bygget op ud fra det fælles nationale spørgeskema, som i 2021 indeholder 56 fælles kernespørgsmål, der stilles til borgere i alle fem regioner samt i den nationale stikprøve. Valget af de 56 kernespørgsmål i 'Hvordan har du det? 2021' er baseret på en nøje vurdering af hvilke spørgsmål, der skulle gentages fra tidligere år, hvilke der skulle udgå eller revideres samt hvilke spørgsmål, der var relevante at tilføje. Dette blev foretaget af Den Nationale Metodegruppe bag sundhedsprofilen, der består af repræsentanter fra de fem regioner, Statens Institut for Folkesundhed samt Sundhedsstyrelsen. På baggrund af vurderingen blev det indstillet at revidere de fælles kernespørgsmål vedrørende køn, fysisk bevægelse i dagligdagen og kontakt til andre mennesker, samt at tilføje nye kernespørgsmål om angstlidelse og depression (beskrives først i rapporten om kronisk sygdom). Argumenterne herfor er beskrevet i de kapitler, hvor opgørelserne indgår, men generelt var ambitionen at skabe de bedste betingelser for brugbare opgørelser.

For de regionale spørgsmål i 'Hvordan har du det? 2021' i Region Hovedstaden er der gennemført en lignende proces med at vurdere hvilke regionale spørgsmål, der skulle gentages i 2021, hvilke der skulle udgå eller revideres, samt hvilke spørgsmål, der var relevante at tilføje. Denne vurdering blev foretaget af medarbejdere på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF), som stod for undersøgelsen, i dialog med kommunale repræsentanter for sundhedsprofilen i Region Hovedstaden og forskere med forskellige ekspertiseområder. På baggrund heraf blev det besluttet at tilføje en række nye spørgsmål, men også udelade omtrent samme antal spørgsmål for at begrænse spørgeskemaets omfang. De nye spørgsmål belyser bl.a. brug af snus, nikotinposer og lignende, kontakt til sundhedsvæsnet vedrørende håndtering af stress, angst og depression, selvmordstanker, samt hvorvidt borgernes livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19 pandemien. De fleste af de nye spørgsmål blev indholdsvalideret ved brug af kvalitative interviews i sommeren 2020. Derudover blev hele spørgeskemaet pilottestet i efteråret 2020, hvilket også medførte ændringer i enkelte spørgsmål i forhold til tidligere år.

Dataindsamling og svarprocent 2021

'Hvordan har du det? 2021'-dataindsamlingen blev gennemført fra februar 2021 til maj 2021. Det var i hele perioden muligt for de inviterede borgere at kontakte holdet bag undersøgelsen via telefon eller e-mail, hvis de havde spørgsmål.

De nationale retningslinjer for sundhedsprofilen beskriver også diverse forhold om dataindsamlingen. Der er bl.a. aftale om, at de regionale sundhedsprofiler fra 2010 og fremefter inkluderer borgere på 16 år eller derover. Herudover skal stikprøvestørrelsen være minimum 2.000 personer pr. kommune. Der er desuden aftale om en fælles udsendelsesprocedure, som i 2021 blev skærpet, så både antallet og typen af henvendelser samt start- og slutdato for undersøgelsen var ens i hele landet. I 2021 var der ligesom i 2017 aftale om anvendelse af elektronisk udsendelse af spørgeskemaer til borgerens digitale postkasse, som kan tjekkes via borger.dk eller e-Boks.dk. Udsendelsesproceduren i 2021 bestod af to spor svarende til den i 2017:

- For borgere tilmeldt digital post (93 %): Der blev først sendt en invitation til undersøgelsen gennem digital post med link til elektronisk spørgeskema samt en efterfølgende digital påmindelse. Herefter en postomdelt invitation med et trykt spørgeskema samt to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste indeholdt et nyt trykt spørgeskema. Hver borger i dette spor kunne altså modtage i alt fem henvendelser.

- For borgere, som ikke var tilmeldt digital post (7 %): Der blev først sendt en postomdelt invitation med et trykt spørgeskema efterfulgt af to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste indeholdt et nyt trykt spørgeskema. Disse borgere modtog i det fysiske brev også link til det elektroniske spørgeskema. Hver borger i dette spor kunne altså modtage i alt tre henvendelser.

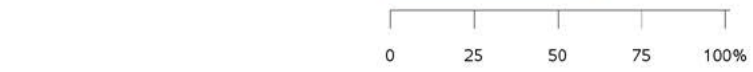
I Region Hovedstaden blev spørgeskemaet sendt til en tilfældig stikprøve af borgere inden for hver af de 29 kommuner i regionen samt 10 bydele i Københavns Kommune. Stikprøven blev lavet blandt alle borgerne på 16 år eller derover, der havde folkeregisteradresse i den pågældende kommune pr. 1. januar 2021. Der blev sendt skemaer til 2.450 borgere i hver kommune/bydel. I Frederiksberg Kommune blev der dog udsendt skemaer til 4.500 borgere grundet kommunens høje indbyggertal. Derudover blev der efter særlig aftale udsendt skemaer til 4.900 borgere i hver af følgende kommuner: Gentofte, Høje-Taastrup og Rødovre. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 102.500 borgere i Region Hovedstaden, og blandt disse valgte 54,9 % (N=56.245) at deltage. Dette er den højeste svarprocent, som indtil nu er opnået til Region Hovedstadens sundhedsprofil. Til sammenligning var svarprocenten 52,6 % i 2017 (n=55.185), 43,5 % i 2013 (n=41.356) og 52,3 % i 2010 (n=49.806). I alt 81,1 % af de borgere, som deltog i undersøgelsen i 2021, besvarede spørgeskemaet elektronisk, hvilket var en lidt større andel end i 2017 (77,8 %) og en langt større andel end i 2013 (30,4 %) og i 2010 (17,5 %).

Tabel 1.1 viser svarprocenten og antallet af besvarelser i 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen i Region Hovedstaden fordelt på sociodemografiske grupper. I tabellen ses det, at en større andel kvinder (59,0 %) end mænd (50,5 %) har besvaret spørgeskemaet. Dette gælder i alle aldersgrupper op til 65-79 år, hvor der er lige stor andel af hhv. mænd og kvinder, som har

svaret, mens mændene har den højeste andel af svar blandt de ældste borgere på 80+ år. Andelen af svar er for begge køn lavest blandt de yngste aldersgrupper (16-44-årige) og stiger herefter med stigende alder op til de 65-79-årige, hvorefter den igen er lavere blandt de 80+ årige borgere. En mindre andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Denne forskel kan bl.a. skyldes sprogvanskeligheder, idet spørgeskemaet kun blev udsendt på dansk. Der ses også en højere svarprocent blandt borgere med videregående uddannelse end blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse. Andelen af besvarelser er desuden større blandt borgere i beskæftigelse samt pensionister end blandt øvrige borgere uden for arbejdsmarkedet. Derudover ses det, at svarprocenten er højere blandt borgere, som er samlevende, end blandt enlige borgere. Tabel 1.2 viser svarprocenten og antallet af besvarelser i 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen i Region Hovedstaden fordelt på regionens kommuner og de københavnske bydele. Der ses stor variation i svarprocenten fra 44,8 % i Ishøj Kommune til 63,5 % i Allerød Kommune.

Tabel 1.1 Svarprocent og antal besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' – region

	2021 %	Antal besvarelser
Region Hovedstaden	54,9	56.245
Mænd		
Alle	50,5	25.101
16-24 år	37,2	2.540
25-34 år	33,6	2.949
35-44 år	40,6	3.112
45-54 år	51,7	4.534
55-64 år	61,7	4.557
65-79 år	73,8	6.002
80+ år	65,6	1.407
Kvinder		
Alle	59,0	31.132
16-24 år	50,4	3.371
25-34 år	45,5	4.005
35-44 år	52,8	4.156
45-54 år	61,6	5.307
55-64 år	70,0	5.322
65-79 år	73,8	7.051
80+ år	53,4	1.920
Etnisk baggrund		
Danmark	59,7	48.501
Andre vestlige lande	42,3	2.936
Ikke-vestlige lande	33,6	4.796
Uddannelse		
Under uddannelse	47,0	5.894
Grundskole	44,6	7.350
Gymnasial	49,9	3.666
Erhvervsfaglig	59,1	15.280
Kort og mellemlang videreg.	61,5	13.492
Lang videregående	60,3	9.836
Erhvervstilknytning		
I beskæftigelse	55,7	31.164
Arbejdsløs	44,7	548
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	38,7	1.525
Førtidspensionist	40,1	1.245
Pensionist	69,2	13.815
Samlivsstatus §		
Enlig	49,6	16.672
Samlevende	60,8	33.650



Baseret på data indsamlet på CKFF.

Tabel 1.2 **Svarprocent og antal besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' – kommuner**

	2021 %	Antal besvarelser
Region Hovedstaden	54,9	56.245
Albertslund	51,2	1.255
Allerød	63,5	1.556
Ballerup	57,3	1.405
Bornholm	59,1	1.447
Brøndby	50,2	1.230
Dragør	58,7	1.439
Egedal	62,2	1.525
Fredensborg	59,6	1.459
Frederiksberg	55,4	2.491
Frederikssund	60,1	1.473
Furesø	62,2	1.525
Gentofte	56,3	2.757
Gladsaxe	53,3	1.307
Glostrup	55,1	1.350
Gribskov	60,0	1.470
Halsnæs	57,5	1.408
Helsingør	58,0	1.420
Herlev	55,1	1.349
Hillerød	60,4	1.480
Hvidovre	55,1	1.350
Høje-Taastrup	51,6	2.527
Hørsholm	62,3	1.526
Ishøj	44,8	1.098
Kbh Amager Vest	47,7	1.169
Kbh Amager Øst	50,7	1.243
Kbh Bispebjerg	46,9	1.149
Kbh Brønshøj-Husum	47,6	1.166
Kbh Indre By	50,7	1.242
Kbh Nørrebro	48,4	1.186
Kbh Valby	48,2	1.182
Kbh Vanløse	53,8	1.319
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	50,3	1.232
Kbh Østerbro	51,8	1.270
København	49,6	12.158
Lyngby-Taarbæk	57,8	1.417
Rudersdal	61,2	1.499
Rødovre	52,1	2.553
Tårnby	56,4	1.383
Vallensbæk	56,7	1.388

Baseret på data indsamlet på CKFF.

Ændringer i metode siden Sundhedsprofil 2017

I de tidligere sundhedsprofiler for Region Hovedstaden er der udelukkende inkluderet data indsamlet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (tidligere 'Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed') i Region Hovedstaden. I Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden er der for de kernespørgsmål, som er ens nationalt og på tværs af regioner, også inkluderet spørgeskemadata fra de borgere fra Region Hovedstaden, der er inkluderet i den nationale stikprøve, som Statens Institut for Folkesundhed (SIF) står for. Det vil sige, at der i Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2021 for kernespørgsmålene både er inkluderet data indsamlet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF), og data indsamlet af SIF. Dette øger datagrundlaget for disse spørgsmål og giver således en større styrke til analyserne. Derudover vil opgørelser i rapporten og på sundhedsprofilens hjemmeside, der udelukkende er baseret på kernespørgsmål, stemme overens med tilsvarende opgørelser for Region Hovedstaden og dens kommuner i Den Nationale Sundhedsprofil og på danskernessundhed.dk. Vi har i opgørelserne i 2021 medtaget data for Region Hovedstaden indsamlet af SIF for alle årene tilbage til 2010. Da dette ikke er gjort i de tidligere rapporter, betyder det, at opgørelser på kernespørgsmål i sundhedsprofilen for Region Hovedstaden i 2021 kan have mindre afvigelser fra tilsvarende opgørelser i 2010, 2013 og 2017. Det er derfor vigtigt, at sammenligninger af forekomster over tid foretages med afsæt i de senest publicerede data. For at gøre det transparent, hvornår data fra SIF er inkluderet i opgørelserne, fremgår det under alle figurer og tabeller, hvor data, som indgår i opgørelserne, er indsamlet for et givent år. Der kan optræde eksempler, hvor opgørelser i ét år er baseret på data fra både CKFF og SIF, mens de i et andet år er baseret udelukkende på data fra CKFF. Dette skyldes variation i forhold til hvilke spørgsmål, der har udgjort de fælles kernespørgsmål af 'Hvordan har du det?' i de forskellige år. I alle årene er ca. 7.600 borgere fra Region Hovedstaden blevet inviteret til 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen af SIF, og omkring halvdelen af de inviterede (ca. 4000) har for hvert af årene returneret et udfyldt spørgeskema til SIF. Den samlede svarprocent i Region Hovedstaden, når data fra SIF og CKFF opgøres samlet, er 54,1 % for 2021, 52,6 % for 2017, 44,3 % for 2013 og 52,7 % for 2010. Yderligere oplysninger herom kan findes i Den Nationale Sundhedsprofil 2021.

En anden metodemæssig ændring i 2021 vedrører invitationen til 'Hvordan har du det?'. I samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed samt to af de øvrige regioner, ønskede vi at undersøge, om digitale invitationsbreve med en animationsvideo kunne give en højere svarprocent og en bedre sammensætning af svarpopulationen sammenlignet med digitale invitationsbreve uden animationsvideo. Vi opsatte derfor et randomiseret studie indlejret i det allerede aftalte design for 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen efter samtykke fra de ikke-deltagende regioner. I studiet blev 50 % af de inviterede borgere tilfældigt udvalgt til at modtage en animationsvideo i deres invitation via digital post. Det er herefter planen at se på svarprocenten i de forskellige grupper. En mere detaljeret metodebeskrivelse og resultaterne fra dette studie vil blive offentliggjort på et senere tidspunkt.

1.5.2 Spørgeskemadata 2017, 2013 og 2010

I 2017 var udsendelsesproceduren den samme som i 2021. Der blev således udsendt spørgeskemaer til en tilfældig stikprøve inden for hver kommune/bydel i Københavns Kommune blandt borgere på 16 år eller derover. Der blev udsendt spørgeskemaer til 2.450 borgere i hver kommune og i hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. I Frederiksberg Kommune blev der dog udsendt skemaer til 4.500 borgere grundet kommunens høje indbyggertal. Derudover blev der efter særlig aftale udsendt spørgeskemaer til 4.900 borgere i hver af følgende kommuner: Gentofte, Gribskov, Høje Taastrup og Rødovre. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2017 til primo maj 2017. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 104.950 borgere i hele Region Hovedstaden, og 52,6 % returnerede et udfyldt skema.

I 2013 blev der ligeledes udsendt spørgeskemaer til en tilfældig stikprøve inden for hver kommune/bydel blandt borgere på 16 år eller derover. Der blev udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet. Ét til borgere i alderen 16-34 år og ét til borgere på 35 år eller derover. Hovedparten af spørgsmålene var ens i de to skemaer, men enkelte emner indgik kun i ét af skemaerne. Der blev udsendt spørgeskemaer til 2.450 borgere i hver kommune og i hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. I Frederiksberg Kommune blev der udsendt spørgeskemaer til 4.500 borgere. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2013 til primo maj 2013. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen, og 43,5 % valgte at returnere et udfyldt skema.

I 2010 var udsendelsesproceduren den samme som i 2013, og der blev ligeledes udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet til hhv. de 16-34-årige og til borgere på 35 år eller derover. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2010 til ultimo april 2010. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen, og 52,3 % valgte at returnere et udfyldt skema.

1.5.3 Registerdata

Oplysninger fra spørgeskemaundersøgelserne er suppleret med oplysninger fra nationale registre i forhold til køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, indkomst og bopælskommune. For borgere bosat i Københavns Kommune er der desuden suppleret med oplysninger om bydel. I kapitlet om demografi og sociale forhold (kapitel 2) findes yderligere beskrivelse af de sociodemografiske variable. Metoden bag opgørelserne af disse variable kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

1.6 Metode

1.6.1 Vægtning

Indbyggertallet i de 29 kommuner i Region Hovedstaden varierer betydeligt (opgørelse heraf findes i webtabel W2.1 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater). Da der med enkelte undtagelser er valgt samme stikprøvestørrelse for alle kommuner, vil den samlede stikprøve derfor ikke nødvendigvis være repræsentativ for befolkningen i hele Region Hovedstaden. Dette er der taget højde for i analyserne ved at vægte data i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner.

Analyserne og dermed de præsenterede resultater er desuden vægtet i forhold til manglende besvarelse (non-response). Det betyder, at besvarelsen fra hver enkelt person er givet en værdi – en såkaldt vægt – i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, boligforhold (ejer eller lejer), samt antal lægebesøg og indlæggelser på sygehus. Vægtene er udarbejdet af Danmarks Statistik på baggrund af ovennævnte oplysninger fra centrale registre.

Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelser fra et varierende antal personer. Hvis besvarelsen for eksempel er 20 % blandt unge mænd af anden etnisk baggrund end dansk, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund end dansk således repræsentere fem personer i sundhedsprofilen. Hvis besvarelsen derimod er 50 % i en gruppe af midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse fra en midaldrende etnisk dansk kvinde repræsentere to personer, og hvis besvarelsen er 100 %, vil hver besvarelse repræsentere én person. Når der i rapporten præsenteres andele og antal personer, er der således tale om estimerede tal.

Ved brug af vægtning øges sandsynligheden for, at resultaterne bliver repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner på trods af den varierende svarprocent på tværs af kommuner og befolkningsgrupper.

Data fra 'Hvordan har du det?'- undersøgelserne i 2010, 2013 og 2017, som er inkluderet i denne rapport, er ligeledes vægtet efter ovenstående metode, men med relevante data fra de pågældende år. Der er derfor små variationer i hvilken information, der blev brugt til beregning af vægtene i de enkelte år.

1.6.2 Præsentation af resultater – generelt

I denne rapport præsenteres resultaterne både i figurer og i tabeller. Tidligere sundhedsprofiler i Region Hovedstaden har stort set kun indeholdt tabeller i form af regions- og kommunetabeller (se afsnit 1.6.4). Foruden disse tabeller præsenteres i denne rapport en række nye figurer, som viser data på regionsniveau (se afsnit 1.6.3). Disse nye figurer bidrager med et overblik over kapitlernes resultater, samt flere nuancer af data, hvilket vil være med til at give en mere helhedsorienteret fortælling om borgernes sundhed. De principper, som gælder for de fleste opgørelser i rapporten, beskrives i dette afsnit.

Forekomst og antal af personer i opgørelserne er estimerede tal beregnet ved brug af vægte og er dermed behæftet med usikkerhed (se afsnit 1.6.1). Som noget nyt i forhold til tidligere sundhedsprofiler er der i fodnoten til tabeller og figurer specificeret, hvor mange besvarelser opgørelserne er baseret på. Dette gør det mere gennemsigtigt hvilke data, der er anvendt og kan bl.a. også give et indtryk af størrelsen af usikkerheden på de estimerede tal. Da der er større usikkerhed ved færre besvarelser, skal der i opgørelser baseret på få besvarelser være større forskelle f.eks. over tid, for at ændringen bliver statistisk signifikant. I fodnoten er det derudover også angivet, om opgørelsen er baseret på data indsamlet på Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse (CKFF) eller på data indsamlet på både CKFF og Statens Institut for Folkesundhed (SIF) (se nærmere beskrivelse i afsnit 1.5.1 under 'Ændringer i metode siden Sundhedsprofil 2017'). For at øge læsevenligheden i rapporten er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Det betyder, at tallene i en given tabel ikke nødvendigvis summer op til det samlede tal opgjort for Region Hovedstaden i tabellen.

Alle opgørelser indeholder som minimum resultater for 2021. Hvis muligt vises også resultater for 2017 og 2013, mens tal fra 2010 i rapporten kun fremgår i det indledende resultatoverblik og i opgørelser af social ulighed. Derudover indgår tal fra 2010 også i bl.a. faktaark for regionen, regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor muligt (faktaarkene kan rekvireres på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater).

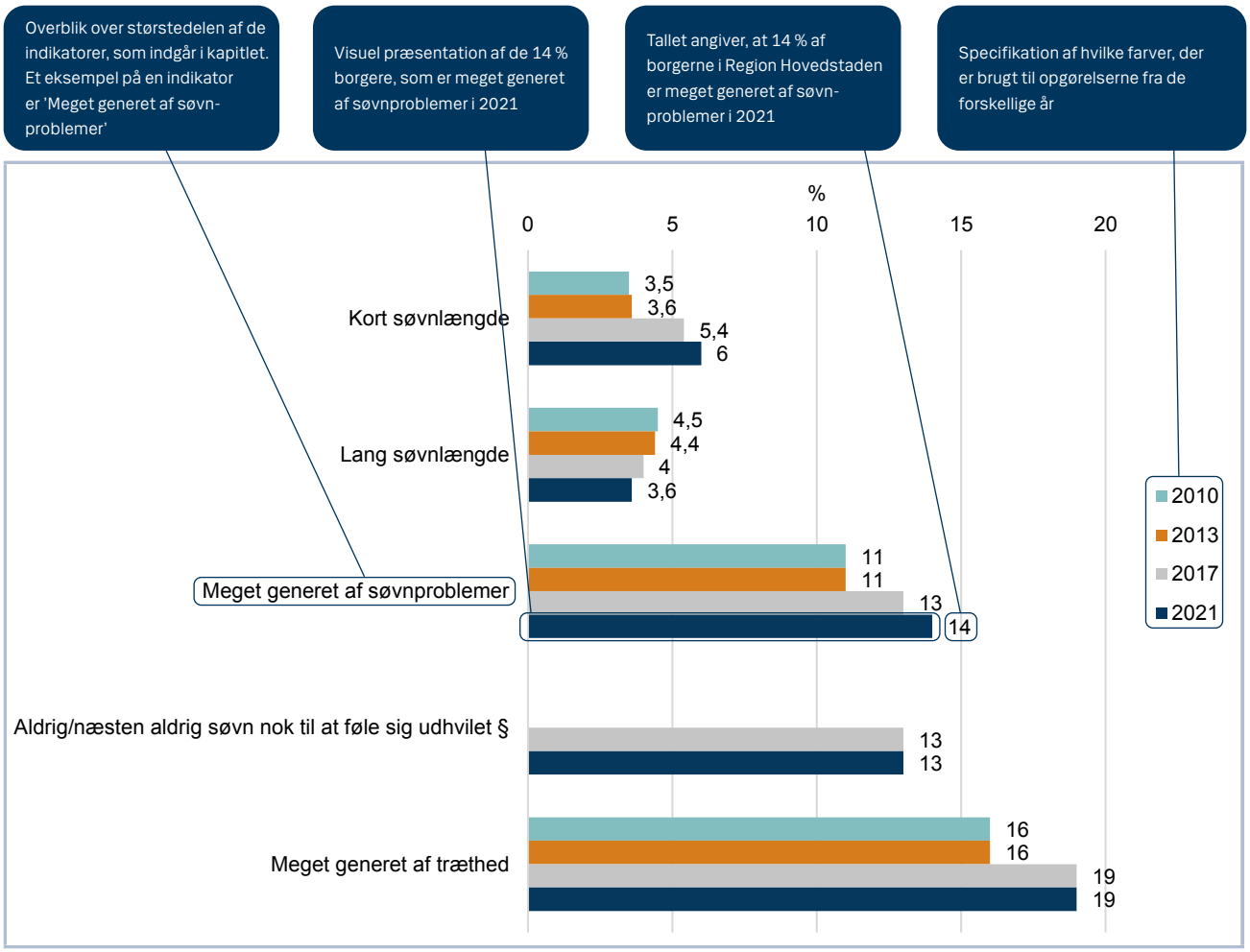
Metoden og præsentationen af resultater i kapitel 13 om social ulighed adskiller sig fra de øvrige kapitler. Derfor er der i kapitlet om social ulighed inkluderet et afsnit, hvor metoderne bag disse opgørelser beskrives.

1.6.3 Figurer med resultater på regionsniveau

Resultatoverblik

I rapporten indledes alle kapitler med et resultatoverblik, som illustrerer udviklingen over tid for størstedelen af de indikatorer, som indgår i kapitlet. Udviklingen vises for 2010 til 2021 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid. Langt de fleste af indikatorerne beskrives mere detaljeret i kapitlets underafsnit. For nogle af indikatorerne i resultatoverblikket vil der imidlertid ikke være yderligere opgørelser end det, der kan ses i overblikket, mens der for andre indikatorer i resultatoverblikket kun findes yderligere opgørelser – oftest i form af regions- og kommunetabeller – på sundhedsprofilens hjemmeside. Oplysninger herom vil fremgå af resultatoverblikkets fodnoter. Figur 1.1 viser et eksempel på et resultatoverblik fra kapitlet om søvn.

Figur 1.1 Læsevejledning for resultatoverblik
Eksempel: Søvn (Figur 10.1 i rapporten)

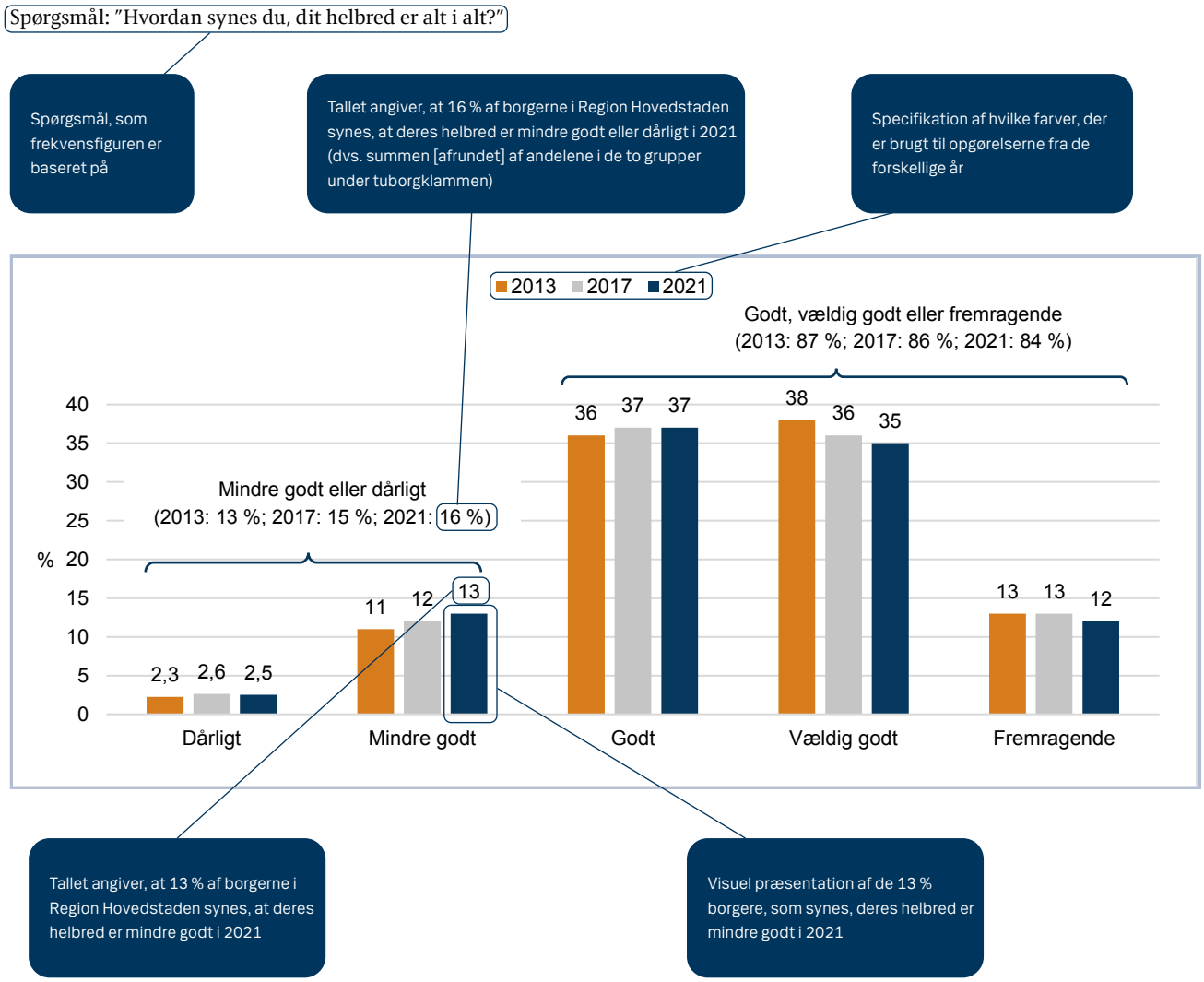


Frekvensfigurer

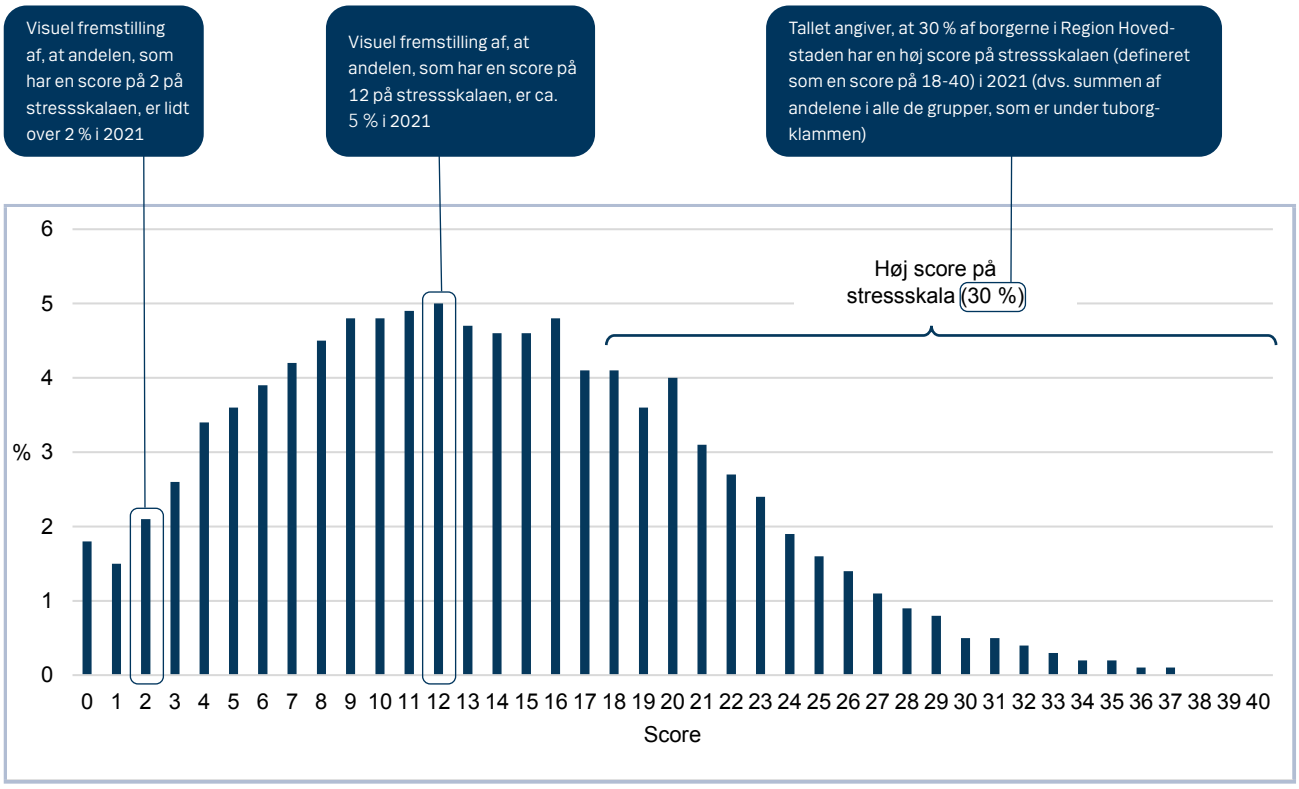
I rapporten præsenteres frekvensfigurer i de fleste af kapitlernes underafsnit. Størstedelen af frekvensfigurerne illustrerer hvilke spørgsmål, der er blevet stillet, de tilhørende svarkategorier samt forekomsten fordelt på disse kategorier. Frekvensfigurerne gør det således muligt også at sige noget om, hvor stor en andel af borgerne, som har en hensigtsmæssig sundhedsadfærd eller ikke har helbredsproblemer, men også hvor stor en andel, der har det største forebyggelsespotentiale. I flere tilfælde vises udviklingen over tid, og dermed bidrager disse figurer med nuancer om udviklingen over tid, som ikke fås i andre opgørelser i sundhedsprofilen. Det skal bemærkes, at der i nogle af frekvensfigurerne kan være uoverensstemmelse mellem samlede andele (over tuborgklammen) og summen af enkelte andele (for specifikke svarkategorier) som følge af afrundinger. Figur 1.2 viser et eksempel på en frekvensfigur fra kapitlet om livskvalitet og helbred.

I enkelte afsnit vises frekvensfiguren i form af et histogram, som viser hele fordelingen af den bagvedliggende variabel, som indikatoren opgøres fra (f.eks. score på en skala eller antal timer). Figur 1.3 viser et eksempel på et histogram fra kapitlet om mental sundhed og sociale relationer.

Figur 1.2 Læsevejledning for frekvensfigur (klassisk).
Eksempel: Selvvurderet helbred (Figur 3.5 i rapporten)



Figur 1.3 Læsevejledning for frekvensfigur (histogram).
Eksempel: Fordeling af scorer på stressskalaen (Figur 4.6 i rapporten)

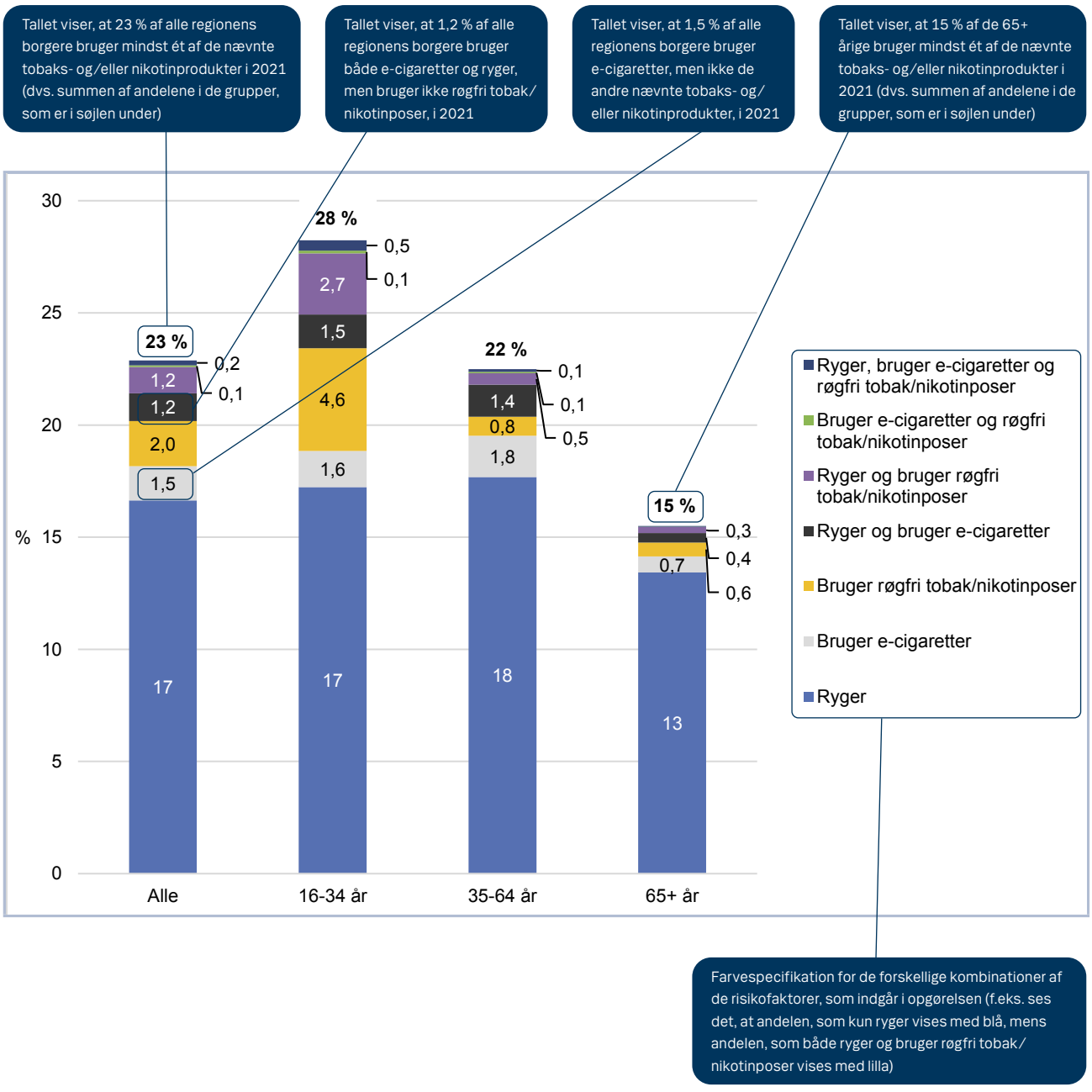


Figurer med flere samtidige risikofaktorer fra samme kapitel

I flere af rapportens kapitler præsenteres figurer, som viser den samlede forekomst af to eller flere af de risikofaktorer, som er beskrevet i det givne kapitel. Der er således tale om en opgørelse af andelen, som har mindst én af de risikofaktorer, som er inkluderet i opgørelsen samt andelene med forskellige mulige kombinationer af disse faktorer. Opgørelserne vises for alle borgere i 2021 og derudover opdelt på tre aldersgrupper og/eller for 2017, afhængig af det enkelte kapitel. Formålet med disse opgørelser er at tydeliggøre, hvor stor den samlede udfordring med det specifikke område er, og i hvor høj grad det er relevant at tænke i forebyggelsesindsatser, som går på tværs af risikofaktorer. Det er vigtigt at understrege, at andele i disse figurer ikke nødvendigvis er at genfinde i regions- og kommunetabeller, fordi opgørelserne er begrænset til borgere, som har besvaret alle spørgsmål, som er inkluderet i figuren. Figur 1.4 viser et eksempel på en af disse figurer fra kapitlet om rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer, hvor opgørelsen er opdelt på tre aldersgrupper i 2021 (udvikling over tid er ikke taget med i figuren, fordi der kun er oplysninger fra 2021 om røgfri tobak og nikotinposer).

Figur 1.4 Læsevejledning for figur med flere samtidige risikofaktorer fra samme kapitel

Eksempel: Rygning, brug af e-cigaretter, brug af røgfri tobak/nikotinposer og kombinationer af disse (Figur 5.7 i rapporten)

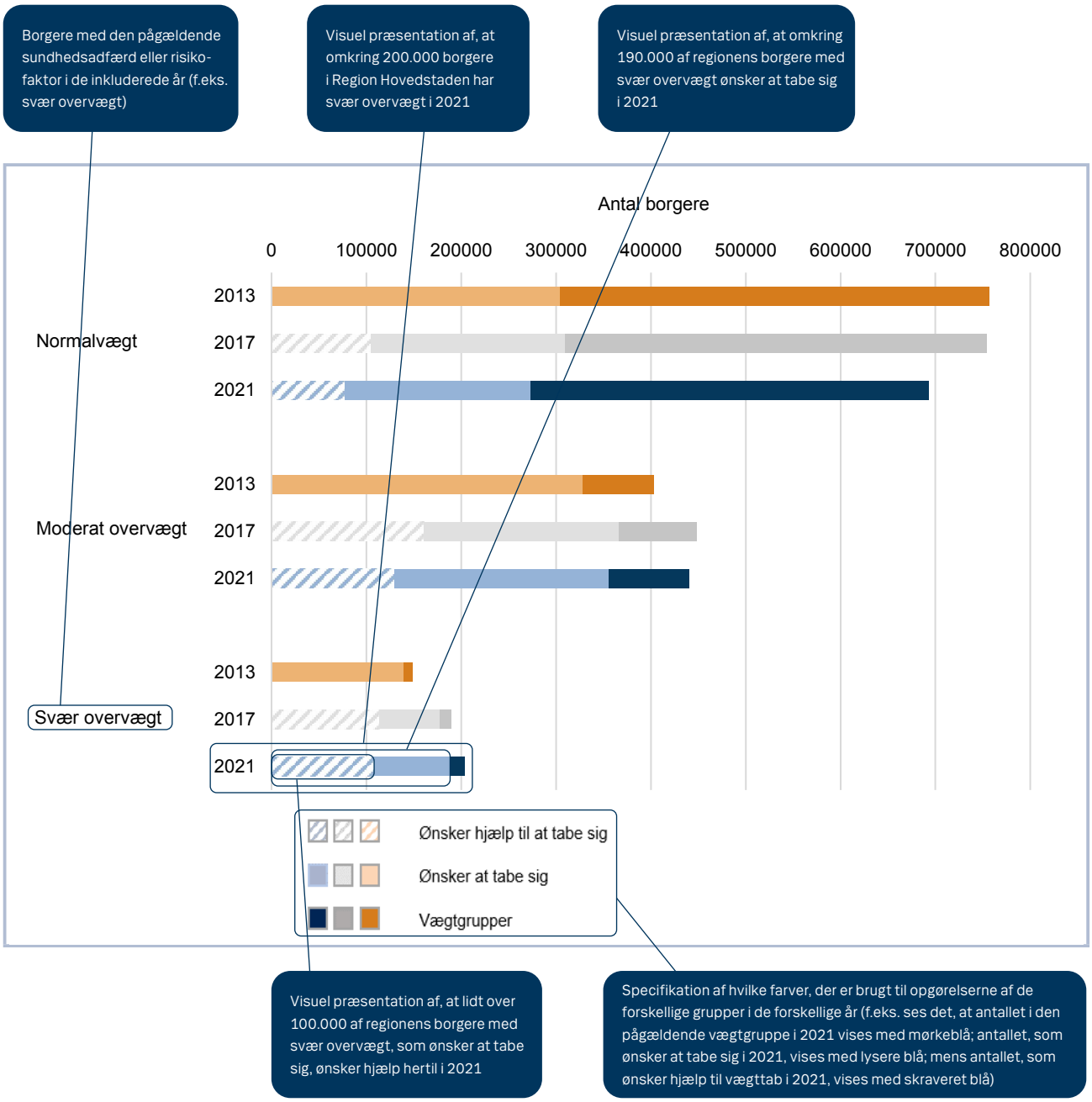


Motivationsfigurer

I underafsnit om motivation, som findes i flere af rapportens kapitler, vises en figur, som vi har valgt at kalde en 'motivationsfigur'. Figuren viser antallet af borgere med den pågældende sundhedsadfærd eller risikofaktor i de inkluderede år. Derudover vises antallet af disse borgere, som ønsker at ændre adfærd eller minimere risikofaktoren, og endelig vises antallet, som ønsker hjælp til denne ændring. Figuren viser således – i modsætning til de øvrige figurer i rapporten – ikke andelen, men det estimerede *antal* af personer. Antallet af personer, som er motiverede for adfærdsændring, kan være relevant at kende i forbindelse med regionens og kommunernes forebyggelsesarbejde. Da motivation opgøres blandt borgere med en bestemt adfærd eller risikofaktor (hvor andel og antal kan være steget eller faldet i forhold til tidligere år), er det ikke altid, at udviklingen over tid i hhv. andelen og antallet af personer, som er motiverede for adfærdsændring eller ønsker hjælp hertil, følger hinanden. Ved at vise antal, som er motiveret til adfærdsændring og evt. ønsker hjælp hertil, er det vores håb at det bliver helt tydeligt, hvad omfanget af motiverede borgere og borgere, som ønsker hjælp til adfærdsændring, er. For at vise det fulde forebyggelsespotentiale og omfang vises i de fleste af motivationsfigurerne ønske om hjælp både blandt borgere med den mest uhensigtsmæssige adfærd eller risikofaktor og blandt den resterende del af borgerne. I motivationsfiguren er det også muligt at få et indtryk af andelen af borgere, som er motiverede og ønsker hjælp, ved at se på, hvor stor en del af den samlede søjle, der er hhv. lys i farven (ønsker ændring) og skraveret (ønsker hjælp til ændring). Til alle motivationsfigurer findes en tilhørende webtabel, hvor de præcise andele og antal kan ses. Figur 1.5 viser et eksempel på en motivationsfigur fra kapitlet om vægt.

Figur 1.5 Læsevejledning for motivationsfigur

Eksempel: Antal, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp hertil blandt borgere i forskellige vægtgrupper (Figur 9.3 i rapporten)



1.6.4 Tabeller med resultater på regions- og kommuneniveau

Primære regionstabeller

I rapporten præsenteres forekomsten af forskellige typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer i Region Hovedstaden også i tabeller; primært i de såkaldte regionstabeller, som er kendt fra de tidligere sundhedsprofiler i Region Hovedstaden. I regionstabellerne opgøres forekomsten af indikatorer på tværs af sociodemografiske grupper, som har betydning for sundhedsadfærd og risikofaktorer. De sociodemografiske grupper er: køn og alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus samt børn i hjemmet (0-15 år). I tidligere Sundhedsprofiler i Region Hovedstaden er alder blevet opgjort samlet for mænd og kvinder, men som noget nyt opgøres forekomsten i de forskellige aldersgrupper for hhv. mænd og kvinder. Opgørelserne fordelt på sociodemografiske grupper tydeliggør hvilke befolkningsgrupper, der har det største forebyggelsespotentiale. Herudover indeholder regionstabellerne, så vidt det er muligt, information om forekomsten i 2017 og 2013, hvormed det illustreres, om der er sket ændringer i forekomsten over tid. Det skal dog bemærkes, at opgørelser fordelt på, om borgerne har børn i hjemmet, ikke kan opgøres for 2013, pga. ændring i spørgsmålet. Tabel 1.3 viser et eksempel på en regionstabel, som kan findes i kapitlet om livskvalitet og helbred.

Som noget nyt i Sundhedsprofil 2021 vises odds ratio (OR) også i regionstabellerne. For hver af de sociodemografiske grupper er der til beregningen af OR valgt en referencekategori (i tabellerne benævnt 'Ref'); i de fleste tilfælde er der valgt den største subgruppe inden for den pågældende sociodemografiske gruppe. OR er justeret for køn og alder, med undtagelse af OR for alder fordelt på køn, som er ujusteret. I regionstabellerne angiver OR odds (~sandsynligheden) for en given sundhedsadfærd eller risikofaktor i den pågældende subgruppe i forhold til referencegruppen. Det vil sige, at hvis OR er større end 1 for en subgruppe, så er odds for, at en borger i denne gruppe har en given sundhedsadfærd eller risikofaktor, højere end i referencegruppen, når der er taget højde for, at grupperne ikke har samme fordeling af mænd og kvinder og ikke har samme aldersfordeling. Er OR mindre end 1, så er odds for, at en borger har en given sundhedsadfærd eller risikofaktor, lavere i den pågældende subgruppe end i referencegruppen, når der er taget højde for fordelingen af køn og alder i grupperne. Hvis OR for en subgruppe er statistisk signifikant forskellig fra 1, betyder det, at der er statistisk signifikant forskel i odds for sundhedsadfærden mellem subgruppen og referencegruppen. Dette markeres med *. Til vurdering af, om der er statistisk signifikante forskelle, er der benyttet tests med 5 % signifikansniveau.

Primære kommunetabeller

I rapporten præsenteres resultater opgjort på kommuneniveau for langt de fleste af de indikatorer, som er præsenteret i regionstabellerne. Dette gøres ved brug af en såkaldt kommunetabel, som tilsvarende regionstabellerne er kendt fra de tidligere sundhedsprofiler i Region Hovedstaden. Kommunetabellerne præsenterer forekomsten af en given indikator for hver kommune i regionen samt for hver af de 10 københavnske bydele. Til sammenligning vises regionsgennemsnittet for den givne indikator. Kommunerne er i tabellen inddelt i kommunesocialgrupper og præsenteres alfabetisk under den kommunesocialgruppe de tilhører i 2021. Tabel 1.4 viser et eksempel på en kommunetabel, som kan findes i kapitlet om livskvalitet og helbred.

Odds ratio (OR) angiver i kommunetabellerne odds (~sandsynligheden) for en given sundhedsadfærd eller risikofaktor i en kommune i forhold til regionsgennemsnittet (i tabellerne benævnt 'Ref'). OR er justeret for køn og alder. Det vil sige, hvis OR er større end 1 for en kommune, så er odds for, at en borger i kommunen har en given sundhedsadfærd eller risikofaktor, højere i denne kommune i forhold til regionsgennemsnittet, når der er taget højde for, at kommunerne ikke har samme fordeling af mænd og kvinder og ikke har samme aldersfordeling. Er OR mindre end 1, er odds for, at en borger i kommunen har en given sundhedsadfærd eller risikofaktor, lavere end regionsgennemsnittet, når der er taget højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne. Hvis OR er signifikant forskellig fra 1, markeres dette med *, og det betyder, at kommunens odds for en given sundhedsadfærd eller risikofaktor er signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Til vurdering af, om der er statistisk signifikante forskelle, er der benyttet tests med 5 % signifikansniveau.

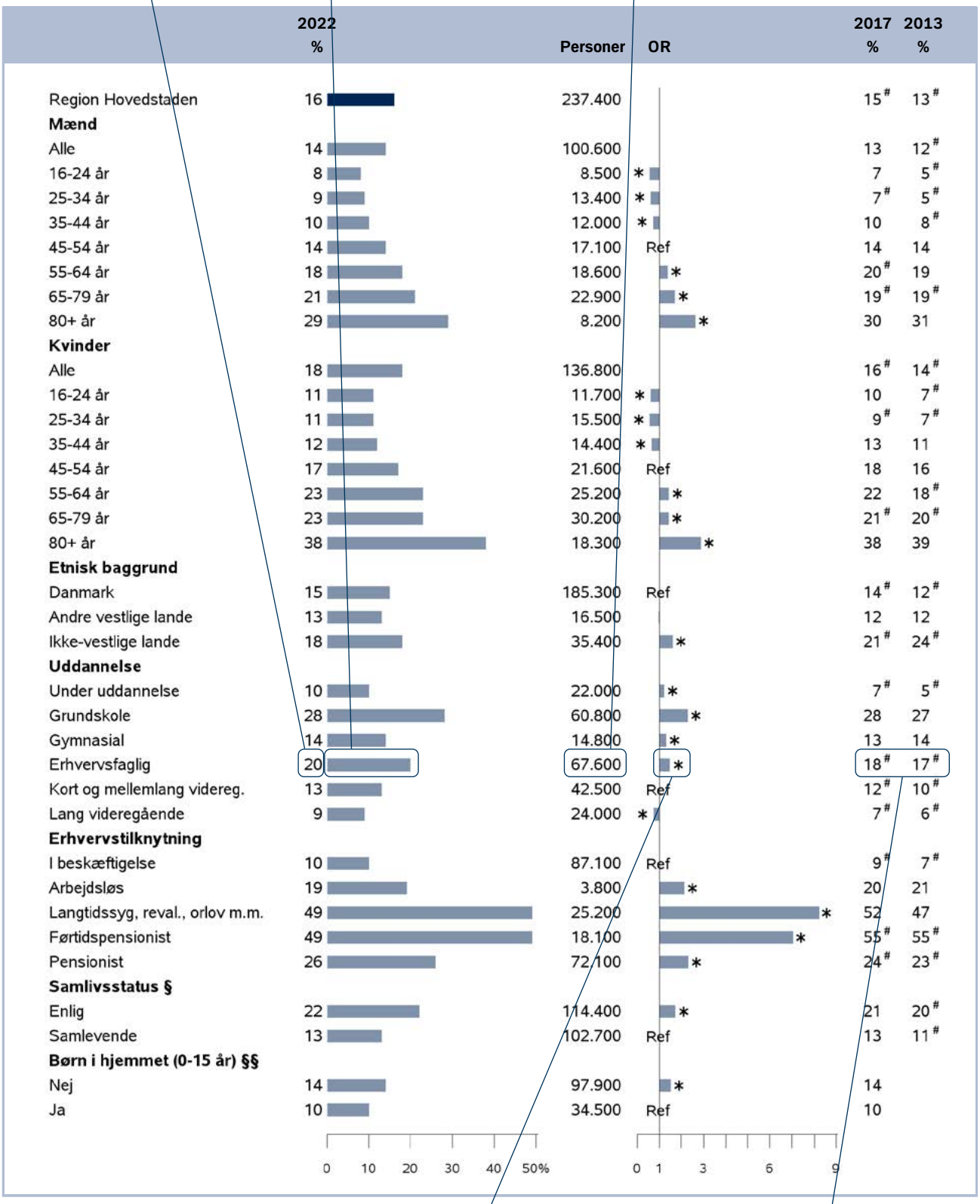
Tabel 1.3 Læsevejledning for regionstabel

Eksempel: Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – region (Tabel 3.5 i rapporten)

Tallet angiver, at 20 % af borgere med erhvervsfaglig uddannelse har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021

Visuel præsentation af de 20 % borgere med erhvervsfaglig uddannelse, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred

Tallet angiver, at 67.600 borgere med erhvervsfaglig uddannelse har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021



Forskel mellem den pågældende subgruppe (her: erhvervsfaglig uddannelse) og referencegruppen (her: kort og mellemlang videregående uddannelse) vist som OR (odds ratio), justeret for køn og alder.

* angiver, at den justerede OR for den pågældende subgruppe afviger statistisk signifikant fra referencegruppen

Andel i hhv. 2017 og 2013.

angiver, at andelen er statistisk signifikant forskellig fra andel i 2021

Tabel 1.4 Læsevejledning for kommunetabel

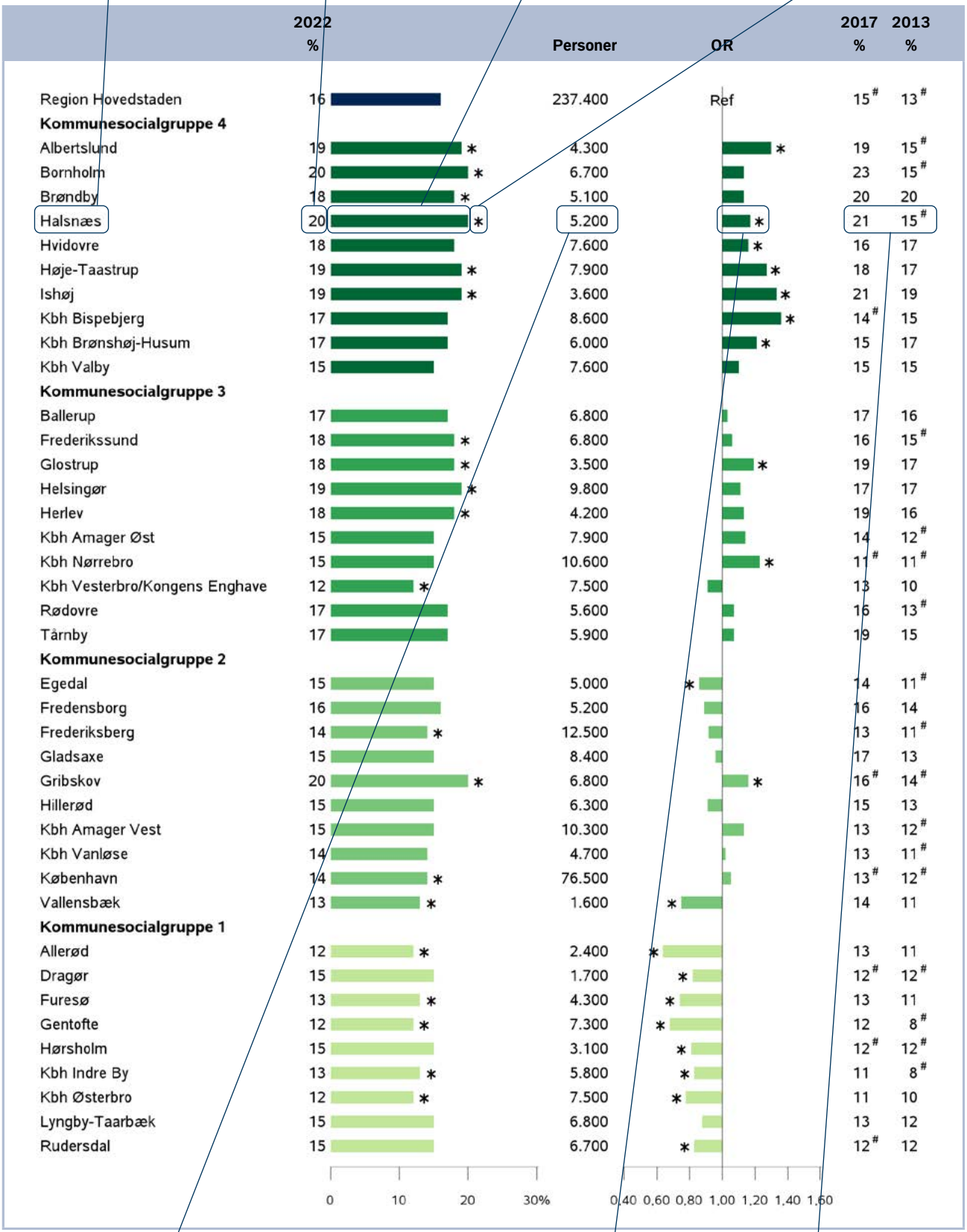
Eksempel: Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – kommuner (Tabel 3.6 i rapporten)

Kommunerne er opstillet i fire kommunesocialgrupper (se kapitel 2 om demografi og sociale forhold for nærmere beskrivelse)

Tallet angiver, at 20 % af borgerne i Halsnæs Kommune har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021

Visuel præsentation af de 20 % borgere i Halsnæs Kommune, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021

* angiver, at kommunens andel afviger statistisk signifikant fra regionens gennemsnit på 16 %



Tallet angiver, at 5.200 borgere i Halsnæs Kommune har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021

Forskel mellem den pågældende kommune eller bydel (her: Halsnæs) og regionsgennemsnittet vist som OR (odds ratio), justeret for køn og alder.

* angiver, at den justerede OR for kommunen/bydelen afviger statistisk signifikant fra regionsgennemsnittet

Andel i hhv. 2017 og 2013.

angiver, at andelen er statistisk signifikant forskellig fra andel i 2021

Tabeller med flere samtidige risikofaktorer fra andre kapitler

I de fleste kapitler i rapporten præsenteres en tabel, som viser andelen med udvalgte risikofaktorer fra andre kapitler blandt borgere med en eller flere af de typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer, som det givne kapitel handler om. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer blandt alle borgere i regionen. Statistisk signifikante forskelle fra regionsgennemsnittet markeres med *. Til vurdering af, om der er statistisk signifikante forskelle, er der benyttet tests med 5 % signifikansniveau. Tabel 1.5 viser et eksempel på en af disse tabeller fra kapitlet om rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer.

Når man læser disse tabeller, skal man være opmærksom på, at opgørelserne ikke er justeret for køn og alder. Det kan således ikke udelukkes, at en højere eller lavere forekomst af risikofaktorer fra andre kapitler blandt borgere med den type sundhedsadfærd, kapitlet handler om, enten helt eller delvist skyldes, at fordelingen af alder og køn er meget anderledes blandt borgerne med den type sundhedsadfærd, kapitlet handler om, end blandt borgerne generelt i Region Hovedstaden.

Tabel 1.5 Læsevejledning for tabel med flere samtidige risikofaktorer fra andre kapitler

Eksempel: Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som ryger dagligt, bruger e-cigaretter og bruger røgfri tobak/nikotinposer sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden (Tabel 5.11 i rapporten)

Udvalgte typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer fra andre kapitler f.eks. usundt kostmønster

Tallet angiver, at 26 % af borgere, som ryger dagligt, også har et usundt kostmønster.

* angiver, at andelen med usundt kostmønster blandt borgere, som ryger dagligt, er statistisk signifikant forskellig fra andelen med usundt kostmønster i regionen som helhed

Tallet angiver regionsgennemsnittet for den udvalgte risikofaktor. Her vises, at 14 % af borgerne i hele Region Hovedstaden har et usundt kostmønster

	Daglig rygning %	Brug af e-cigaretter %	Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	10*	9*	5	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	21*	22*	25*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	25*	21*	13*	16
Ensomhed	17*	16*	14	13
Høj score på stressskala	41*	41*	37*	30
Drikker over 14/21 genstande om ugen	13*	9*	18*	7
Rusdrikker ugentligt	19*	17*	35*	12
Usundt kostmønster	26*	24*	18*	14
Lav fysisk aktivitet	29*	26*	14*	18
Svær overvægt	16*	19*	8*	15
Meget generet af søvnproblemer	20*	23*	19*	14
Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere	5*	6*	16*	4
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	10*	7*	14*	3

1.7 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for undersøgelsen bag og udarbejdelse af "'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer".

Hovedkræfterne bag gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' samt den efterfølgende udarbejdelse af Sundhedsprofil 2021 er projektleder og seniorforsker Cathrine Juel Lau (ph.d.), forsker Marie Holm Eliasen (ph.d.), forsker Marie Stjerne Grønkjær (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Maj Bekker-Jeppesen (cand.scient.), Cecilie Goltermann Toxværd (cand.scient.), Nina Gøtzsche (cand. scient.) og Maria Helene Jacobsen (cand.scient.) samt datamanager Gert Virenfeldt (cand.scient.), dataanalytiker Signe Thorup (ph.d.) og statistiker Anne Helms Andreasen (cand.scient.).

Følgende interne forskere har bistået med faglig viden og sparring: Professor Charlotta Pisinger og professor Mette Aadahl har givet sparring på hele kapitlet inklusive analyseplaner om hhv. rygning og fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd. Sparring på analyseplan og indledning til kapitler er givet af: Postdoc Gro Askgaard og forsker Anders Blædel Gottlieb Hansen på kapitel om alkohol; forsker Kirsten Bjørnsbo på kapitel om kost; og forskningsleder Jennifer Lyn Baker på kapitel om vægt. Herudover har studentermedhjælper Sara Toft bidraget til bearbejdning af kvalitative data.

Følgende eksterne forskere har bistået med sparring på analyseplan og indledning til kapitler: Seniorforsker Maj Britt Dahl Nielsen (Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet) på kapitel om livskvalitet og helbred samt kapitel om mental sundhed og sociale relationer, professor Poul Jennum (Dansk Center for Søvnmedicin, Rigshospitalet) på kapitel om søvn, professor Christian Graugaard (Sexologisk Forskningscenter, Aalborg Universitet) på kapitel om ubeskyttet sex, professor Vibeke Asmussen Frank (Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet) på kapitel om euforiserende stoffer og postdoc Thora Majlund Kjærulff (Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet) på kapitel om social ulighed.

En referencegruppe bestående af repræsentanter fra de 29 kommuner og Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Hovedstaden har været sparringspartnere i processen. Aktuelt består referencegruppen af sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune (repræsentant for planområde SYD), sundhedskoordinator Lars Ole Andersen, Brøndby Kommune (repræsentant for planområde SYD), specialkonsulent Anna Ida Bundgaard, Gladsaxe Kommune (repræsentant for planområde MIDT), chefkonsulent Lena Søeborg, Rudersdal Kommune (repræsentant for planområde MIDT), sundhedskonsulent Perle McDonald, Hillerød Kommune (repræsentant for planområde NORD), specialkonsulent Tine Baatrup, Gribskov Kommune (repræsentant for planområde NORD), chefkonsulent Niels Berdiin Flarup, Københavns Kommune (repræsentant for planområde BYEN), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune, og specialkonsulent Lene Schack-Nielsen fra DNS i Region Hovedstaden.

Opsætning af spørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og håndtering af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Huge Consulting ApS. Udsendelse af spørgeskema er sket i samarbejde med Express A/S og Bladkompagniet A/S. Express A/S har desuden stået for indscanning af besvarelser på papirspørgeskemaer. Grafisk opsætning og trykning af denne rapport er foretaget af Dantryk A/S.

1.8 Litteratur

1. Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreasen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2008.

2. Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan og Udvikling, Region Hovedstaden; 2010.

3. Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreasen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, m.fl. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014.

4. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.

5. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies; 1991.

6. Richard L, Potvin L, Kishchuk N, Prlic H, Green LW. Assessment of the Integration of the Ecological Approach in Health Promotion Programs. Am J Health Promot. 1. marts 1996;10(4):318–28.

7. Pisinger V, Hviid S, Hoffmann S, Rosing J, Tolstrup J. Sammen – hver for sig – Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.

8. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Corona fik mange unge til at ændre rygevaner [Internet]. Ugens tal, uge 38 2021, SDU. 2021 [henvist 11. november 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/38_2021

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

10. Mulugeta W, Desalegn H, Solomon S. Impact of the COVID-19 pandemic lockdown on weight status and factors associated with weight gain among adults in Massachusetts. Clinical Obesity. 2021;11(4):e12453.

11. Didriksen M, Werge T, Nissen J, Schwinn M, Sørensen E, Nielsen KR, m.fl. Impact of COVID-19 Pandemic on Sleep Quality, Stress Level and Health-Related Quality of Life—A Large Prospective Cohort Study on Adult Danes. IJERPH. 17. juli 2021;18(14):7610.

12. Petersen MB, Roepstorff A. Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemien. Resultater fra HOPE-projektet. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet; 2020.

13. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen T-L, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, m.fl. 'Standing together – at a distance': Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. Scand J Public Health. 1. februar 2021;49(1):79–87.

14. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, m.fl. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. The Lancet Regional Health - Europe. 1. marts 2021;2.

15. Giacalone D, Frøst MB, Rodríguez-Pérez C. Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. Front Nutr. 8. december 2020;7.

16. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

17. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. Acta Neuropsychiatrica. Oktober 2020;32(5):277–9.

18. Christensen AI, Lau CJ, Kristensen PL, Johnsen SB, Wingstrand A, Friis K, m.fl. The Danish National Health Survey: Study design, response rate and respondent characteristics in 2010, 2013 and 2017. Scand J Public Health. 8. november 2020.

19. Christensen AI, Lau CJ, Kristensen PL, Poulsen HS, Larsen FB. 35 years of health surveys in Denmark – a backbone of public health practice and research. Accepted for publication in Scand J Public Health. 8. februar 2022.

Kapitel 2

Demografi og sociale forhold

Indledning

En lang række demografiske, sociale og økonomiske forhold har betydning for borgernes trivsel, sundhed og sygdom (1–3). Fordelingen af demografiske og socioøkonomiske forhold kan ændre sig over tid og dermed være en del af forklaringen på de ændringer, der ses i trivsel, sundhed og sygdom over tid.

Således er det vigtigt at tolke især de resultater i Sundhedsprofil 2021, som ikke er justeret for alder og køn, i lyset af den pågældende populations sociodemografiske profil og ændringer heraf over tid.

Kapitlets indhold

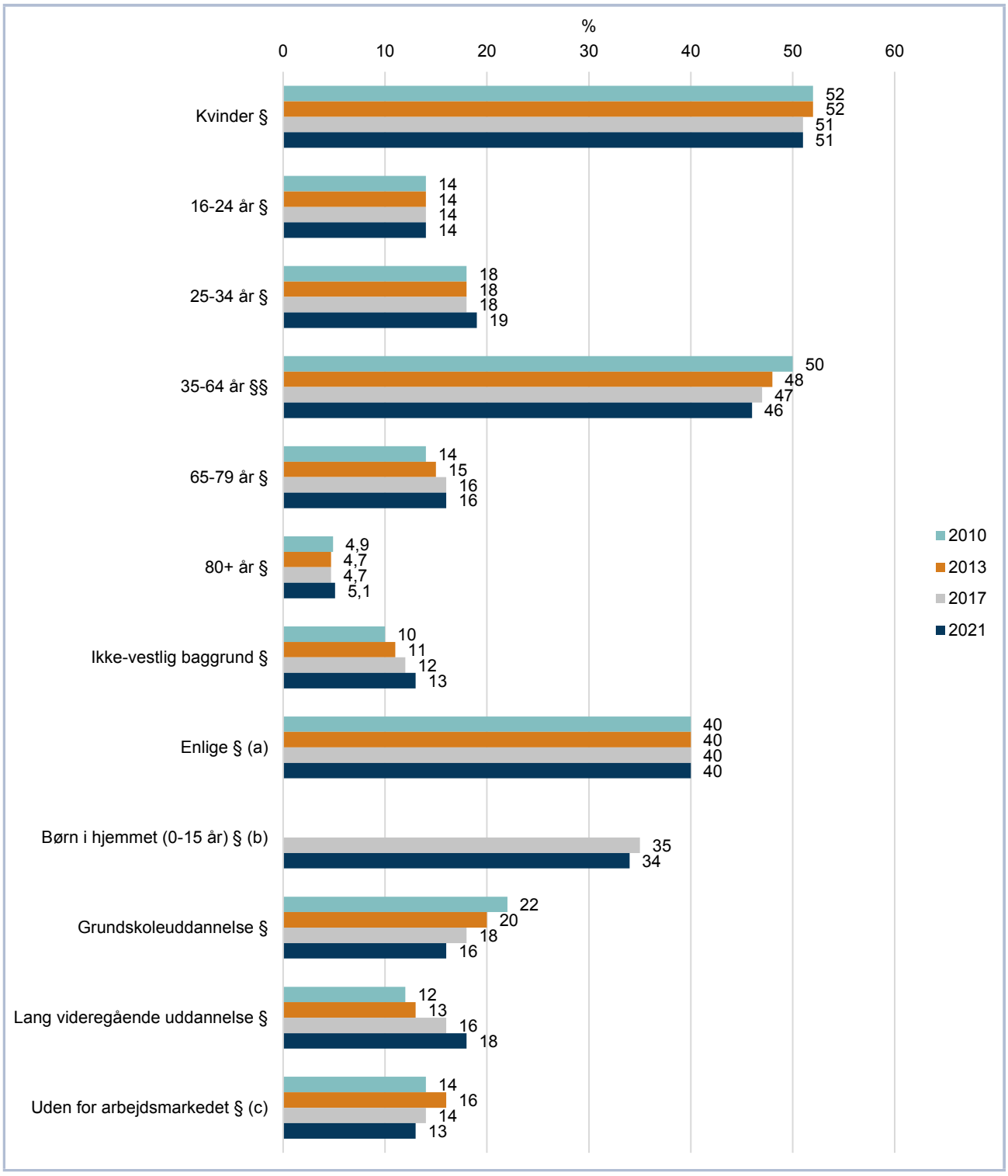
Tabeller og metodebeskrivelse knyttet til opgørelser af demografi og sociale forhold i regionen findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Hvor det er muligt, beskrives i disse tabeller fordelingerne for regionens 29 kommuner og 10 københavnske bydele samt ændringer i fordelingen af de sociodemografiske forhold siden 2017 og 2013. Kapitlets oplysninger om indbyggertal, køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, indkomst og kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger fra nationale registre, mens oplysninger om børn i hjemmet er baseret på oplysninger fra spørgeskemaet.

Resultatoverblik

I figur 2.1 ses et overblik over mange af de indikatorer for demografi og sociale forhold, som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside. For alle indikatorer – bortset fra børn i hjemmet – ses tal fra 2010 til 2021. I regionen er der samlet set en lidt større andel af kvinder end mænd, men denne forskel er mindre i 2017 og 2021 sammenlignet med tidligere. Andelen af unge på 16-24 år er uændret fra 2010 til 2021, mens andelen af 35-64-årige borgere er faldet år for år siden 2010. Til gengæld er andelen af 65-79-årige steget fra 2010 til 2017, hvorefter den er stabiliseret, mens der er sket en stigning i andelen af 25-34-årige og 80+ årige fra 2017 til 2021. Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund er steget gradvist i perioden. Det ses, at andelen af borgere, som er enlige, er uændret i perioden, mens der er sket et fald i andelen af borgere med 0-15-årige børn i hjemmet siden 2017. Andelen med grundskoleuddannelse er også faldet over årene, mens andelen med lang videregående uddannelse er steget. I 2021 er andelen af borgere med lang videregående uddannelse således større end andelen med grundskoleuddannelse. I 2021 er andelen af borgere uden for arbejdsmarkedet desuden mindre end i øvrige år, og andelen er faldet støt siden 2013.

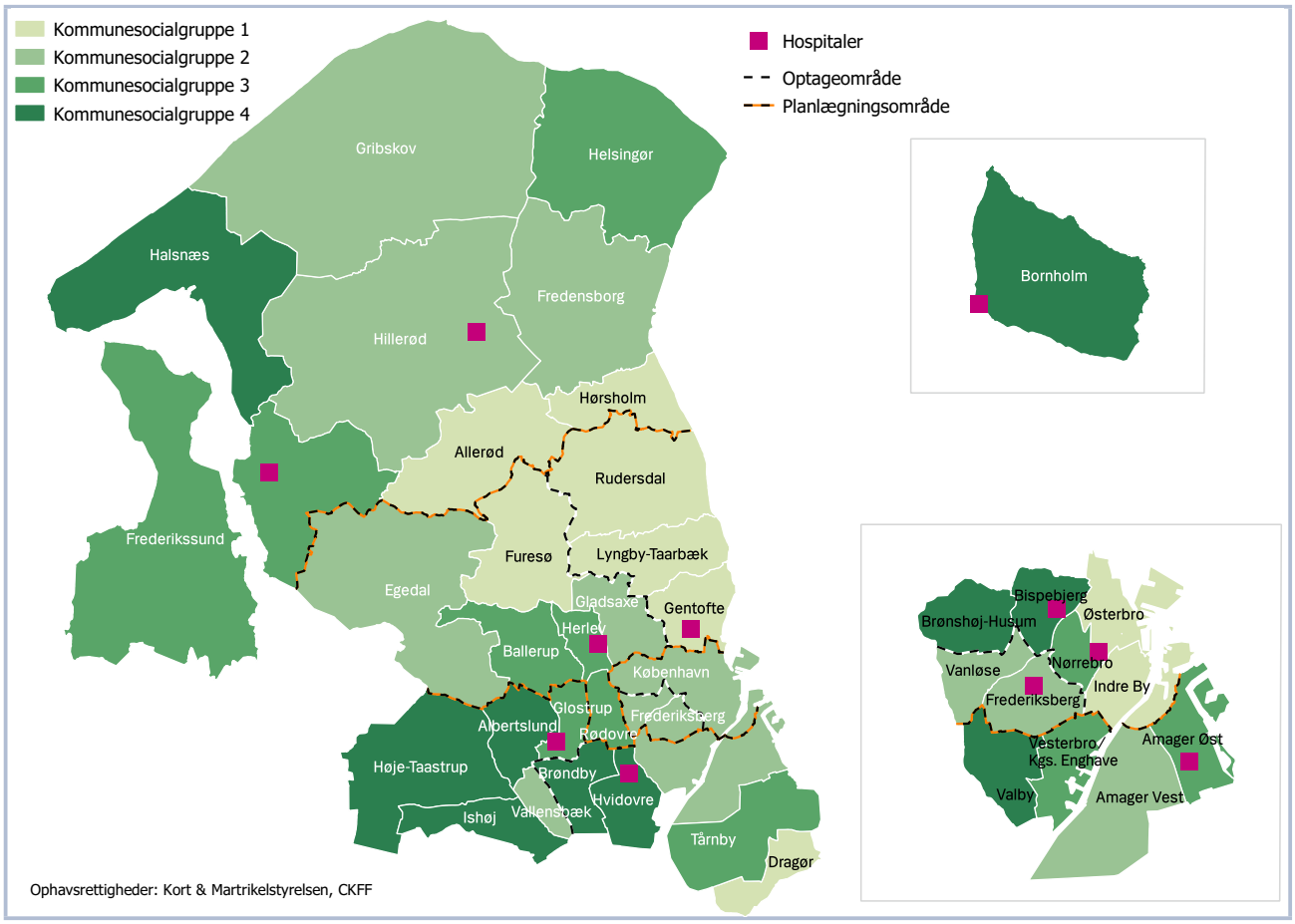
Figur 2.2 viser Region Hovedstadens kommuner fordelt i fire kommunesocialgrupper i 2021. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt dårligst stillet. Beskrivelse af metoden bag opgørelsen af kommunesocialgrupper og udviklingen fra 2017 til 2021 kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 2.1 Resultatoverblik for demografi og sociale forhold



Børn i hjemmet er baseret på spørgeskemadata indsamlet på CKFF og SIF i 2017 og 2021, mens de resterende oplysninger er baseret på data fra nationale registre i alle årene.
§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.
(a) Blandt borgere på 25 år eller derover.
(b) Blandt borgere under 65 år.
(c) Blandt borgere, som er under 65 år og ikke er under uddannelse.

Figur 2.2 **Kommunesocialgrupper i 2021**



2.1 Litteratur

1. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi - Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. København: Munksgaard; 2020.

2. Pedersen PV, Johansen KBH, Ekholm O, Juel K. Sundhed og trivsel i et kønsperspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.

3. Hempler NF, Jervelund SS, Ryom K, Fredsted S, Vinther-Jensen K. GPS: Veje til etnisk lighed i sundhed. København: Dansk Selskab for Folkesundhed; 2020 s. 1–39.

Kapitel 3

Livskvalitet og helbred

- Størstedelen af borgerne i Region Hovedstaden har en god livskvalitet (78 %) og et godt selvvurderet helbred (84 %).
- I 2021 har 5,2 % af borgerne en dårlig eller meget dårlig livskvalitet, 18 % har fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, 16 % har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, 9 % har lav score på den fysiske helbredsskala, og 29 % er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.
- Der er sket en stigning i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, i andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.
- Flere kvinder end mænd har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske helbredsskala og er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, mens flere mænd end kvinder har dårlig eller meget dårlig livskvalitet.
- Det er især blandt den ældre del af befolkningen, at livskvalitet og helbred er dårligt. Blandt borgere på 80+ år har omkring hver tredje – og flere blandt kvinderne – et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, en lav score på den fysiske helbredsskala og er desuden meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.
- En ud af fem kvinder på 65+ år, mænd og kvinder på 16-24 år, borgere med ikke-vestlig baggrund, borgere under uddannelse, borgere med grundskoleuddannelse, enlige og borgere uden for arbejdsmarkedet samt borgere i Frederiksberg Kommune og flere københavnske bydele vurderer, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien. Borgere, som er langtidssyge eller førtidspensionister, har desuden den højeste forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet (18-23 %).
- Der er en social gradient i forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, lav score på den fysiske helbredsskala og meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Dvs. at forekomsten er højere for borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse, og den sociale gradient ses også på tværs af kommunesocialgrupperne.
- Det er især blandt borgere, som er langtidssyge eller førtidspensionister, at forekomsterne er høje: 18-23 % har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, 49 % har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, 31-44 % har lav score på den fysiske helbredsskala og ca. 58 % er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet.
- Borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred har desuden dobbelt så høj forekomst af ensomhed, høj score på stressskalaen, lav score på mental helbredsskalaen og søvnproblemer sammenlignet med regionen som helhed.

Indledning

God livskvalitet og godt helbred har stor betydning både for den enkelte borger og for samfundet og er helt centrale områder for folkesundheden. Verdenssundhedsorganisationen (WHO) definerer livskvalitet som "...menneskers opfattelse af deres livssituation set i sammenhæng med den kultur og de værdisystemer, de lever i, og i forhold til deres mål, forventninger, standarder og bekymringer. Det er et bredt begreb, som på en kompleks måde påvirkes af personens fysiske helbred, mentale tilstand, uafhængighedsniveau, sociale relationer og personens forhold til vigtige aspekter i sit miljø" (1). Menneskets opfattelse og vurdering af egen livskvalitet påvirkes dermed af en lang række forhold udover helbredet, såsom arbejdsliv, økonomi, boligforhold, sociale relationer og psykologiske faktorer. Især sygdom ser ud til at have stor betydning for livskvaliteten, hvor nogle – primært psykiatriske – diagnoser er vist at have en større negativ påvirkning på livskvaliteten end f.eks. skilsmisse og arbejdsløshed (2).

Helbred måles i dette kapitel vha. selvrapporterede oplysninger om borgernes helbred samlet set (selvvurderet helbred), om borgernes fysiske funktionsniveau, og hvorvidt dette begrænser deres gøremål i hverdagen, samt om tilstedeværelsen af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Selvvurderet helbred omhandler borgerens samlede oplevelse og vurdering af eget helbred i bred forstand og er således baseret på en subjektiv vurdering af det fysiske og mentale helbred, funktionsevne, symptomer og generelle velbefindende. Fordelen ved de subjektive mål for helbred er, at de kan give oplysninger om forhold, der påvirker borgerens helbred, f.eks. deres generelle velvære, funktionsniveau og smerter, som ikke måles med mere objektive mål for helbred som f.eks. specifikke sygdomme eller diagnoser (3).

Helbredet udgør en vigtig del i borgerens vurdering af egen livskvalitet, men studier har også vist, at livskvalitet kan påvirke helbredet. Således kan en borgers livskvalitet påvirke helbredet gennem biologiske mekanismer, sundhedsadfærd og sociale faktorer (4). Dette bakkes op af en række studier, som har vist sammenhæng mellem lav livskvalitet og øget risiko for udvikling af iskæmisk hjertesygdom, svær overvægt, kræft, depression og angstlidelser (5–11). På samme vis er der fundet sammenhæng mellem god livskvalitet og lav dødelighed (12). Hvad angår selvvurderet helbred, så har flere undersøgelser vist, at dårligt selvvurderet helbred er en yderst stærk prædiktor for dødelighed (13,14) og er forbundet med øget risiko for forskellige former for kronisk sygdom (15,16).

God livskvalitet og godt (selvvurderet) helbred kan, udover at have værdi i sig selv, både for individet og for samfundet, også have en afledt værdi i kraft af øget produktivitet, velstand og økonomisk udvikling (4). Det faktum, at livskvalitet og trivsel generelt er centrale for samfundet, tydeliggøres også af, at flere regeringer verden over begynder at inkludere målinger af livskvalitet som en del af grundlaget for politiske beslutninger og prioriteringer bl.a. på sundhedsområdet (2,17).

Indsatser, som skal sikre godt helbred blandt borgerne ved at fremme sundhed og forebygge sygdom, er en af kerneopgaverne i kommunerne. Til at understøtte dette arbejde, og for at højne den faglige kvalitet, har Sundhedsstyrelsen udgivet 11 forebyggelsespakker, som indeholder faglige anbefalinger til arbejdet i kommunerne (18). Da livskvalitet ofte indgår som en integreret del af indsatser til fremme af mental sundhed, og selvvurderet helbred inkluderer både fysisk *og* mentalt helbred, er forebyggelsespakken for mental sundhed (19) særlig vigtig i arbejdet med livskvalitet og helbred. Størstedelen af kommunerne har implementeret indsatser, der lever op til en række af forebyggelsespakkens anbefalinger, og mental sundhed er i stigende grad blevet en integreret del af de kommunale sundhedspolitikker (20).

Trods de aktuelle indsatser målrettet forebyggelse, viser tal fra den europæiske livskvalitetsundersøgelse, at der er sket et fald i den gennemsnitlige tilfredshed med livet blandt danskerne fra 2016 til 2021 (21,22). Der er i den nationale sundhedsprofil ikke opgørelser om danskernes livskvalitet, men de regionale tal, som beskrives i denne rapport, er i tråd med fund fra den europæiske livskvalitetsundersøgelse. Til gengæld indeholder den nationale sundhedsprofil opgørelser om selvvurderet helbred. De nye nationale tal viser, at 17 % af borgerne har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, og at forekomsten er uændret siden 2017 (23).

Data til Sundhedsprofil 2021 blev indsamlet under anden bølge af COVID-19 pandemien, og det er svært at vurdere i hvilken grad, pandemien kan forklare den seneste udvikling i de nationale og regionale tal for livskvalitet og selvvurderet helbred. Sandsynligvis har pandemien og nedlukningen af samfundet påvirket livskvalitet og helbred forskelligt fra individ til individ. Faktorer som sygdom, arbejdsløshed og begrænset social kontakt kan have påvirket borgernes livskvalitet og selvvurderede helbred i en negativ retning, mens f.eks. et øget fokus på de nærmeste relationer kan have haft en positiv virkning. Et studie fra Danmark, som sammenlignede selvvurderet helbred hos de samme personer før COVID-19 pandemien (efteråret 2019) og mellem første og anden bølge (efteråret 2020), viser imidlertid, at vurderingen af helbredet var stort set uændret (24). Betydningen af COVID-19 pandemien på livskvalitet og helbred kan dog have ændret sig i løbet af pandemien. Et andet dansk studie viser, at trivslen var mere påvirket under første bølge (foråret 2020) end under anden bølge af pandemien (foråret 2021), og at trivslen steg i takt med, at antallet af smittede og døde med COVID-19 virus faldt, og samfundet genåbnede (25). Ligeledes viser tal fra den europæiske livskvalitetsundersøgelse, at den gennemsnitlige tilfredshed med livet blandt danskerne steg i takt med genåbningen af samfundet i 2020, men at tilfredsheden i foråret 2021 var lavere end i foråret 2020 (22). Disse fund kan være væsentlige at have med i vurderingen af de resultater, som præsenteres i dette kapitel.

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives først borgernes livskvalitet, og herefter om borgernes livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19 pandemien. Dernæst beskrives borgernes selvvurderede helbred, fysiske helbred, samt smerter eller ubehag i bevægeapparatet. I kapitlet beskrives desuden tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer: Først beskrives andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og/eller lav score på den fysiske helbredsskala, og dernæst beskrives andelen med andre risikofaktorer blandt borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred.

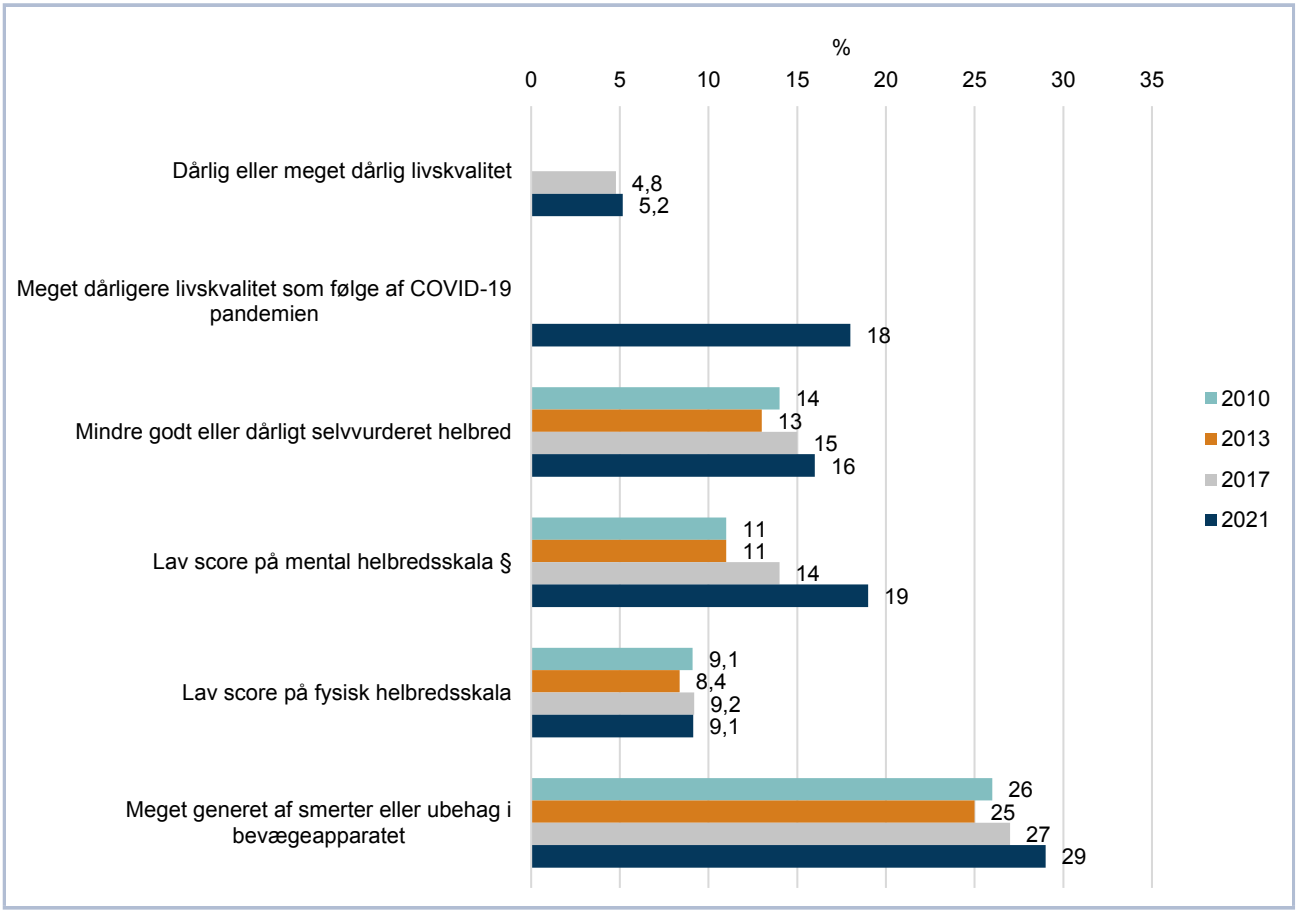
Udover de tabeller, som indgår i rapporten, findes opgørelser af følgende indikatorer: god eller særdeles god livskvalitet (Webtabel W3.1 og W3.2), lidt eller meget bedre livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien (Webtabel W3.3 og W3.4) samt meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd (Webtabel W3.5 og W3.6). Disse opgørelser kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Resultatoverblik

Figur 3.1 viser et overblik over mange af de indikatorer for livskvalitet og helbred, som belyses i dette kapitel. Da selvvurderet helbred både inkluderer borgerens vurdering af det fysiske og mentale helbred, er det relevant at se udviklingen i forekomst af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred sammen med udviklingen i forekomst af både lav score på den fysiske og den mentale helbredsskala. Derfor inkluderer figuren også en opgørelse af lav score på den mentale helbredsskala, selvom detaljerede opgørelser af denne indikator findes i kapitel 4 'Mental sundhed og sociale relationer'.

Det ses, at der i perioden 2010 til 2021, i forskellig udstrækning, er sket stigninger i forekomsten af næsten alle indikatorer (Figur 3.1). I 2021 har mere end hver sjette borger fået meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, men generelt er der kun sket en mindre stigning i andelen af borgere, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet fra 2017 til 2021. Fra 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. En mere udtalt stigning ses i andelen med lav score på den mentale helbredsskala og i andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Andelen af borgerne med lav score på den fysiske helbredsskala er til gengæld stort set uændret i perioden. Udviklingen i andelen med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred følger således i højere grad udviklingen for lav score på den mentale helbredsskala og for meget generet af smerter eller ubehag, frem for udviklingen for lav score på den fysiske helbredsskala.

Figur 3.1 Resultatoverblik for livskvalitet og helbred



§ Opgørelser kan ses i kapitel 4 'Mental sundhed og sociale relationer'.

3.1 Livskvalitet

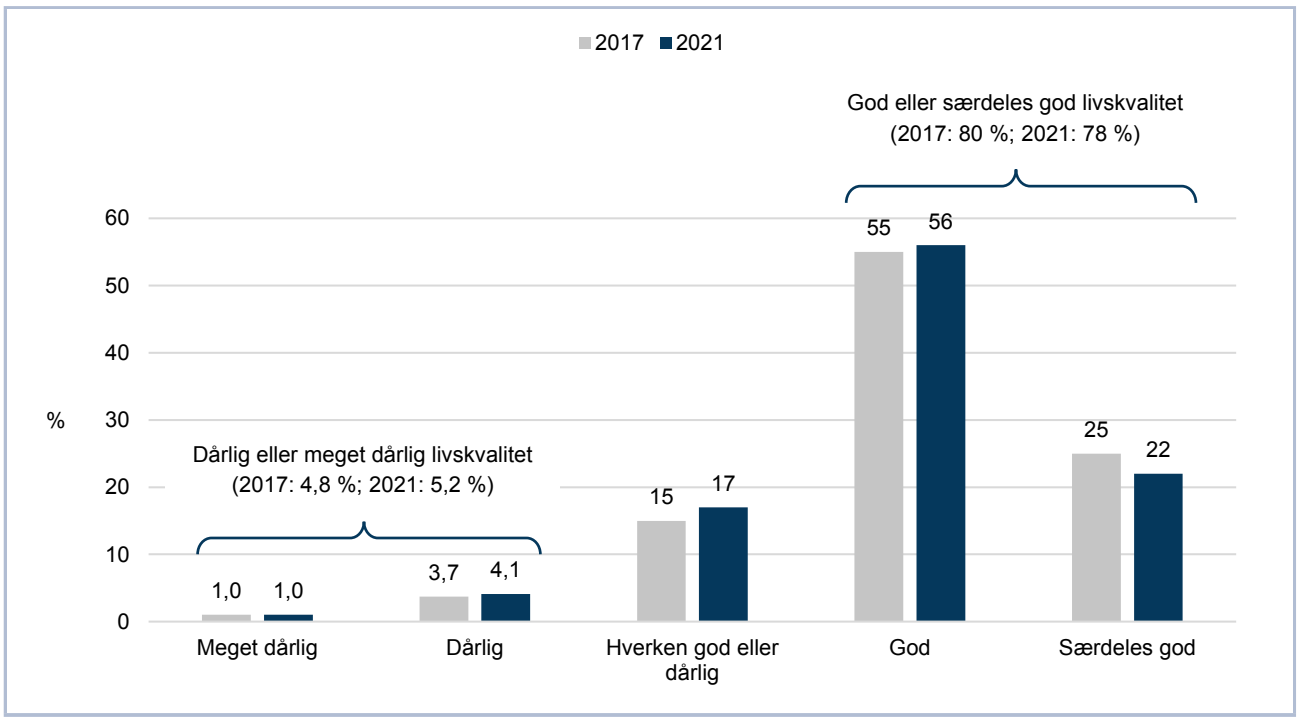
Borgerne i Region Hovedstaden er blevet spurgt til deres livskvalitet ved hjælp af et spørgsmål, som blev introduceret i 'Hvordan har du det? 2017'-undersøgelsen og valideret ved brug af kvalitative interviews i 2020.

Figur 3.2 viser borgernes vurdering af egen livskvalitet. Langt størstedelen af regionens borgere har en god eller særdeles god livskvalitet. Siden 2017 er der samlet set sket et fald i andelen af borgere med god eller særdeles god livskvalitet fra 80 % til 78 % i 2021, som skyldes et fald i andelen af borgere med særdeles god livskvalitet. Yderligere opgørelser for andelen, som har god eller særdeles god livskvalitet, kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W3.1 og W3.2).

En mindre andel af borgerne har en dårlig eller meget dårlig livskvalitet i 2021 (5,2 %), og der er samlet set sket en stigning i andelen fra 2017 til 2021 (Figur 3.2). Denne stigning skyldes en stigning i andelen med dårlig livskvalitet, mens andelen med meget dårlig livskvalitet er uændret.

Faldet i andelen af borgere med god eller særdeles god livskvalitet og stigningen i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Figur 3.2) stemmer overens med, at størstedelen af borgerne vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien (Figur 3.3).

Figur 3.2 Livskvalitet
Spørgsmål: "Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?"



Baseret på 51.823 besvarelser i 2021 og 53.878 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Dårlig eller meget dårlig livskvalitet – region

I 2021 har 5,2 % af borgerne en dårlig eller meget dårlig livskvalitet svarende til 71.300 personer (Tabel 3.1).

Køn og alder: En større andel mænd end kvinder har dårlig eller meget dårlig livskvalitet. Blandt mænd er der ikke signifikante aldersforskelle i andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, selvom der ses en tendens til større andel blandt mænd på 80 år eller derover. Blandt kvinder har en større andel 80+ årige dårlig eller meget dårlig livskvalitet (7,5 %) sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (8,9 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (2,9 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er markant større blandt langtidssyge borgere (22,5 %) og førtidspensionister (18,6 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (3,1 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er mere end dobbelt så stor blandt enlige (8,4 %) sammenlignet med samlevende (3,0 %). Andelen er ligeledes dobbelt så stor blandt borgere uden børn i hjemmet (6,2 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (3,1 %).

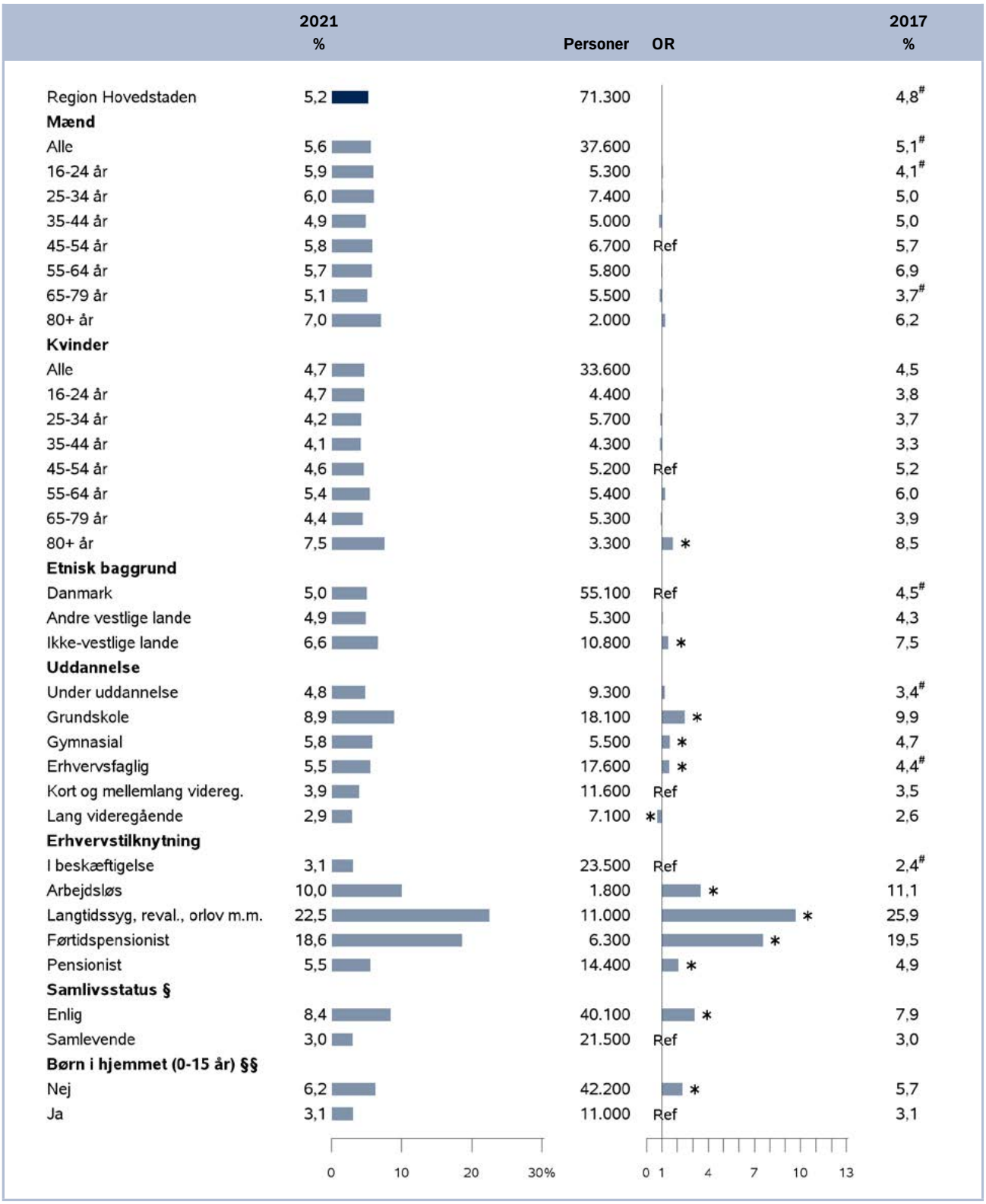
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet steget fra 4,8 % i 2017 til 5,2 % i 2021. I langt de fleste sociodemografiske grupper er andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet ikke statistisk signifikant ændret fra 2017 til 2021. I enkelte grupper er der dog sket små stigninger. De største stigninger ses blandt borgere under uddannelse og blandt mænd i alderen 16-24 år og 65-79 år, som var de aldersgrupper blandt mænd med lavest forekomst i 2017. Der ses dermed ikke længere aldersforskelle blandt mænd.

Dårlig eller meget dårlig livskvalitet – kommuner

Andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet varierer fra 3,2 % i Rudersdal Kommune til 8,0 % i Albertslund Kommune (Tabel 3.2). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger flere kommuner i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

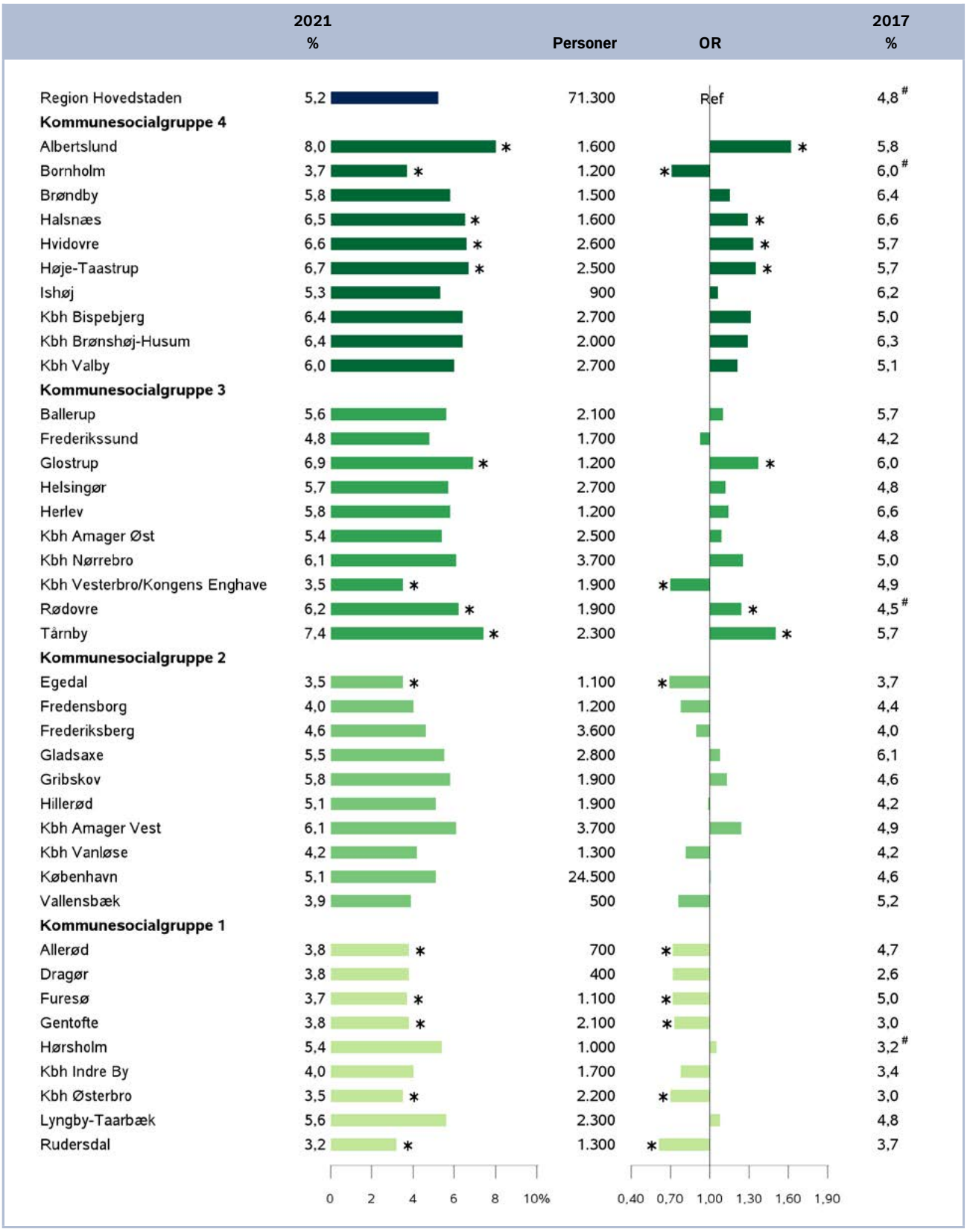
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet ikke statistisk signifikant ændret fra 2017 til 2021. Dog ses signifikante stigninger i Hørsholm og Rødovre kommuner samt et signifikant fald i Bornholms Regionskommune.

Tabel 3.1 **Dårlig eller meget dårlig livskvalitet – region**



Baseret på 51.823 besvarelser i 2021 og 53.878 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 3.2 Dårlig eller meget dårlig livskvalitet – kommuner



Baseret på 51.823 besvarelser i 2021 og 53.878 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

3.2 Livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien

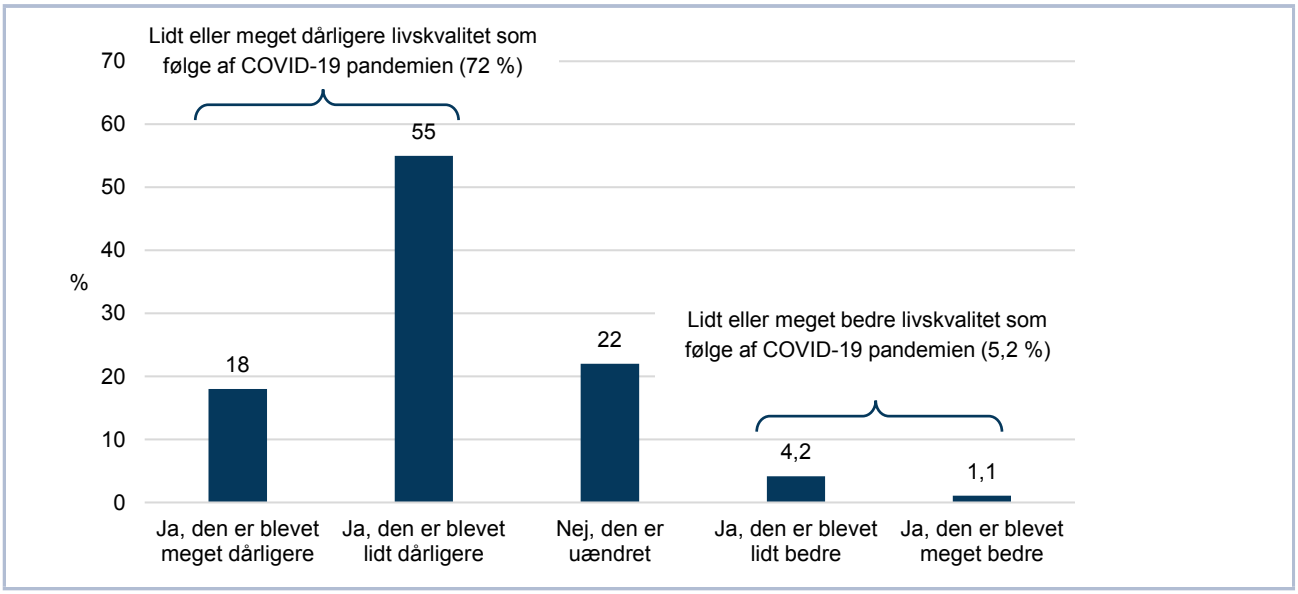
Da COVID-19 pandemien kan have haft betydning for bl.a. borgernes helbred, arbejdsforhold og sociale kontakter, har dette afsnit fokus på, om borgernes livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19 pandemien.

Borgerne i Region Hovedstaden er i 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen blevet spurgt, om deres livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19 pandemien. Det anvendte spørgsmål blev udviklet til spørgeskemaundersøgelsen og pilottestet frem mod gennemførslen af undersøgelsen i 2021.

Figur 3.3 Livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien viser borgernes vurdering af, hvorvidt COVID-19 pandemien har påvirket deres livskvalitet. En lille andel af borgerne vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget bedre som følge af COVID-19 pandemien (5,2 %). Yderligere opgørelser heraf kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W3.3 og W3.4).

Omvendt er det størstedelen af borgerne, som vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien (72 %) (Figur 3.3). Der er i alt 18 % af borgerne, som vurderer, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien.

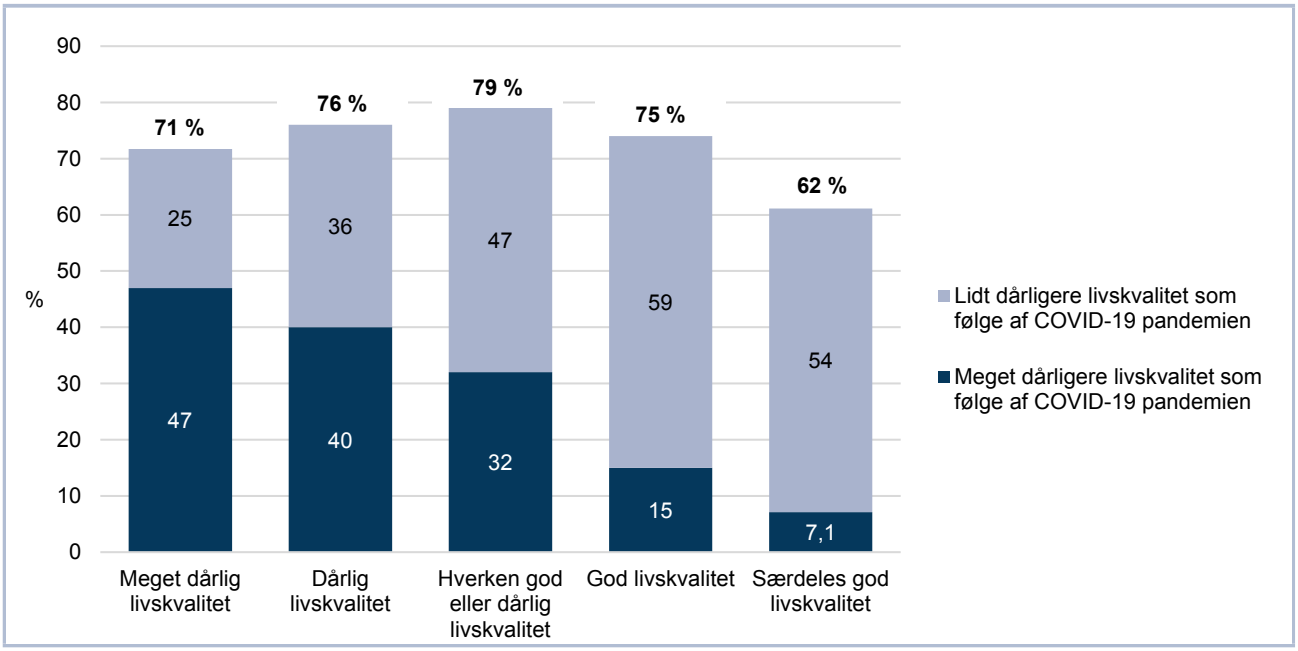
Figur 3.3 Livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien
Spørgsmål: "Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19 pandemien? (Sammenlign med din livskvalitet før COVID-19 pandemien)"



Baseret på 51.781 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Det kan måske virke modstridende, at andelen af borgere, som har fået lidt eller meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, er forholdsvis høj (72 %; Figur 3.3), mens andelen af borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet generelt er forholdsvis lav i 2021 (5,2 %; Tabel 3.1).
Disse resultater er imidlertid ikke nødvendigvis uforenelige, idet man godt kan have oplevet, at ens livskvalitet er blevet dårligere som følge af COVID-19 pandemien, uden at ens generelle livskvalitet på svartidspunktet vurderedes som dårlig eller meget dårlig. Dette illustreres bl.a. i figur 3.4, som viser andelen af borgere, som har fået hhv. lidt og meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien for kategorier af livskvalitet. De samlede andele i figuren viser, at uanset borgerens livskvalitet, angiver over 60 %, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien. Figuren viser dog også, at jo dårligere livskvalitet borgerne har rapporteret i 2021, jo større er andelen, som har rapporteret, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien.

Figur 3.4 Lidt eller meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien for kategorier af livskvalitet generelt



Baseret på 51.690 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
Opgørelsen dækker over borgere, som både har svaret på spørgsmålet om livskvalitet og på spørgsmålet om livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Andelen med uændret livskvalitet er større blandt mænd (24 %) end blandt kvinder (21 %) (resultater ikke vist), andelen med lidt eller meget bedre livskvalitet som følge af pandemien er større blandt kvinder end blandt mænd (Webtabel W3.3), mens der ikke er kønsforskelle i andelen med meget dårligere livskvalitet som følge af pandemien (Tabel 3.3). For alder ses det, at en stor andel af de 80+ årige har uændret livskvalitet (mænd: 39 %; kvinder: 28 %) (resultater ikke vist), og desuden ses den største andel med lidt eller meget bedre livskvalitet som følge af pandemien blandt de 35-44-årige (Webtabel W3.3), mens en stor andel af de 16-24-årige har fået meget dårligere livskvalitet som følge af pandemien (Tabel 3.3). De nævnte webtabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien – region

I 2021 vurderer 18 % af borgerne, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19 pandemien svarende til 242.100 borgere (Tabel 3.3).

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel i andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien. For begge køn er andelen størst blandt de 16-24-årige, men hos kvinderne ses samme store andel blandt de ældste grupper, således at den mindste andel hos kvinderne er blandt de 35-54-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er størst blandt borgere under uddannelse og mindst blandt borgere med videregående uddannelser. Samme tendens ses for odds ratio (OR), når der justeres for køn og alder.

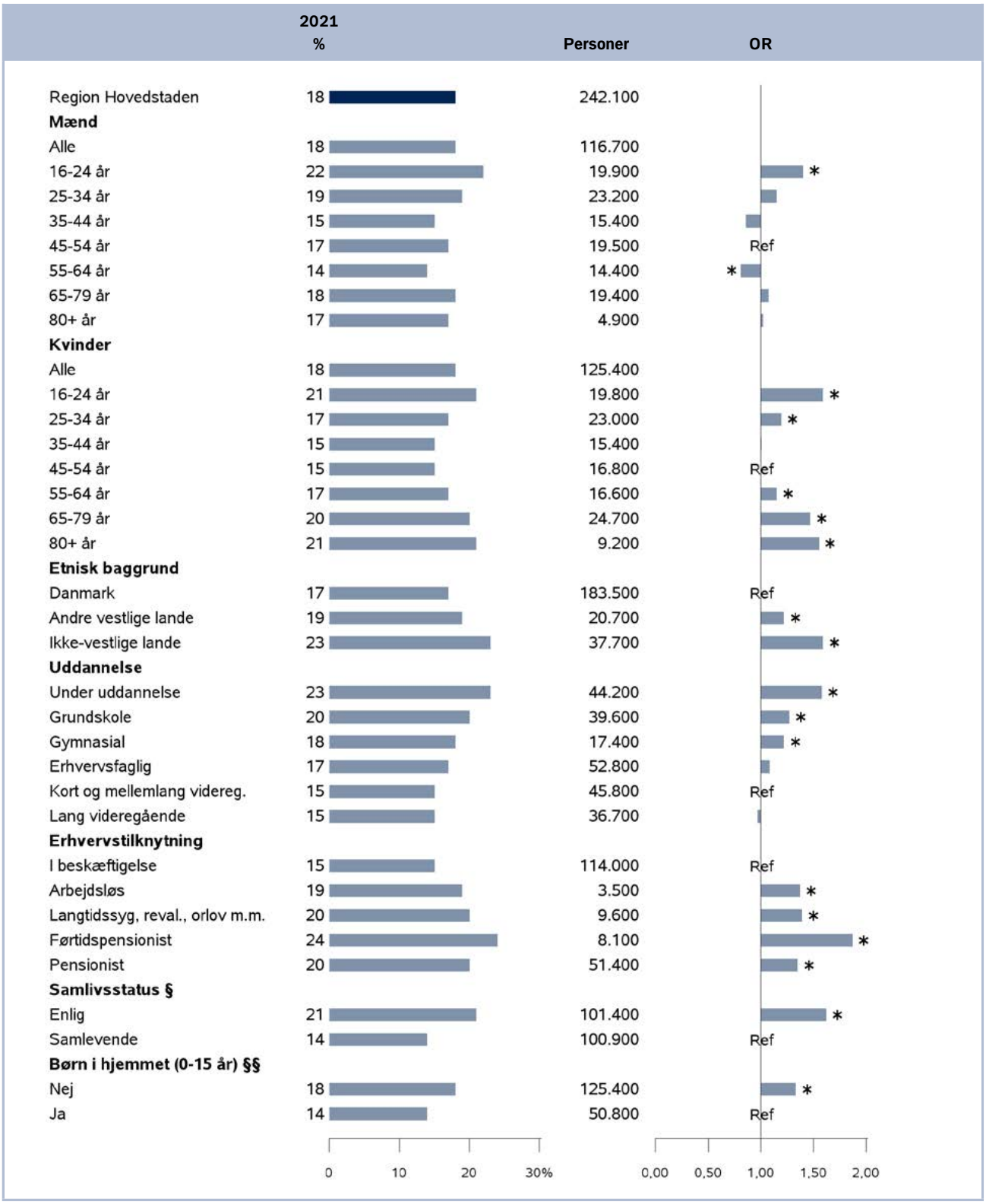
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien er mindre blandt borgere i beskæftigelse (15 %) sammenlignet med de øvrige erhvervstilknytningsgrupper. Den største andel ses blandt førtidspensionister (24 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien – kommuner

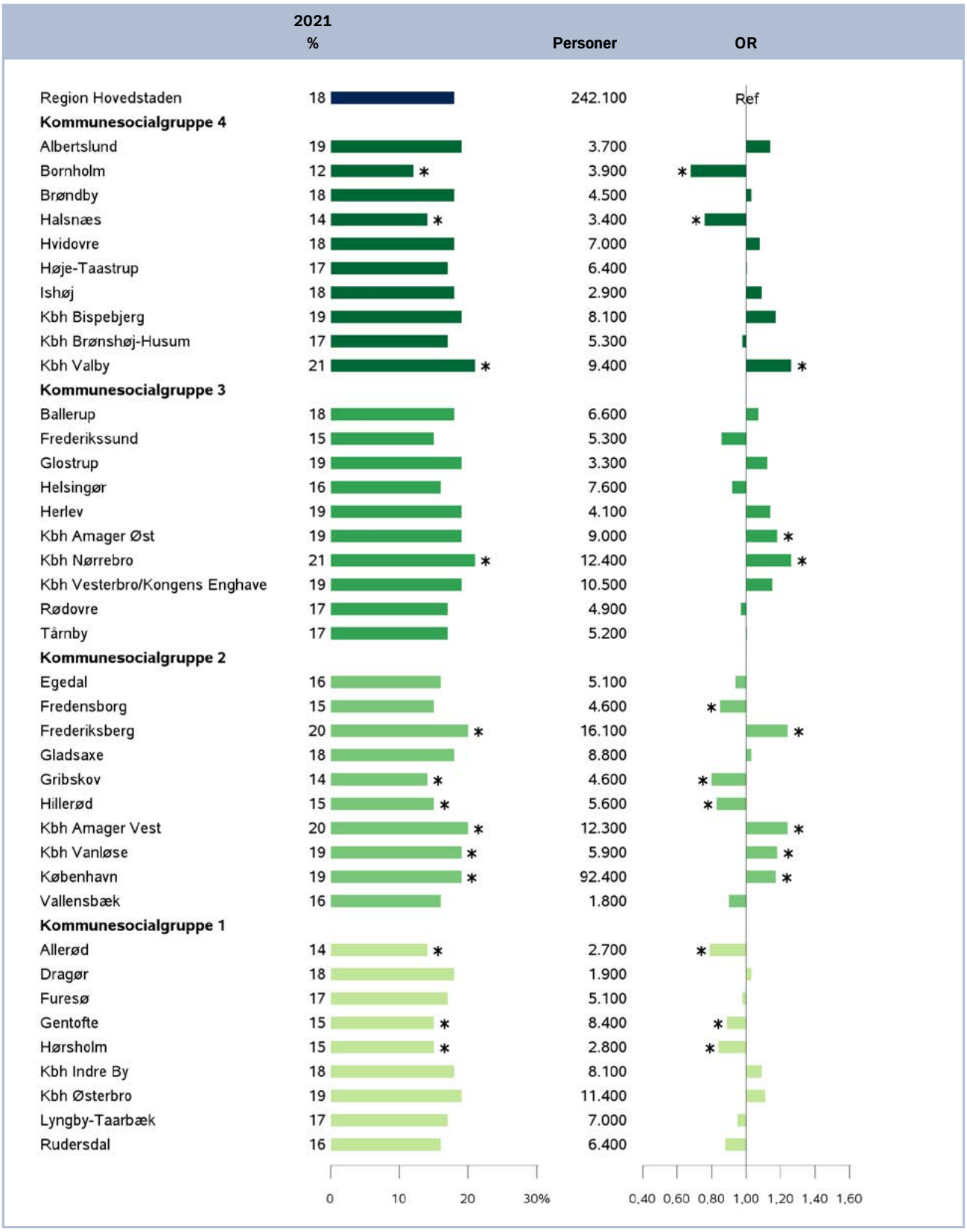
Andelen af borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien varierer på tværs af kommuner og bydele fra 12 % i Bornholms Regionskommune til 21 % i bydelene Valby og Nørrebro (Tabel 3.4). Andele over regionsgennemsnittet ses udelukkende i Frederiksberg og Københavns kommuner og i flere af de københavnske bydele. Tendensen ses også efter justering for alder og køn. Tilsvarende ses de mindste andele især i kommuner uden for Hovedstadsområdet. Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 3.3 **Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien – region**



Baseret på 51.781 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Tabel 3.4 Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien – kommuner

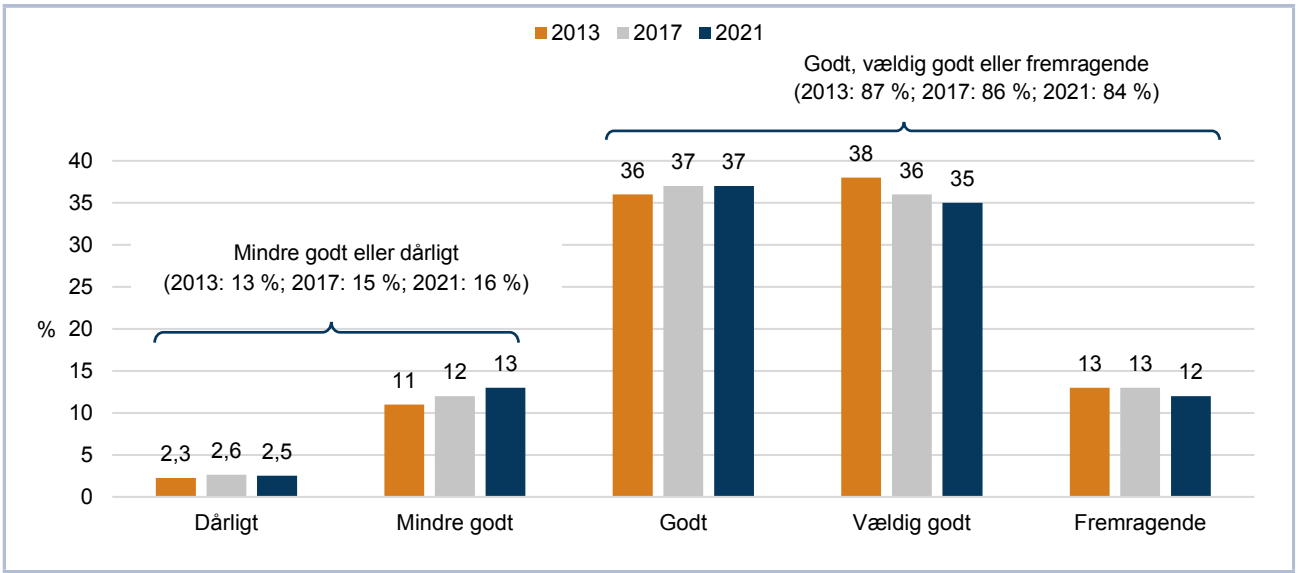


Baseret på 51.781 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref).

3.3 Selvvurderet helbred

Figur 3.5 viser borgernes vurdering af eget helbred. I 2021 har langt størstedelen af borgerne et godt, vældig godt eller fremragende selvvurderet helbred (84 %). Således har 16 % af borgerne et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, og andelen er steget gradvist siden 2013. Stigningen i andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred ser især ud til at skyldes en stigning i andelen med mindre godt selvvurderet helbred. Trods stigningen er forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021 lavere i Region Hovedstaden end i de fleste andre regioner (23).

Figur 3.5 Selvvurderet helbred
Spørgsmål: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"



Baseret på 59.374 besvarelser i 2021, 59.023 besvarelser i 2017 og 44.467 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – region

I 2021 har 16 % af borgerne et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred svarende til 237.400 personer (Tabel 3.5).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. For begge køn stiger andelen med stigende alder og er størst blandt de 80+ årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (28 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (9 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er størst blandt langtidssyge borgere (49 %) og førtidspensionister (49 %) og mindst blandt borgere i beskæftigelse (10 %). Tendensen bliver endnu tydeligere, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

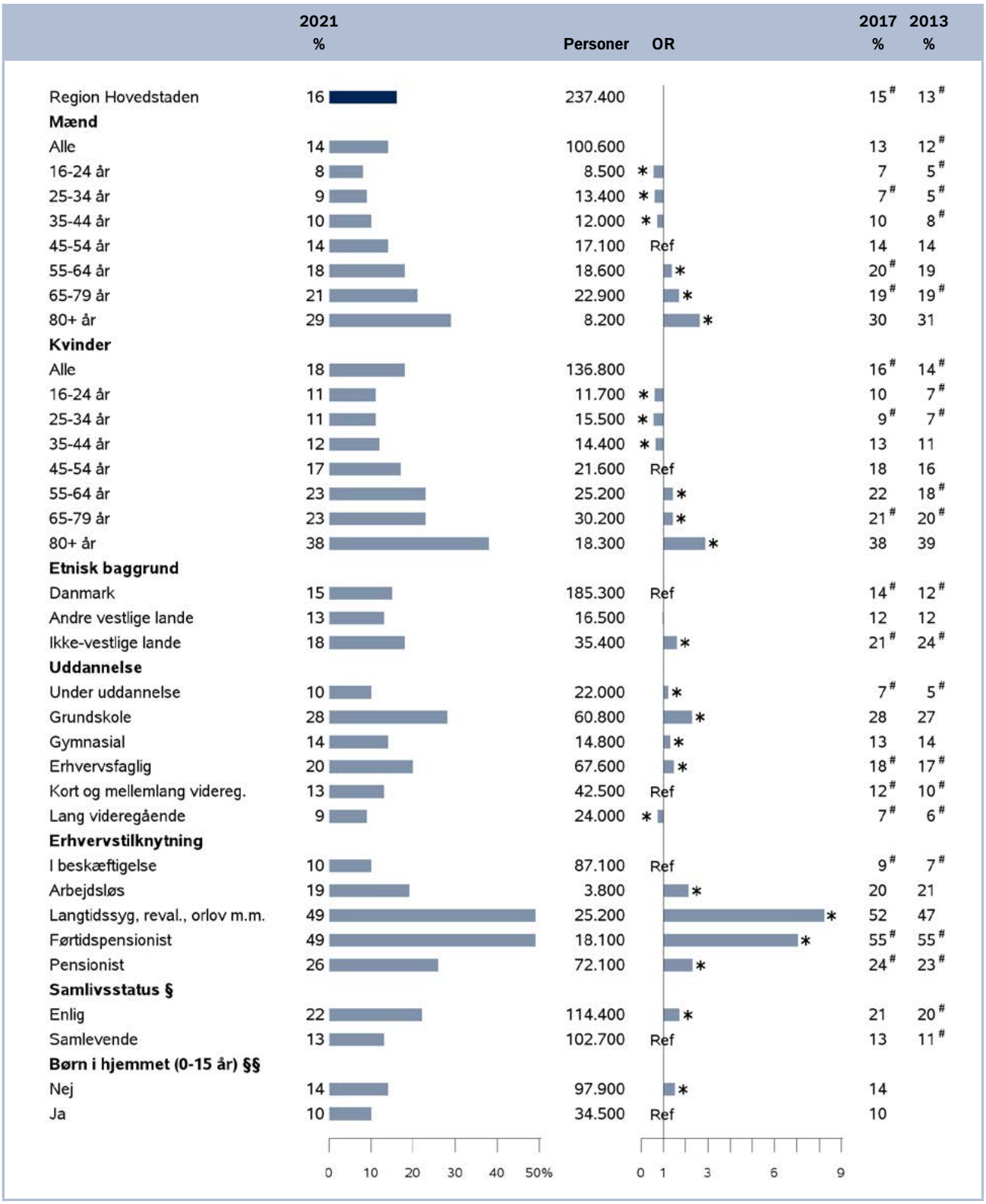
Udvikling: I regionen som helbred er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred steget gradvist fra 13 % i 2013 til 16 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i over halvdelen af de sociodemografiske grupper. De største stigninger fra 2013 til 2021 ses blandt kvinder i alderen 16-34 år og 55-64 år, mænd i alderen 25-34 år og blandt borgere under uddannelse. Omvendt ses et fald i andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og blandt førtidspensionister. Kvinder og borgere under uddannelse er blandt de grupper som har størst stigning fra 2017 til 2021.

Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred varierer fra 12 % i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Østerbro samt kommunerne Allerød og Gentofte til 20 % i Halsnæs og Gribskov kommuner samt Bornholms Regionskommune (Tabel 3.6). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Over halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver mere tydelig, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

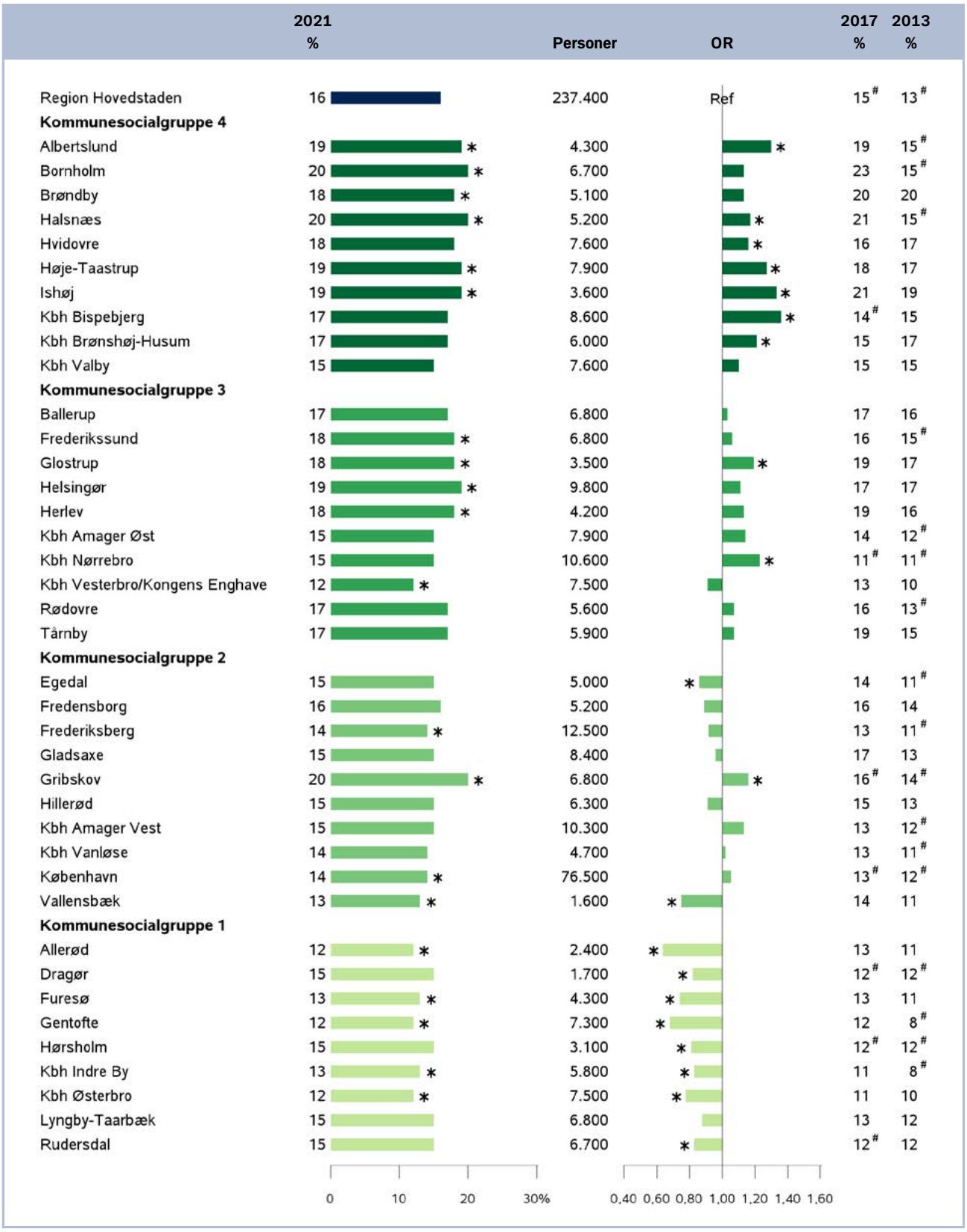
Udvikling: I mange af regionens kommuner og bydele er andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i 2021 ikke signifikant forskellig fra andelen i tidligere år. I de kommuner og bydele, hvor der er sket ændringer, er der især sket stigninger i andelen siden 2013. Den største stigning ses i Gribskov Kommune.

Tabel 3.5 Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – region



Baseret på 59.374 besvarelser i 2021, 59.023 besvarelser i 2017 og 44.467 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 3.6 **Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred – kommuner**



Baseret på 59.374 besvarelser i 2021, 59.023 besvarelser i 2017 og 44.467 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

3.4 Fysisk helbred

Fysisk helbred dækker i sundhedsprofilen over borgerens egen vurdering af det fysiske funktionsniveau, og hvordan det eventuelt begrænser gøremål i hverdagen. Studier har vist sammenhæng mellem dårligt fysisk helbred og øget dødelighed (12,26) samt kroniske sygdomme som kræft og hjertekar-sygdomme (26,27).

Til måling af borgernes fysiske helbred anvendes Short Form Health Survey (SF-12). SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, som omhandler, hvorvidt borgerne er hæmmet i at udføre en række daglige aktiviteter på grund af deres helbred (14). På baggrund af de 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus for to dimensioner af helbredet: fysisk helbred og mentalt helbred. For hver dimension udregnes en score, der kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værst tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige. Opgørelser af mentalt helbred kan ses i kapitel 4 'Mental sundhed og sociale relationer'.

Ændring i terminologi siden Sundhedsprofil 2017, men samme metode:
I sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har lav score på den fysiske dimension af helbredet målt vha. SF-12 – herefter benævnt borgere med 'lav score på den fysiske helbredsskala'. I Sundhedsprofil 2017 blev denne gruppe benævnt borgere med 'dårligt fysisk helbred'.

Til identificering af denne gruppe i Region Hovedstaden benyttes en grænseværdi beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (15). Grænseværdien identificerede de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, som havde de laveste scorer på den fysiske helbredsskala i 2010 (scorer på 35,37 eller lavere). Definitionen af lav score på den fysiske helbredsskala baserer sig dermed ikke på en klinisk begrundet grænseværdi, men på en relativ grænseværdi. Det betyder, at det er mere relevant at fokusere på udviklingstendenser i forekomsten samt på mønstre indenfor forskellige socio-demografiske grupper, og mindre relevant at fokusere på den absolutte forekomst.

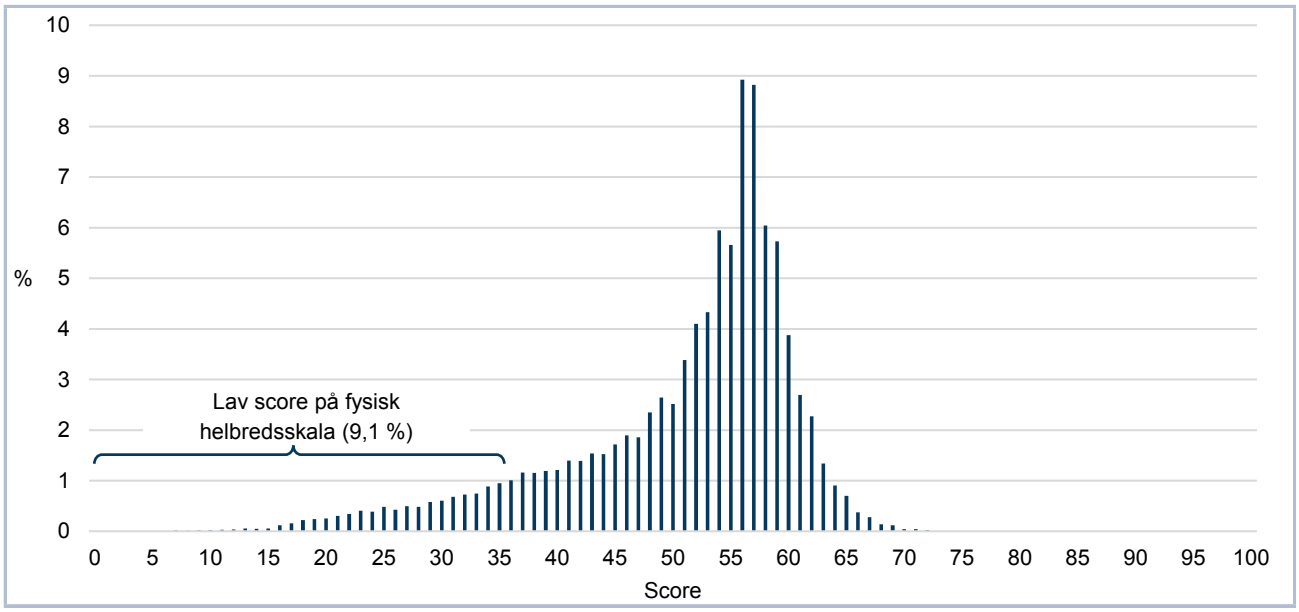
Spørgsmål, som danner baggrund for den fysiske helbredsskala:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op ad trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

Figur 3.6 viser fordelingen af scorer på den fysiske helbredsskala i Region Hovedstaden i 2021. Den gennemsnitlige score er 51, og halvdelen af borgerne har en score mellem 47 og 58. Der er ikke sket betydelige ændringer i den gennemsnitlige score fra 2013 til 2021 (resultater ikke vist).

I det følgende fokuseres der på borgere med lav score på den fysiske helbredsskala defineret ud fra en score på den fysiske helbredskala på 35,37 eller derunder. Denne andel udgør 9,1 % af Region Hovedstadens borgere i 2021 og er mindre sammenlignet med alle øvrige regioner, ligesom den var i 2017 (23).

Figur 3.6 **Fordeling af scorer på fysisk helbredsskala**



Baseret på 54.685 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.

Lav score på fysisk helbredsskala – region

I 2021 har 9,1 % af borgerne en lav score på den fysiske helbredsskala svarende til 127.800 personer (Tabel 3.7).

Køn og alder: En større andel kvinder har en lav score på den fysiske helbredsskala sammenlignet med mænd. For begge køn stiger andelen med stigende alder og er således markant større blandt de 80+ årige (>32 %) sammenlignet med de 16-34-årige (≤3,4 %).

Etnisk baggrund: Andelen med lav score på den fysiske helbredsskala er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse (21,2 %) sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (3,0 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som scorer lavt på den fysiske helbredsskala, er større blandt langtidssyge borgere (31,7 %) og førtidspensionister (43,9 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (4,4 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har lav score på den fysiske helbredsskala, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

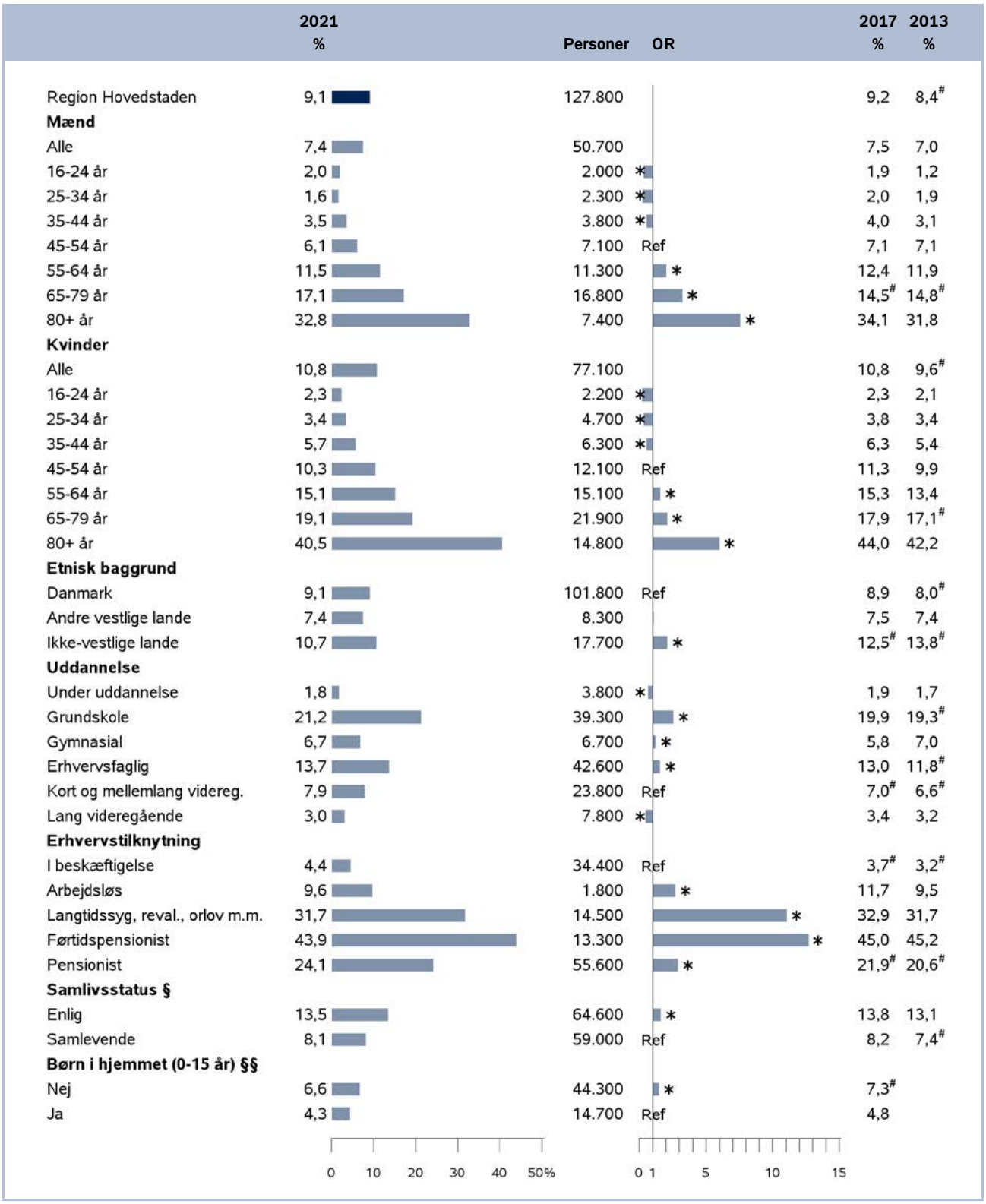
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala først steget fra 8,4 % i 2013 til 9,2 % i 2017 og herefter ikke signifikant ændret frem til 2021 (9,1 %). Samme udviklingsforløb ses for kvinder, borgere med dansk baggrund og samlevende. For 65-79-årige mænd, borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse og pensionister er stigningen især sket fra 2017 til 2021, mens der ses et gradvist fald blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Lav score på fysisk helbredsskala – kommuner

Andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala varierer på tværs af kommuner og bydele fra 5,8 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 15,1 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 3.8). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens lige over halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver mere tydelig, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

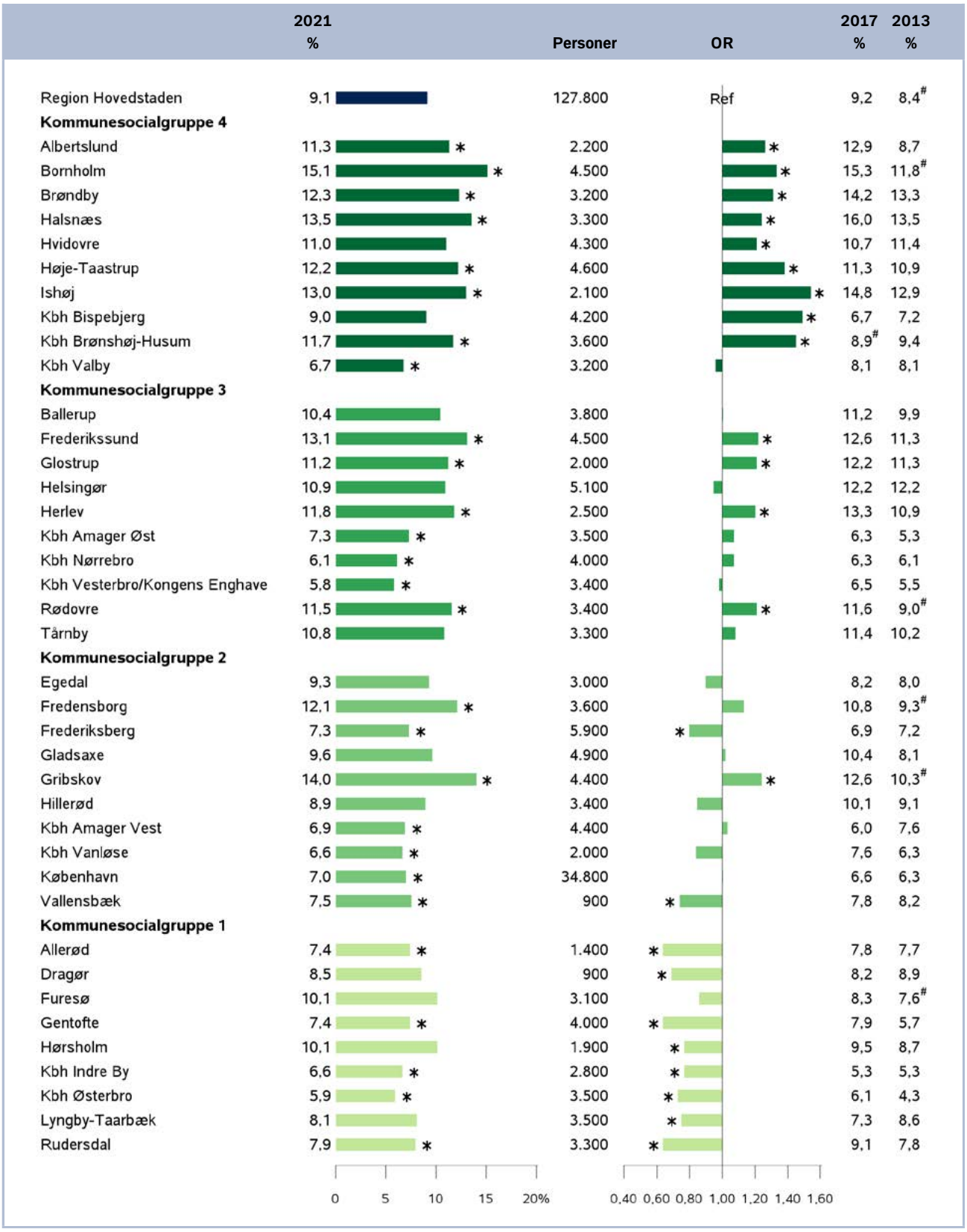
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen med lav score på den fysiske helbredsskala ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2021, dog ses stigninger i enkelte kommuner, størst i Gribskov Kommune.

Tabel 3.7 Lav score på fysisk helbredsskala – region



Baseret på 54.685 besvarelser i 2021, 56.111 besvarelser i 2017 og 40.808 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 3.8 **Lav score på fysisk helbredsskala – kommuner**



Baseret på 54.685 besvarelser i 2021, 56.111 besvarelser i 2017 og 40.808 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

3.5 Smerter eller ubehag i bevægeapparatet

I dette afsnit beskrives andelen, som er generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Smerter i kroppen kan være symptomer på anden sygdom eller en sygdom i sig selv (kroniske smerter), samt være udtryk for en mere eller mindre diffus belastning af krop og sind. Smerter i bevægeapparatet er meget udbredt i befolkningen og har sammenhæng med selvvurderet helbred og større begrænsninger pga. fysisk helbred (28). Viden om smerter eller ubehag i bevægeapparatet er derfor vigtig at inkludere i vurderingen af borgernes helbred.

Til måling af smerter eller ubehag i bevægeapparatet benyttes tre spørgsmål. På baggrund af disse spørgsmål opgøres smerter eller ubehag i bevægeapparatet med de tre følgende kategorier: meget generet et eller flere steder; lidt generet et eller flere steder; og ikke generet af smerter eller ubehag nogen af stederne i bevægeapparatet.

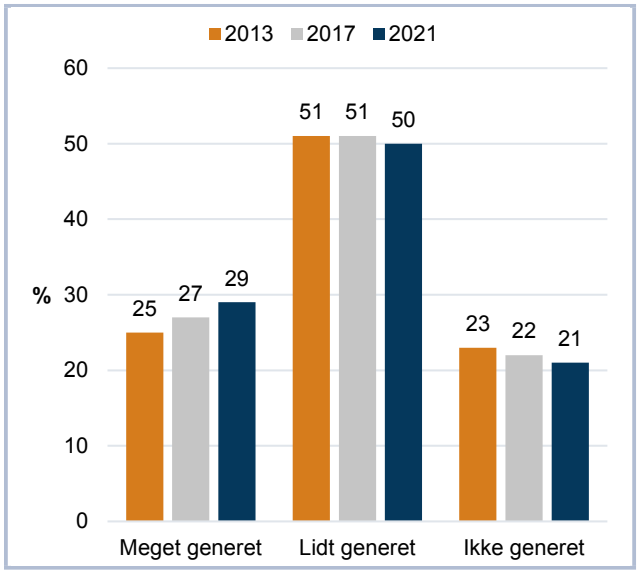
Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelsen af smerter eller ubehag i bevægeapparatet:

- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd? Var du meget eller lidt generet af det?

Ryg- og lændesmerter er høj-prævalente, og lænderyglidelser er en af de tilstande, som i høj grad påvirker antallet af år, borgerne lever med funktionsnedsættelser (29). I Region Hovedstaden er der udviklet et forløbsprogram for lænderyglidelser, som skal sikre borgeren en tidlig og koordineret indsats i sundhedsvæsenet, så borgeren dermed undgår varige rygproblemer (30). Opgørelser for andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd, kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W3.5 og W3.6). Her findes også opgørelser for andelen med kroniske smerter (dvs. vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter) under 'Kronisk sygdom'.

Figur 3.7 viser andelen af borgere, som er generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, dvs. den samlede andel af borgere, som har været generet af smerter eller ubehag mindst ét af følgende steder: skulder eller nakke; arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led; samt ryg eller lænd. I 2021 har 21 % af borgerne ikke været generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet inden for de seneste 14 dage. Der er sket et gradvist fald fra 2013 til 2021 i andelen af borgere, som ikke er generet af smerter eller ubehag. Omvendt er der sket en gradvis stigning til 29 % i 2021 i andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, mens andelen, som har været lidt generet, er forholdsvis stabil over årene.

Figur 3.7 Generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet



Baseret på 56.086 besvarelser i 2021, 57.870 besvarelser i 2017 og 44.061 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.

Andelen af borgerne, som i 2021 er meget generet af smerter eller ubehag, er stort set ens på tværs af de tre adspurgte steder i bevægeapparatet, dvs. skulder eller nakke (14 %) (resultater ikke vist); arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (15 %) (resultater ikke vist); samt ryg eller lænd (15 %) (Webtabel W3.5 og W3.6). Det skal bemærkes, at borgerne ofte er meget generet af smerter eller ubehag flere af stederne på samme tid, hvorfor disse enkeltandele ikke summer sammen til den samlede andel, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. Udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med smerter eller ubehag er desuden stort set ens for de tre steder i bevægeapparatet, hvor der f.eks. alle tre steder ses en stigning i andelen, som er meget generet (resultater ikke vist). Yderligere oplysninger om borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd, kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W3.5 og W3.6). Borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke; og arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, beskrives ikke yderligere.

Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet – region

I 2021 er 29 % af borgerne i regionen meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet svarende til 409.400 personer (Tabel 3.9).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet. For begge køn stiger andelen med stigende alder – for kvinder dog kun når der ses bort fra de 65-79-årige, hvor andelen er på niveau med andelen blandt de 45-54-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskole-uddannelse (41 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (20 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er størst blandt langtidssyge borgere (58 %) og førtidspensionister (59 %) og mindst blandt borgere i beskæftigelse (26 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

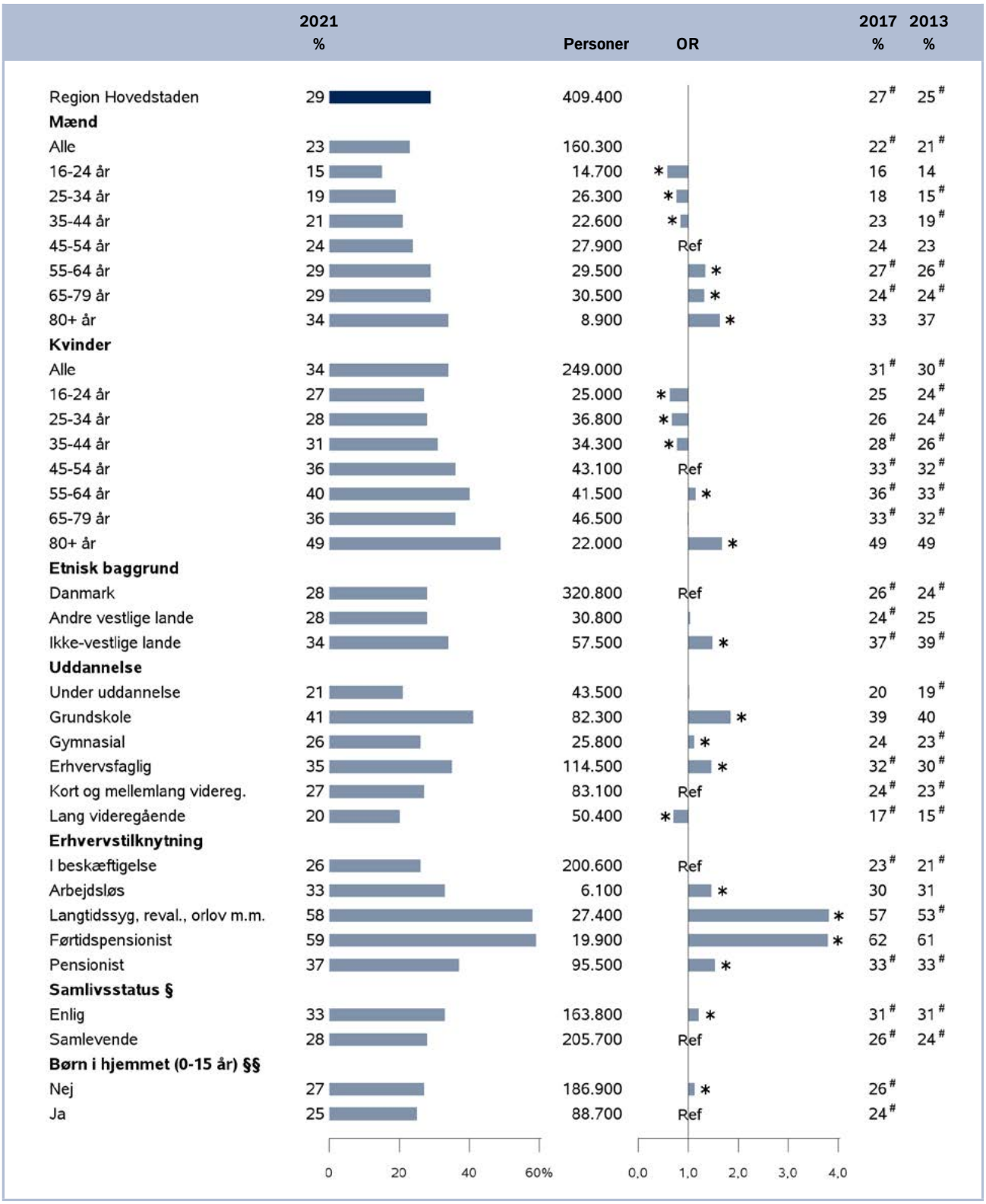
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag, gradvist steget fra 25 % i 2013 til 29 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt kvinder i alderen 55-64 år. Omvendt ses et fald i andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund fra 2013 til 2021.

Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet – kommuner

Andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, varierer fra 24 % i bydelene Vanløse og Indre By samt Allerød og Gentofte kommuner til 36 % i Gribskov Kommune (Tabel 3.10). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Over halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regions-gennemsnittet. Den sociale gradient ændres stort set ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

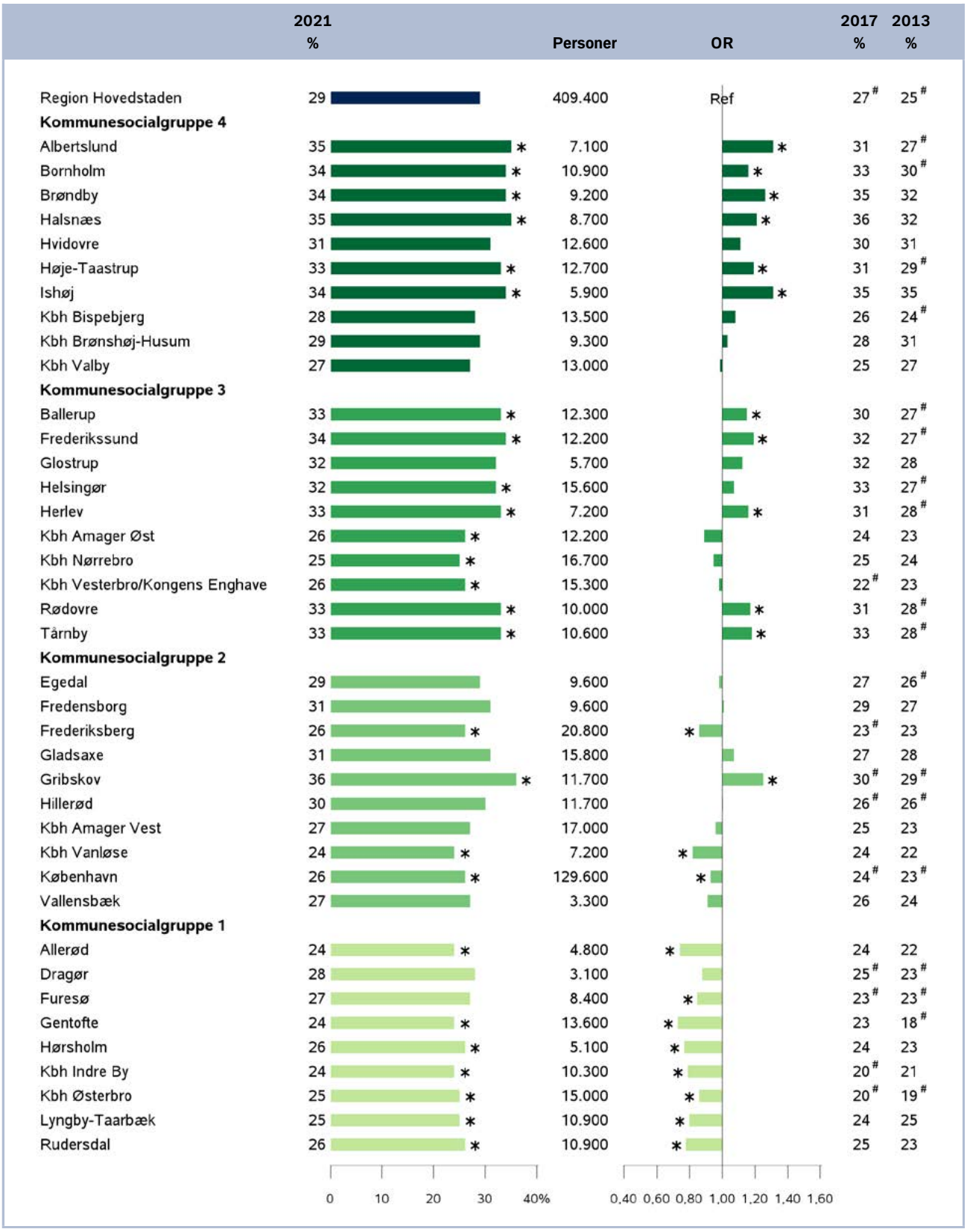
Udvikling: I mange af regionens kommuner og bydele er andelen af borgere, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, ikke signifikant ændret fra 2013 til 2021. I de kommuner og bydele, hvor der er sket ændringer, er der især sket stigninger i andelen siden 2013. Den største stigning ses i Albertslund Kommune.

Tabel 3.9 Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet – region



Baseret på 56.086 besvarelser i 2021, 57.870 besvarelser i 2017 og 44.061 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 3.10 **Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet – kommuner**



Baseret på 56.086 besvarelser i 2021, 57.870 besvarelser i 2017 og 44.061 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

3.6 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, som har mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, som har lav score på den fysiske helbredsskala og en kombination heraf. Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet, blandt borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien og blandt borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred.

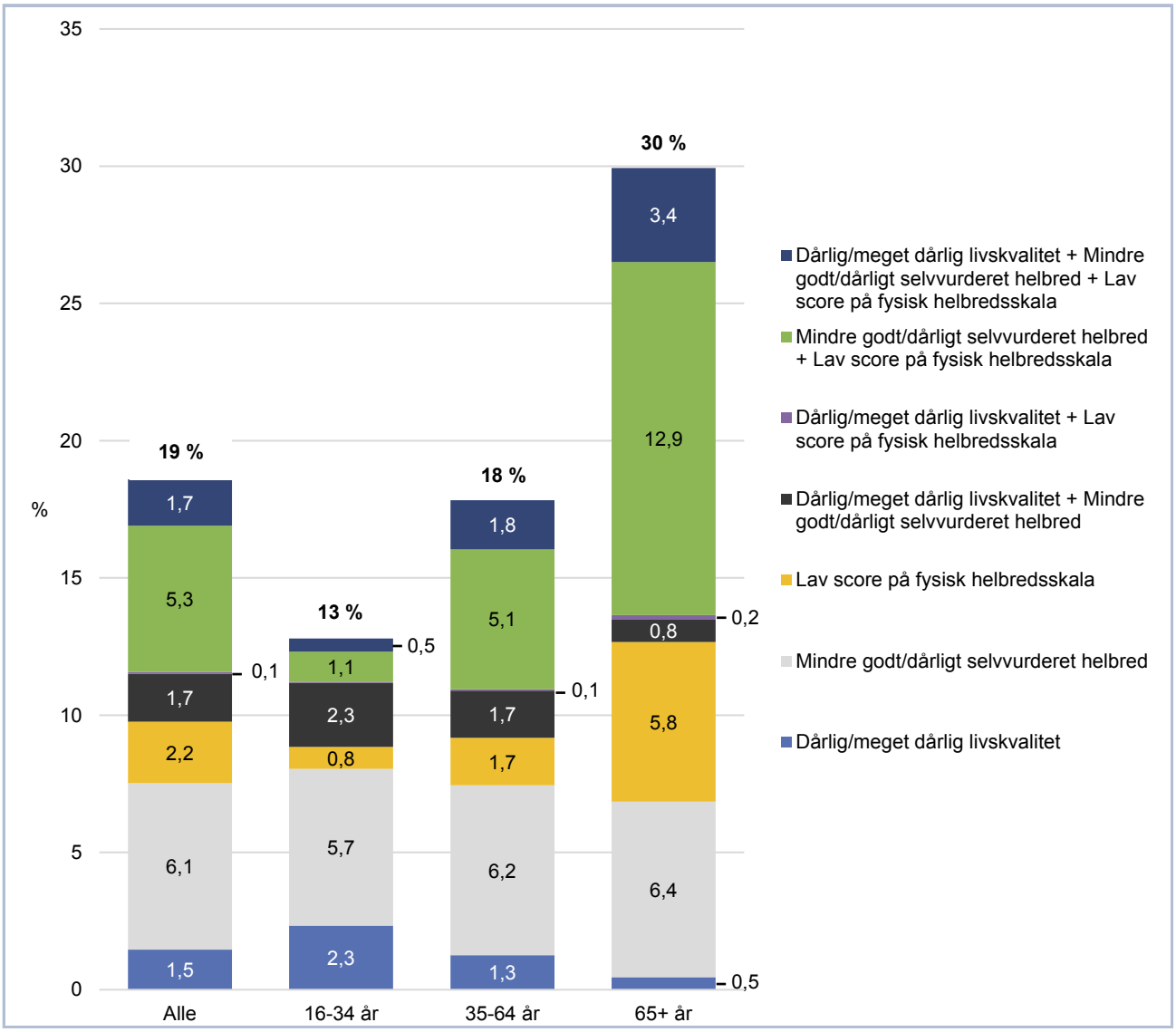
3.6.1 Livskvalitet, selvvurderet helbred og/eller fysisk helbred

Figur 3.8 viser for 2021 andelen af borgere, som har en eller flere af følgende risikofaktorer: dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og/eller lav score på den fysiske helbredsskala. Udover den samlede andel vises andelen for tre forskellige aldersgrupper i 2021.

I alt har 19 % af alle borgere i regionen mindst én af de nævnte risikofaktorer (Figur 3.8). På tværs af aldersgrupperne ses det, at andelen med en eller flere af risikofaktorerne er størst blandt de ældste, idet den samlede andel er 30 % blandt de 65+ årige, 18 % blandt de 35-64-årige og 13 % blandt de 16-34-årige. Dette skyldes især, at andelen, som har lav score på den fysiske helbredsskala samtidig med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, er større blandt de 65+ årige (12,9 %) sammenlignet med de andre aldersgrupper (≤5,1 %). Andelen af borgere, som har alle tre risikofaktorer, er også størst i den ældste gruppe (3,4 %).

Figuren viser desuden, at andelen af borgere, som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet men ikke de to andre risikofaktorer, er større blandt de 16-34-årige (2,3 %) sammenlignet med de 65+ årige (0,5 %). Dette indikerer, at dårlig eller meget dårlig livskvalitet hænger sammen med dårligt helbred blandt de ældre borgere, mens dårlig eller meget dårlig livskvalitet for de yngre borgere i højere grad er uafhængigt af dårligt helbred.

Figur 3.8 Dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, lav score på fysisk helbredsskala og kombinationer af disse



Baseret på 48.764 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021. Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

3.6.2 Livskvalitet, selvvurderet helbred og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, blandt borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien og blandt borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Tabel 3.11). Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed.

Borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd og et dårligere helbred sammenlignet med regionen som helhed. Borgere med meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien adskiller sig i mindre grad fra regionsgennemsnittet i forhold til sundhedsadfærd og helbred.

Andelen med ensomhed er fire gange så stor blandt borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og over dobbelt så stor blandt borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med regionen som helhed. Blandt borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er andelen med høj score på stressskalaen, lav score på mental helbredsskalaen og søvnproblemer omkring tre gange så stor, mens den blandt borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er over dobbelt så stor sammenlignet med regionen som helhed.

Tabel 3.11 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Dårlig eller meget dårlig livskvalitet %	Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien %	Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred %	Region Hovedstaden %
Ensomhed	53*	15*	28*	13
Høj score på stressskala	85*	33*	66*	30
Lav score på mental helbredsskala	71*	21*	48*	19
Daglig rygning	24*	12	21*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	10*	8*	9*	7
Usundt kostmønster	29*	13*	21*	14
Lav fysisk aktivitet	48*	17*	38*	18
Svær overvægt	27*	15	26*	15
Meget generet af søvnproblemer	46*	16*	37*	14
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	7*	3	4*	3

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

3.7 Litteratur

1. Barcaccia B, Esposito G, Matarese M, Bertolaso M, Elvira M, Marinis MGD. Defining Quality of Life: A Wild-Goose Chase? EJOP. 28. februar 2013;9(1):185–203.

2. Happiness Research Institute & Leaps by Bayer. Wellbeing adjusted life years. Berlin: Leaps by Bayer; 2020.

3. Bjørner JB, Nilsson CJ, Christensen U. Sygdomsmodeller og helbredsmål. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L, redaktører. Medicinsk sociologi - Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 2020. s. 19–43.

4. Wimmelmann CL, Flensborg-Madsen T, Folker AP. Livskvalitet. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, redaktører. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 431–44.

5. Mikkelsen SS, Mortensen EL, Flensborg-Madsen T. A prospective cohort study of quality of life and ischemic heart disease. Scand J Public Health. 1. februar 2014;42(1):60–6.

6. Wimmelmann CL, Hegelund ER, Folker AP, Just-Østergaard E, Osler M, Mortensen EL, m.fl. Prospective Associations of the Short Form Health Survey Vitality Scale and Changes in Body Mass Index and Obesity Status. J Obes. 1. august 2018;

7. Maisey NR, Norman A, Watson M, Allen MJ, Hill ME, Cunningham D. Baseline quality of life predicts survival in patients with advanced colorectal cancer. European Journal of Cancer. juli 2002;38(10):1351–7.

8. Wimmelmann CL, Andersen NK, Grønkjaer MS, Hegelund ER, Flensborg-Madsen T. Satisfaction with life and SF-36 vitality predict risk of ischemic heart disease: a prospective cohort study. Scandinavian Cardiovascular Journal. 2. juni 2021;55(3):138–44.

9. Folker AP, Hegelund ER, Mortensen EL, Wimmelmann CL, Flensborg-Madsen T. The association between life satisfaction, vitality, self-rated health, and risk of cancer. Quality of Life Research. april 2019;28(4):947–54.

10. Wood AM, Joseph S. The absence of positive psychological (eudemonic) well-being as a risk factor for depression: A ten year cohort study. Journal of Affective Disorders. 1. maj 2010;122(3):213–7.

11. Flensborg-Madsen T, Tolstrup J, Sørensen H, Mortensen E. Social and psychological predictors of onset of anxiety disorders: results from a large prospective cohort study. Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology. maj 2012;47(5):711–21.

12. Phyo AZZ, Freak-Poli R, Craig H, Gasevic D, Stocks NP, Gonzalez-Chica DA, m.fl. Quality of life and mortality in the general population: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. december 2020;20(1).

13. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. marts 1997;38(1):21–37.

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

15. Riise HKR, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. Qual Life Res. februar 2014;23(1):145–53.

16. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssen A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. BMJ Open. 13. februar 2015;5(2).

17. Birkjær M, Gamerdinger A, El-Abd S. Towards a Nordic Wellbeing Economy. Copenhagen: Nordic Council of Ministers; 2021 sep s. 1–61.

18. Sundhedsstyrelsen. Kommunens arbejde med forebyggelsespakkerne. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

19. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

20. Jakobsen G, Sølvhøj I, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. Center for Interventionsforskning, SDU, Statens Institut for Folkesundhed; 2020.

21. Eurofound. Den europæiske undersøgelse af livskvalitet – Datavisualisering [Internet]. 2016 [henvist 28. oktober 2021]. Tilgængelig hos: https://www.eurofound.europa.eu/da/data/european-quality-of-life-survey

22. Eurofound. Living, working and COVID-19 dataset [Internet]. 2020 [henvist 28. oktober 2021]. Tilgængelig hos: http://eurofound.link/covid19data

23. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [henvist 16. december 2021]. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

24. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

25. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. Acta Neuropsychiatrica. oktober 2020;32(5):277–9.

26. Ul-Haq Z, Mackay DF, Pell JP. Association between physical and mental health-related quality of life and adverse outcomes; a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. BMC Public Health. 21. november 2014;14(1).

27. Pinheiro LC, Reshetnyak E, Sterling MR, Richman JS, Kern LM, Safford MM. Using health-related quality of life to predict cardiovascular disease events. Qual Life Res. juni 2019;28(6):1465–75.

28. Eliasen M, Kreiner S, Ebstrup JF, Poulsen CH, Lau CJ, Skovbjerg S, m.fl. Somatic Symptoms: Prevalence, Co-Occurrence and Associations with Self-Perceived Health and Limitations Due To Physical Health – A Danish Population-Based Study. PLoS ONE. marts 2016;11(3).

29. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease - Years lived with disability - Denmark [Internet]. [henvist 11. december 2021]. Tilgængelig hos: http://ihmeuw.org/5mtk

30. Region Hovedstaden. Forløbsprogram for lænderyglidelser. Hospitaler, almen praksis og kommunerne i Region Hovedstaden; 2012.

Kapitel 4

Mental sundhed og sociale relationer

- Hovedparten af borgerne i Region Hovedstaden har en god mental sundhed, men der er også borgere, som har dårlig mental sundhed.

- I 2021 er 13 % ensomme, 6,4 % har tegn på social isolation og 5,4 % har begrænset social støtte. Dertil kommer at 30 % har høj score på stressskalaen, 19 % har lav score på den mentale helbredsskala, hhv. 8,3 % og 8,6 % er meget generet af angst- eller depressive symptomer og 6,6 % har haft selvmordstanker.

- Der er sket stigninger i andelen af borgere, som er ensomme, har begrænset social støtte, har høj score på stressskalaen, lav score på den mentale helbredsskala, og i andelen som er meget generet af angst- og depressive symptomer.

- Flere kvinder end mænd har dårlig mental sundhed, med undtagelse af tegn på social isolation og selvmordstanker, hvor der ikke er kønsforskel og begrænset social støtte, hvor forekomsten er størst blandt mænd.

- Dårlig mental sundhed er udbredt blandt den unge del af befolkningen og især udbredt blandt de 16-24-årige kvinder, hvor 25 % er ensomme, 53 % har høj score på stressskalaen, 37 % har lav score på den mentale helbredsskala, 18-20 % er meget generet af angst- og depressive symptomer og 14,9 % har haft selvmordstanker. Unge mænd er også blandt de grupper, hvor selvmordstanker er mest udbredt. I kontrast hertil stiger forekomsten af tegn på isolation med stigende alder og er således højest blandt de 80+ årige kvinder (20,4 %) såvel som mænd (19,3 %).

- Der er en social gradient i forekomsten af ensomhed, tegn på social isolation, begrænset social støtte og høj score på stressskalaen. Dvs. at forekomsten er højere for borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser, og gradienten ses også for kommunesocialgrupperne. For lav score på den mentale helbredsskala, meget generet af angst- og depressive symptomer og selvmordstanker ses også en gradient over uddannelsesgrupperne.

- Det ses iøvrigt også, at forekomsterne er relativt høje (i nogle tilfælde højest) blandt borgere, som er langtidssyge mm. eller førtidspensionister: 29 % er ensomme, 21,1-26,9 % har tegn på social isolation, 9,5-12,3 % har begrænset social støtte, 57-62 % har høj score på stressskala, 37-41 % har lav score på den mentale helbredsskala, 19,3-25,5 % er meget generet af angst- og depressive symptomer og 13,5-18,1 % har haft selvmordstanker.

- Blandt borgere, som er ensomme, ønsker 24 % hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter. Endvidere ses det, at blandt borgere, som har høj score på stressskalaen eller er meget generet af angst- eller depressive symptomer, har hhv. 19 %, 37 % og 33 % taget imod tilbud om hjælp til håndtering af deres symptomer fra en eller flere instanser.

Indledning

Mental sundhed er et vigtigt indsatsområde for forebyggelse og sundhedsfremme og har i de senere år været genstand for stigende opmærksomhed i nationale såvel som internationale sundhedsfaglige miljøer. Interessen skyldes blandt andet viden om sammenhængen mellem mental sundhed og sygdom, og den enkeltes mulighed for at leve et godt liv (1,2). Mental sundhed har betydning for vores helbred og sundhed og for vores evne til at klare os godt socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk, og dermed også for at kunne bidrage positivt til samfundet (3).

I Sundhedsprofil 2021 tager vi udgangspunkt i Verdensundhedsorganisationen WHO's opfattelse af mental sundhed som en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress, på frugtbar vis kan arbejde produktivt, samt er i stand til at yde et bidrag til fællesskabet (4). Der er mange faktorer, der påvirker den mentale sundhed. En tryg opvækst, støttende sociale relationer, trygge omgivelser og et godt selvvurderet helbred er eksempler på beskyttende faktorer (2,5,6). Omvendt er manglende omsorg og svage sociale relationer, et psykisk belastende arbejdsmiljø, sygefravær, arbejdsløshed og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd eksempler på risikofaktorer for dårlig mental sundhed.

Mental sundhed er et bredt begreb, der rummer forskellige elementer. I dette kapitel belyses primært negative aspekter af mental sundhed (se afsnit om kapitlets indhold). Der vil i særdeleshed være fokus på ensomhed og stress – to aspekter af mental sundhed, som i dag betragtes som selvstændige folkesundhedsproblemer med væsentlig betydning for mental og fysisk sundhed samt livskvalitet.

Dårlig mental sundhed har vidtrækkende konsekvenser for den enkeltes trivsel og sundhed. Der er højere risiko for at udvikle sygdom, såsom angst og depression, hvis man har dårlig mental sundhed (2). Der er herudover fundet klare sammenhænge mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selvvurderet helbred, kroniske smerter, søvnproblemer, rygning og fysisk inaktivitet (2,6). Specifikt for langvarig stress ses en øget modtagelighed overfor infektionssygdomme samt risiko for depression og hjertekarsygdom (7,8), mens der for ensomhed ses en øget risiko for hjertekarsygdomme, type 2-diabetes og for tidlig død (9). Det omvendte forhold gør sig også gældende, idet der er højere risiko for dårlig mental sundhed, hvis man er syg. Mental sundhed har desuden betydning for, hvor længe man lever. Danskere med dårlig mental sundhed lever kortere end danskere med god mental sundhed (10). Der er årligt 2.400 danskere, der dør grundet dårlig mental sundhed, og dårlig mental sundhed er årsag til hhv. 4.100 tabte leveår blandt mænd og 1.900 tabte leveår blandt kvinder (11).

Udover helbredsmæssige konsekvenser er der også en række samfundsmæssige konsekvenser forbundet med dårlig mental sundhed. Dårlig mental sundhed koster det danske samfund 110 mia. kroner årligt i form af udgifter til sundhedsydelser, sygefravær, nedsat produktivitet og sociale ydelser (12). En sundhedsøkonomisk analyse lavet på danske data viser, at bedre mental sundhed er associeret med lavere omkostninger til sundheds- og sociale ydelser og at mental sundhedsfremme, forebyggelse og behandling betaler sig (13,14).

Fremme af mental sundhed er et mål i sig selv, men kan herudover betragtes som et middel til at fremme andre målsætninger, såsom forbedret indlæring, øget beskæftigelse og mindsket sygefravær. I et forebyggelsesperspektiv er det meningsfuldt at fokusere på beskyttende faktorer og risikofaktorer i stedet for på sygdomme, da indsatser med denne tilgang adresserer flere sygdomme og vanskeligheder på én gang. Fremme af børn og unges mentale helbred er centralt for forebyggelsen af dårlig mental sundhed i den voksne befolkning på længere sigt.

Partnerskabet 'ABC for mental sundhed' er et eksempel på et samarbejde, hvor forskellige parter, heriblandt kommuner, foreninger og forskere, arbejder sammen mod et fælles mål om at fremme mental sundhed (15). Sundhedsstyrelsen opfordrer i øvrigt kommunerne til at arbejde med mental sundhed. Det fremgår af forebyggelsespakken på området, at dette kan ske via indsatser i sundhedsplejen, dagtilbud, skoler, kommunale arbejdspladser og ældreplejen (2,6). Størstedelen af kommunerne har implementeret indsatser, der lever op til en række af forebyggelsespakkens anbefalinger, og mental sundhed er i stigende grad blevet en integreret del af de kommunale sundhedspolitikker (16). Stort set alle landets kommuner arbejder med fremme af børns trivsel og mentale sundhed, og cirka halvdelen af kommunerne vurderer, at mental sundhed i stor udstrækning indgår som en del af indsatsen inden for andre fagområder som psykiatri, handicap og misbrug. Fra 2017 til 2019 er denne andel dog faldet (16). Det kan tænkes at andelen af kommuner, der lever op til forebyggelsespakkens anbefalinger, er faldet yderligere siden starten af 2020, hvor COVID-19 pandemien har taget fokus fra det traditionelle kommunale forebyggelsesarbejde.

Til trods for indsatsen de seneste år viser nye national tal, at forekomsten af stress er steget siden 2017, således at 29 % har høj score på stressskalaen, og i alt 12 % af danskerne er ensomme (17). Data til sundhedsprofilen 2021 blev indsamlet under anden bølge af COVID-19 pandemien, og det er svært at vurdere i hvilken grad, pandemien kan forklare den seneste udvikling i de nationale og regionale tal for ensomhed og stress. Studier, som anvender data fra første nedlukning, indikerer, at pandemien og nedlukningen af det danske samfund har haft betydning for danskernes mentale sundhed under pandemien, særligt for unge, ældre og udsatte grupper (18–20). En undersøgelse fra HOPE-projektet finder eksempelvis, at unge har følt sig ensomme og stressede, især under anden nedlukning (20). Studier, som sammenligner data fra før og under COVID-19 pandemien, indikerer, at flere har oplevet symptomer på dårlig mental sundhed under nedlukningen sammenlignet med før. Det handler blandt andet om depressive symptomer, dårligere mentalt velbefindende, følelser af ensomhed og social isolation (21–23). Det er vigtigt at understrege, at langt de fleste danskere har en god mental sundhed, og at hovedparten lader til at være kommet ud af nedlukningen uden markante ændringer i deres mentale sundhed, men nogle grupper antages at have senfølger og psykiske eftervirkninger (19,24). Det er imidlertid endnu for tidligt at vurdere eventuelle langtidseffekter af COVID-19 pandemien på den mentale sundhed (24) og for tidligt at vurdere, om de stigninger, der ses blandt andet i forekomsten af stress, skyldes pandemien eller andre faktorer.

Kapitlets indhold

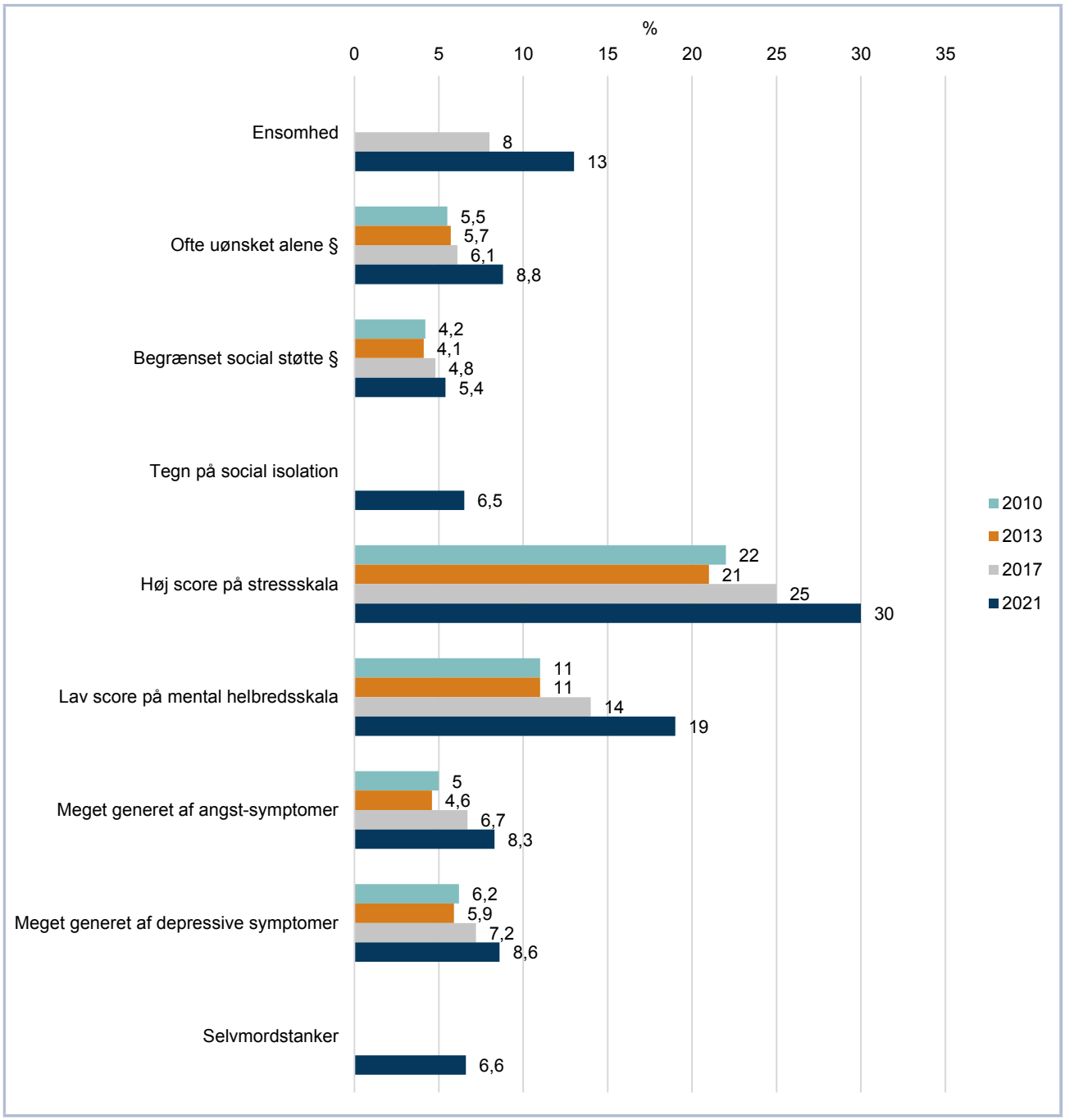
I dette kapitel beskrives først borgernes sociale relationer, herunder ensomhed, ofte uønsket alene, begrænset social støtte og tegn på social isolation. Dernæst beskrives forekomsten af stress, borgernes mentale helbred, angst- og depressive symptomer samt selvmordstanker. Tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer belyses også: Først beskrives andelen med ensomhed, høj score på stressskalaen, og/eller lav score på den mentale helbredsskala, og dernæst beskrives andelen med andre risikofaktorer blandt borgere, som er ensomme og blandt borgere, som har høj score på stressskalaen. Endeligt beskrives motivation for adfærdsændring blandt borgere, som er ensomme, samt forebyggelse af stress, angst- og depressive symptomer blandt borgere som har en høj score på stress-skalaen og blandt borgere som er meget generet af angst- og depressive symptomer.

Udover de opgørelser, som indgår i rapporten, findes der på sundhedsprofilens hjemmeside, opgørelser af følgende indikatorer: Ofte uønsket alene (Webtabel W4.1 og W4.2); og begrænset social støtte (Webtabel W4.3 og W4.4). Se nævnte webtabeller på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Resultatoverblik

I figur 4.1 ses et overblik over mange af de indikatorer for mental sundhed, som belyses i dette kapitel. I perioden 2010 til 2021 ses stigninger i forekomsten af næsten alle indikatorer for dårlig mental sundhed. I 2021 er andelen, som oplever dårlig mental sundhed, således større end den har været på noget andet tidspunkt i perioden. Det er især forekomsten af ensomhed, høj score på stressskalaen og lav score på den mentale helbredsskala, der er steget. Der ses også stigninger i andelen af borgere, som ofte er uønsket alene, i andelen, som har begrænset social støtte, og i andelen som er meget generet af angst- og depressive symptomer. Nogle borgere har desuden tegn på social isolation. Mistrivslen kommer herudover til udtryk i den relativt store andel af borgere, som har haft selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder.

Figur 4.1 Resultatoverblik for mental sundhed og sociale relationer



§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

4.1 Ensomhed

Ensomhed er en uønsket, subjektiv tilstand, der opstår som følge af en oplevet diskrepans mellem ønskede og faktiske sociale relationer (25). Alle oplever ensomhed fra tid til anden, for de fleste er det forbigående følelser af ensomhed udløst af bestemte situationer som overgange eller livsbegivenheder. Vedvarende ensomhed er imidlertid associeret med en øget risiko for sygdom og død (26,27). COVID-arbejdsgruppen har identificeret, at der i 2021 ses en svagere sammenhæng mellem ensomhed og selvvurderet helbred end i 2017.

Til belysning af ensomhed anvendes The Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som er en kort version af ensomhedsskalaen UCLA Loneliness Scale (28,29). T-ILS består af tre spørgsmål, hvor besvarelsen 'sjældent' giver 1 point, 'en gang imellem' giver 2 point og 'ofte' giver 3 point (se spørgsmålskasse nedenfor). Svarpersoner er medtaget i analysen, hvis de har besvaret mindst to ud af de tre spørgsmål. Hvis der mangler et svar på et spørgsmål, bruges gennemsnittet af de to besvarede spørgsmål som værdi for det tredje spørgsmål til dannelse af scoren. Borgere med en score på 7-9 på ensomhedsskalaen betegnes som ensomme (20). T-ILS skelner ikke mellem forbigående og længerevarende ensomhed.

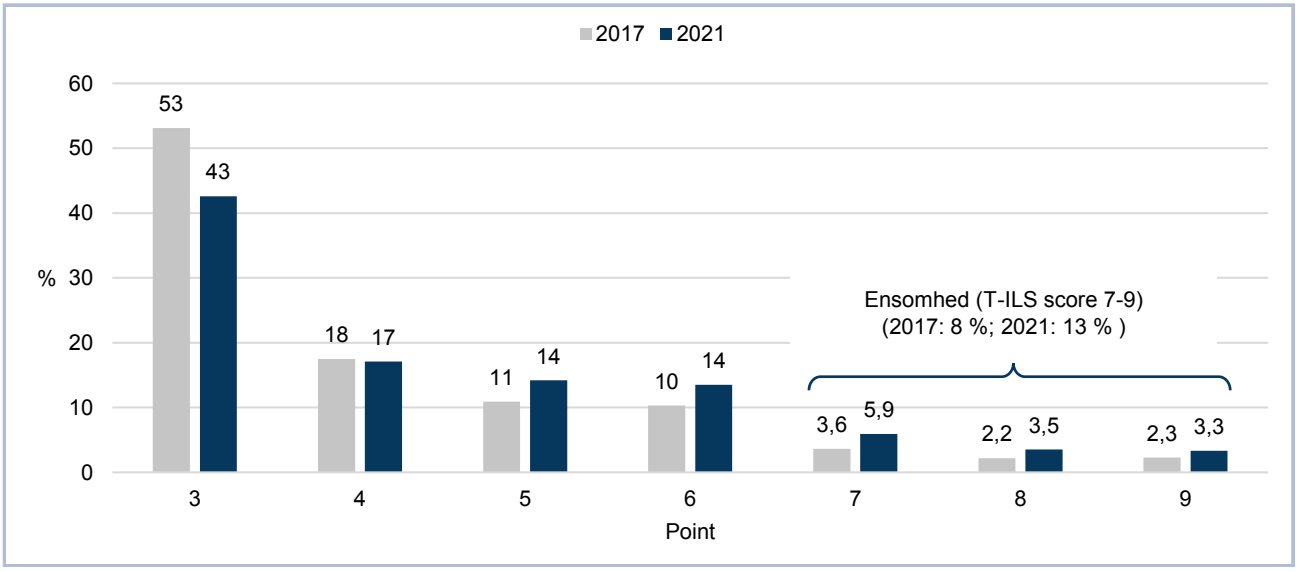
Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ensomhed:

- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- Hvor ofte føler du dig udenfor?

I figur 4.2 ses det, hvordan scorer på ensomhedsskalaen (T-ILS) fordeler sig i befolkningen i 2017 og 2021. Det fremgår, at størstedelen af borgerne scorer lavt på skalaen, mens en mindre del af befolkningen scorer højt på skalaen, hvormed de betegnes som ensomme.

Siden 2017 er der sket et fald i andelen af borgere med den laveste score på skalaen (3 point) og stigninger i andelen af borgere, som scorer mellem 5 og 9 point. Alt i alt er forekomsten af ensomhed steget fra 8 % i 2017 til 13 % i 2021. Det er især borgernes svar på spørgsmålene "Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?" og "Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?", som har ændret sig, og en større andel har svaret 'en gang imellem' eller 'ofte' til disse spørgsmål i 2021 (resultater ikke vist). I 2021 er forekomsten af ensomhed i Region Hovedstaden tæt på landsgennemsnittet, og kun Region Midtjylland har en højere forekomst (17).

Figur 4.2 Fordeling af scorer på ensomhedsskala (T-ILS)



Baseret på 54.826 besvarelser i 2021 og 53.992 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
Som følge af afrundinger af tal er der uoverensstemmelse mellem den samlede forekomst af ensomhed, og summen af enkelte andele.

Ensomhed – region

I 2021 er i alt 13 % af borgerne i regionen ensomme svarende til 174.700 personer (Tabel 4.1).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd er ensomme. For begge køn er andelen af borgere, som er ensomme, størst blandt de 16-24-årige (25 % for kvinder; 18 % for mænd) og mindst blandt de 65-79-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er ensomme, er større blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er ensomme, falder med stigende uddannelseslængde og er større blandt borgere med grundskoleuddannelse (15 %) sammenlignet med borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelser (10 %). Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse (21 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er ensomme, er især høj blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister (29 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (10 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er ensomme, er større blandt enlige (18 %) sammenlignet med samlevende (7 %). Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

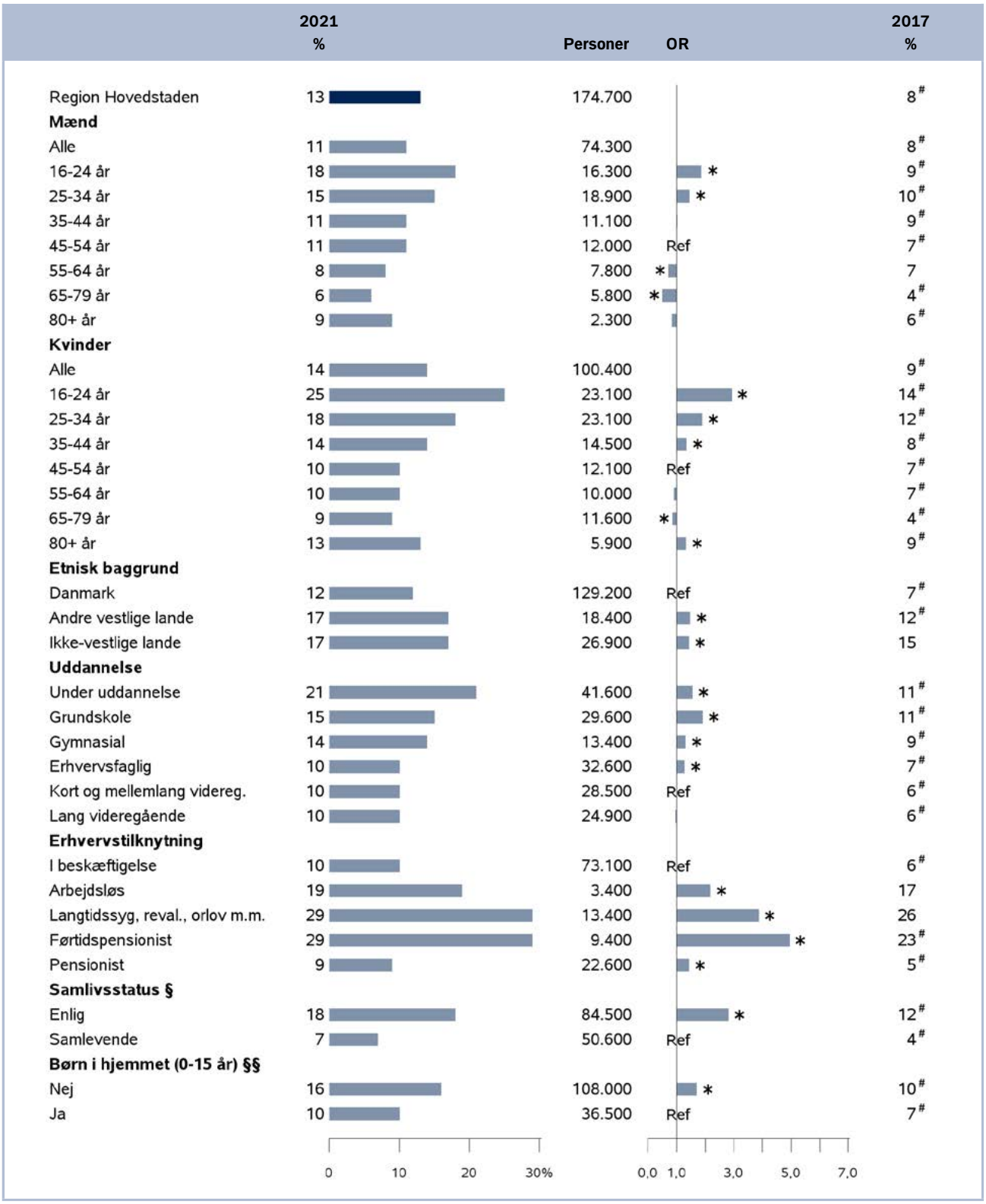
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er ensomme, steget fra 8 % i 2017 til 13 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-24-årige og blandt borgere under uddannelse, hvor andelen næsten er fordoblet. Andelen er steget mest for de unge kvinder.

Ensomhed – kommuner

Andelen af borgere, som er ensomme, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 8 % i Hørsholm Kommune til 17 % i bydelen Amager Vest (Tabel 4.2). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses desuden høje forekomster i flere af de de københavnske bydele. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er det imidlertid kun to københavnske bydele, som ligger over regionsgennemsnittet. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder (måske især andelen af unge borgere) kan forklare en del af den høje forekomst i de københavnske bydele.

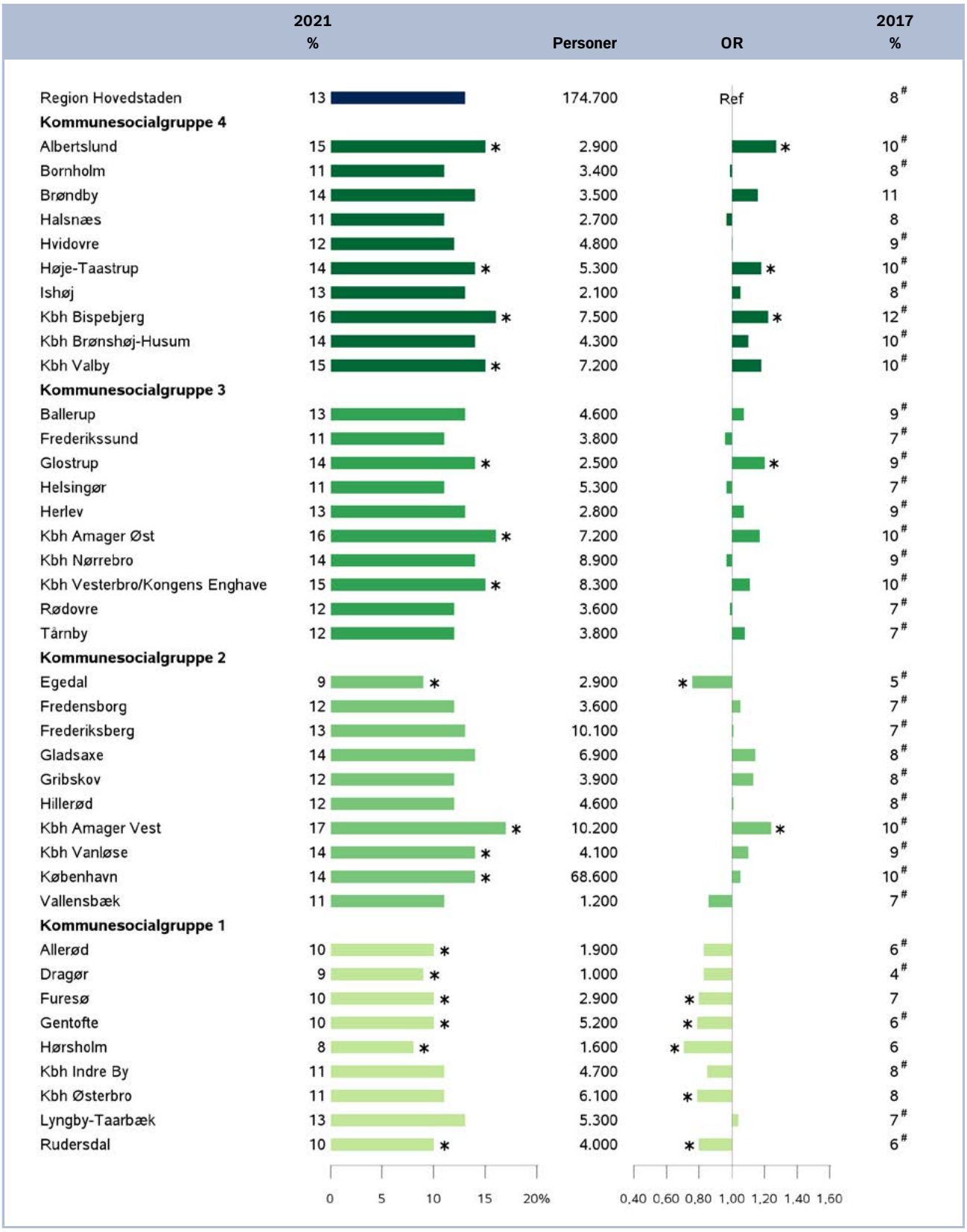
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af ensomhed steget fra 2017 til 2021. Den største stigning ses i bydelen Amager Vest.

Tabel 4.1 **Ensomhed – region**



Baseret på 54.826 besvarelser i 2021 og 53.992 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.2 Ensomhed – kommuner



Baseret på 54.826 besvarelser i 2021 og 53.992 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

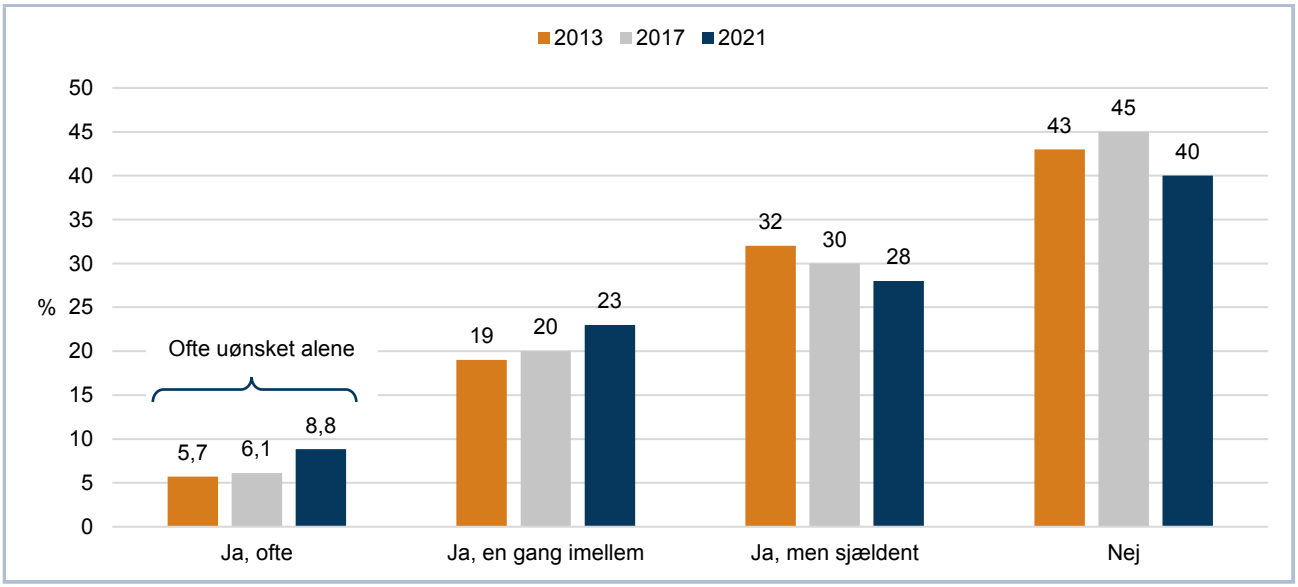
4.2 Uønsket alene

I dette afsnit er fokus på kvaliteten af de sociale relationer; om disse har en støttende eller belastende påvirkning. Dette belyses via et spørgsmål om, hvor ofte borgeren er uønsket alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Svarer borgeren 'ja, ofte', betegnes borgeren som 'uønsket alene'. Uønsket alene måler uønsket alenehed og ikke ensomhed.

I 2021 er 40 % aldrig uønsket alene, hvilket er en mindre andel end i tidligere år (Figur 4.3). Omvendt er andelen, som 'en gang imellem' eller 'ofte' er uønsket alene, steget over årene. Alt i alt er andelen som ofte er uønsket alene steget fra 5,7 % i 2013 til 8,8 % i 2021. I tabeller på web ses det, at andelen, som ofte er uønsket alene, er større for kvinder end mænd og for begge køn størst blandt de 16-24-årige (Webtabel W4.1 og W4.2). Blandt borgere, som ofte er uønsket alene, er 65 % ensomme (resultater ikke vist). Yderligere opgørelser for 'ofte uønsket alene' kan findes i webtabel W4.1 og W4.2 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 4.3 Uønsket alene

Spørgsmål: "Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?"



Baseret på 55.189 besvarelser i 2021, 57.787 besvarelser i 2017 og 43.582 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

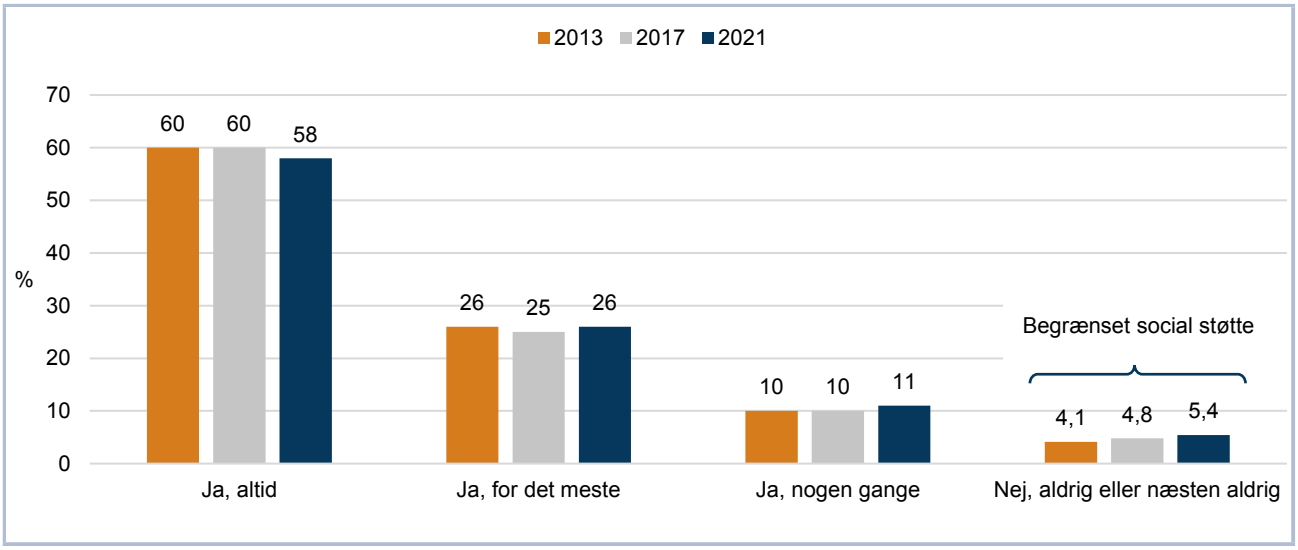
4.3 Begrænset social støtte

Støtte fra sociale relationer belyses via et spørgsmål om, hvorvidt borgeren har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte. Svarer borgeren 'nej, aldrig eller næsten aldrig', betegnes borgeren som havende 'begrænset social støtte'.

I 2021 har 58 % altid social støtte, mens 5,4 % har begrænset social støtte (Figur 4.4). Andelen, som har begrænset social støtte, er steget over årene. I tabeller på web ses det, at andelen af borgere med begrænset social støtte er større for mænd (7,3 %) end kvinder (3,7 %) og ligeledes større blandt borgere med anden vestlig baggrund (11 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (4,6 %) (Webtabel W4.3 og W4.4). Yderligere opgørelser for 'begrænset social støtte' kan findes i webtabel W4.3 og W4.4 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 4.4 Social støtte

Spørgsmål: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?"



Baseret på 55.113 besvarelser i 2021, 57.776 besvarelser i 2017 og 43.556 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

4.4 Tegn på social isolation

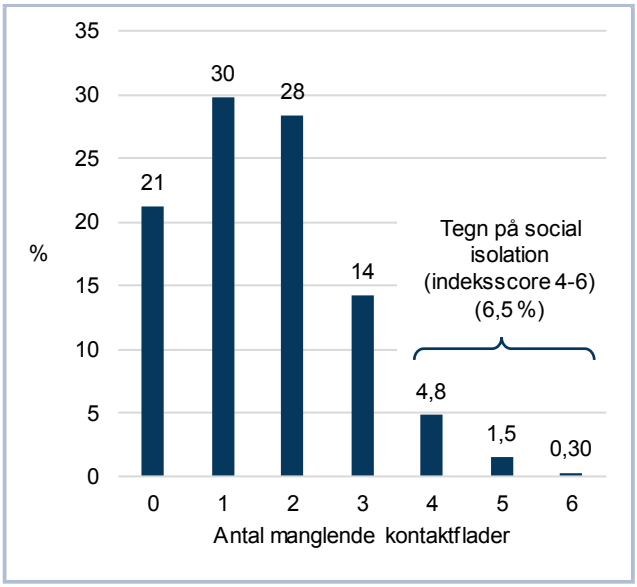
Selvvurderet social isolation omhandler det objektive forhold at have få/ingen kontakter og dermed være meget alene (9). For at indhente viden om graden af social isolation anvendes et indeks, som kombinerer oplysninger om forskellige sociale kontaktflader i ét samlet mål og dermed udtrykker graden af social isolation. Indekset er en modificeret version af et indeks af Valtorta et al., der er et relativt nyt konstrueret socialt isolationsindeks (30). Indekset indeholder oplysninger om følgende seks indikatorer: bor alene; sjælden kontakt med familie, som du ikke bor sammen med; sjælden kontakt med naboer eller andre personer i dit lokalområde; sjælden kontakt med venner; aldrig i kontakt med bekendte i foreninger, klubber osv.; hverken i arbejde, under uddannelse eller skolegang. Der gives ét point for hver manglende kontaktflade. I indekset er det muligt at score 0-6 point, hvor en højere score indikerer større grad af social isolation. Borgere med max 2 kontaktflader (indeksscore 4, 5 eller 6) betegnes som havende 'tegn på social isolation'.

Spørgsmål, som danner baggrund for socialt isolationsindeks		Indikatorer i socialt isolationsindeks
Bor du sammen med andre?	1	Bor alene
Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?	2	Sjælden kontakt med familie, som du ikke bor sammen med
Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med naboer eller andre personer i dit lokalområde?	3	Sjælden kontakt med naboer eller andre personer i lokalområdet
Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med venner?	4	Sjælden kontakt med venner
Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med bekendte i foreninger, klubber osv.?	5	Aldrig i kontakt med bekendte i foreninger, klubber osv.
Er du i arbejde?	6	Hverken i arbejde/uddannelse/skole
Er du under uddannelse?		
Hvilken skoleuddannelse har du?		

Spørgsmålene, der danner grundlag for opgørelsen af socialt isolationsindeks, findes kun i 2021.

Størstedelen af borgerne scorer lavt på det sociale isolationsindeks og har således mange kontaktflader (Figur 4.5). Omvendt er det kun få, der scorer højt på indekset, hvilket indikerer, at der kun er få, der ifølge indekset kan karakteriseres som havende tegn på social isolation. Forekomsten af tegn på social isolation er 6,5 % i 2021. Blandt borgere, som har tegn på social isolation, er 38 % ensomme (resultater ikke vist).

Figur 4.5 Fordeling af scorer på socialt isolationsindeks



Baseret på 54.300 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal er der uoverensstemmelse mellem den samlede forekomst af tegn på social isolation og summen af enkelte andele.

Tegn på social isolation – region

I 2021 har 6,5 % af borgerne i regionen tegn på social isolation svarende til 89.300 personer (Tabel 4.3).

Køn og alder: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af borgere, som har tegn på social isolation. For begge køn stiger andelen med stigende alder, og andelen er således størst blandt de 80+ årige (>19%).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har tegn på social isolation, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig eller dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har tegn på social isolation, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således tre til fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse (15,3 %) sammenlignet med borgere med videregående uddannelser (3,0 %-4,5 %).

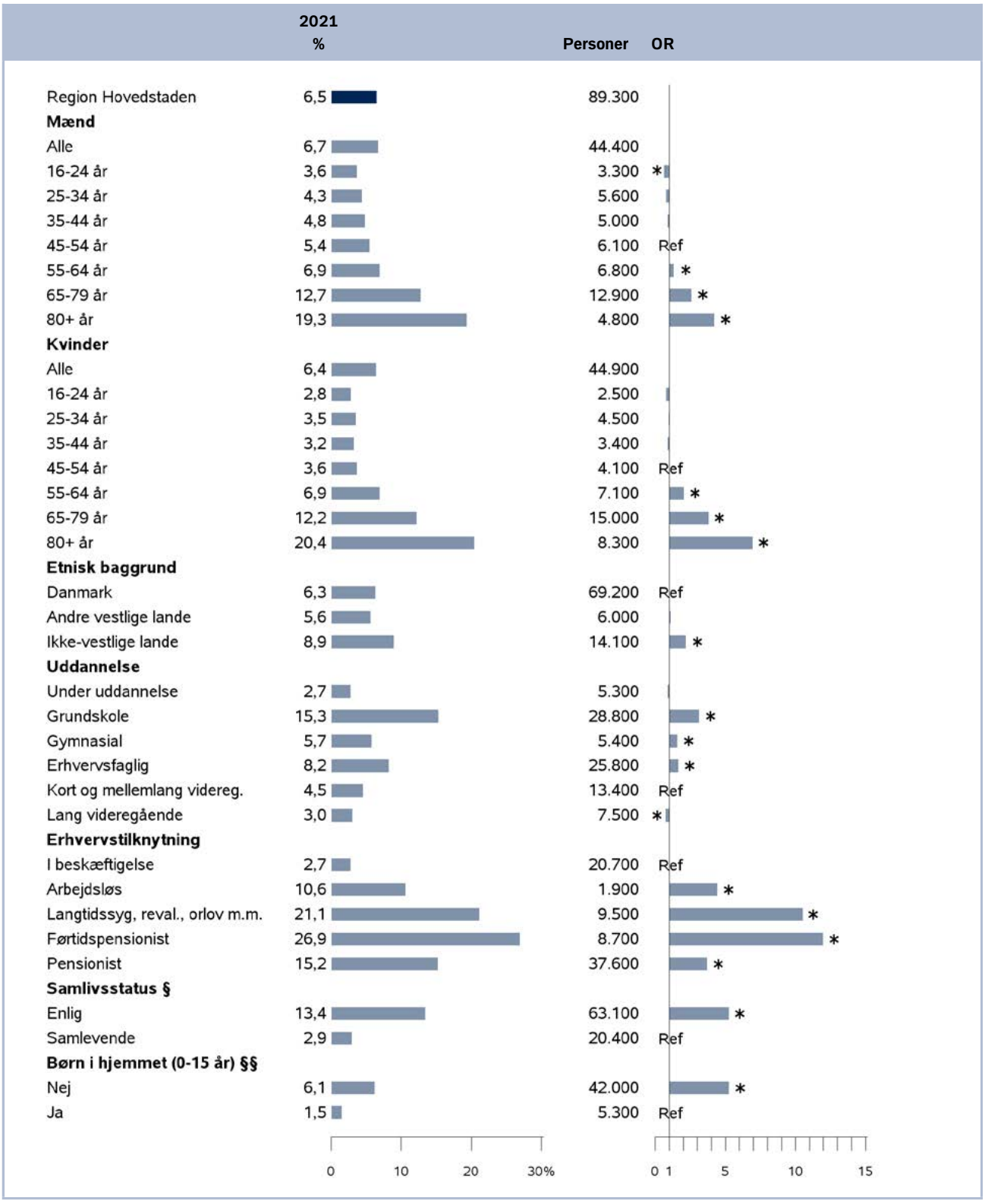
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har tegn på social isolation, er over syv gange større blandt langtidssyge borgere (21,1 %) og førtidspensionister (26,9 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (2,7 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har tegn på social isolation, er fire gange større blandt enlige (13,4 %) sammenlignet med samlevende (2,9 %), og det samme gælder blandt borgere uden børn i hjemmet (6,1 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (1,5 %).

Tegn på social isolation – kommuner

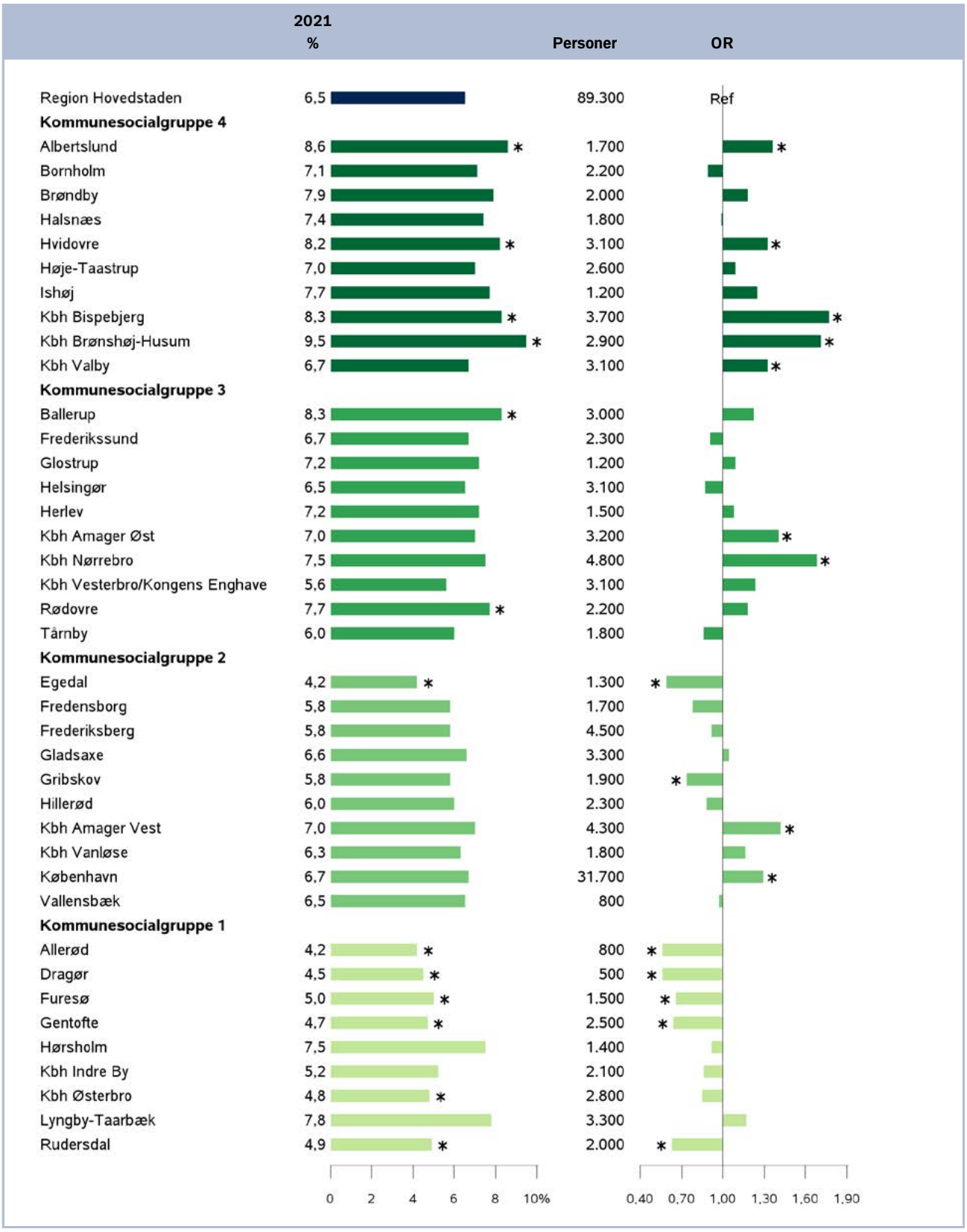
Andelen af borgere, som har tegn på social isolation, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 4,2 % i Egedal og Allerød kommuner til 9,5 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 4.4). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 4.3 Tegn på social isolation – region



Baseret på 54.300 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Tabel 4.4 **Tegn på social isolation – kommuner**



Baseret på 54.300 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref).

4.5 Stress

Stress er en tilstand af fysisk og psykisk ubalance, som opstår, når ydre eller indre krav overstiger den enkeltes ressourcer (2,31). Længerevarende stress medfører mistrivsel og kan øge risikoen for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan desuden forværre eksisterende sygdomme. Borgerens evne til at håndtere stress afhænger af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold. Til belysning af stress anvendes Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret skala, der måler borgerens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål. Skalaen går fra 0 til 40, hvor højere værdier indikerer højere grad af oplevet stress (32).

Ændring i terminologi siden Sundhedsprofil 2017, men samme metode

I Sundhedsprofil 2021 fokuseres på borgere med en høj score på Cohens Perceived Stress Scale – herefter benævnt borgere med en 'høj score på stressskalaen'. I Sundhedsprofil 2017 blev denne gruppe kaldt 'borgere med et højt stressniveau'.

Til identificering af denne gruppe i regionen benyttes en grænseværdi beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (33). Grænseværdien identificerede de 20 % af befolkningen, som havde det højeste stressniveau på stressskalaen i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010 (en score på ≥18). Definitionen af høj score på stressskalaen baserer sig dermed ikke på en klinisk begrundet grænseværdi, men på en relativ grænseværdi. Det betyder, at det er mere relevant at fokusere på udviklingstendenser i forekomsten samt på mønstre indenfor sociodemografiske grupper, og mindre relevant at fokusere på den absolutte forekomst.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af stress:

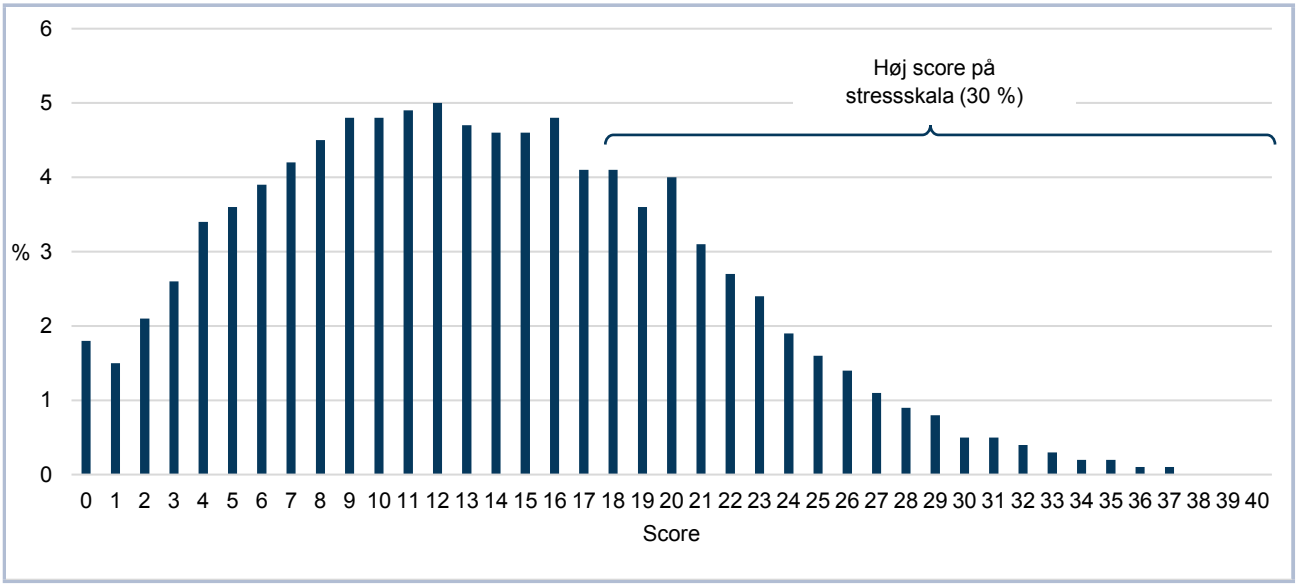
Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:

- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs og "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?
- Har du følt, at du havde styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Figur 4.6 viser fordelingen af scorer på stressskalaen i regionen i 2021. Den gennemsnitlige score er 14 og halvdelen af borgerne har en score mellem 7 og 18 (resultater ikke vist). Siden 2013 er der sket en gradvis stigning i den gennemsnitlige score fra 12 i 2013 til 14 i 2021.

I det følgende fokuseres der på borgere med en høj score på skalaen, dvs. en PSS-score på 18-40. Denne gruppe udgør 30 % i regionen i 2021. I 2021 er forekomsten af høj score på stressskalaen højere end forekomsten i de øvrige regioner, og Region Hovedstaden indtager dermed en kedelig førsteplads (17).

Figur 4.6 Fordeling af scorer på stressskalaen



Baseret på 55.575 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.

Høj score på stressskala – region

I 2021 har i alt 30 % af borgerne i Region Hovedstaden en høj score på stressskalaen, svarende til 422.600 personer (Tabel 4.5).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd har høj score på stressskalaen. For begge køn er andelen af borgere, som scorer højt på stressskalaen, størst blandt de 16-24-årige og falder med stigende alder, når der ses bort fra de 80+ årige, hvor andelen er på niveau med andelen blandt de 35-44-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har høj score på stressskalaen, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med høj score på stressskalaen falder med stigende uddannelseslængde og er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser. Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som scorer højt på stressskalaen, er større blandt langtidssyge borgere (62 %) og førtidspensionister (57 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (25 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har høj score på stressskalaen, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med høj score på stressskalaen steget fra 21 % i 2013 til 30 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. For de fleste af disse grupper er der tale om en gradvis stigning over årene. De største stigninger fra 2013 til 2021 ses blandt de 16-24-årige (både mænd og kvinder) og de 25-34-årige kvinder. I 2013 var de 16-24-årige kvinder og 80+ årige kvinder de aldersgrupper, hvor forekomsten var højest, men i 2021 har dette ændret sig, og den højeste forekomst ses alene blandt de 16-24-årige kvinder. Borgere på 16-24 år er desuden blandt de grupper med størst stigning fra 2017 til 2021.

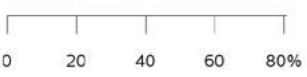
Høj score på stressskalaen – kommuner

Andelen af borgere, som har høj score på stressskalaen, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 22 % i Allerød Kommune til 36 % i bydelene Bispebjerg og Amager Øst (Tabel 4.6). Der ses desuden en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Over halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses desuden høje forekomster i flere af de de københavnske bydele og blandt kommuner på Københavns Vestegn. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid bl.a. for bydelene Valby og Nørrebro. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder (måske især andelen af unge borgere) kan forklare en del af den høje forekomst i disse bydele.

Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere med høj score på stressskalaen steget fra 2013 til 2021. For mange af disse kommuner og bydele er der tale om en gradvis stigning over årene. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelen Valby, som dermed i 2021 er blandt de kommuner, som har den højeste forekomst af høj score på stressskalaen (34 %).

Tabel 4.5 Høj score på stressskala – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	30	422.600		25#	21#
Mænd					
Alle	25	173.200		21#	17#
16-24 år	32	30.600	*	23#	16#
25-34 år	30	41.100	*	23#	17#
35-44 år	26	28.300	*	23#	18#
45-54 år	24	27.600	Ref	21#	18#
55-64 år	20	19.900	*	21	16#
65-79 år	19	19.200	*	16#	14#
80+ år	26	6.600		24	25
Kvinder					
Alle	34	249.400		29#	24#
16-24 år	53	50.000	*	40#	32#
25-34 år	41	54.700	*	33#	23#
35-44 år	34	37.400	*	28#	22#
45-54 år	29	34.200	Ref	27#	23#
55-64 år	28	29.100		25#	20#
65-79 år	24	29.700	*	21#	20#
80+ år	34	14.300	*	33	32
Etnisk baggrund					
Danmark	28	311.100	Ref	23#	19#
Andre vestlige lande	35	38.800	*	26#	23#
Ikke-vestlige lande	43	72.400	*	42	40#
Uddannelse					
Under uddannelse	41	85.500	*	32#	23#
Grundskole	37	71.100	*	35	30#
Gymnasial	31	31.200	*	26#	20#
Erhvervsfaglig	28	88.200	*	24#	21#
Kort og mellemlang videreg.	25	77.100	Ref	21#	17#
Lang videregående	23	59.000	*	17#	13#
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	25	192.400	Ref	20#	16#
Arbejdsløs	41	7.800	*	38	39
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	62	29.400	*	63	54#
Førtidspensionist	57	18.600	*	57	48#
Pensionist	25	62.400	*	21#	20#
Samlivsstatus §					
Enlig	34	167.200	*	30#	25#
Samlevende	24	174.700	Ref	21#	16#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	33	220.800	*	27#	
Ja	28	95.700	Ref	24#	



Baseret på 55.575 besvarelser i 2021, 56.596 besvarelser i 2017 og 42.157 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.6 **Høj score på stressskala – kommuner**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	30	422.600	Ref	25 #	21 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	33 *	6.600	*	29	18 #
Bornholm	25 *	7.700	*	26	20 #
Brøndby	33 *	8.700	*	31	26 #
Halsnæs	31	7.600	*	25 #	23 #
Hvidovre	29	11.400		27	24 #
Høje-Taastrup	32 *	12.400	*	28 #	23 #
Ishøj	33 *	5.500	*	30	29
Kbh Bispebjerg	36 *	16.900	*	32	25 #
Kbh Brønshøj-Husum	32	10.100		30	25 #
Kbh Valby	34 *	15.900		25 #	24 #
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	28	10.300		26	21 #
Frederikssund	26 *	9.100		23	22 #
Glostrup	33 *	5.900	*	27 #	22 #
Helsingør	29	14.000		27	22 #
Herlev	30	6.500		29	22 #
Kbh Amager Øst	36 *	17.300	*	29 #	23 #
Kbh Nørrebro	35 *	22.900		28 #	23 #
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	35 *	20.800	*	28 #	22 #
Rødovre	32 *	9.600	*	24 #	21 #
Tårnby	31	9.500		27	17 #
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	26 *	8.500		20 #	17 #
Fredensborg	26 *	8.200		24	20 #
Frederiksberg	31	24.600		23 #	19 #
Gladsaxe	29	15.000		25 #	22 #
Gribskov	28	9.200		24 #	18 #
Hillerød	27	10.600		22 #	18 #
Kbh Amager Vest	35 *	22.600	*	29 #	24 #
Kbh Vanløse	32	9.400		27 #	21 #
København	33 *	164.800	*	27 #	22 #
Vallensbæk	27	3.200		24	18 #
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	22 *	4.200	*	20	15 #
Dragør	24 *	2.600	*	19 #	17 #
Furesø	23 *	6.900	*	20	17 #
Gentofte	25 *	13.900	*	20 #	16 #
Hørsholm	27	5.200		21 #	15 #
Kbh Indre By	30	12.500		24 #	18 #
Kbh Østerbro	28	16.400	*	23 #	18 #
Lyngby-Taarbæk	26 *	11.300	*	21 #	19 #
Rudersdal	23 *	9.700	*	21	16 #

Baseret på 55.575 besvarelser i 2021, 56.596 besvarelser i 2017 og 42.157 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

4.6 Mentalt helbred

Mentalt helbred dækker i Sundhedsprofil 2021 over borgerens egen vurdering af den mentale helbredstilstand, og hvordan den eventuelt begrænser gøremål i hverdagen. Til måling af borgernes mentale helbred anvendes Short Form Health Survey (SF-12). SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, som er relateret til en række daglige aktiviteter og til, hvorvidt borgerne er hæmmet i at udføre disse aktiviteter på grund af deres helbred (34). På baggrund af de 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus for to dimensioner af helbredet: fysisk helbred og mentalt helbred. For hver dimension udregnes en score, der kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værst tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige. Opgørelser af fysisk helbred præsenteres i kapitel 3 'Livskvalitet og helbred'.

Ændring i terminologi siden Sundhedsprofil 2017, men samme metode

I Sundhedsprofil 2021 fokuseres på den del af befolkningen, som har lav score på den mentale dimension af helbredet målt vha. SF-12, herefter benævnt 'lav score på den mentale helbredsskala'. I Sundhedsprofil 2017 blev denne gruppe kaldt 'borgere med dårligt mentalt helbred'.

Til identificering af denne gruppe i regionen benyttes en grænseværdi beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (33). Grænseværdien identificerede de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, der havde dårligst mentalt helbred i 2010 (en score på ≤35,76). Definitionen af lav score på den mentale helbredsskala baserer sig dermed ikke på en klinisk begrundet grænseværdi, men på en relativ grænseværdi. Det betyder, at det er mere relevant at fokusere på udviklingstendenser i forekomsten samt på mønstre indenfor sociodemografiske grupper, og mindre relevant at fokusere på den absolutte forekomst.

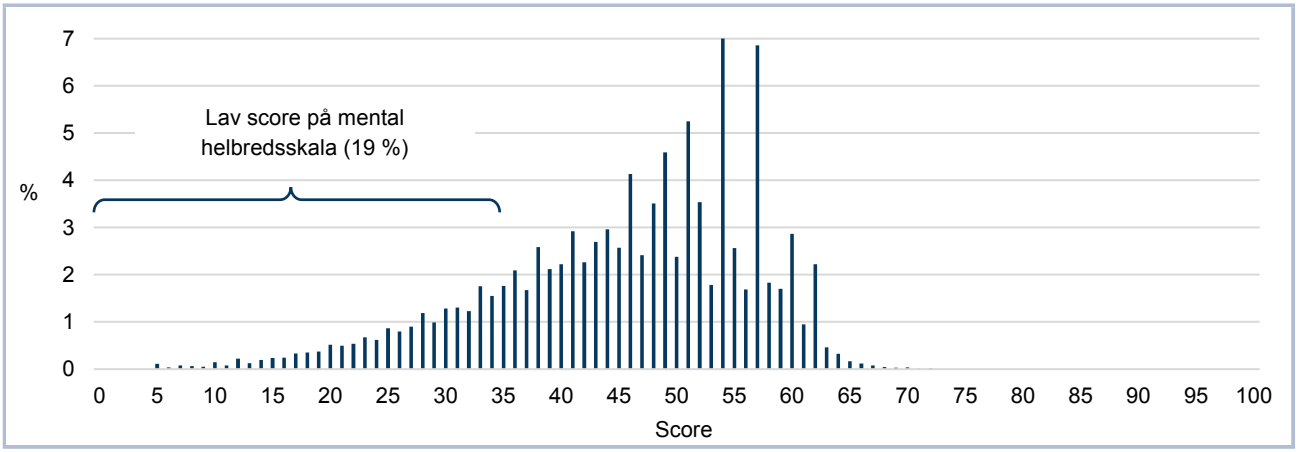
Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af mentalt helbred:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op af trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

Figur 4.7 viser fordelingen af scorer på den mentale helbredsskala i regionen i 2021. Den gennemsnitlige score er 46 og halvdelen af borgerne har en score mellem 39 og 54. Siden 2013 er der sket et gradvist fald i den gennemsnitlige score fra 49 i 2013 til 46 i 2021 (resultater ikke vist). I 2021 er Region Hovedstadens forekomst af lav score på den mentale helbredsskala højere end i de øvrige regioner, ligesom i 2017 (17).

I det følgende fokuseres der på den gruppe af borgere i regionen, der har en mental helbredsscore på 35,76 eller derunder. Denne gruppe udgør 19 % i befolkningen i 2021 (Figur 4.7).

Figur 4.7 Fordeling af scorer på mental helbredsskala



Baseret på 54.685 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.

Lav score på mental helbredsskala – region

I 2021 har i alt 19 % af borgerne i regionen en lav score på den mentale helbredsskala, svarende til 259.900 personer (Tabel 4.7).

Køn og alder: En større andel kvinder har lav score på den mentale helbredskala sammenlignet med mænd. For begge køn er andelen af borgere, som scorer lavt på den mentale helbredsskala, størst blandt de 16-24-årige og falder med stigende alder, når der ses bort fra de 80+ årige, hvor andelen er på niveau med andelen blandt de 35-54-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har lav score på den mentale helbredsskala, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med lav score på den mentale helbredsskala falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse (21 %) sammenlignet med borgere med erhvervsfaglig- og videregående uddannelser (15 %). Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse (30 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som scorer lavt på den mentale helbredsskala, er større i alle erhvervstilknytningsgrupper (24-41 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (15 %), pånær for pensionister (13 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, ændrer tendensen sig for pensionister, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den lave forekomst blandt pensionister.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har lav score på den mentale helbredsskala, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

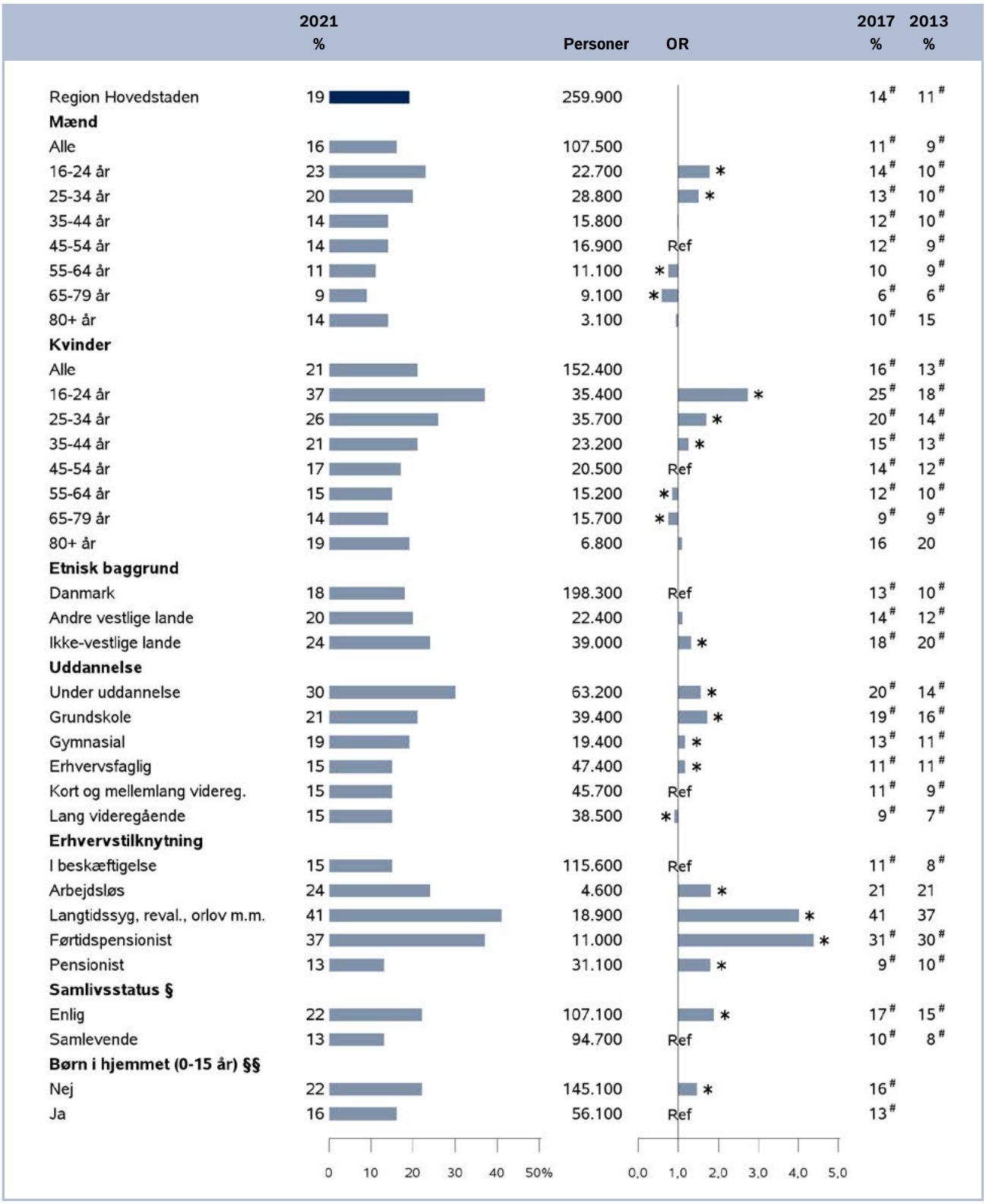
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som scorer lavt på den mentale helbredsskala, steget fra 11 % i 2013 til 19 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper, og for de fleste grupper er der tale om en gradvis stigning over årene. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses blandt de 16-24-årige kvinder, som i begge år er den aldergruppe, som har den højeste forekomst. For begge køn er andelen med lav score på den mentale helbredsskala blandt 16-24-årige borgere fordoblet fra 2013 til 2021.

Lav score på mental helbredsskala – kommuner

Andelen af borgere, som har lav score på den mentale helbredsskala, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 13 % i Allerød Kommune til 25 % i bydelen Nørrebro (Tabel 4.8). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses desuden høje forekomster i flere af de københavnske bydele samt i Frederiksberg Kommune. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid bl.a. for Frederiksberg Kommune og bydelene Vanløse og Amager Vest. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder (måske især andelen af unge borgere) kan forklare en del af den høje forekomst i disse bydele og i Frederiksberg Kommune.

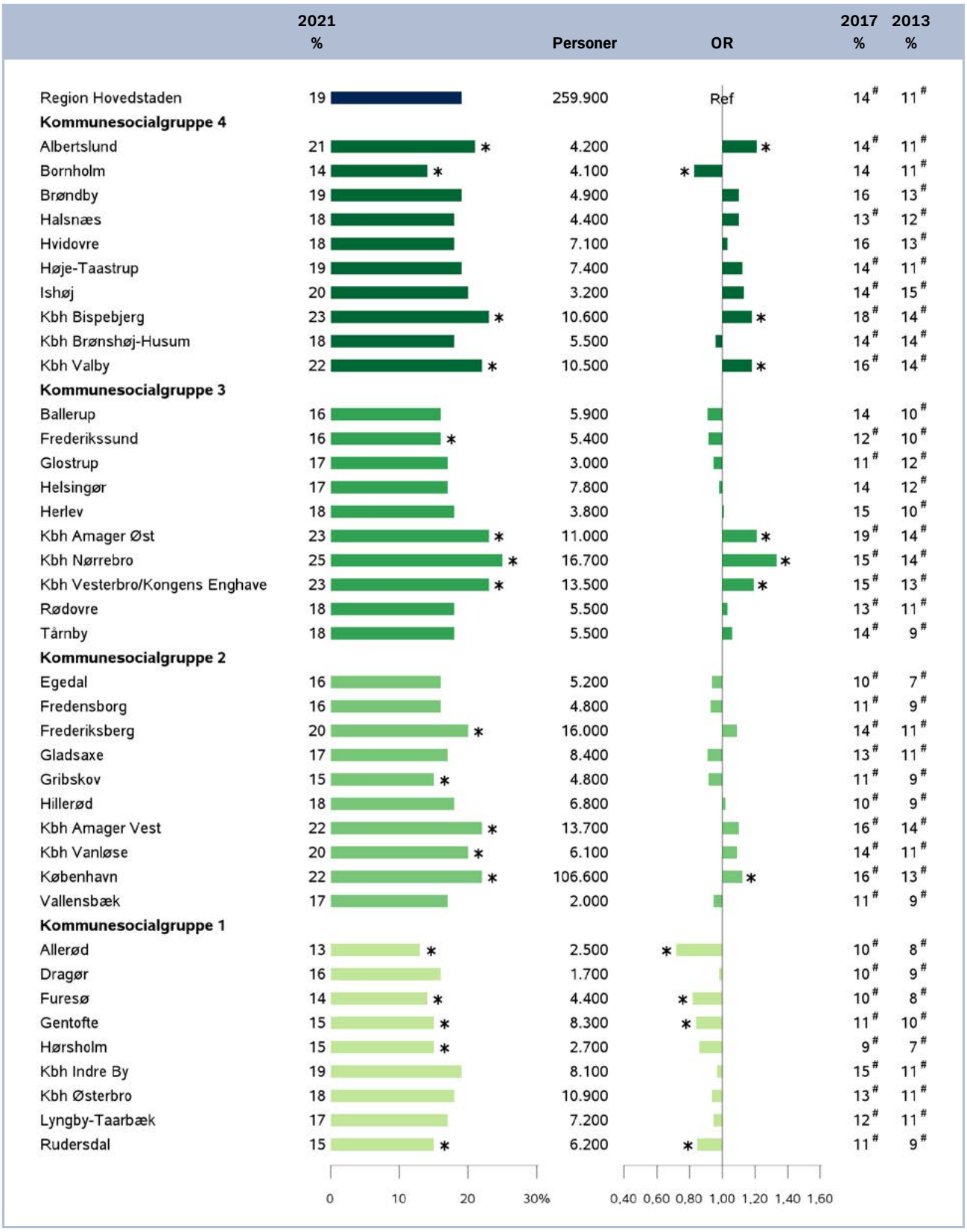
Udvikling: Andelen af borgere med lav score på den mentale helbredsskala er steget i alle kommuner og bydele fra 2013 til 2021. For en række kommuner og bydele er der tale om en gradvis stigning over årene, men for langt de fleste kommuner og bydele er stigningen sket mellem 2017 og 2021. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelen Nørrebro. Den sociale gradient er mindre tydelig i 2021 sammenlignet med tidligere år.

Tabel 4.7 Lav score på mental helbredsskala – region



Baseret på 54.685 besvarelser i 2021, 56.111 besvarelser i 2017 og 49.808 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.8 **Lav score på mental helbredsskala – kommuner**



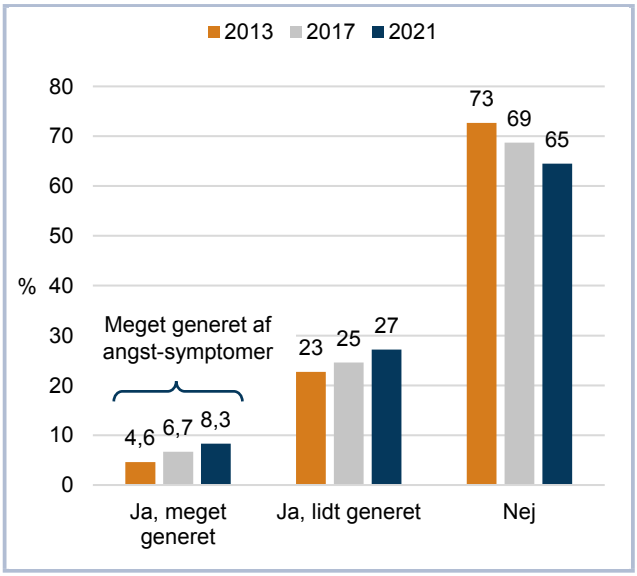
Baseret på 54.685 besvarelser i 2021, 56.111 besvarelser i 2017 og 49.808 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

4.7 Angst-symptomer

Borgerne er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af følgende psykiske symptomer: ængstelse, nervøsitet, uro og angst (herefter: 'angst-symptomer').

Andelen af borgere, som ikke er generet af angst-symptomer, er faldet gradvist fra 2013 til 2021, mens andelen som er lidt eller meget generet af angst-symptomer er steget (Figur 4.8). I dette afsnit er fokus på borgere, som har angivet, at de er meget generet af angst-symptomer (8,3 % i 2021).

Figur 4.8 Generet af angst-symptomer de seneste 14 dage
Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst? Var du meget eller lidt generet af det"



Baseret på 56.364 besvarelser i 2021, 58.127 besvarelser i 2017 og 44.347 besvarelser i 2013. For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

Meget generet af angst-symptomer de seneste 14 dage – region

I 2021 har i alt 8,3 % af borgerne i regionen været meget generet af angst-symptomer inden for de seneste 14 dage svarende til 118.600 personer (Tabel 4.9).

Køn og alder: En større andel kvinder er meget generet af angst-symptomer sammenlignet med mænd. For begge køn falder andelen med stigende alder, og er således størst blandt de 16-24-årige (især for kvinder (20,3 %) og mindst blandt de 65+ årige (<8 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, falder med stigende uddannelseslængde og er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser. Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, er mere end tre gange så stor blandt langtidssyge borgere (25,5 %) og førtidspensionister (20,1 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (5,7 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, er større blandt enlige (10,1 %) sammenlignet med samlevende (5,3 %). Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, steget gradvist fra 4,6 % i 2013 til 8,3 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt de 16-24-årige kvinder, hvor andelen i perioden er tredoblet. Der ses ligeledes en tredobling i forekomsten blandt de 16-24-årige mænd.

Meget generet af angst-symptomer de seneste 14 dage – kommuner

Andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 4,4 % i Allerød Kommune til 12,1 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 4.10). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens over halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses desuden høje forekomster i flere af de københavnske bydele samt i Frederiksberg Kommune. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid bl.a. for bydelene Valby, Nørrebro og Amager Vest. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder (måske især andelen af unge borgere) kan forklare en del af den høje forekomst i disse bydele.

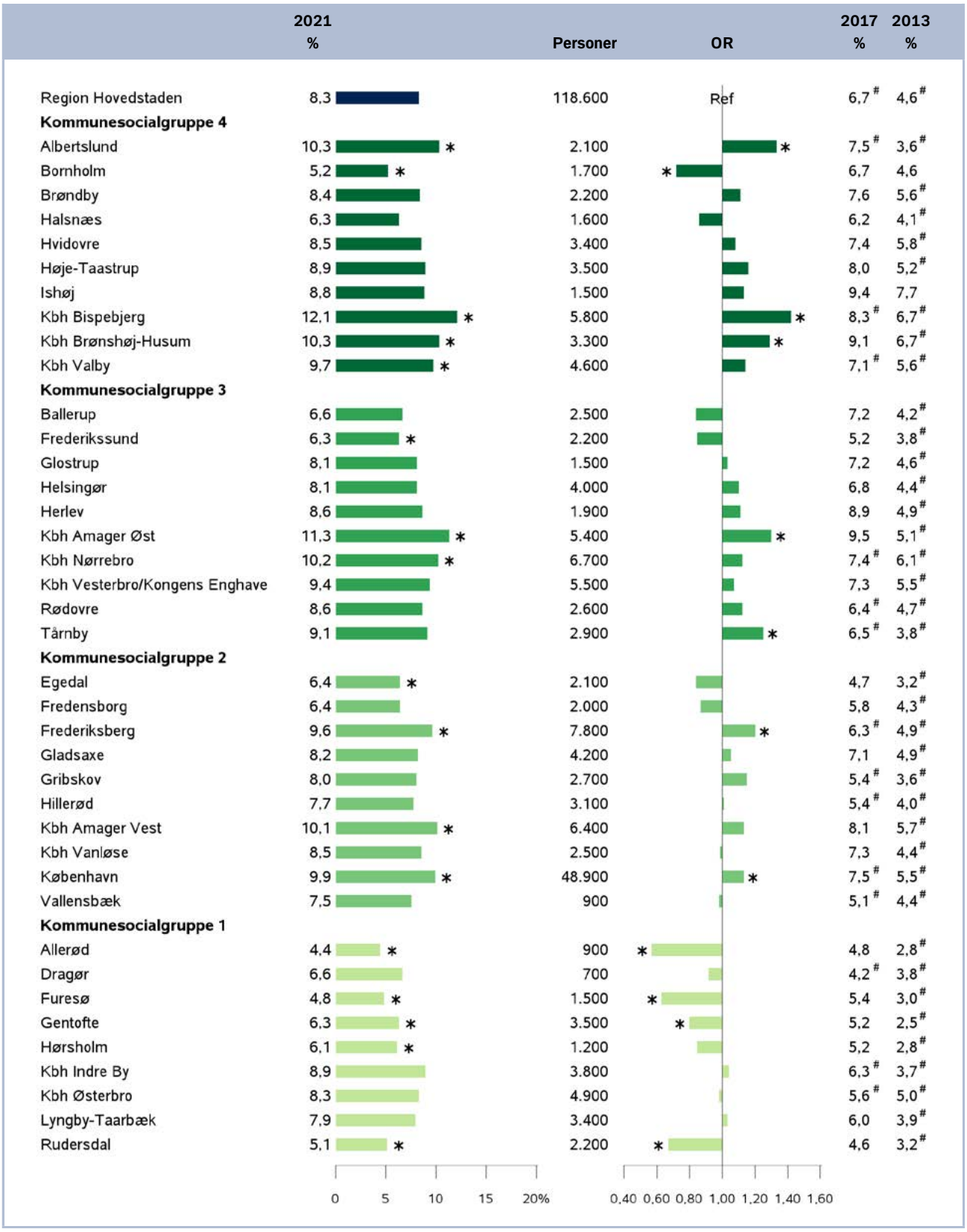
Udvikling: I langt størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere, som er meget generet af angst-symptomer, steget fra 2013 til 2021. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses i Albertslund Kommune og den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelen Bispebjerg.

Tabel 4.9 Meget generet af angst-symptomer de seneste 14 dage – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	8,3	118.600		6,7#	4,6#
Mænd					
Alle	6,1	42.000		5,3#	3,6#
16-24 år	10,5	10.000	*	6,4#	3,5#
25-34 år	8,1	10.900	*	6,1#	3,6#
35-44 år	5,0	5.300		5,3	3,5#
45-54 år	5,6	6.500	Ref	6,0	4,5
55-64 år	4,8	4.900		5,5	4,2
65-79 år	3,2	3.400	*	3,0	2,4#
80+ år	3,2	900	*	3,5	4,3
Kvinder					
Alle	10,4	76.700		8,0#	5,5#
16-24 år	20,3	19.100	*	12,5#	6,7#
25-34 år	13,5	17.900	*	9,6#	5,9#
35-44 år	9,1	10.100		6,2#	5,1#
45-54 år	8,0	9.400	Ref	7,7	5,8#
55-64 år	8,3	8.800		8,1	5,3#
65-79 år	6,2	7.900	*	5,1#	4,1#
80+ år	7,3	3.400		6,8	5,7
Etnisk baggrund					
Danmark	7,3	83.300	Ref	5,9#	3,9#
Andre vestlige lande	10,3	11.500	*	8,2#	5,5#
Ikke-vestlige lande	13,9	23.500	*	12,3	11,2#
Uddannelse					
Under uddannelse	14,5	29.900	*	8,5#	5,0#
Grundskole	11,3	22.900	*	10,7	7,8#
Gymnasial	9,1	9.000	*	7,2#	5,3#
Erhvervsfaglig	6,8	22.200	*	5,5#	4,4#
Kort og mellemlang videreg.	5,8	17.900	Ref	5,0#	3,5#
Lang videregående	5,4	13.800	*	3,8#	2,4#
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	5,7	44.900	Ref	4,2#	2,8#
Arbejdsløs	12,3	2.300	*	10,4	11,7
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	25,5	12.200	*	27,8	21,9
Førtidspensionist	20,1	6.800	*	20,5	16,9
Pensionist	5,2	13.800	*	4,6#	3,8#
Samlivsstatus §					
Enlig	10,1	50.600	*	8,6#	6,5#
Samlevende	5,3	38.900	Ref	4,7#	3,3#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	10,5	72.000	*	8,3#	
Ja	6,3	22.000	Ref	5,3#	

Baseret på 56.364 besvarelser i 2021, 58.127 besvarelser i 2017 og 44.347 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.10 Meget generet af angst-symptomer de seneste 14 dage – kommuner



Baseret på 56.364 besvarelser i 2021, 58.127 besvarelser i 2017 og 44.347 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

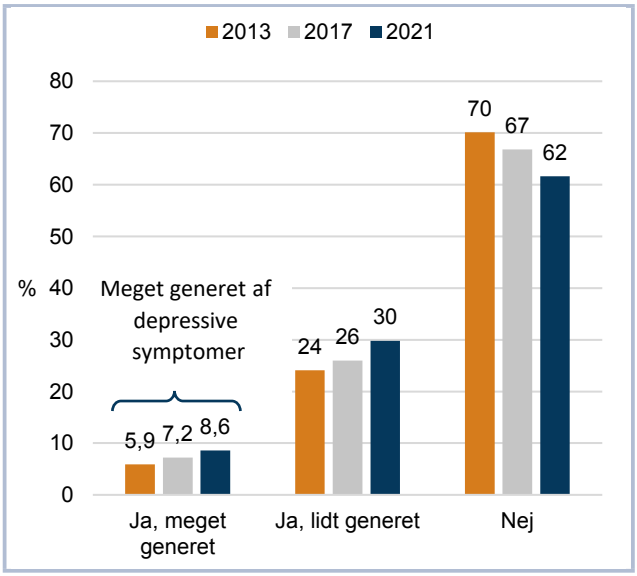
4.8 Depressive symptomer

Borgerne er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 14 dage har været generet af følgende psykiske symptomer: nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig (herefter: 'depressive symptomer').

Andelen af borgere, som ikke er generet af depressive symptomer, er faldet fra 2013 til 2021, mens andelen, som er lidt eller meget generet af depressive symptomer, er steget (Figur 4.9). I dette afsnit er fokus på borgere, som har angivet at være meget generet af depressive symptomer (8,6 % i 2021).

Figur 4.9 Generet af depressive symptomer de seneste 14 dage

Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig? Var du meget eller lidt generet af det?"



Baseret på 56.267 besvarelser i 2021, 58.128 besvarelser i 2017 og 44.321 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

Meget generet af depressive symptomer de seneste 14 dage – region

I 2021 er i alt 8,6 % af borgerne i regionen meget generet af depressive symptomer, svarende til 122.900 personer (Tabel 4.11).

Køn og alder: En større andel kvinder er meget generet af depressive symptomer sammenlignet med mænd. For begge køn er andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, størst blandt de 16-24-årige (især for kvinder: 18,6 %) og falder med stigende alder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, falder med stigende uddannelseslængde og er større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser. Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse (14,8 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, er mere end tre gange større blandt langtidssyge borgere (22,6 %) og førtidspensionister (19,3 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (6,4 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, er risikoen for at være meget generet af depressive symptomer højere i alle erhvervstilknytningsgrupper sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, er større blandt enlige (11,1 %) sammenlignet med samlevende (5,1 %). Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

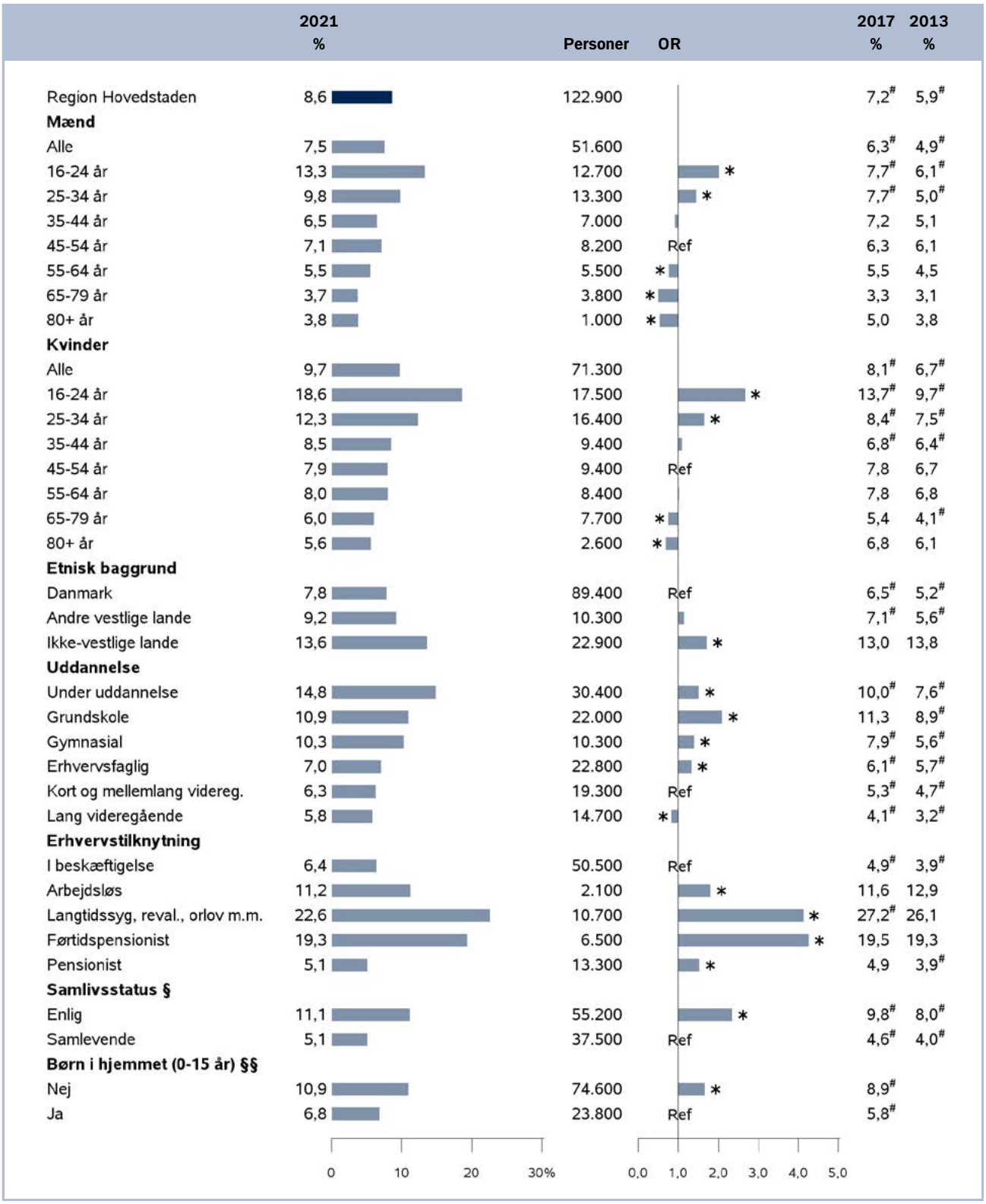
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, steget gradvist fra 5,9 % i 2013 til 8,6 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i over halvdelen af de sociodemografiske grupper. I de fleste af disse grupper er der tale om en gradvis stigning over årene. I 2021 er andelene blandt de 16-24-årige mænd (13,3 %) og kvinder (18,6 %) således større end andelene i 2013 (hhv. 6,1 % og 9,7 %). Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt de 16-24-årige kvinder.

Meget generet af depressive symptomer de seneste 14 dage – kommuner

Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 5,7 % i Rudersdal Kommune til 12,7 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 4.12). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens omkring halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses desuden høje forekomster i flere af de københavnske bydele samt i Frederiksberg Kommune. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid bl.a. for bydelene Valby, Nørrebro og Amager Vest. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder (måske især andelen af unge borgere) kan forklare en del af den høje forekomst i disse bydele.

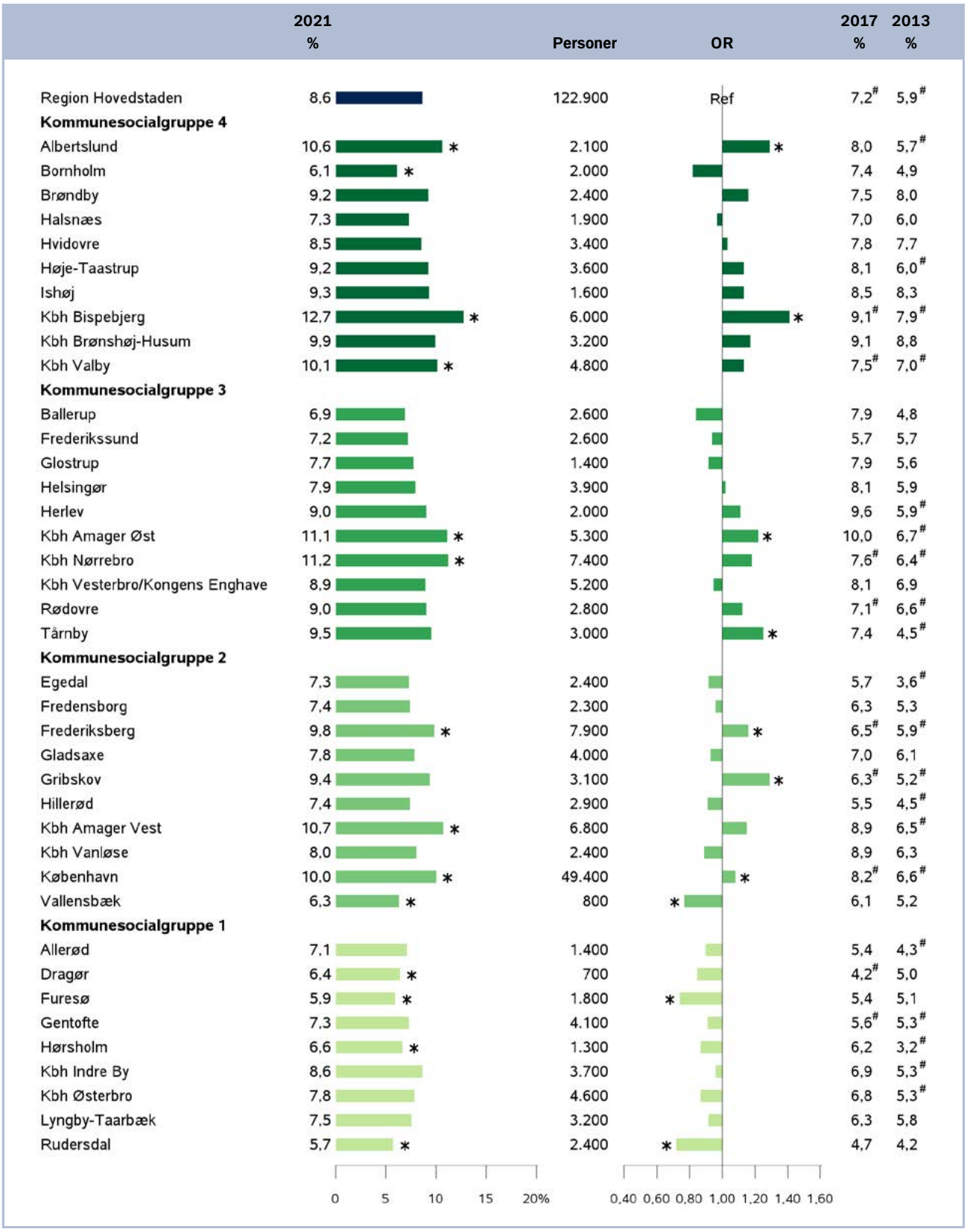
Udvikling: Andelen af borgere, som er meget generet af depressive symptomer, er uændret i halvdelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2021. I de resterende kommuner og bydele er der sket stigninger, enten fra 2013 til 2017 eller fra 2017 til 2021. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelene Bispebjerg og Nørrebro.

Tabel 4.11 Meget generet af depressive symptomer de seneste 14 dage – region



Baseret på 56.267 besvarelser i 2021, 58.128 besvarelser i 2017 og 44.321 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.12 Meget generet af depressive symptomer de seneste 14 dage – kommuner



Baseret på 56.267 besvarelser i 2021, 58.128 besvarelser i 2017 og 44.321 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

4.9 Selvmordstanker

Selvmordstanker kan spænde i intensitet fra flygtige tanker til konkrete, konstant tilstedeværende overvejelser om selvmord (35). De fleste, som har selvmordstanker, ønsker ikke at dø, men selvmordstanker kan betragtes som et symptom eller udtryk for alvorlig mistrivsel eller underliggende psykisk sygdom (36).

Spørgsmål, som danner baggrund for dette afsnit:
- Har du inden for de seneste 12 måneder haft selvmordstanker?

Spørgsmålet om selvmordstanker er nyt i 'Hvordan har du det?'-spørgeskemaundersøgelsen og er pilottestet frem mod gennemførslen af undersøgelsen i 2021. Forekomsten af selvmordstanker er baseret på borgere, som har svaret 'ja' til spørgsmålet om selvmordstanker.

Selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder – region

I 2021 har 6,6 % af borgerne i regionen haft selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder, svarende til 91.200 personer (Tabel 4.13). Blandt de 91.200 personer, som har haft selvmordstanker, har 61 % lav score på mental helbredsskala, 48 % har været meget generet af depressive symptomer, 40 % har været meget generet af angst-symptomer, mens 46 % er ensomme (resultater ikke vist).

Køn og alder: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af borgere, som har haft selvmordstanker. For begge køn er andelen størst blandt de 16-24-årige (>12 %) og falder med stigende alder.

Etnisk baggrund: Der er ingen statistisk signifikant forskel i andelen, som har haft selvmordstanker, mellem borgere med forskellig etnisk baggrund. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses det dog, at risikoen for at have haft selvmordstanker er en smule mindre blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har haft selvmordstanker, er størst blandt borgere under uddannelse (12,5 %). Denne tendens ændres imidlertid, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

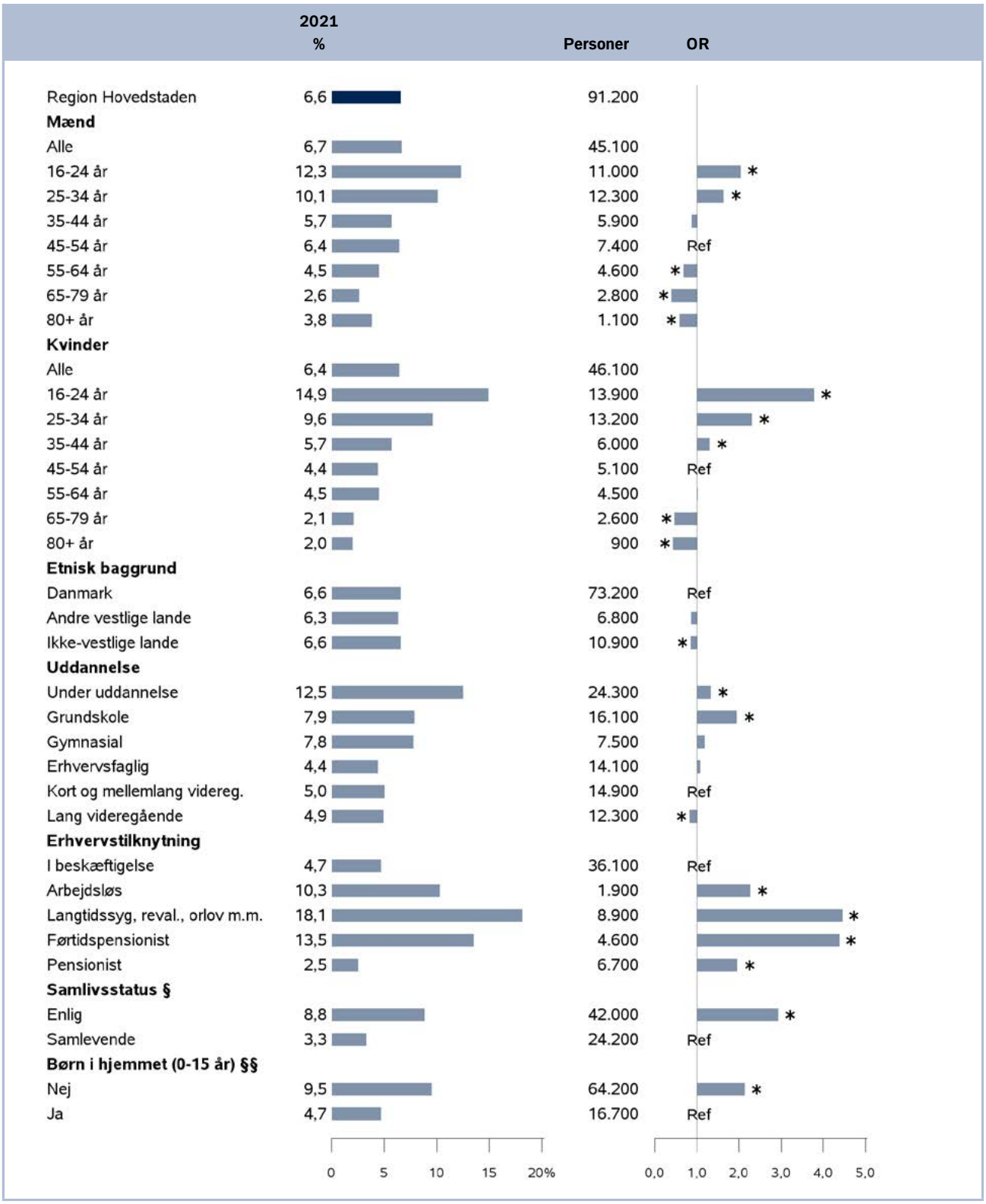
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har haft selvmordstanker, er mere end tre gange større blandt langtidssyge borgere (18,1 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (4,7 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, er risikoen for at have haft selvmordstanker højere i alle erhvervstilknytningsgrupper sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har haft selvmordstanker, er større blandt enlige (8,8 %) sammenlignet med samlevende (3,3 %). Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder – kommuner

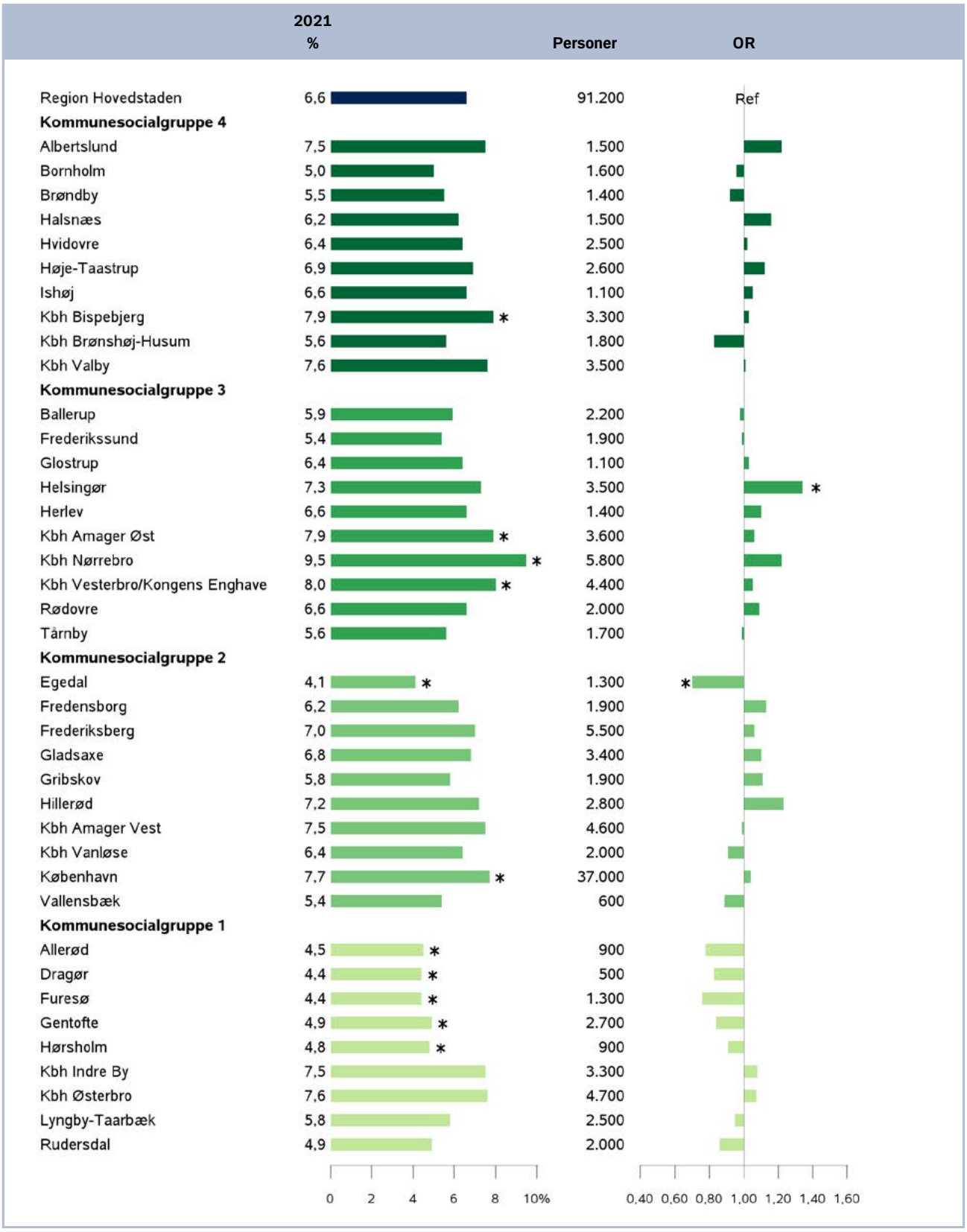
Andelen af borgere, som har haft selvmordstanker, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 4,1 % i Egedal Kommune til 9,5 % i bydelen Nørrebro (Tabel 4.14). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er det imidlertid kun Egedal Kommune, som er signifikant under regionsgennemsnittet, og Helsingør Kommune som er signifikant over regionsgennemsnittet. Det tyder således på, at fordelingen af køn og alder kan forklare en del af variationen på tværs af kommuner og bydele.

Tabel 4.13 Selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder – region



Baseret på 52.079 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Tabel 4.14 Selvmordstanker inden for de seneste 12 måneder – kommuner



Baseret på 52.079 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref).

4.10 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som er ensomme, som har en høj score på stressskalaen, som har lav score på den mentale helbredsskala og en kombination heraf.

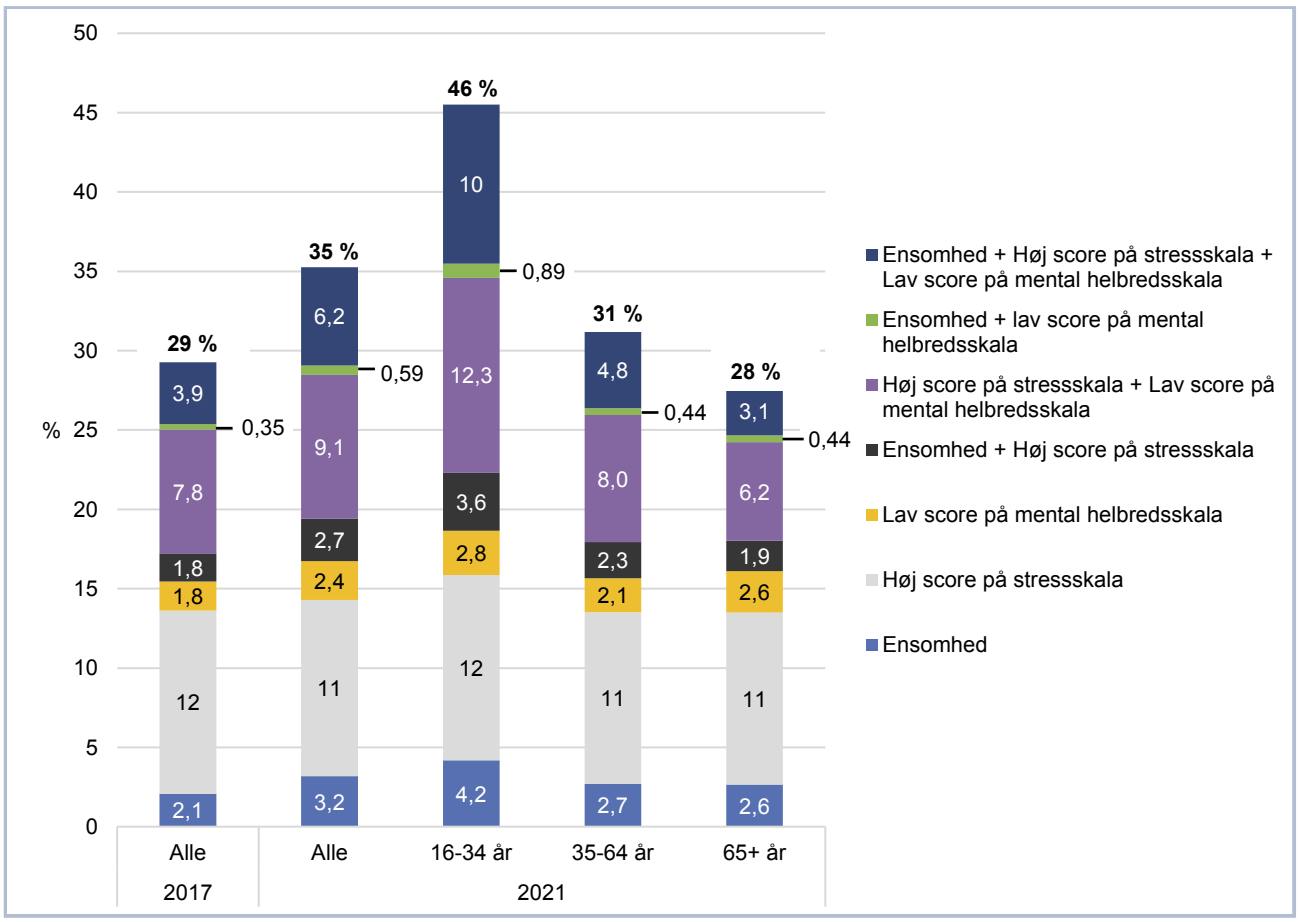
Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er ensomme og blandt borgere, som har en høj score på stressskalaen.

4.10.1 Ensomhed, stress og/eller mentalt helbred

Figur 4.10 viser for 2017 og 2021 andelen af borgere, som har en eller flere af følgende risikofaktorer: ensomhed, høj score på stressskalaen, og/eller lav score på den mentale helbredsskala. Udover den samlede andel for 2017 og 2021 vises andelen for tre forskellige aldersgrupper i 2021.

I 2021 har i alt 35 % af borgerne i regionen en eller flere af de nævnte risikofaktorer. Den samlede andel er steget fra 29 % i 2017, hvilket især skyldes stigninger i andelen af borgere, som har alle tre risikofaktorer samtidigt. I 2021 er den samlede andel størst blandt de 16-34-årige (46 %) sammenlignet med de øvrige aldersgrupper. Der ses en højere forekomst af samtlige kombinationer af risikofaktorer blandt de 16-34-årige, men især andelen med alle tre risikofaktorer og andelen, som er ensomme samtidigt med lav score på den mentale helbredsskala, er større for de unge sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Figur 4.10 Ensomhed, høj score på stressskala, lav score på mental helbredsskala og kombinationer af disse



Baseret på 50.698 besvarelser i 2021 og 50.550 besvarelser i 2017. Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

4.10.2 Ensomhed, stress og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er ensomme, og borgere som har høj score på stressskalaen. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed (Tabel 4.15).

Borgere, som er ensomme og borgere, som har høj score på stressskalaen, har generelt en dårligere livskvalitet, et dårligere helbred og en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Det ses eksempelvis, at borgere, som er ensomme, og borgere med høj score på stressskalaen har tre til fire gange så høj forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet sammenlignet med borgere i regionen som helhed. For disse grupper ses desuden en dobbelt så høj forekomst af meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og søvnproblemer sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Tabel 4.15 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er ensomme og blandt borgere, som har høj score på stressskalaen sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Ensomhed %	Høj score på stressskala %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	21*	15*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	42*	32*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	34*	33*	16
Daglig rygning	17*	18*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	8	8*	7
Usundt kostmønster	18*	17*	14
Lav fysisk aktivitet	29*	26*	18
Svær overvægt	18*	17*	15
Meget generet af søvnproblemer	33*	31*	14
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	5*	5*	3

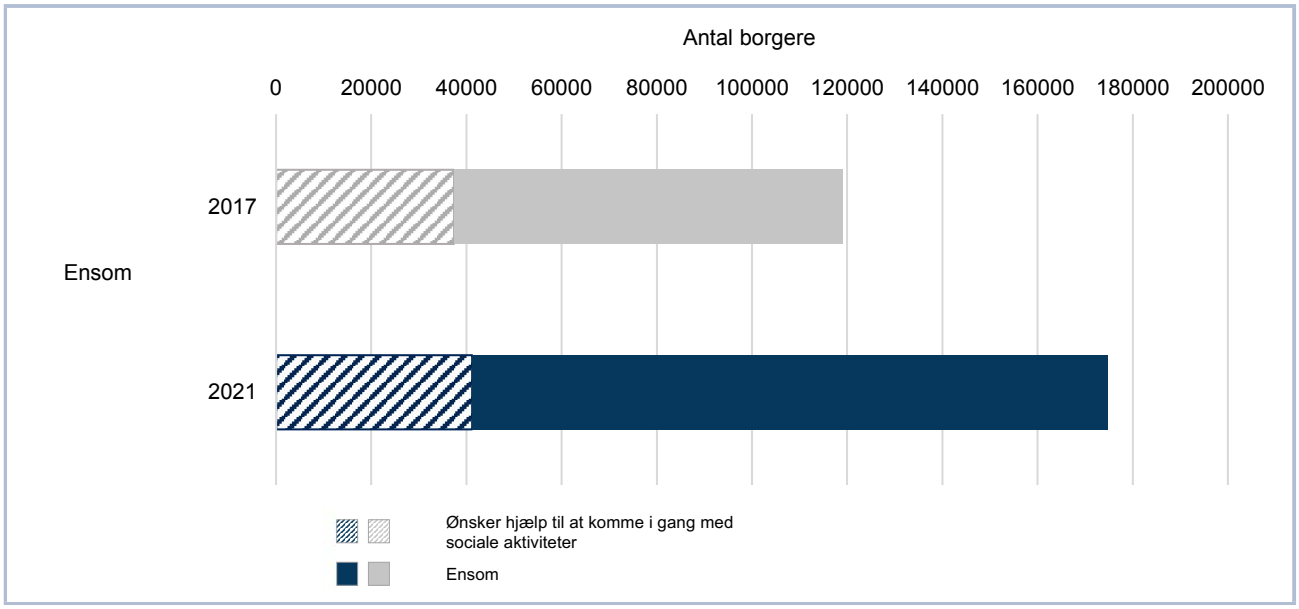
Baseret på data indsamlet på CKFF eller CKFF og SIF i 2021 afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

4.11 Motivation for sociale aktiviteter

Dette afsnit beskriver ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter. Figur 4.11 viser *antallet* af borgere som er ensomme, samt *antallet* blandt disse borgere som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter for 2017 og 2021. Figuren giver yderligere en indikation af *andelen*, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter. For de præcise antal og andele henvises til webtabel W4.5 på sundheds-profilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

I 2021 er der blandt de 174.700 borgere, som er ensomme, 41.200 borgere, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, svarende til 24 % (Figur 4.11 og Webtabel W4.5). I 2017 var der blandt de 119.000 borgere, som var ensomme, 37.400 borgere, som ønskede hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, svarende til 32 %. Antallet af ensomme borgere, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, er således højere i 2021 sammenlignet med 2017. Borgere, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, udgør i 2021 en mindre andel af de ensomme end i 2017. Det kan indikere, at den stigning, der er sket i ensomhed fra 2017 til 2021, måske er båret af borgere med en forbigående ensomhedsfølelse (f.eks. som følge af COVID-pandemien). Blandt borgere, som ikke er kategoriseret som ensomme, er der 5 %, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale akviteter, svarende til 62.500 personer i 2021, hvilket er et fald i forhold til i 2017, hvor andelen var 7 %, svarende til 88.700 personer (Webtabel W4.5). Uanset ensomhedsgrad er der dermed i 2021 færre personer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, end i 2017.

Figur 4.11 Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme
Spørgsmål: "Ønsker du støtte og hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter?"



Forekomsten af ensomhed er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
Forekomsten af ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.

Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme – region

I 2021 ønsker 24 % af borgere, som er ensomme, hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, svarende til 41.200 personer (Tabel 4.16).

Køn og alder: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af ensomme borgere, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter. Blandt mænd ses de største andele blandt de 25-34-årige og de 55-64-årige, og blandt kvinder ses de største andele blandt de 25-44-årige. Det skal bemærkes, at andelen blandt de 80+ årige mænd ikke er opgjort på grund af for få besvarelser.

Etnisk baggrund: Andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme, er den samme blandt borgere med grundskoleuddannelse og borgere med videregående uddannelser (26 %).

Erhvervstilknytning: Andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme, er større blandt langtidssyge borgere sammenlignet med borgere i beskæftigelse. På grund af for få besvarelser er andelen blandt arbejdsløse borgere ikke opgjort.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem enlige og samlevende i andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme. Andelen er imidlertid større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

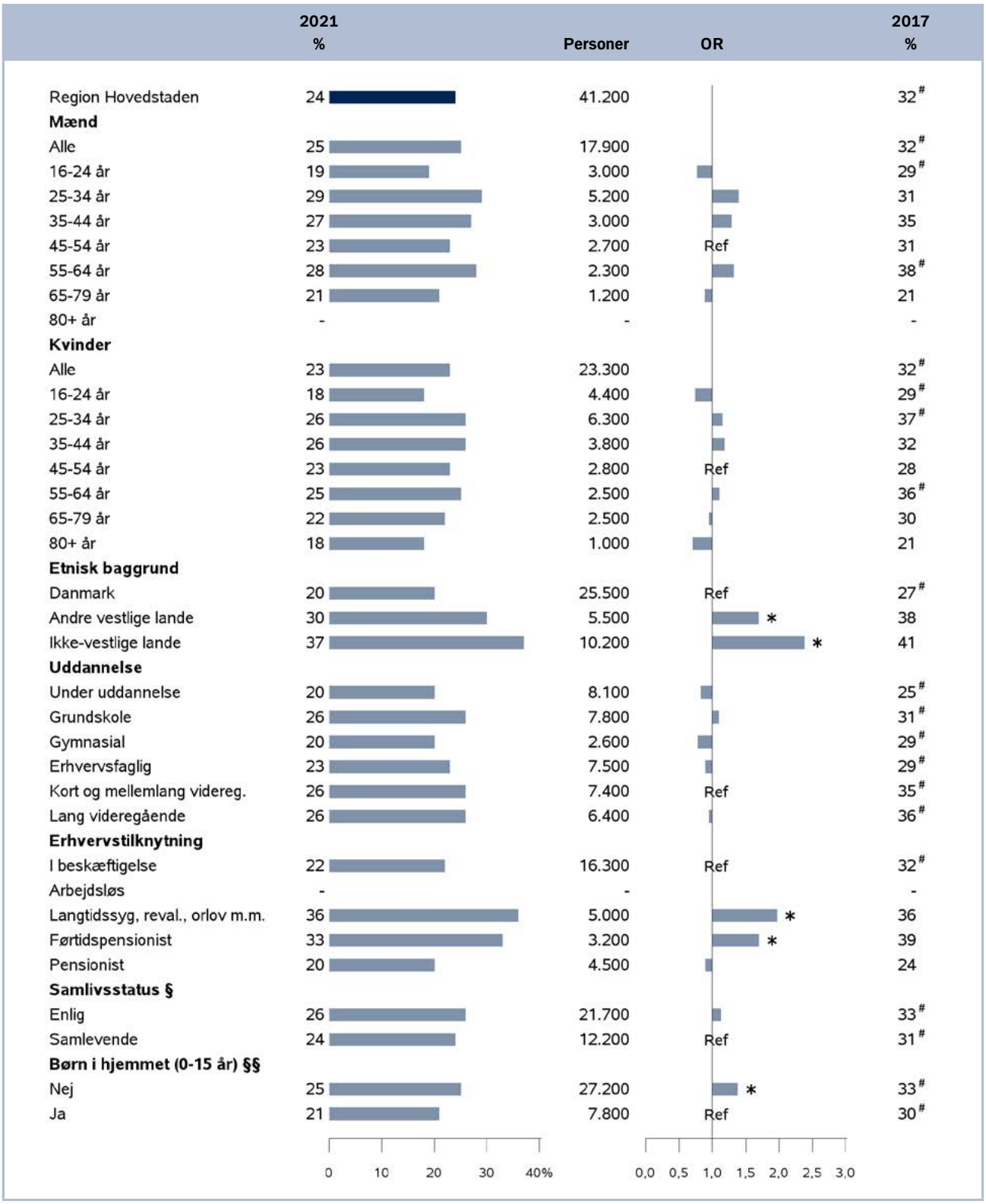
Udvikling: I regionen som helhed er andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme, faldet fra 32 % i 2017 til 24 % i 2021. Faldet gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. Det største fald fra 2017 til 2021 ses blandt kvinder i alderen 16-24 år, 25-34 år og 55-64 år.

Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme - kommuner

Der er ikke statistisk signifikant variation i andelen, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme, på tværs af kommuner og bydele, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele (Tabel 4.17).

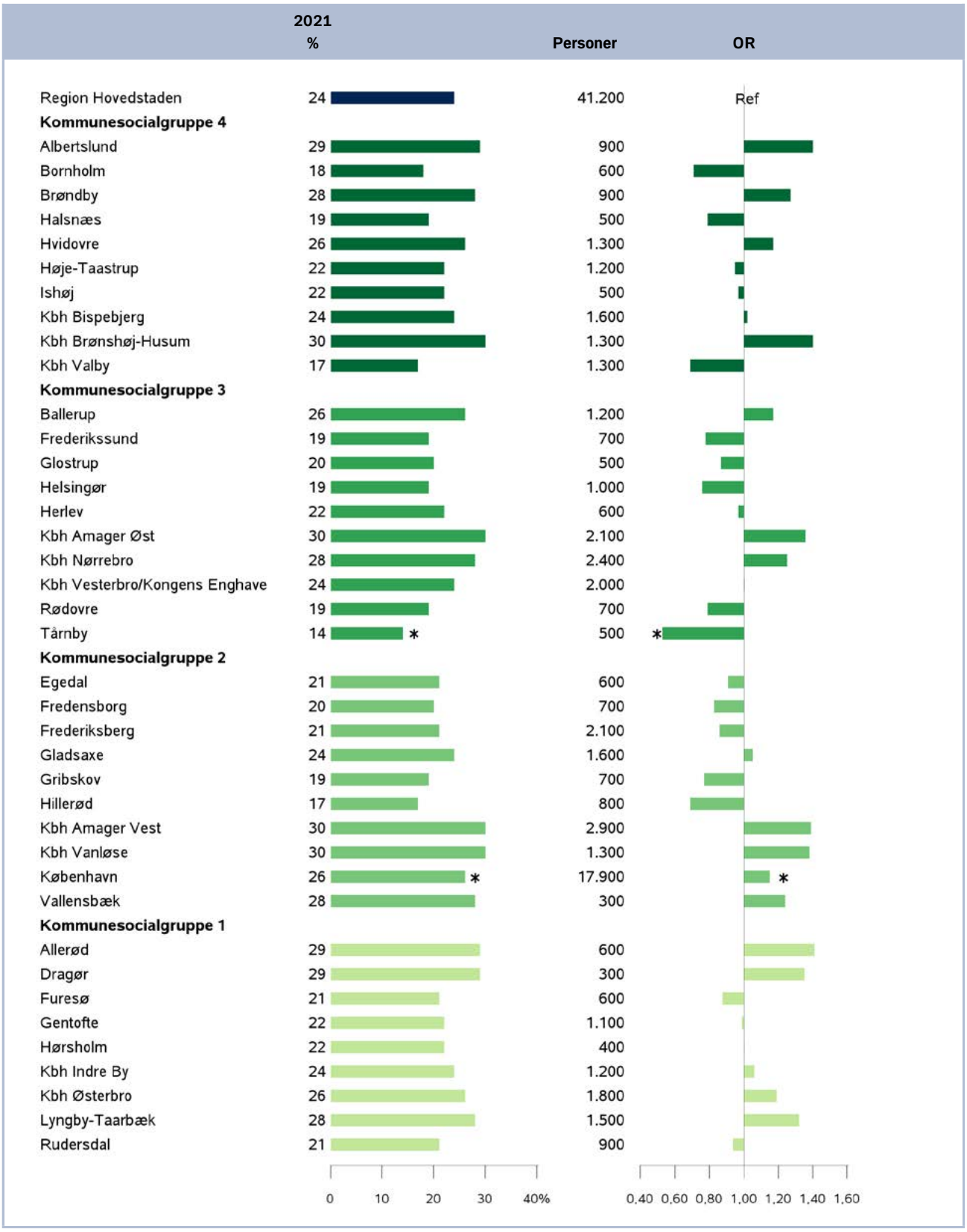
På grund af få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele er der ikke tal for 2017 i tabel 4.17.

Tabel 4.16 Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme – region



Baseret på 5.539 besvarelser i 2021 og 3.351 besvarelser i 2017. For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 4.17 Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere, som er ensomme – kommuner



Baseret på 5.539 besvarelser i 2021. Baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref).

4.12 Forebyggelse af stress, angst og depression

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd - blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individrettede forebyggelse og har fokus på borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af stress, angst og depression inden for det seneste år.

4.12.1 Tilbud om hjælp til at håndtere stress, angst og depression

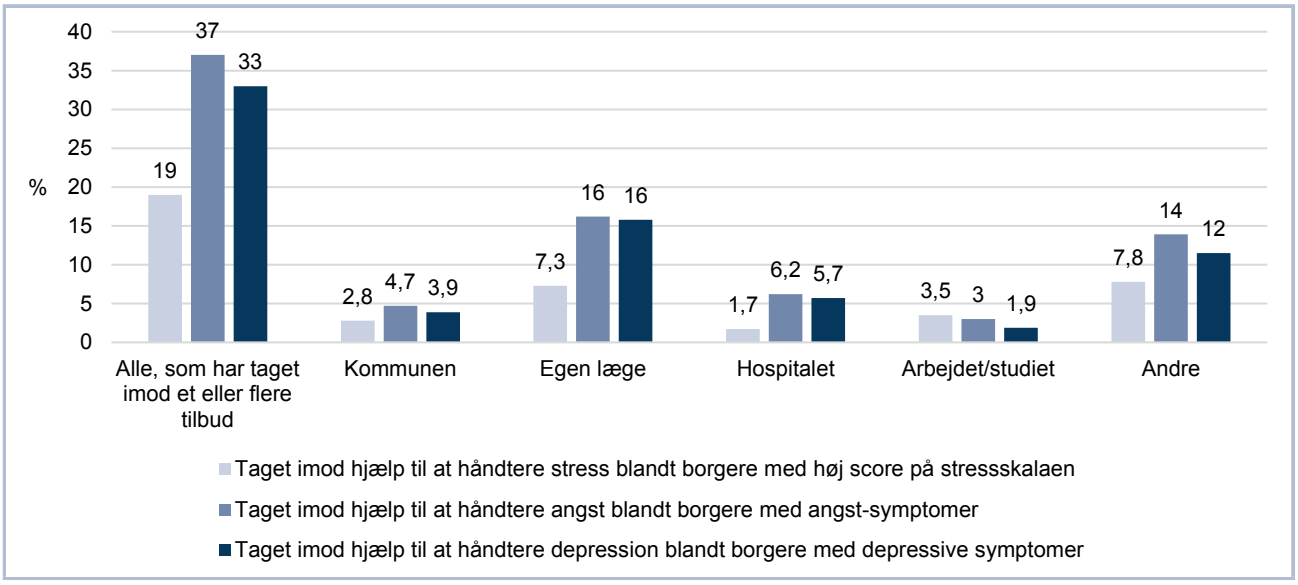
Borgere i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, hvorvidt de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af stress, angst og depression fra forskellige instanser i samfundet.

I Region Hovedstaden har i alt 19 % af borgerne, som har høj score på stressskalaen, taget imod tilbud om hjælp til håndtering af stress fra en eller flere instanser (Figur 4.12) svarende til 75.595 personer (resultater ikke vist). I alt 37 % af borgerne, som er meget generet af angst-symptomer, har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af angst fra en eller flere instanser (Figur 4.12) svarende til 40.946 personer (resultater ikke vist), mens i alt 33 % af borgerne, som er meget generet af depressive symptomer, har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af depression fra en eller flere instanser (Figur 4.12) svarende til 37.487 personer (resultater ikke vist). Andelen af borgere, som er meget generet af angst- eller depressive symptomer, som tager imod hjælp til håndtering af deres symptomer, er således større sammenlignet med andelen blandt borgere med høj score på stressskalaen. Da forekomsten af høj score på stressskalaen er langt højere end forekomsten af meget generet af angst- og depressive-symptomer (Tabel 4.5, Tabel 4.9 og Tabel 4.11), er der dog et større antal af borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af stress end antallet af borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til håndtering af angst- eller depressive symptomer (resultater ikke vist).

Der er flest, der har taget imod tilbud om hjælp fra egen læge og fra andre instanser end dem, der er spurgt specifikt ind til.

Figur 4.12 Taget imod tilbud om hjælp til at håndtere stress, angst og depression blandt borgere med hhv. høj score på stress-skalaen, angst-symptomer og depressive symptomer

Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til at håndtere a) stress; b) angst; c) depression?"



Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
Andelen for 'alle, som har taget imod tilbud' er mindre end summen af øvrige kategorier for hhv. stress, angst-symptomer og depressive symptomer. Dette skyldes, at den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i tabellen. I 'alle'-kategorien tæller hver person kun én gang.

4.13 Litteratur

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

2. Folker AP, Rod NH. Mental sundhed og stress. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, redaktører. Forebyggende sundhedsarbejde. 7.udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 101–19.

3. Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.

4. World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, Switzerland; 2004.

5. Lassen TH, Sølvhøj IN, Kusier AO, Andersen JR, Jezek AH, Davidsen M, m.fl. Mental sundhed blandt børn og unge i Region Syddanmark. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

6. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mental sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

7. Kivimäki M, Steptoe A. Effects of stress on the development and progression of cardiovarsular disease. Nat Rev Cardiol. 2018;(15):215–229.

8. Rugulies R, Aust B, Madsen IEH, Burr H, Siegrist J, Bultmann U. Adverse psychosocial working conditions and risk of severe depressive symptoms. Do effects differ by occupational grade? The European Journal of Public Health. 1. juni 2013;23(3):415–20.

9. Lasgaard M, Christiansen J, Bekker-Jeppesen M, Friis K. Ensomhed i Danmark - analyse af befolkningsdata fra 2017. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2020. (Temaanalyse, vol. 8, "Hvordan har du det?").

10. Sundhedsstyrelsen. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

11. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

12. OECD, European Union. Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing; 2018.

13. Santini ZI, Becher H, Jørgensen MB, Davidsen M, Nielsen L, Hinrichsen C, m.fl. Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. The European Journal of Health Economics. 2021;(22):1053–1065.

14. Santini ZI, Nielsen L, Hinrichsen C, Nelausen MK, Meilstrup C, Koyanagi A, m.fl. Mental health economics: A prospective study on psychological flourishing and associations with healthcare costs and sickness benefit transfers in Denmark. Mental Health & Prevention. 2021;(24):1–13.

15. Hinrichsen C, Koushede V, Madsen KR, Nielsen L, Ahlmark NG, Santini ZI, m.fl. Implementing Mental Health Promotion Initiatives—Process Evaluation of the ABCs of Mental Health in Denmark. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2020;17(16):5819.

16. Jakobsen GS, Sølvhøj IN, Homberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

17. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [henvist 16. december 2021]. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

18. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, m.fl. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. The Lancet Regional Health - Europe. 1. marts 2021;2.

19. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen T-L, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, m.fl. 'Standing together – at a distance': Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. Scand J Public Health. 1. februar 2021;49(1):79–87.

20. Petersen MB, Roepstorff A. Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemien. Resultater fra HOPE-projektet. Aarhus Universitet; 2020.

21. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

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

23. Christiansen J, Løvschall C, Laustsen LM, Hargaard A-S, Maindal HT, Lasgaard M. Interventioner, der skal mindske ensomhed. En systematisk litteraturgennemgang af 136 effektstudier. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2021.

24. Danske Regioner. Coronas afledte konsekvenser for psykisk sygdom og mental sundhed - Ekspertpanelets observationer og forslag til handling [Internet]. 2021 [henvist 16. december 2021]. Tilgængelig hos: https://www.regioner.dk/media/15438/coronas-afledte-konsekvenser-paa-psykisk-sygdom-og-mental-sundhed.pdf

25. Peplau L, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau L, Perlman D, redaktører. Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy. New York: John Wiley & Sons; 1982.

26. 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. marts 2015;10(2):227–37.

27. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, Turner V, Turnbull S, Valtorta N, m.fl. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. november 2017;152:157–71.

28. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Research on Aging. november 2004;26(6):655–72.

29. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity, and Factor Structure. Journal of Personality Assessment. februar 1996;66(1):20–40.

30. Valtorta 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 Cardiolog. september 2018;25(13):1387–96.

31. Rod NH. Stress og helbred. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L, redaktører. Medicinsk sociologi - Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. 3.udgave. København: Munksgaard; 2020. s. 173–96.

32. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. Journal of Health and Social Behavior. 1983;24(4):385–96.

33. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

34. Ware J, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. marts 1996;34(3):220–33.

35. Sundhedsstyrelsen. Forslag til handlingsplan til forebyggelse af selvmordsforsøg og selvmord i Danmark. Sundhedsstyrelsen; 1998.

36. Psykiatrifonden. Selvmord [Internet]. 2021 [henvist 10. december 2021]. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/viden/temaer/selvmord

Kapitel 5

Rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer

- I 2021 ryger 13 % af borgerne i Region Hovedstaden dagligt, mens 6,3 % ryger lejlighedsvist. E-cigaretter bruges af 3,1 % af borgerne, og 3,5 % bruger røgfri tobak (snus, tyggetobak, tobakspastiller, skrå eller lignende) og/eller nikotinposer. I alt 3,3 % udsættes for daglig passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger.

- Samlet set bruger 23 % af borgerne mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt (dvs. ryger, bruger e-cigaretter, røgfri tobak og/eller nikotinposer).

- Forekomsten af daglig rygning og storrygning (rygning af mindst 15 cigaretter om dagen), er i 2021 lavere end i tidligere år. Det samme ses for udsættelse for passiv rygning, mens der er sket en stigning i brug af e-cigaretter. Røgfri tobak/nikotinposer er ikke målt tidligere.

- Rygning, brug af e-cigaretter og røgfri tobak/nikotinposer er generelt set mere udbredt blandt mænd end kvinder. På tværs af aldersgrupper er daglig rygning mest udbredt blandt 55-64-årige kvinder (17 %) og 45-64-årige mænd (17-18 %). Tilsvarende ses den største forekomst af storrygning blandt borgere mellem 45 og 64 år (mænd: 10-11 %; kvinder: 7 %).

- Andelen af borgere, som ryger dagligt, er faldet i de fleste aldersgrupper siden 2017, og det største fald ses blandt de 16-24-årige. Imidlertid er røgfri tobak og nikotinposer særligt udbredt blandt de unge mellem 16-24 år (mænd: 17 %; kvinder: 6 %). Derudover er lejlighedvis rygning og brug af e-cigaretter også mest udbredt blandt unge mellem 16-34 år. Således ses den største andel, som bruger mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt blandt de 16-34-årige (28 %).

- Der er en social gradient i forekomsten af daglig rygning, storrygning, udsættelse for passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger, rygning i hjem med børn og brug af e-cigaretter. Således er forekomsten højest blandt borgere med grundskoleuddannelse og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse. Den sociale gradient ses også i forhold til kommunesocialgrupperne.

- Andelen af borgere, som ryger dagligt, bruger e-cigaretter og er udsat for passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger, er større blandt borgere, som er langtidssyge, og borgere på førtidspension sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

- Størstedelen af borgere, som ryger, ønsker at holde op med at ryge. Blandt borgere, som ryger dagligt, ønsker 75 % at holde op med at ryge, og blandt dem ønsker 41 % hjælp til rygestop. Der er tendens til, at egen læge har rådet mindst hver tredje borgere, som ryger dagligt til rygestop i de grupper, hvor forekomsten af daglig rygning er højest.

- I alt angiver 11 % af borgerne under 65 år, at det er helt eller delvist tilladt at ryge indenfor på deres arbejdsplads eller uddannelsesinstitution, og 8 % angiver, at brug af e-cigaretter er helt eller delvist tilladt.

Indledning

Siden den sidst udkomne sundhedsprofil i 2017 er der sket meget på tobaksområdet. På verdensplan er andelen af rygere faldet (1), hvilket har tvunget tobaksindustrien til at søge nye veje og satse på markedsføring af nye produkter (2). En ny udfordring er derfor, at vi udover at forholde os til rygning, også må forholde os til brug af andre og nye tobaks- og nikotinprodukter såsom e-cigaretter, snus, tyggetobak og nikotinposer (2,3). I december 2020 vedtog Folketinget en national handleplan, som skal forebygge rygning og afhængighed af andre tobaks- og nikotinprodukter blandt børn og unge (4). Planen er udmøntet i en række lovtiltag, som træder i kraft i 2021-2022, og som bl.a. indebærer indførsel af røgfri skoletid på grundskoler, kostskoler, efterskoler og ungdomsuddannelser (omfattende alle tobaks- og nikotinprodukter), forbud mod smagsstoffer i e-cigaretter, vandpibetobak og tyggetobak, neutrale tobakspakker samt øget regulering af nikotinprodukter (4,5).

Rygning

Rygning er den risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og tidlig død i Danmark (6). Ifølge den seneste sygdomsbyrderapport dør ca. 13.600 danskere af rygning hvert år, og rygning resulterer i hhv. 58.000 og 38.000 tabte leveår blandt mænd og kvinder i Danmark (7). Al rygning er sundhedsskadeligt, og rygning skader hele kroppen. Jo længere tid en borger har røget, og jo mere han eller hun har røget pr. dag, des større er risikoen for negative sundhedseffekter (8,9). Rygning øger risikoen for mere end 15 forskellige kræftformer, og flere tusind kræfttilfælde i Danmark kan forebygges, hvis forekomsten af rygning reduceres (10). Herudover øger rygning risikoen for blandt andet hjertekarsygdomme, KOL og andre lungesygdomme, diabetes, mavesår, knogleskørhed, nedsat fertilitet blandt kvinder og impotens (9,11). Udsættelse for tobaksrøg (passiv rygning) øger risikoen for lungekræft, luftvejssygdomme, hjertesygdom og slagtilfælde blandt voksne, og øger risikoen for bronkitis, lungebetændelse, astma, nedsat lungefunktion, vejrtrækningsproblemer, mellemørebetændelse og vuggedød blandt børn (11). Rygning medfører også store samfundsmæssige konsekvenser i form af øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundhedsydelser og medicin (12).

Langt de fleste borgere, som ryger (91 %) begynder at ryge før de fylder 20 år (13). Jo yngre man er, når man begynder at ryge, desto større er risikoen for rygerelateret sygdom og tobaksafhængighed (13). Der er flere individuelle, sociale og samfundsmæssige faktorer, som spiller ind på risikoen for at begynde at ryge, særligt i en ung alder (13). Af individuelle faktorer kan nævnes gener, lavt selvværd, dårlig trivsel, nysgerrighed, høj risikovillighed, anden risikoadfærd (f.eks. brug af rusmidler) og opfattelse af rygning som normalt. Sociale faktorer omfatter lærere, forældre, søskende og venner, som ryger, lav socioøkonomisk position hos forældre, og at ens omgangskreds er positiv overfor rygning. De samfundsmæssige faktorer er bl.a. lav pris og nem tilgængelighed, marketing, manglende regler for rygning eller håndhævelse af dem og voksnes synlige rygning (13). Flere af disse faktorer er desuden også risikofaktorer for at begynde at bruge andre tobaks- og nikotinprodukter (14–16).

Andelen af borgere, som ryger i Danmark, har været stødt faldende siden midten af 1900-tallet, hvor over halvdelen af voksne danskere røg dagligt (6,17). På trods af et overordnet fald i forekomsten af daglig rygning har Danmark i perioden 2006-2016 stadig været et af de nordiske lande med den største andel af borgere, som røg dagligt (18). Fra 2013 til 2017 var andelen af borgere i Danmark, som røg dagligt, stagneret på ca. 17 % (19), mens der i Region Hovedstaden blev observeret en stigning (20). Denne stigning skyldtes især, at flere unge var begyndt at ryge (19,20). De nyeste nationale tal viser dog, at andelen af borgere, som ryger dagligt, igen er faldet, så forekomsten i 2021 er 14 % (21).

Brug af elektroniske cigaretter

Elektroniske cigaretter (herefter: e-cigaretter) findes som flere forskellige typer, og der kommer stadig nye til. Overordnet består e-cigaretter af et batteri, en beholder med væske og et varmelegeme, der opvarmer væsken og forvandler den til luftbårne partikler og dråber (aerosol). I væskerne er der forskelligt indhold af nikotin og kemiske forbindelser, herunder smagsstoffer (22).

Da e-cigaretter stadig er et relativt nyt produkt og findes i mange forskellige typer med forskellige væskesammensætninger, er der ikke den samme viden om helbredsrisici ved e-cigaretter som ved almindelige cigaretter. Mange undersøgelser har dog fundet kræftfremkaldende, giftige og andre sundhedsskadelige stoffer i aerosolen (23), og flere studier peger på, at e-cigaretter vil skade hjerte-karsystemet, lungerne og mundhulen (24–28). Der vil endnu gå mange år, før vi har mere sikker viden om helbredseffekterne ved langtidsbrug af e-cigaretter. På den kortere bane ved man dog med sikkerhed, at nikotinen i e-cigaretter har en afhængighedsskabende effekt (22), og blandt unge, der starter med at bruge e-cigaretter uden tidligere at have røget, øger brug af e-cigaretter risikoen for at begynde at ryge almindelige cigaretter (29–32). Unge, der aldrig har røget, bliver tiltrukket af e-cigaretter, blandt andet fordi de smager af slik, er smarte, og man kan lave røgringe med dem (22). E-cigaretter bliver desuden brugt, fordi det anses som mindre skadeligt end almindelige cigaretter og anses som et hjælpemiddel til at holde op med at ryge (33,34) på trods af, at e-cigaretter ikke er godkendt til rygestop (22). I forhold til almindelige cigaretter udsættes man for færre skadelige stoffer ved brug af e-cigaretter, men det vides ikke, om dette vil resultere i mindre helbredsskade (29,35). Dertil kommer, at størstedelen af dem, der bruger e-cigaretter, fortsætter med at ryge almindelige cigaretter (22,36,37). Studier peger på, at rygning og brug af e-cigaretter samtidig muligvis kan medføre større helbredsskader end ved rygning alene (38).

Ifølge rapporten 'Danskernes Rygevaner' brugte 3 % e-cigaretter i 2020 (33), og de nyeste nationale tal viser, at 3,5 % af danskerne bruger e-cigaretter i 2021 (21). I forhold til andre nordiske lande er Danmark det land efter Island med den største andel af borgere, som bruger e-cigaretter (18).

Brug af røgfri tobak og nikotinposer

Røgfri tobak er en betegnelse for tobaksprodukter, som ikke kræver en forbrændingsproces og derfor ikke udleder tobaksrøg (39). Disse produkter omfatter blandt andet snus, tyggetobak,

tobakspastiller, skrå og snuff/pulvertobak. Nikotinposer er et andet nyt produkt, som i udseende og brug minder om snus. Nikotinposer indeholder nikotin, men ikke tobak. Tyggetobak ligner også snus både i pakning og indhold, og de tre produkter kaldes derfor også ofte blot 'snus' og kan være svære at adskille (40). Forvekslingen af produkter fremgik tydeligt af interviews med unge borgere, som brugte røgfri tobak og nikotinposer. Disse interviews blev foretaget i 2020 i forbindelse med udvikling af "Hvordan har du det? 2021"-spørgeskemaet. Interviewene viste, at der var stor usikkerhed blandt de unge om hvilken type produkt, de brugte, og at de alle blot kaldte det 'snus', selvom der var tale om nikotinposer og tyggetobak (*ej publiceret*).

Røgfri tobak og nikotinposer indeholder ofte smagsstoffer og sødestoffer, hvilket gør dem særligt attraktive for unge (41). Viden om helbredskonsekvenserne ved langtidsbrug af røgfri tobak er dog stadig begrænset. Der er evidens for, at røgfri tobak som en samlet gruppe er kræftfremkaldende (42), og et litteraturstudie viser sammenhænge mellem snus og diverse sundhedsmæssige risici såsom hjertekarsygdomme, kræft i spiserør og bugspytkirtel, højt blodtryk og type 2 diabetes hos mænd (43). Herudover medfører snus og tyggetobak skader i mundhulen, herunder i slimhinder og tandkød (42). Røgfri tobak og nikotinposer sælges med forskellige styrker af nikotinindhold (44). De stærke nikotinprodukter er meget afhængighedsskabende, hvilket kan gøre det yderst vanskeligt at stoppe med at bruge produkterne (45). Der er også stigende evidens for, at nikotin i sig selv skader den endnu ikke færdigudviklede hjerne både akut og på lang sigt (46). Nikotin øger eksempelvis risikoen for kognitiv skade (f.eks. en dårligere indlæring), opmærksomhedsforstyrrelser samt udvikling af psykiske lidelser herunder angst og depression blandt unge (47–50). Derudover tyder det på, at snus, ligesom e-cigaretter, øger risikoen for at begynde at ryge (31,51), men evidensen på området er lav (31).

Ifølge 'Danskernes Rygevaner'-rapporten brugte i alt 3 % røgfri tobak og 1,3 % nikotinposer i 2020 (33). Andelen, som bruger røgfri tobak og nikotinposer, er større blandt unge i 15-29-årsalderen og blandt mænd (33), hvilket er i overensstemmelse med andre danske undersøgelser (42). Ved sammenligning med andre nordiske lande er snus mere udbredt i Norge og Sverige end i Danmark, og også her ses det, at snus er mest udbredt blandt mænd (18,40).

Forebyggelse

Forebyggelse af brug af tobaks- og nikotinprodukter er et fælles anliggende. Tobaksområdet er omfattet af en række love og bekendtgørelser, som har betydning for kommunernes arbejde med forebyggelse af rygning (12). Til støtte af den kommunale forebyggende indsats har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke med en række anbefalinger til forebyggelse af brug af tobaks- og nikotinholdige produkter, senest opdateret i 2018 (12). Forebyggelsespakken på tobaksområdet er en af de højest prioriterede forebyggelsespakker i kommunerne, og størstedelen af kommunerne vurderes at leve op til anbefalingerne (52). Der er dog stadig behov for fortsat prioritering af den forebyggende indsats for at nå den nationale målsætning om, at ingen børn og unge ryger i 2030. Dette understreges også af, at andelen af kommunerne, som vurderer, at de lever op til anbefalingerne, er faldet fra 2017 til 2019 (52). Effektiv forebyggelse af rygning omfatter: forebyggelse af rygestart, fremme af røgfrie miljøer og fremme af rygestop (12). Der er stærk evidens for, at flerstrengede skolebaserede indsatser har en forebyggende effekt på rygning (13,53). Sådan en flerstrenget indsats kan involvere kompetenceopbyggende undervisning til børn/unge, forældreinvolvering og rygeforbud (13). Håndhævet rygeforbud, kan forebygge rygestart og har i øvrigt også den indflydelse, at flere voksne indfører rygeforbud i hjemmet, hvilket forebygger rygning hos unge (12,13). Røgfri miljøer kan indføres på kommunale indendørs og udendørs arealer, herunder sportshaller, jobcentre og arbejdspladser. På nuværende tidspunkt har i alt 68 kommuner tilsluttet sig røgfri arbejdstid, og flere kommuner er på vej (54). Kommunerne kan desuden styrke rygestopindsatsen ved proaktivt at tilbyde fleksible og målrettede rygestoptilbud med kort ventetid til alle borgere med ønske om rygestop (12). Fælles for de forebyggende indsatser er, at samarbejde med nationale, private eller lokale aktører eller andre kommuner er en fordel, og at flerstrengede indsatser skaber den største effekt (12,13). Dette kan være samarbejde om røgfri miljøer med foreningslivet eller samarbejde om henvisning af borgere, som ønsker rygestop, med almen praksis og sygehuse.

Det er vanskeligt at vurdere, i hvilken retning COVID-19 pandemien har påvirket danskernes brug af tobaks- og nikotinprodukter, og dette kompliceres yderligere af, at der i samme periode i forbindelse med den nationale handlingsplan er indført en række tiltag på tobaks- og nikotinområdet (4). Det er dog tænkeligt, at danskernes brug af tobaks- og nikotinprodukter er påvirket på forskellige måder under pandemien. Den danske '§RØG'-undersøgelse fandt under første nedlukning, at nogle unge angav at ryge mere end inden nedlukningen med årsager som kedsomhed, dårligt humør og stress, mens andre angav at ryge mindre på grund af færre fester og sociale sammenkomster (55).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives først borgernes rygevaner med fokus på daglig rygning og storrygning, og derefter daglig passiv rygning og rygning i hjem med børn. Herefter vil borgernes brug af e-cigaretter og brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer beskrives. Flere samtidige risikofaktorer belyses også, herunder den samlede forekomst ved brug af mindst ét eller flere tobaks-/nikotinholdige produkter efterfulgt af en beskrivelse af andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som hhv. ryger, bruger e-cigaretter eller røgfri tobak/nikotinposer. Slutteligt beskrives borgernes motivation for rygestop samt forebyggelse af rygning og brug af e-cigaretter.

Udover de tabeller, som fremgår her i rapporten, findes opgørelser af følgende indikatorer: rygning (daglig eller lejlighedsvis) (Webtabel W5.1 og W5.2), lejlighedsvis rygning (Webtabel W5.3 og W5.4), passiv rygning blandt borgere, som ryger (Webfigur W5.1), daglig passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger (Webtabel W5.5 og W5.6), rygning og brug af e-cigaretter og kombination af disse (Webfigur W5.2), antal og andele som ønsker rygestop og hjælp til rygestop (Webtabel W5.7), samt regler for brug af e-cigaretter på arbejdspladser og uddannelsessteder (Webtabel W5.8 og W5.9). Disse opgørelser kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

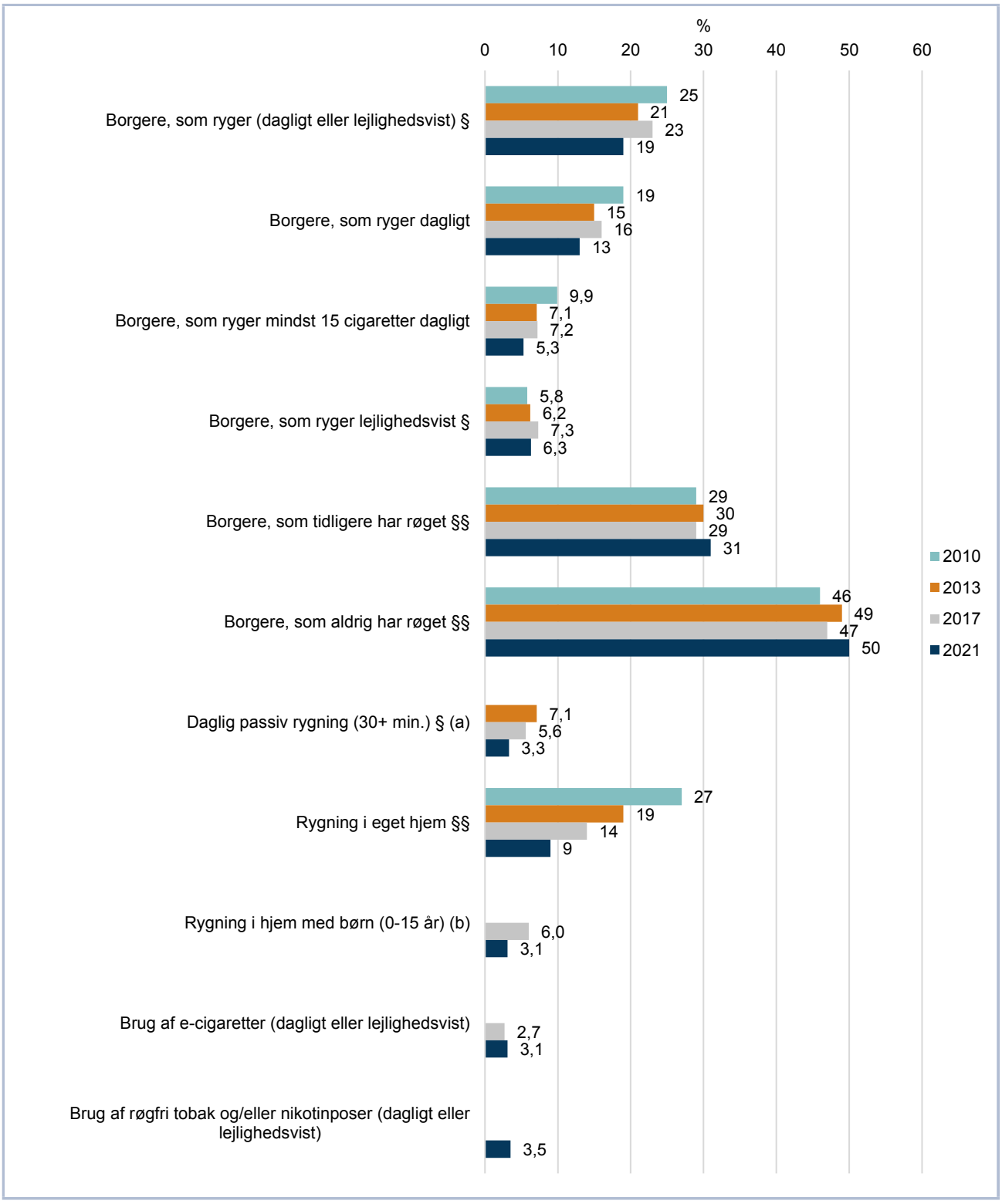
Resultatoverblik

Figur 5.1 viser et overblik over udviklingen i forekomsten af tobaksvaner og tobaks- og nikotinforbrug.

For daglig rygning er den stigning som sås fra 2013 (15 %) til 2017 (17 %) brudt, og forekomsten er således faldet til 13 % i 2021. Forekomsten af borgere, som ryger (dagligt eller lejlighedsvist) i 2021 (19 %), er også lavere end i tidligere år. Dette er især båret af, at daglig rygning er faldet, mens andelen, der ryger lejlighedsvist, har ligget mere stabilt fra 2010 til 2021, dog med små udsving. Andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen (storrygning), er også faldet fra 2010 til 2021. Andelen af borgere, som har røget tidligere eller aldrig har røget, er tilsvarende steget siden 2010, og i 2021 er det således halvdelen af borgerne, der aldrig har røget, og knap en tredjedel af borgerne, som har røget tidligere. Yderligere er andelen af borgere, som ikke ryger, men udsat for daglig passiv rygning (3,3 %), og borgere, som ryger i hjem med børn (3,1 %) faldet støt over årene.

Modsat rygning, er andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, steget en anelse siden 2017 til 3,1 % i 2021 (Figur 5.1). Dette svarer nogenlunde til andelen af borgere, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, som er 3,5 % i 2021.

Figur 5.1 Resultatoverblik for rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer



§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.
(a) Blandt borgere, som ikke ryger.
(b) Blandt borgere under 65 år.

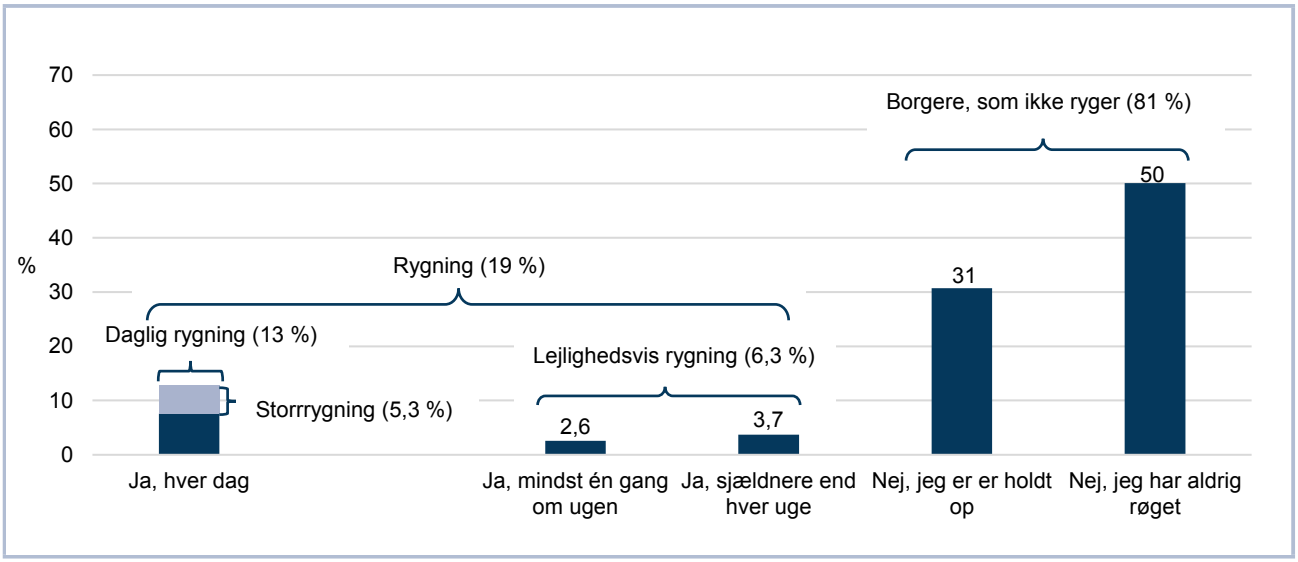
5.1 Daglig rygning og storrygning

Figur 5.2 viser borgerne i Region Hovedstadens rygevaner. I alt 19 % ryger enten dagligt eller lejlighedsvist. Størstedelen af borgerne, som ryger, ryger dagligt (13 % af alle borgere). Blandt borgere som ryger dagligt, ryger 4 ud af 10 mindst 15 cigaretter om dagen (storrygning), hvilket svarer til 5,3 % af alle borgere. I alt ryger 6,3 % af borgerne lejlighedsvist. Samlet er der 81 %, som ikke ryger, og halvdelen af borgerne har aldrig røget. Forekomsten af daglig rygning og storrygning i Region Hovedstaden er blandt de laveste sammenlignet med de øvrige regioner i landet (21).

Tabeller for rygning (daglig eller lejlighedsvis) (Webtabel W5.1 og W5.2) og lejlighedsvis rygning (Webtabel W5.3 og W5.4) i Region Hovedstaden kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Fokus i de følgende afsnit vil være på daglig rygning og storrygning, da det generelt er forbundet med størst helbredsskade.

Figur 5.2 Rygevaner

Spørgsmål: "Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)?" og "Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?"



Rygevaner er baseret på 56.262 besvarelser og storrygning på 56.161 besvarelser. Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.
Storrygning: borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt.

5.1.1 Daglig rygning

Daglig rygning – region

I 2021 ryger i alt 13 % af borgerne dagligt svarende til 183.100 borgere (Tabel 5.1).

Køn og alder: En større andel mænd (14 %) end kvinder (12 %) ryger dagligt. Dette gælder for alle aldersgrupper med undtagelse af de 16-24-årige, hvor flere kvinder end mænd ryger dagligt. For både kvinder og mænd er andelen, som ryger dagligt, størst blandt de 55-64-årige (hhv. 17 % og 18 %). Når der ses på odds ratio (OR) for mænd, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem de 55-64-årige og 45-54-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som ryger dagligt, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (16 %).

Uddannelse: Der ses en lavere forekomst af daglig rygning med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Således ses den højeste forekomst blandt borgere med grundskoleuddannelse (24 %) og den laveste forekomst blandt borgere med lang videregående uddannelse (5 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som ryger dagligt, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, særligt blandt førtidspensionister (30 %) og langtidssyge (33 %), sammenlignet med borgere i beskæftigelse (13 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som ryger dagligt, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Ligeledes er forekomsten højere blandt borgere, som ikke bor i hjem med børn, sammenlignet med borgere, som bor i hjem med børn.

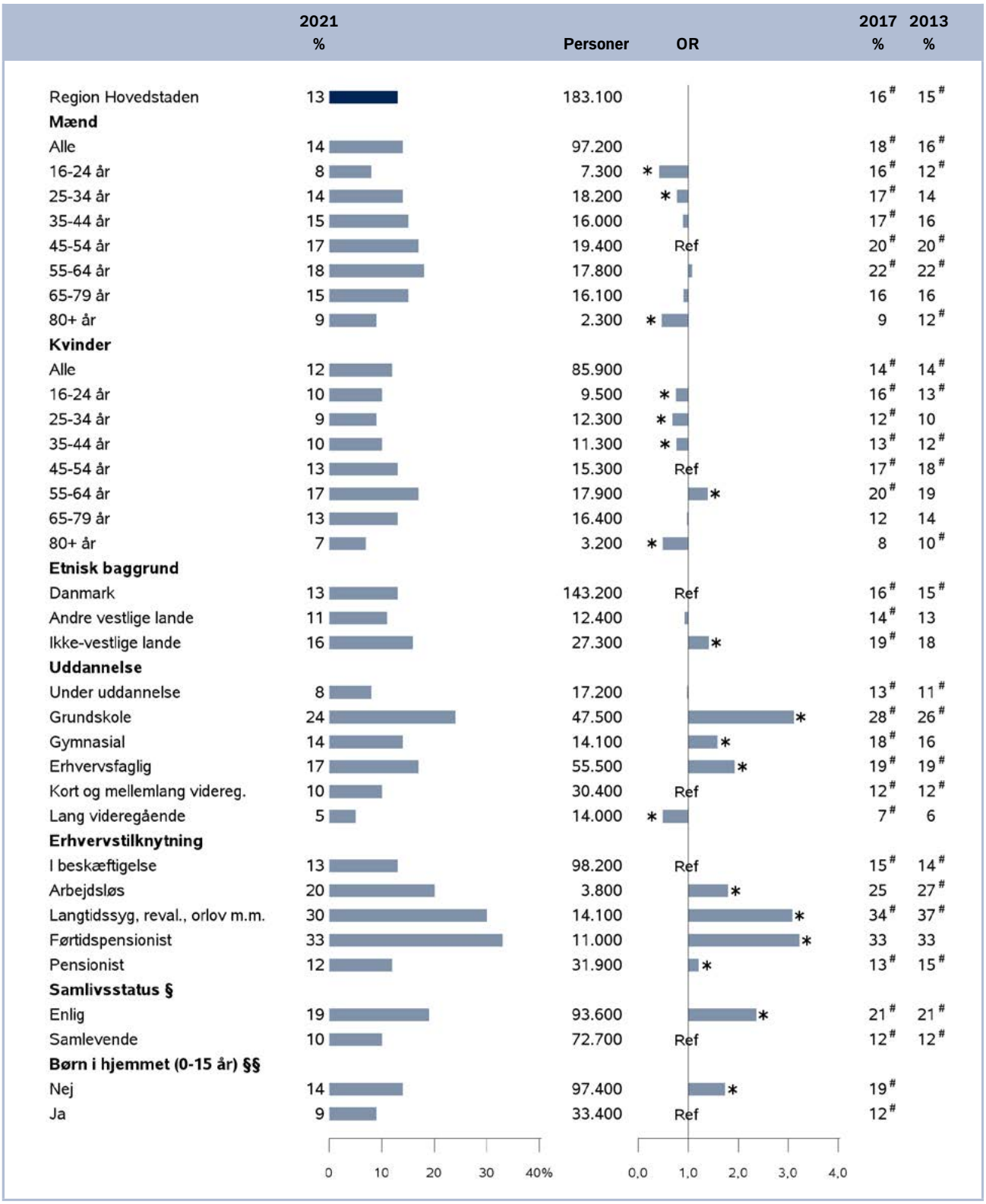
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ryger dagligt, steget fra 15 % i 2013 til 16 % i 2017, hvorefter den er faldet til 13 % i 2021. Ændringen har i begge tilfælde især været båret af en ændring i forekomsten blandt de 16-24-årige, men ellers er det generelle billede, at der fra henholdsvis 2013 og 2017 til 2021 ses et fald i andelen, der ryger dagligt i næsten alle sociodemografiske grupper. Fra 2017 til 2021 ses det største fald i daglig rygning netop blandt de 16-24-årige, mens det fra 2013 til 2021 var blandt arbejdsløse og borgere, som er langtidssyge. Blandt borgere på førtidspension og borgere på 65-79 år har andelen været uændret i hele perioden fra 2013 til 2021.

Daglig rygning – kommuner

Andelen af borgere, som ryger dagligt, varierer fra 8 % i Allerød, Gentofte og Rudersdal kommuner til 19 % i Ishøj Kommune (Tabel 5.2). Der ses en tydelig social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Således ligger næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres stort set ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

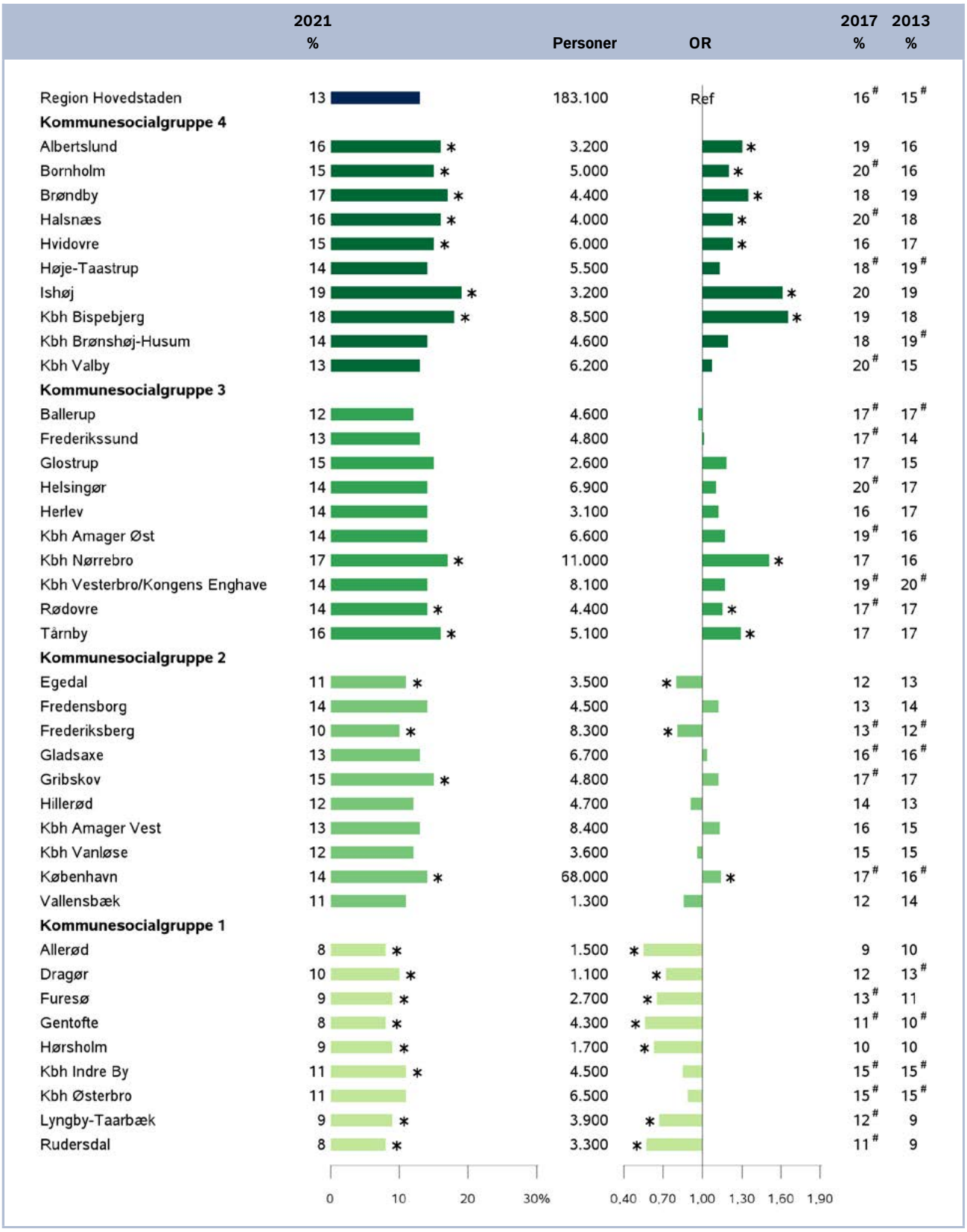
Udvikling: På tværs af kommunesocialgrupper ses en faldende tendens i andelen af borgere, som ryger dagligt, fra 2017 til 2021 med signifikante fald i halvdelen af regionens kommuner og bydele. Det bryder således med den stigende tendens, der var i flere kommuner fra 2013 til 2017. Kommunesocialgruppe 3 og 4 har i hele perioden haft de højeste forekomster af daglig rygning, men samtidig ses der nogle af de største fald i daglig rygning fra 2017 til 2021 blandt disse kommuner.

Tabel 5.1 **Daglig rygning – region**



Baseret på 56.262 besvarelser i 2021, 57.954 besvarelser i 2017 og 44.573 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.2 Daglig rygning – kommuner



Baseret på 56.262 besvarelser i 2021, 57.954 besvarelser i 2017 og 44.573 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.1.2 Ryger mindst femten cigaretter om dagen (storrygning)

Storrygning – region

I 2021 ryger i alt 5,3 % af borgerne 15 eller flere cigaretter dagligt svarende til 75.000 borgere (Tabel 5.3).

Køn og alder: En større andel mænd (6,6 %) end kvinder (4,0 %) ryger mindst 15 cigaretter dagligt. Dette gælder i alle aldersgrupper undtagen den yngste (16-24 år) og ældste (80+ år) gruppe, hvor andelen er næsten ens for mænd og kvinder (2 %). For begge køn stiger andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, med stigende alder indtil 64 år, hvorefter andelen igen falder. Således er der for begge køn flest 45-64-årige, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt (45-54-årige: mænd 10,0 % og kvinder: 5,3 %; 55-64-årige: mænd: 10,7 % og kvinder: 7,4 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (5,7 %) og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund (4,1 %).

Uddannelse: Forekomsten af storrygning er faldende med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Således er andelen størst blandt borgere med en grundskoleuddannelse (11,5 %) og mindst blandt borgere med en lang videregående uddannelse (1,8 %). Forekomsten er desuden tilsvarende lav blandt borgere under uddannelse (1,7 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, er større blandt borgere, som er langtidssyge (15,1 %) og førtidspensionister (19,5 %), sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, er større blandt enlige (8,7 %) end blandt samlevende (3,9 %). Ligeledes er andelen større blandt borgere, som ikke bor i hjem med børn, sammenlignet med borgere, som bor i hjem med børn.

Udvikling: I regionen som helhed er der færre borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, i 2021 sammenlignet med både 2017 og 2013. Fra 2013 til 2017 var der ingen signifikante ændringer i andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, hverken på regionsniveau eller blandt de sociodemografiske grupper (resultater ikke vist). Faldet er således sket i perioden fra 2017 til 2021, hvor andelen er faldet fra 7,2 % til 5,3 %. Faldet gør sig gældende i næsten alle sociodemografiske grupper med det største fald blandt langtidssyge borgere. Kun blandt få grupper er andelen ikke signifikant ændret: borgere over 64 år, borgere med lang videregående uddannelse og førtidspensionister.

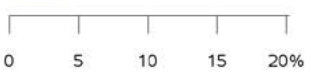
Storrygning – kommuner

Andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, varierer fra 2,4 % i Allerød Kommune til 8,9 % i Ishøj Kommune (Tabel 5.4). Der ses en tydelig social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. De fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: På tværs af kommunesocialgrupper ses en faldende tendens i andelen af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, fra 2017 til 2021 med statistisk signifikante fald i over halvdelen af regionens kommuner og bydele. Kommunesocialgruppe 3 og 4 har i hele perioden haft de største andele af borgere, som ryger mindst 15 cigaretter dagligt, og det er også i disse kommuner, de største fald ses. Det største fald fra 2017 til 2021 ses i Høje-Taastrup Kommune og fra 2013 til 2021 i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave.

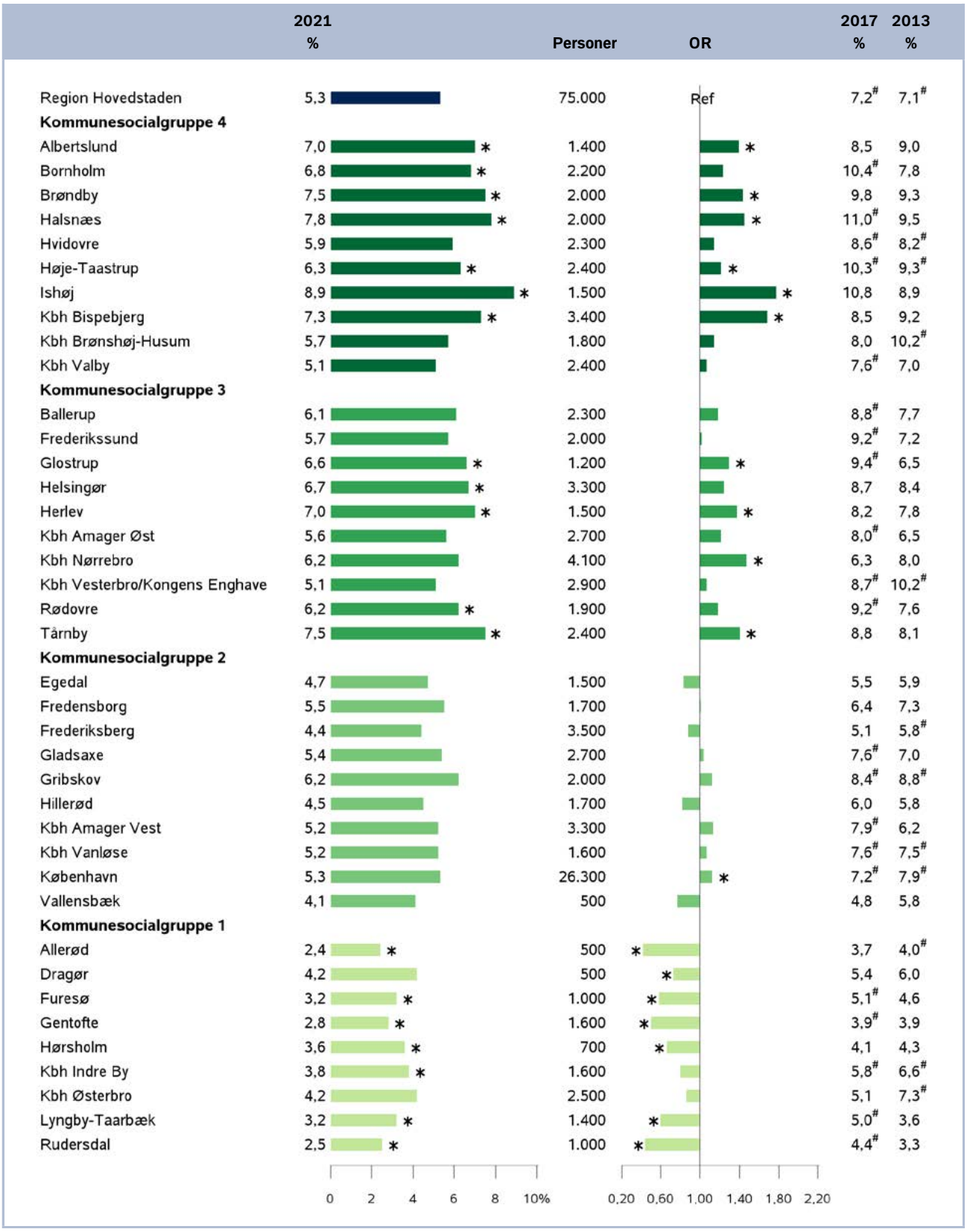
Tabel 5.3 Storrygning – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	5,3	75.000		7,2#	7,1#
Mænd					
Alle	6,6	45.300		8,9#	8,6#
16-24 år	2,0	1.900	*	4,7#	4,4#
25-34 år	4,5	6.000	*	7,2#	6,9#
35-44 år	7,3	7.700	*	9,7#	9,7#
45-54 år	10,0	11.600	Ref	13,0#	12,4#
55-64 år	10,7	10.700		12,5#	12,8#
65-79 år	6,5	6.800	*	7,6	6,8
80+ år	2,0	500	*	2,1	1,8
Kvinder					
Alle	4,0	29.700		5,7#	5,7#
16-24 år	1,9	1.800	*	4,5#	3,8#
25-34 år	2,6	3.400	*	4,1#	3,7#
35-44 år	3,4	3.800	*	5,4#	5,7#
45-54 år	5,3	6.300	Ref	7,9#	8,2#
55-64 år	7,4	7.700	*	9,2#	9,8#
65-79 år	4,6	5.900		4,9	4,8
80+ år	2,0	900	*	1,5	2,8
Etnisk baggrund					
Danmark	5,4	60.900	Ref	7,3#	7,1#
Andre vestlige lande	4,1	4.500		5,8#	4,5
Ikke-vestlige lande	5,7	9.600		7,8#	8,6#
Uddannelse					
Under uddannelse	1,7	3.500	*	3,9#	4,0#
Grundskole	11,5	23.100	*	15,0#	14,5#
Gymnasial	4,9	4.800	*	7,1#	6,8#
Erhvervsfaglig	7,8	25.500	*	9,8#	9,9#
Kort og mellemlang videreg.	3,8	11.500	Ref	4,7#	5,0#
Lang videregående	1,8	4.600	*	1,9	2,0
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	5,3	41.500	Ref	7,0#	6,7#
Arbejdsløs	9,0	1.700	*	13,8#	14,1#
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	15,1	7.100	*	21,0#	24,0#
Førtidspensionist	19,5	6.500	*	21,1	23,0
Pensionist	4,3	11.400		5,5#	5,4#
Samlivsstatus §					
Enlig	8,7	42.800	*	10,8#	11,0#
Samlevende	3,9	28.500	Ref	5,6#	5,4#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	6,1	42.100	*	9,0#	
Ja	3,5	12.500	Ref	5,3#	



Baseret på 56.161 besvarelser i 2021, 57.864 besvarelser i 2017 og 44.495 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.4 **Storrygning – kommuner**



Baseret på 56.161 besvarelser i 2021, 57.864 besvarelser i 2017 og 44.495 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.2 Daglig passiv rygning

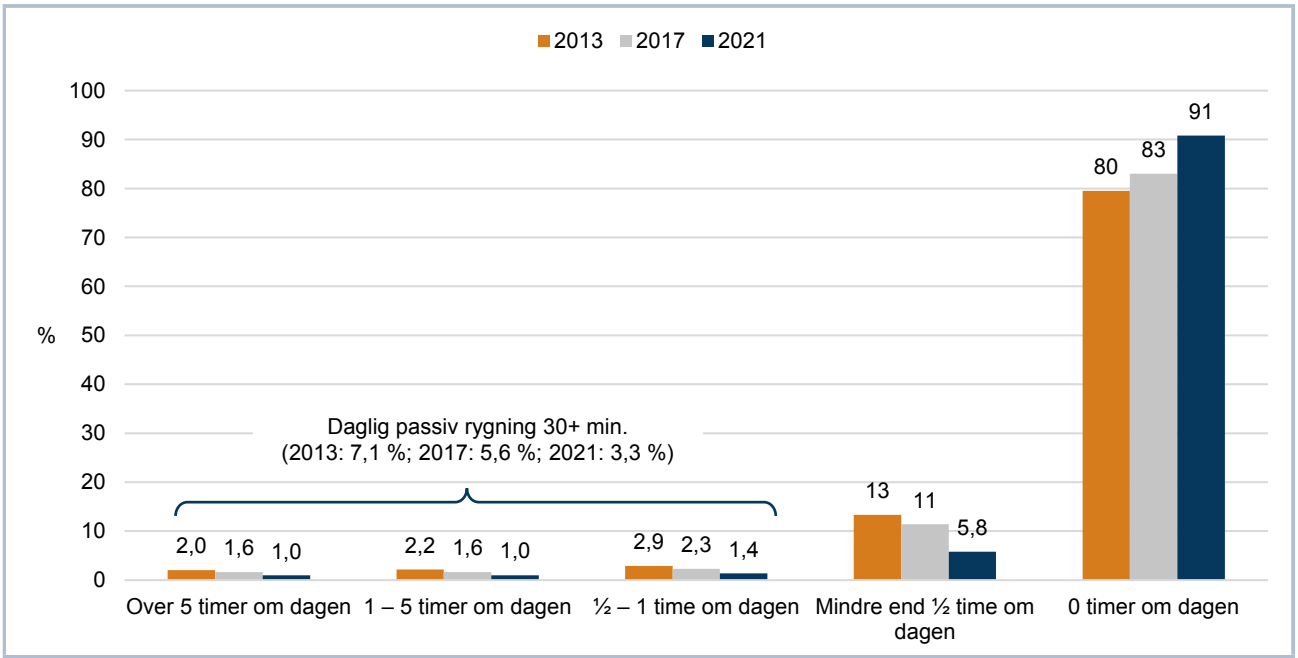
Figur 5.3 viser passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger, dvs. borgere, som aldrig har røget og borgere, som tidligere har røget. Passiv rygning defineres som mindst en halv times dagligt ophold i et rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg.

Størstedelen af borgerne, som ikke ryger, er ikke udsat for passiv rygning i 2021 (91 %) (Figur 5.3). I alt 3,3 % af borgere, som ikke ryger, er udsat for passiv rygning mindst 30 minutter om dagen, og andelen har været gradvist faldende siden 2013 (7,1 %). Faldet ses både blandt borgere, som er udsat for passiv rygning i over 5 timer, 1-5 timer og en halv til hel time om dagen. I webfigur W5.1 ses det blandt borgere, som ryger, at andelen, som er udsat for passiv rygning, er faldet over årene. Det skal dog bemærkes, at andelen er 33 % blandt borgere, som ryger, og dermed 10 gange større end for borgere, som ikke ryger. Webfigur W5.1 viser også, at cirka halvdelen af borgere, som ryger, og som udsættes for passiv rygning, eksponeres for passiv rygning i over 5 timer om dagen i 2021. Webfigur W5.1 kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Yderligere opgørelser for passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger kan også findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W5.5 og W5.6).

Figur 5.3 Passiv rygning blandt borgere, som ikke ryger

Spørgsmål: "Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?"



Baseret på 46.445 besvarelser i 2021, 45.820 besvarelser i 2017 og 34.347 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.
Der er sket en mindre ændring i spørgsmålet siden 2013. Spørgsmål om passiv rygning fra 2021, 2017 og 2013 kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

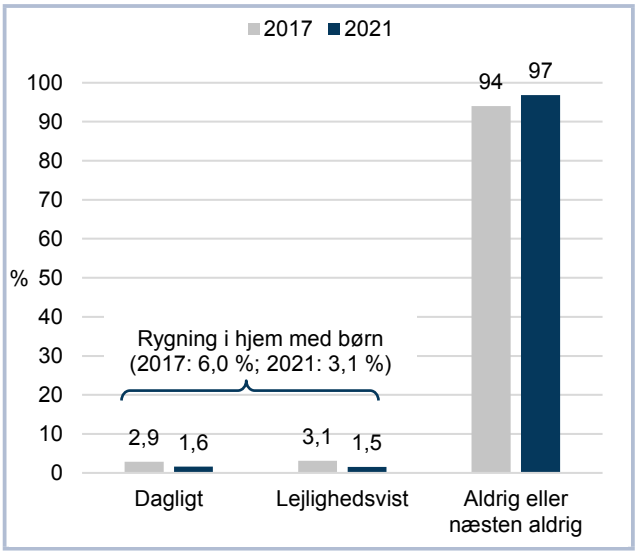
5.3 Rygning i hjem med børn

Opgørelser af rygning i hjem med børn omfatter borgere under 65 år, som bor sammen med børn under 16 år, og som angiver, at der ryges i deres hjem. Det skal bemærkes, at der ud fra spørgsmålene ikke vides hvem i husstanden, som ryger, eller om der ryges mange timer hver dag eller få minutter ugentligt, blot at der bliver røget indendørs i hjemmet. Der vises desuden kun opgørelser for 2017 og 2021, da spørgsmålet om børn i hjemmet har ændret sig over tid.

Blandt borgere under 65 år, som bor sammen med børn, angiver i alt 1,6 %, at der ryges indendørs dagligt, mens 1,5 % angiver, at der ryges indendørs lejlighedsvist (Figur 5.4). Forekomsten af både daglig og lejlighedsvis rygning i hjem med børn er faldet fra 6,0 % i 2017 til 3,1 % i 2021.

Figur 5.4 Rygning i hjem med børn (0-15 år) blandt borgere under 65 år

Spørgsmål: "Bliver der røget indendørs i dit hjem?"



Baseret på 12.415 besvarelser i 2021 og 13.793 besvarelser i 2017.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
Der er sket ændringer siden 2017 i en svarkategori til spørgsmålet om rygning indendørs. Spørgsmål om rygning indendørs fra 2021 og 2017 kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Rygning i hjem med børn – region

I 2021 bor i alt 3,1 % af borgerne på under 65 år i hjem, hvor der ryges, selvom der bor børn i hjemmet svarende til 11.200 borgere (Tabel 5.5).

Køn og alder: Der er ikke signifikant forskel på andelen af mænd og kvinder, som bor i hjem med børn, hvor der ryges indendørs. For begge køn er forekomsten højest blandt de 55-64-årige (mænd: 8,7 %; kvinder: 9,8 %). Blandt kvinder er andelen på næsten samme niveau hos de 16-24-årige (9,3 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, og hvor der ryges indendørs, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk og anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Forekomsten af indendørs rygning i hjem med børn falder med stigende uddannelseslængde. Således ses den højeste forekomst blandt borgere med grundskoleuddannelse (9,6 %) og den laveste forekomst blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,1 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, særligt langtidssyge (9,9 %), sammenlignet med borgere i beskæftigelse (2,3 %). Det skal bemærkes, at det ikke har været muligt at opgøre rygning i hjem med børn blandt førtidspensionister på grund af for få besvarelser.

Samlivsstatus: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, og hvor der ryges indendørs, er større blandt enlige borgere (7,1 %) sammenlignet med samlevende borgere (2,0 %).

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som bor sammen med børn, og hvor der ryges indendørs, faldet fra 6,0 % i 2017 til 3,1 % i 2021. Der ses signifikante fald i mere end halvdelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt arbejdsløse. Der ses tendens til en lille stigning i perioden blandt de 55-64-årige mænd, men opgørelsen er baseret på få personer og er ikke statistisk signifikant.

Rygning i hjem med børn – kommuner

Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, varierer betydeligt mellem kommunerne og er størst i bydelen Bispebjerg (Tabel 5.6). I flere kommuner er antal besvarelser fra borgere, hvor der ryges i hjem med børn, for få til at vise forekomsten. Den laveste forekomst, der kan opgøres, er 1,2 % i Gentofte Kommune. Der ses en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Størstedelen af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommunerne i socialgruppe 1 ligger omkring gennemsnittet eller for lavt til at blive opgjort. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

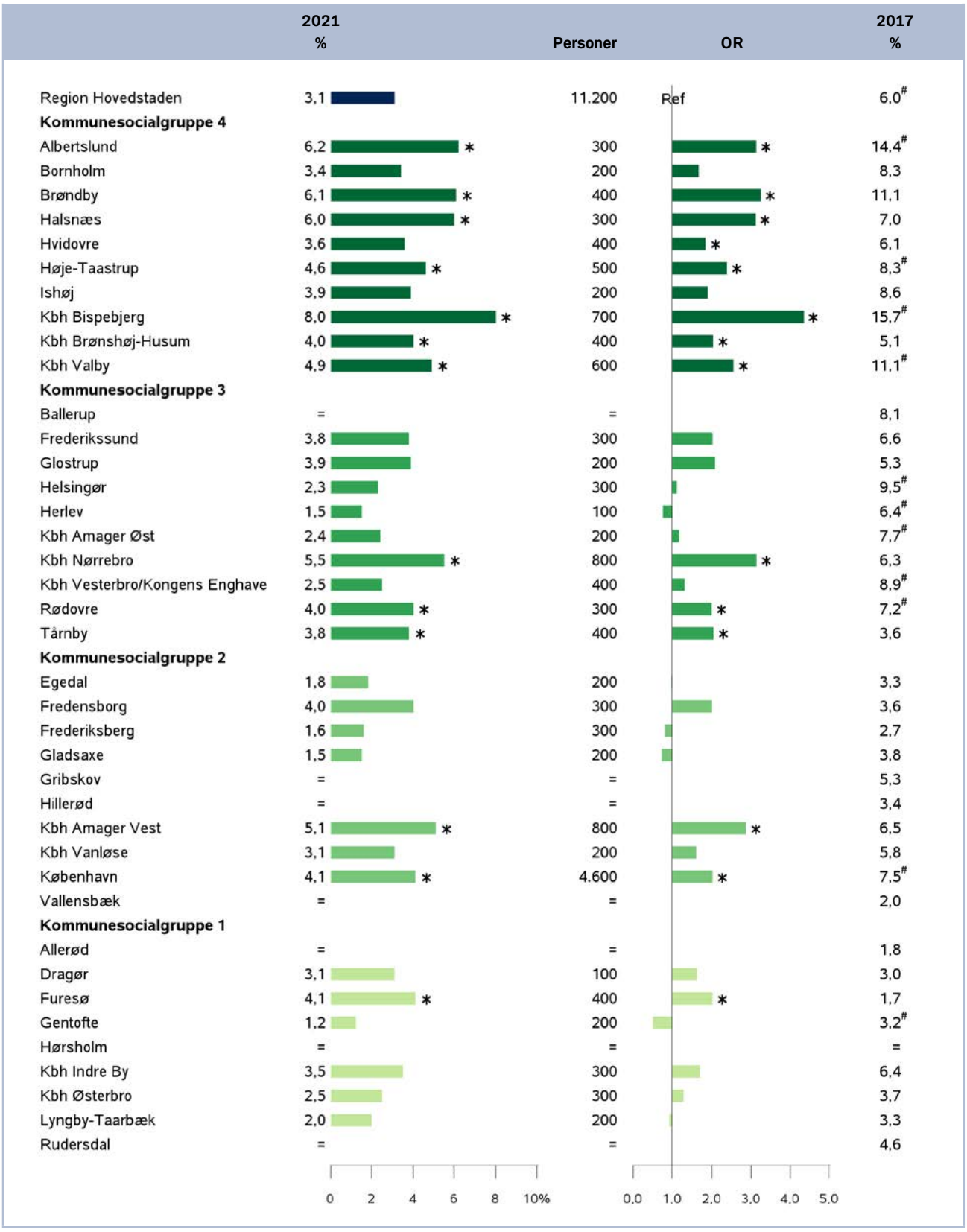
Udvikling: I flere kommuner og bydele ses en tendens til et fald i andelen af borgere, som bor sammen med børn, og hvor der ryges indendørs, fra 2017 til 2021, dog er faldet kun statistisk signifikant i knap en tredjedel af kommuner og bydele. Det største fald ses i Albertslund Kommune. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele, og dermed er behæftet med stor usikkerhed.

Tabel 5.5 Rygning i hjem med børn under 16 år blandt borgere under 65 år – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %
Region Hovedstaden	3,1	11.200		6,0#
Mænd				
Alle	2,9	5.000		5,3#
16-24 år	4,0	600		8,7#
25-34 år	2,9	900		5,4
35-44 år	2,2	1.500		4,7#
45-54 år	2,6	1.400	Ref	5,1#
55-64 år	8,7	700	*	7,0
Kvinder				
Alle	3,3	6.200		6,5#
16-24 år	9,3	1.300	*	12,4
25-34 år	1,7	800	*	5,8#
35-44 år	2,9	2.300		6,0#
45-54 år	3,3	1.500	Ref	6,0#
55-64 år	9,8	300	*	11,9
Etnisk baggrund				
Danmark	2,2	5.900	Ref	4,3#
Andre vestlige lande	3,4	900		4,1
Ikke-vestlige lande	7,1	4.400	*	14,7#
Uddannelse				
Under uddannelse	4,6	1.700		9,5#
Grundskole	9,6	2.700	*	16,5#
Gymnasial	4,1	800	*	5,8
Erhvervsfaglig	3,6	2.500	*	7,3#
Kort og mellemlang videreg.	1,9	1.800	Ref	3,6#
Lang videregående	1,1	1.100	*	1,7
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	2,3	6.400	Ref	4,4#
Arbejdsløs	4,9	300	*	12,7#
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	9,9	1.300	*	17,5#
Førtidspensionist	-	-		-
Samlivsstatus §				
Enlig	7,1	4.000	*	11,2#
Samlevende	2,0	5.300	Ref	4,4#

Baseret på 12.415 besvarelser i 2021 og 13.793 besvarelser i 2017.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.6 Rygning i hjem med børn under 16 år blandt borgere under 65 år – kommuner



Baseret på 12.415 besvarelser i 2021 og 13.793 besvarelser i 2017.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
De tomme felter (=) skyldes for få besvarelser i kommunen fra borgere under 65 år, som bor med børn under 16 år i hjem, hvor der ryges.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.4 Brug af elektroniske cigaretter (e-cigaretter)

Borgerne i Region Hovedstaden er siden 2017 blevet spurgt til deres brug af e-cigaretter, hvor spørgsmålet blev introduceret for første gang. Spørgsmålet blev valideret ved brug af interviews i sommeren 2020.

I alt 3,1 % af borgerne i regionen bruger e-cigaretter, og størstedelen bruger e-cigaretter dagligt, hvilket svarer til 1,9 % af alle borgere (Figur 5.5). Omtrent lige mange borgere bruger e-cigaretter mindst én gang om ugen (0,5 %) og sjældnere end hver uge (0,6 %), mens 3,1 % har brugt dem tidligere og 9,2 % har prøvet dem. Det er langt størstedelen af borgerne, som aldrig har brugt e-cigaretter (85 %). Tilsvarende andele ses i 2017. Alt i alt er andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, i Region Hovedstaden steget fra 2,7 % i 2017 til 3,1 % i 2021. Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, er dog mindre i Region Hovedstaden sammenlignet med landsgennemsnittet (21).

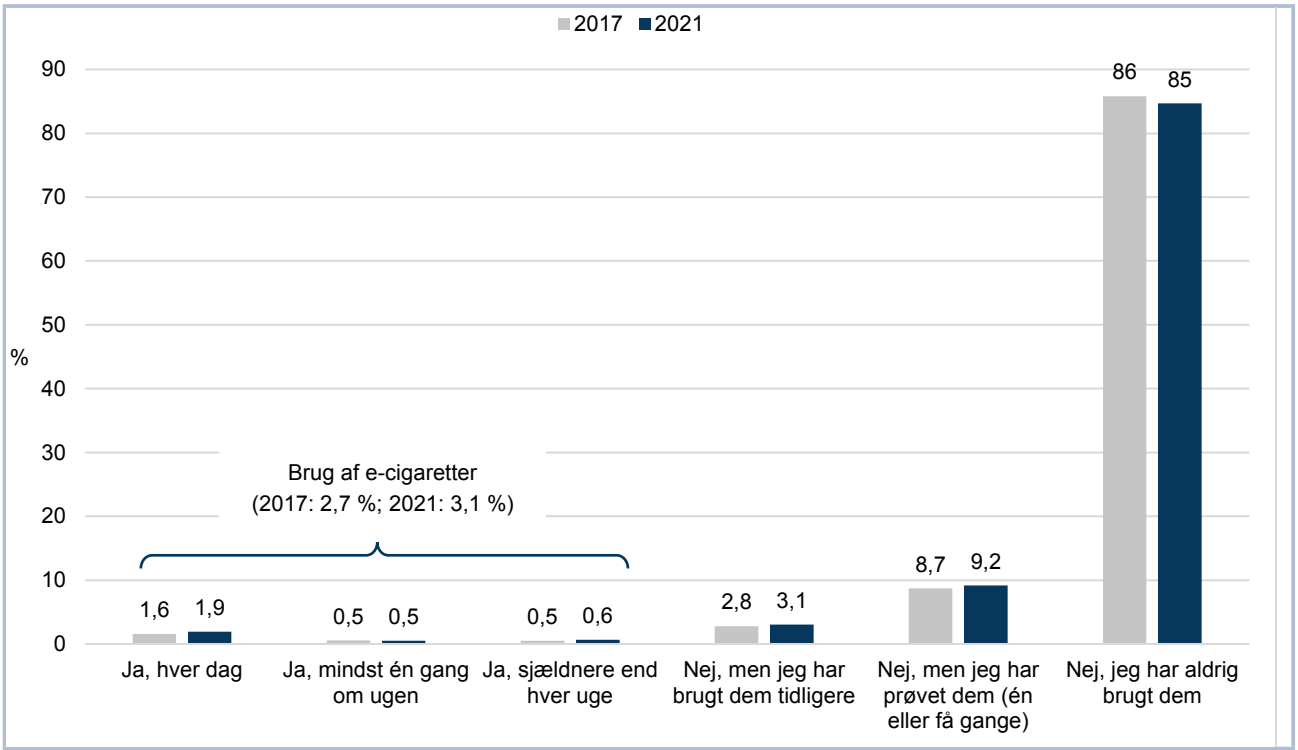
Ændring i terminologi og opgørelse siden Sundhedsprofil 2017

I Sundhedsprofil 2021 anvendes betegnelsen "brug af e-cigaretter" i stedet for "dampning", som blev brugt i Sundhedsprofil 2017. Dette skyldes, at brug af e-cigaretter er en mere præcis betegnelse, da der ikke er tale om damp, men om aerosol (små luftbårne partikler og dråber).

I Sundhedsprofil 2017 blev brug af e-cigaretter opgjort blandt borgere som bruger e-cigaretter dagligt. Dette er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor det opgøres blandt borgere som bruger e-cigaretter dagligt eller lejlighedsvist.

Figur 5.5 Brug af e-cigaretter

Spørgsmål: "Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?"



Baseret på 55.699 besvarelser i 2021 og 53.085 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Brug af e-cigaretter – region

I alt bruger 3,1 % af borgerne e-cigaretter dagligt eller lejlighedsvist i 2021 svarende til 43.200 borgere (Tabel 5.7).

Køn og alder: Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, er større blandt mænd end kvinder. Andelen af mænd, som bruger e-cigaretter, er størst blandt de 25-34-årige (4,9 %), hvorefter andelen falder med stigende alder. Når der ses på odds ratio (OR), er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem mænd i alderen 16-44 år og mænd i alderen 45-54 år. For kvinder ses den største andel blandt de 45-54-årige (3,6 %). For både mænd og kvinder ses det, at brug af e-cigaretter er mindst udbredt blandt 65+ årige borgere.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og borgere med anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der dog ingen forskel mellem borgere med hhv. anden vestlig baggrund og ikke-vestlig baggrund og borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Brug af e-cigaretter falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra borgere med en gymnasialuddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (4,8 %) og efterfulgt af borgere med erhvervsfaglig uddannelse (4,0 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,2 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, er størst blandt langtidssyge (6,8 %) og efterfulgt af førtidspensionister (5,8 %) og mindst blandt pensionister. Når der ses på OR (odds ratio) justeret for køn og alder, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem hhv. pensionister og arbejdsløse og borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende borgere. Ligeledes er andelen større blandt borgere, som ikke bor i hjem med børn sammenlignet med borgere, som bor i hjem med børn.

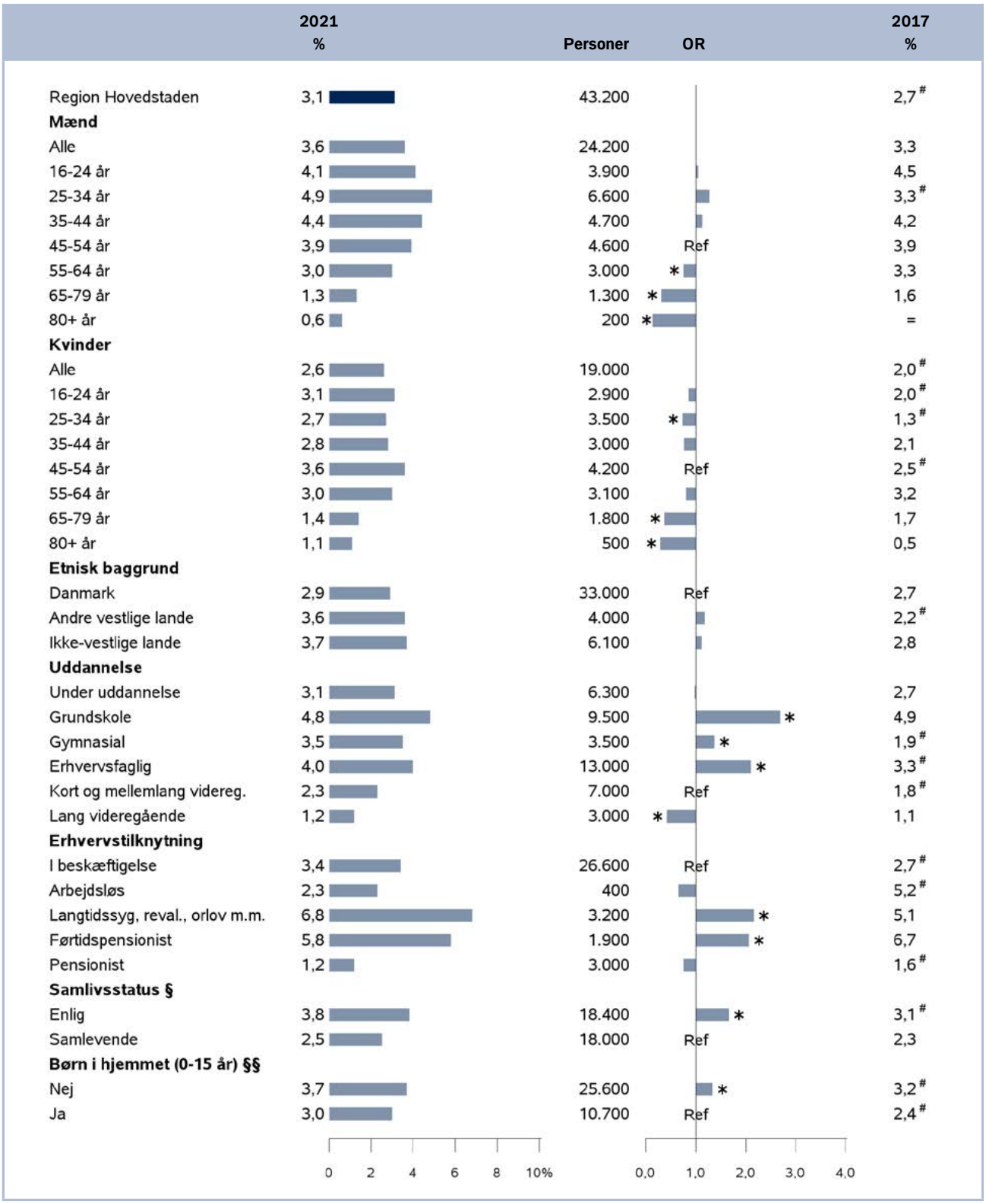
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, steget fra 2,7 % i 2017 til 3,1 % i 2021. Der ses en stigning i flere af de sociodemografiske grupper. De største signifikante stigninger ses blandt de 25-34-årige mænd og kvinder, borgere med anden vestlig baggrund og borgere med gymnasial uddannelse. Omvendt er der sket et fald i andelen, der bruger e-cigaretter, blandt arbejdsløse borgere og pensionister.

Brug af e-cigaretter – kommuner

Andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, varierer fra 1,5 % i Rudersdal Kommune til 5,6 % i Brøndby Kommune (Tabel 5.8). Der ses en social gradient i brugen af e-cigaretter på tværs af kommunesocialgrupperne. I kommunesocialgruppe 4 ses det, at de fleste kommuner ligger over regionsgennemsnittet, mens næsten alle kommunerne i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændrer sig ikke, når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

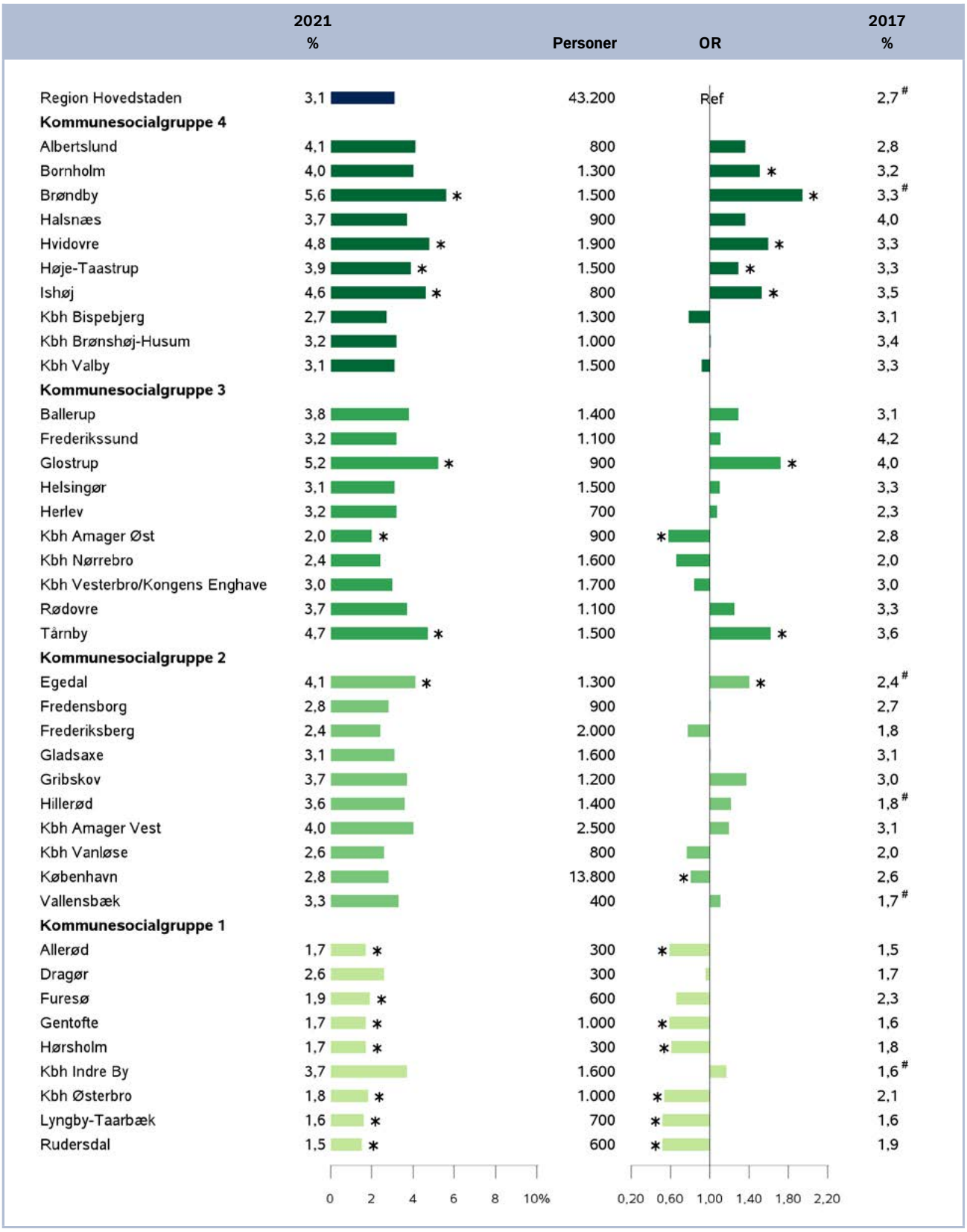
Udvikling: I et fåtal af kommuner og bydele er der sket en signifikant stigning i andelen af borgere, som bruger e-cigaretter fra 2017 til 2021. Den største stigning ses i Brøndby Kommune efterfulgt af bydelen Indre By, og derefter Hillerød, Egedal og Vallensbæk kommuner. For de øvrige kommuner er der ikke sket statistisk signifikante ændringer fra 2017 til 2021 i andelen, som bruger e-cigaretter.

Tabel 5.7 Brug af e-cigaretter – region



Baseret på 55.699 besvarelser i 2021 og 53.085 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser med denne adfærd i den sociodemografiske gruppe (=).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.8 **Brug af e-cigaretter – kommuner**



Baseret på 55.699 besvarelser i 2021 og 53.085 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og på CKFF i 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

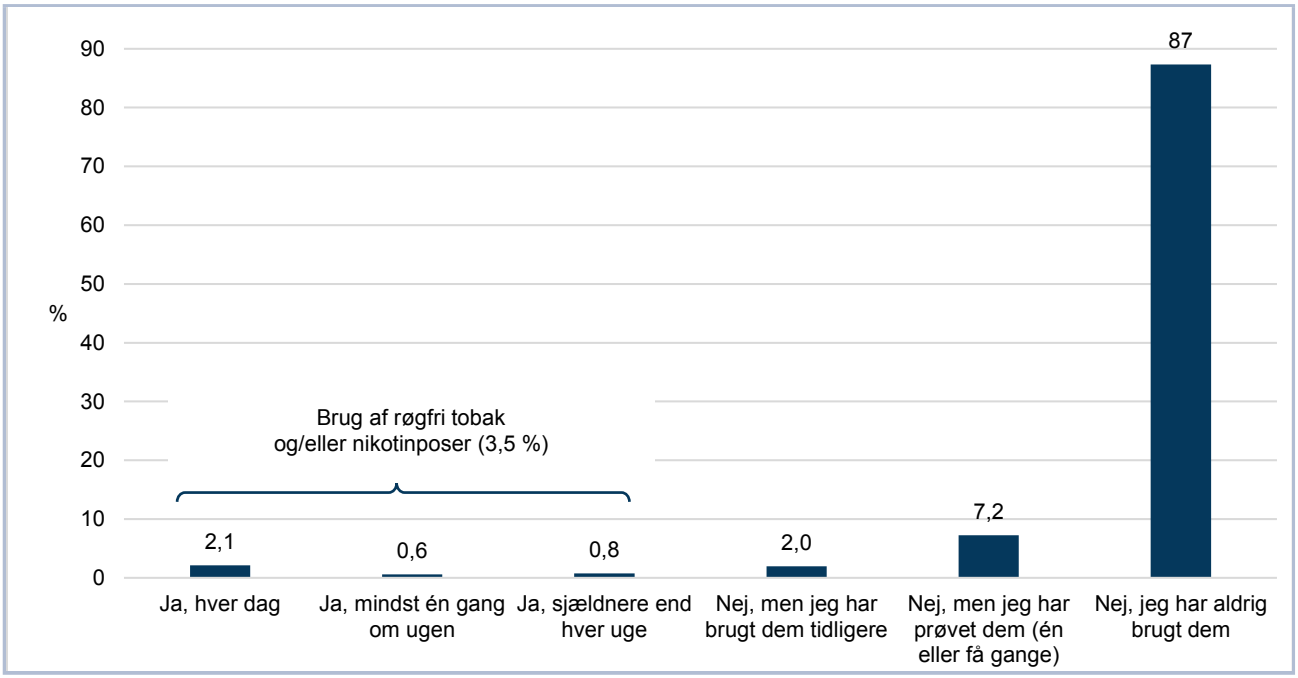
5.5 Brug af røgfri tobak og nikotinposer

I 2021 er borgerne i Region Hovedstaden blevet spurgt til deres brug af røgfri tobak og nikotinposer. De to spørgsmål, som ligger til grund for resultaterne, er blevet udviklet og valideret via interviews i sommeren 2020 i forbindelse med udvikling af 'Hvordan har du det? 2021'-spørgeskemaet. Borgerne er blevet spurgt til røgfri tobak (snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller) og tobaksfri nikotinposer både samlet og hver for sig. Dette afsnit belyser primært det samlede forbrug og skelner således ikke mellem produkterne.

Figur 5.6 viser, at 3,5 % af borgerne i Region Hovedstaden bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer dagligt eller lejlighedsvist i 2021. Heraf angiver seks ud af ti, at de bruger nikotinposer, og fire ud af ti, at de bruger røgfri tobak (resultater ikke vist). Her skal det bemærkes, at det godt kan være de samme borgere, som bruger røgfri tobak og de tobaksfri nikotinposer. Af dem, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, bruger størstedelen det dagligt, hvilket svarer til 2,1 % af alle borgere, mens 1,4 % bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer mindst én gang om ugen eller sjældnere end hver uge. Langt de fleste borgere bruger således ikke røgfri tobak og/eller nikotinposer (96,5 %).

Figur 5.6 Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer

Spørgsmål: "Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?"



Baseret på 52.697 besvarelser i 2021, og data indsamlet på CKFF i 2021.

Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer – region

I alt bruger 3,5 % af borgerne røgfri tobak og/eller nikotinposer dagligt eller lejlighedsvist i 2021 svarende til 48.800 borgere (Tabel 5.9).

Køn og alder: Andelen af mænd, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer (5,4 %), er større end andelen af kvinder (1,7 %). Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer er især udbredt blandt de unge mænd i alderen 16-24 år (17,1 %) efterfulgt af de 25-34-årige mænd (9 %), mens det kun er 1,1-1,8 % af mænd over 44 år, der bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer. For kvinder ses samme mønster dog med betydeligt lavere forekomster. Således ses den højeste forekomst på 5,9 % blandt de 16-24-årige kvinder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, er størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Uddannelse: Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer er mest udbredt blandt borgere under uddannelse (9,3 %) og borgere med gymnasial uddannelse (6,0 %). Når der ses på OR (odds ratio) justeret for køn og alder, er der ikke længere forskel mellem uddannelsesgrupperne, hvilket kan forklares med, at køn og alder har stor betydning for brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer.

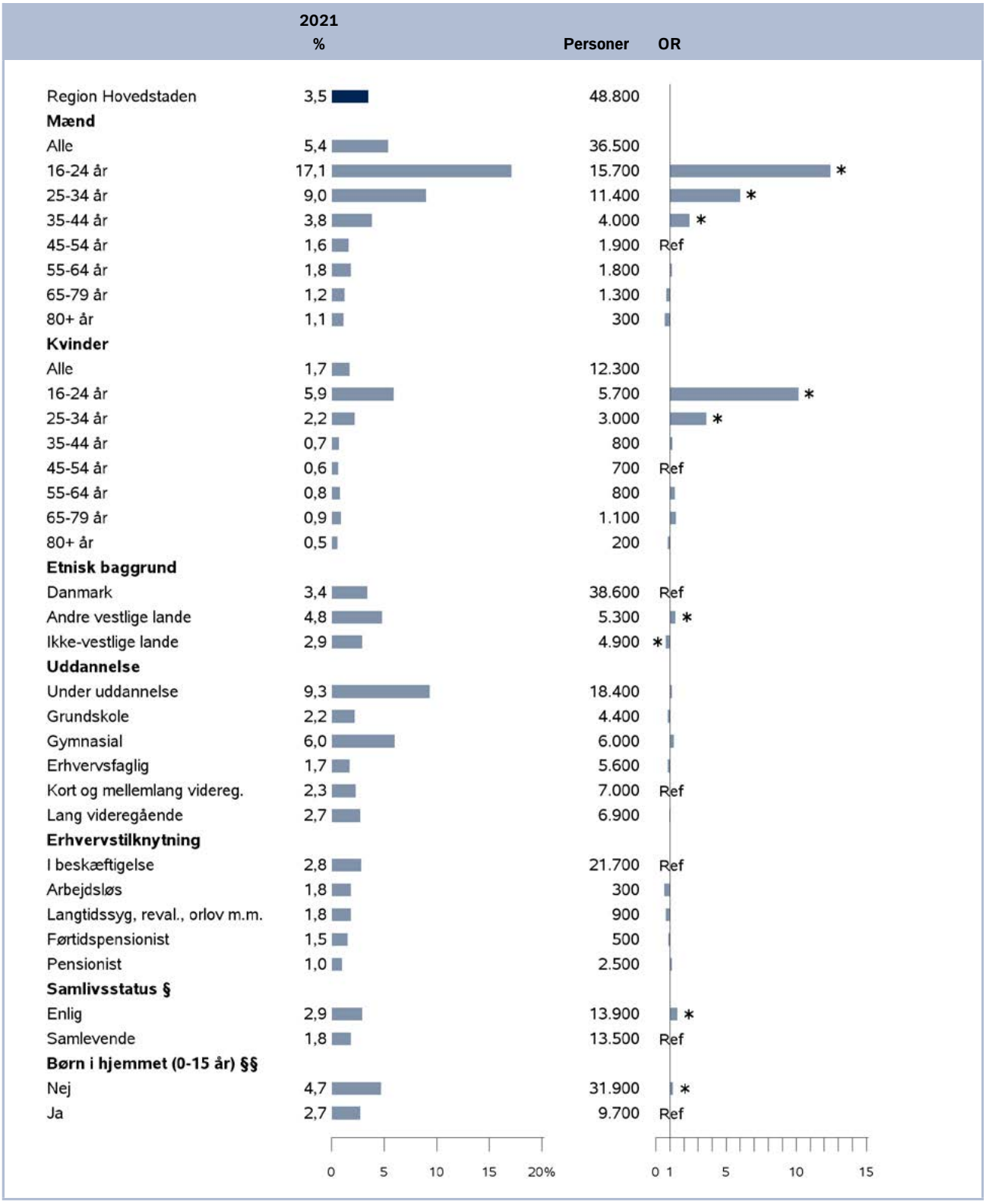
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke længere forskel mellem grupperne.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende borgere. Ligeledes er andelen større blandt borgere, som ikke bor i hjem med børn, sammenlignet med borgere, som bor i hjem med børn.

Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer – kommuner

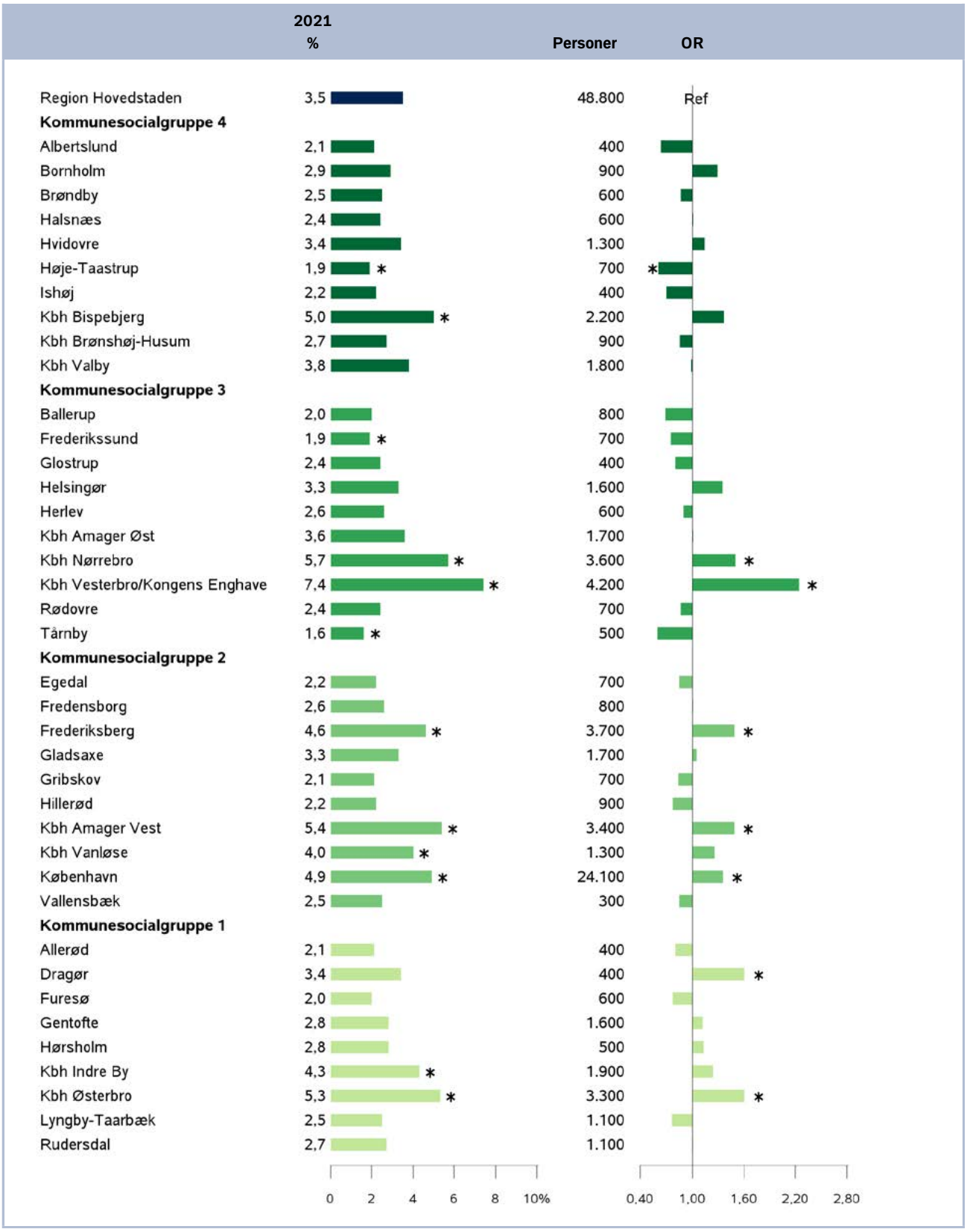
Andelen af borgere, som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, varierer fra 1,6 % i Tårnby Kommune til 7,4 % i bydelen Vesterbro (Tabel 5.10). Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer er især udbredt i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune. Der ses ingen social gradient på tværs af kommune-socialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af alder og køn.

Tabel 5.9 **Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer – region**



Baseret på 52.697 besvarelser i 2021, og data indsamlet på CKFF i 2021.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Tabel 5.10 Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer – kommuner



Baseret på 52.697 besvarelser, og data indsamlet på CKFF i 2021.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref).

5.6 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives den samlede andel af borgere, som har brugt mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt. Derefter beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som ryger, bruger e-cigaretter, eller bruger røgfri tobak/nikotinposer sammenlignet med forekomsten af risikofaktorerne blandt alle borgere i Region Hovedstaden.

5.6.1 Rygning, brug af e-cigaretter og/eller røgfri tobak/nikotinposer

Figur 5.7 viser den samlede andel af alle borgere i Region Hovedstaden, som bruger *mindst* ét af de opgjorte tobaks- og/eller nikotinprodukter dvs. ryger, bruger e-cigaretter, eller bruger røgfri tobak/nikotinposer. Derudover vises andelen for tre forskellige aldersgrupper. Der vises kun tal for 2021, da spørgsmålet om røgfri tobak/nikotinposer blev stillet for første gang i 2021.

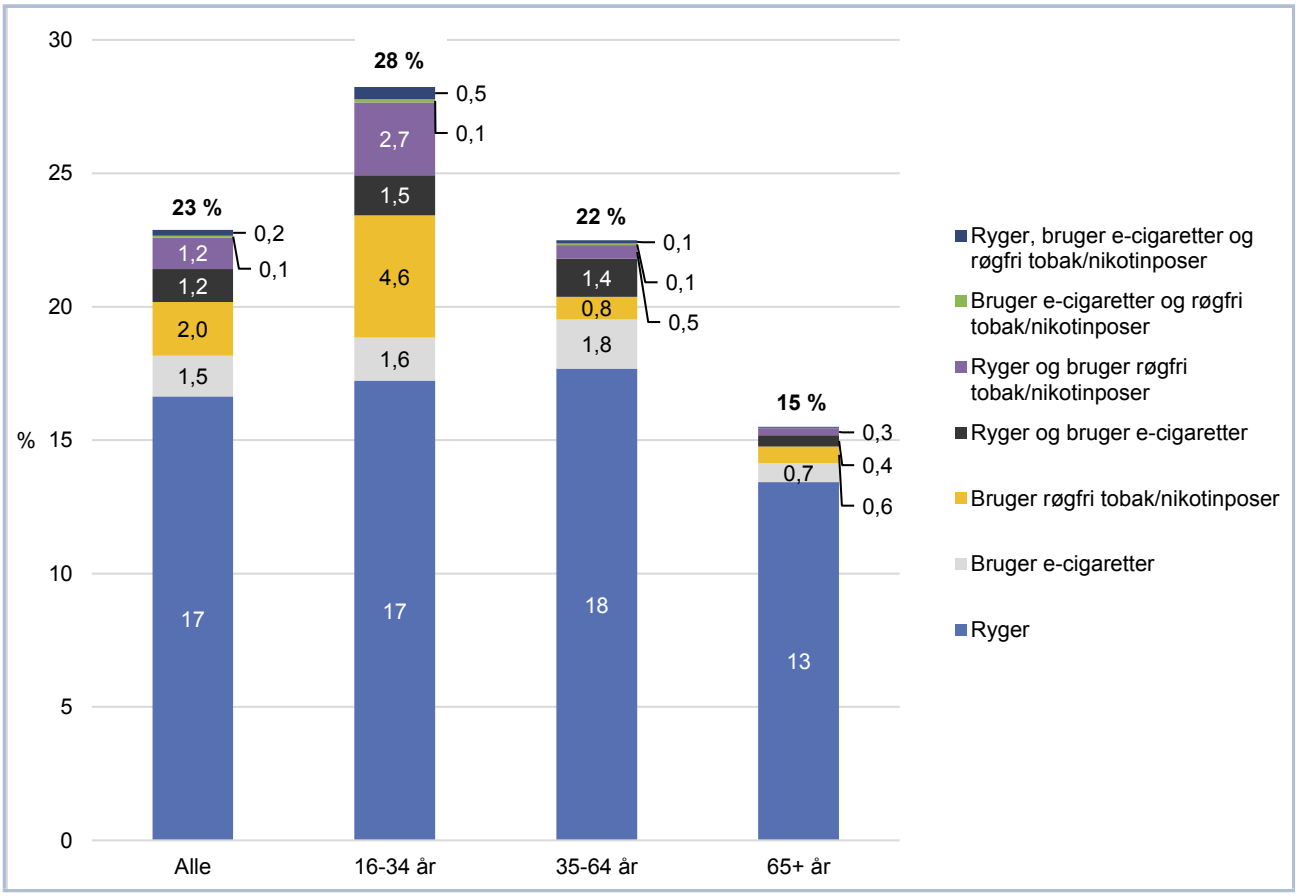
I 2021 er det 23 % af alle borgere i Region Hovedstaden, som bruger *mindst* ét tobaks- og/eller nikotinprodukt (Figur 5.7). Størstedelen er borgere, som ryger uden at bruge andre tobaks- eller nikotinprodukter (17 %), mens en langt mindre andel bruger røgfri tobak/nikotinposer (2,0 %) eller e-cigaretter (1,5 %) uden at bruge andre af de opgjorte tobaks- eller nikotinprodukter.

I alt 2,5 % af alle borgere bruger *to af produkterne*, hvor det hovedsageligt er rygning, som kombineres med enten brug af e-cigaretter eller røgfri tobak/nikotinposer (Figur 5.7). I alt 0,2 % af alle borgere bruger *alle tre produkter*, det vil sige, at de både ryger, bruger e-cigaretter og røgfri tobak/nikotinposer.

Andelen, som bruger mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt, er størst blandt unge 16-34-årige (28 %) og mindst blandt borgere på 65 år og derover (15 %) (Figur 5.7). Samtidig ses det, at andelen, som både ryger og bruger røgfri tobak/nikotinposer, også er størst blandt de unge (2,7 %). Derimod er andelen, som både ryger og bruger e-cigaretter, nogenlunde ens for de 16-34-årige (1,5 %) og 35-64-årige (1,4 %), og det samme gør sig gældende for rygning uden brug af de andre opgjorte tobaks- og nikotinprodukter (hhv. 17% og 18 %). Det er således især brug af røgfri tobak/nikotinposer, som gør, at de 16-34-årige har den højeste samlede forekomst af brug af mindst ét tobaks- eller nikotinprodukt.

En opgørelse af andelen, som ryger og/eller bruger e-cigaretter, i henholdsvis 2017 og 2021 (Webfigur W5.2), kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Det skal bemærkes, at den samlede andel, som ryger og/eller bruger e-cigaretter, i Region Hovedstaden er faldet fra 25 % i 2017 til 21 % i 2021 (Webfigur W5.2).

Figur 5.7 Rygning, brug af e-cigaretter, brug af røgfri tobak/nikotinposer og kombinationer af disse



Baseret på 52.211 besvarelser, og data indsamlet på CKFF i 2021.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

5.6.2 Rygning, brug af e-cigaretter, brug af røgfri tobak/nikotinposer og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere som henholdsvis ryger dagligt, bruger e-cigaretter og bruger røgfri tobak/og eller nikotinposer. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed.

Borgere som ryger dagligt, bruger e-cigaretter og bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer har samlet set en mere usund sundhedsadfærd, dårligere helbred og livskvalitet sammenlignet med borgere i regionen som helhed (Tabel 5.11).

Borgere som ryger dagligt og borgere som bruger e-cigaretter, har en høj forekomst af mange af de samme risikofaktorer. For eksempel er andelen som har dårlig eller meget dårlig livskvalitet og som har brugt hash 10+ gange det seneste år omtrent dobbelt så stor som i hele regionen. Derudover har en større andel af borgere, som ryger dagligt og borgere, som bruger e-cigaretter en høj score på stressskalaen, usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet sammenlignet med borgere i hele regionen.

Borgere, som bruger røgfri tobak/nikotinposer, adskiller sig fra borgere som ryger og bruger e-cigaretter ift. en række risikofaktorer, hvilket kan forklares ved at brug af røgfri tobak/nikotinposer overvejende er udbredt blandt unge (Tabel 5.9). Forekomsten af højt alkoholforbrug, rusdrikkeri, sex uden kondom og forskellige seksualpartnere, og brug af hash 10+ gange det seneste år er således to til fire gange højere blandt borgere som bruger røgfri tobak/nikotinposer end blandt alle borgere i regionen, og er også højere end blandt borgere som hhv. ryger og bruger e-cigaretter.

Tabel 5.11 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere som ryger dagligt, bruger e-cigaretter og bruger røgfri tobak/nikotinposer sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Daglig rygning %	Brug af e-cigaretter %	Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	10*	9*	5	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	21*	22*	25*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	25*	21*	13*	16
Ensomhed	17*	16*	14	13
Høj score på stressskala	41*	41*	37*	30
Drikker over 14/21 genstande om ugen	13*	9*	18*	7
Rusdrikker ugentligt	19*	17*	35*	12
Usundt kostmønster	26*	24*	18*	14
Lav fysisk aktivitet	29*	26*	14*	18
Svær overvægt	16*	19*	8*	15
Meget generet af søvnproblemer	20*	23*	19*	14
Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere	5*	6*	16*	4
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	10*	7*	14*	3

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

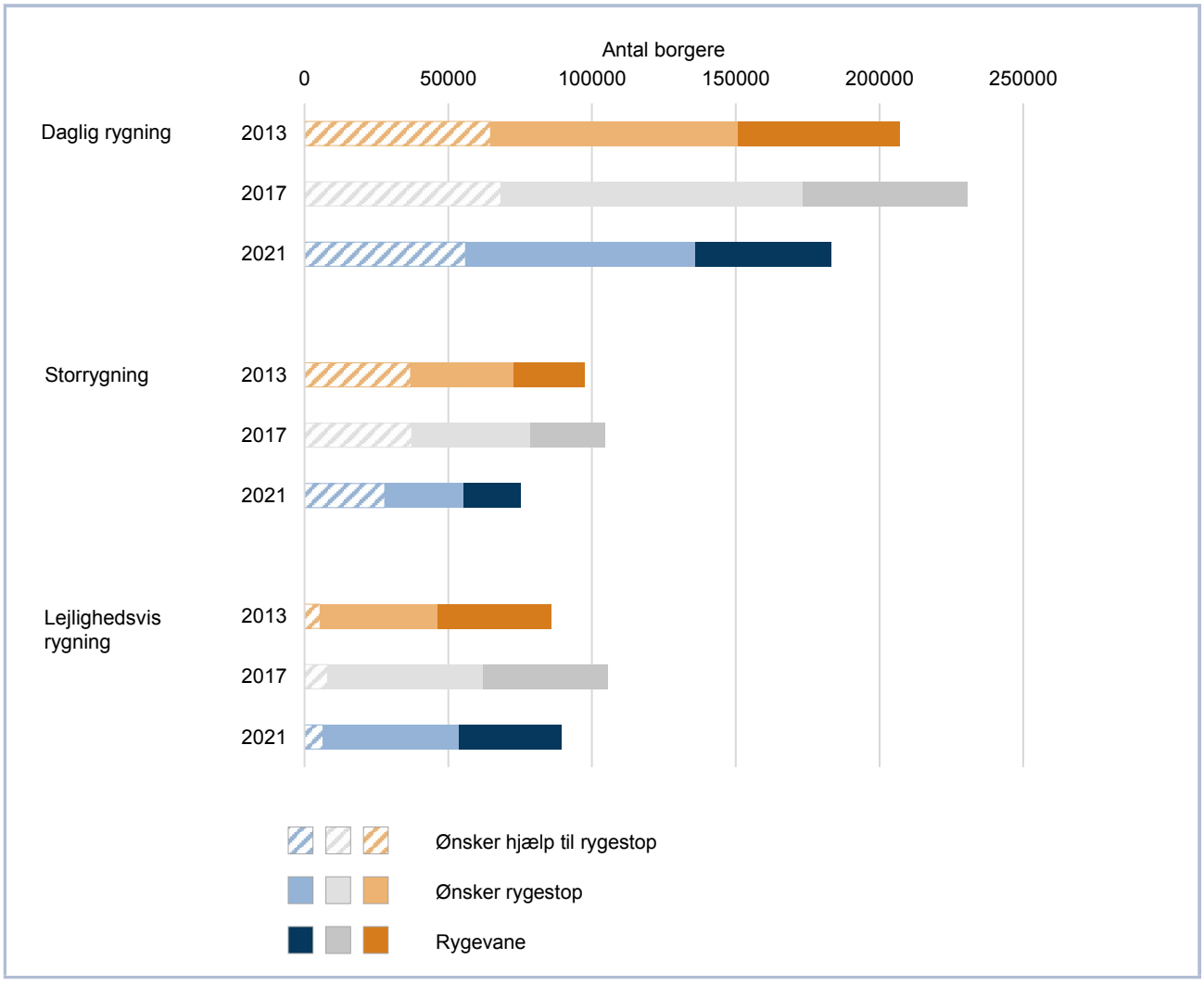
5.7 Motivation for rygestop

I dette afsnit beskrives ønske om rygestop og ønske om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger. Der indledes med figur 5.8, som viser *antallet* af borgere med en given rygevane, samt *antallet*, som ønsker rygestop og *antallet*, som ønsker hjælp dertil. Figuren giver yderligere en indikation af andelene, som ønsker rygestop og som ønsker hjælp dertil. En oversigtstabel med antal og andele fordelt på rygevaner, ønske om rygestop og ønske om hjælp til rygestop kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W5.7).

I 2021 ønsker 136.000 borgere, som ryger dagligt (inklusiv de 55.300 borgere, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen) samt 53.800 borgere, som ryger lejlighedsvist, at stoppe med at ryge (Figur 5.8 og Webtabel W5.7). Dette svarer til, at 75 % af alle borgere, som ryger dagligt, ønsker rygestop. Tilsvarende andel ses blandt subgruppen, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen (74 %). Derimod er andelen, som ønsker rygestop, mindre blandt borgere, som ryger lejlighedsvist (61 %). I 2021 er *antallet* af borgere, som ønsker rygestop, næsten det samme blandt borgere, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen (55.300 personer), og borgere, som ryger lejlighedsvist (53.800 personer) (Webtabel W5.7).

Et tilsvarende mønster ses for ønske om hjælp til rygestop. Mens andelen, som ønsker hjælp til rygestop blandt dem, som ønsker rygestop, er 41 % blandt borgere, som ryger dagligt og 51 % blandt borgere, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen, er andelen kun 12 % blandt borgere, som ryger lejlighedsvist (Webtabel W5.7). Andelene er nogenlunde stabile over årene uanset rygevane. Dog er antallet, som ønsker rygestop og ønsker hjælp hertil blandt borgere, som ryger dagligt og subgruppen, som ryger mindst 15 cigaretter om dagen, mindre i 2021 sammenlignet med 2013 og 2017 (Figur 5.8), hvilket kan forklares med et fald i rygeprævalensen.

Figur 5.8 Antal, som ønsker rygestop og ønsker hjælp hertil blandt borgere med forskellige rygevaner
Spørgsmål: "Vil du gerne holde op med at ryge?" og "Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det (f.eks. rygestopkursus, støtte fra din læge)?"



Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.

Ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – region

I alt 75 % af borgerne, som ryger dagligt, ønsker at holde op med at ryge svarende til 136.000 borgere i 2021 (Tabel 5.12).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd ønsker at stoppe med at ryge. For begge køn er andelen, som ønsker rygestop, størst blandt de 16-44-årige (78-86 %). Den største andel, som ønsker rygestop, ses blandt mænd i alderen 25-34 år (84 %) og blandt kvinder i alderen 16-24 år (86 %).

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af borgere, som ønsker rygestop, blandt borgere med forskellig etnisk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som ønsker rygestop, er størst blandt borgere under uddannelse og mindst blandt borgere med en grundskoleuddannelse. Når der ses på OR (odds ratio) justeret for køn og alder, er det kun borgere med grundskoleuddannelse, som er signifikant forskellige fra borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som ønsker rygestop, er mindst blandt pensionister efterfulgt af førtidspensionister.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af borgere, som ønsker rygestop, blandt enlige og samlevende. Derimod er andelen signifikant mindre blandt borgere, som ikke bor i hjem med børn, sammenlignet med borgere, som bor i hjem med børn.

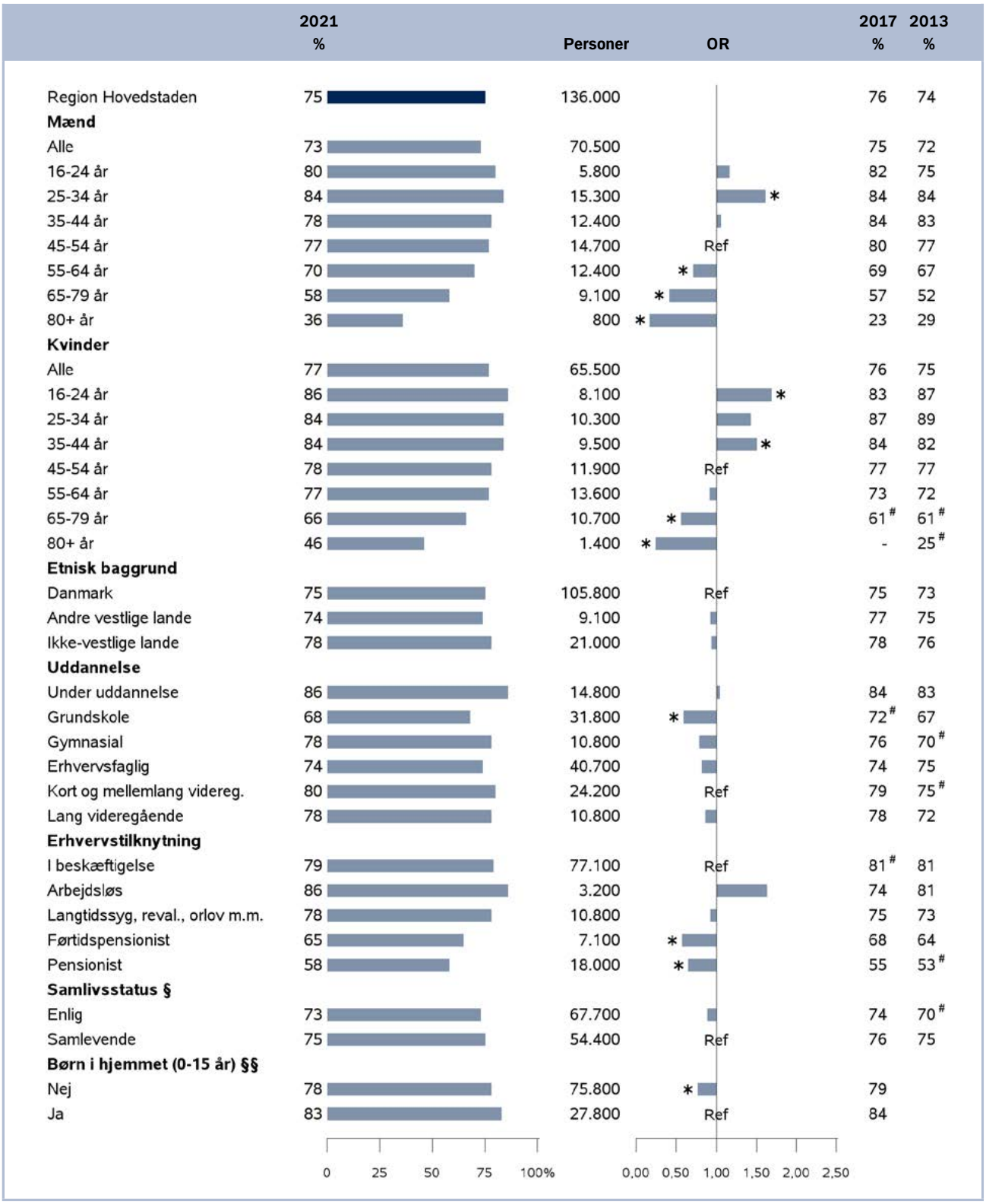
Udvikling: I modsætning til regionen som helhed, hvor andelen som ønsker rygestop, er uændret siden 2013 og 2017, er der i enkelte sociodemografiske grupper sket en stigning siden 2013. Dette gælder kvinder på 65+ år, borgere med gymnasial og kort og mellemlang videregående uddannelse, pensionister samt enlige. Til gengæld er andelen faldet i enkelte grupper (borgere med grundskoleuddannelse og borgere i beskæftigelse) fra 2017 til 2021, men andelene er for disse grupper i 2021 de samme som i 2013.

Ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – kommuner

Andelen som ønsker rygestop blandt borgere, som ryger dagligt, varierer fra 66 % i Bornholms Regionskommune til 85 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 5.13). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupper i forhold til ønske om rygestop, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: Andelen af borgere i 2021, som ønsker rygestop, er i næsten alle kommuner og bydele den samme som i 2013 og 2017. I bydelen Brønshøj-Husum og Hillerød Kommune ses der dog en stigning i forhold til 2013, hvor stigningen i Hillerød Kommune er sket mellem 2017 og 2021.

Tabel 5.12 **Ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – region**



Baseret på 6.495 besvarelser i 2021, 8.156 besvarelser i 2017 og 6.177 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.13 Ønske om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	75	136.000	Ref	76	74
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	81	2.600		77	74
Bornholm	66 *	3.200	*	71	66
Brøndby	74	3.200		72	74
Halsnæs	76	3.000		77	72
Hvidovre	71	4.200		75	79
Høje-Taastrup	74	4.000		69	75
Ishøj	67 *	2.200	*	71	66
Kbh Bispebjerg	75	6.400		80	71
Kbh Brønshøj-Husum	85 *	3.800	*	79	75 #
Kbh Valby	72	4.300		79	71
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	75	3.400		74	71
Frederikssund	69	3.200		75	69
Glostrup	73	1.900		75	79
Helsingør	76	5.200		77	77
Herlev	78	2.400		74	75
Kbh Amager Øst	82 *	5.400		77	84
Kbh Nørrebro	78	8.500		74	72
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	77	6.200		83	77
Rødovre	79	3.400		75	76
Tårnby	77	3.900		77	76
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	74	2.600		80	72
Fredensborg	75	3.300		72	69
Frederiksberg	70	5.700		76	71
Gladsaxe	77	5.100		79	71
Gribskov	71	3.400		73	76
Hillerød	82 *	3.800	*	71 #	70 #
Kbh Amager Vest	76	6.300		74	73
Kbh Vanløse	74	2.700		74	75
København	76	51.500		78	75
Vallensbæk	73	1.000		68	70
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	70	1.000		77	75
Dragør	76	800		75	73
Furesø	67 *	1.800		71	74
Gentofte	78	3.300		70	68
Hørsholm	70	1.200		77	63
Kbh Indre By	75	3.400		79	77
Kbh Østerbro	72	4.600		82	75
Lyngby-Taarbæk	79	3.000		77	75
Rudersdal	78	2.600		75	79

Baseret på 6.495 besvarelser i 2021, 8.156 besvarelser i 2017 og 6.177 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Ønske om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt og som ønsker rygestop – region

I 2021 ønsker i alt 41 % af borgerne, som ryger dagligt og ønsker rygestop, hjælp til at holde op med at ryge svarende til 56.000 borgere (Tabel 5.14).

Køn og alder: Der er ikke signifikant forskel på andelen af mænd og kvinder, som ønsker hjælp til rygestop. For begge køn ses det, at andelen, som ønsker hjælp til rygestop, er mindst blandt de yngste aldersgrupper, og især de 16-24-årige mænd (21 %), mens den er større for 35+ årige borgere (41-50 %). På grund af for få besvarelser, er det ikke muligt at vise andelen af borgere på 80 år og derover, som ønsker hjælp til rygestop.

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop, blandt borgere med forskellig etnisk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop, er mindst blandt borgere under uddannelse (31 %) og størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (45 %) og kort- og mellemlang uddannelse (44 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke længere forskel mellem uddannelsesgrupperne.

Erhvervstilknytning: Der er ikke signifikant forskel i andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop, på tværs af erhvervstilknytningsgrupper, om end der ses en større andel blandt borgere, som er langtidssyge eller førtidspensionister, end blandt borgere i beskæftigelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der heller ikke signifikant forskel mellem grupperne.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: En større andel af borgere, som er enlige, ønsker hjælp til rygestop sammenlignet med samlevende. Der er ikke signifikant forskel i andelen mellem borgere, som bor i hjem med børn, og borgere, som ikke bor i hjem med børn, heller ikke når der justeres for køn og alder.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop, uændret siden 2013 og 2017. I enkelte sociodemografiske grupper ses der dog ændringer fra henholdsvis 2013 og 2017 til 2021, men kun få ændringer er statistisk signifikante. Blandt kvinder på 25-34 år er andelen, som ønsker hjælp til rygestop, faldet fra 2013 til 2017 og igen fra 2017 til 2021. Derudover er andelen faldet blandt mænd på 45-54 år, kvinder på 55-64 år, borgere med grundskoleuddannelse, førtidspensionister og enlige fra 2013 til 2021. Kun blandt kvinder i alderen 35-44 år ses en stigning i andelen, som ønsker hjælp til rygestop, fra 2017 til 2021.

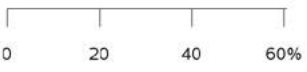
Ønske om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt og som ønsker rygestop – kommuner

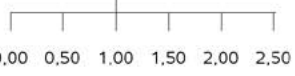
På grund af for få svarpersoner, som ryger dagligt og ønsker rygestop, er det ikke muligt at opgøre andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop i flere kommuner og bydele i tabel 5.15, dette gælder f.eks. næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1. Blandt de øvrige kommuner og bydele varierer andelen, som ønsker hjælp til rygestop, fra 28 % i Ishøj Kommune til 48 % i Frederiksberg Kommune og Bornholms Regionskommune (Tabel 5.15). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I stort set alle kommuner og bydele er andelen af borgere, som ønsker hjælp til rygestop, ikke signifikant ændret fra henholdsvis 2013 og 2017 til 2021. Kun i Ishøj og Tårnby kommuner samt i bydelen Amager Vest ses en signifikant ændring, som viser et fald i andelen fra 2013 til 2021.

Tabel 5.14 Ønske om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt og ønsker rygestop – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	41	56.000		40	43
Mænd					
Alle	43	30.000		42	45
16-24 år	21	1.200	*	26	26
25-34 år	37	5.700	*	39	39
35-44 år	49	6.100		49	45
45-54 år	47	6.900	Ref	43	57 #
55-64 år	50	6.100		48	48
65-79 år	41	3.700		45	46
80+ år	-	-		-	-
Kvinder					
Alle	40	26.000		38	42
16-24 år	28	2.300	*	26	26
25-34 år	27	2.800	*	35 #	42 #
35-44 år	47	4.400		37 #	44
45-54 år	47	5.500	Ref	45	46
55-64 år	42	5.700		44	51 #
65-79 år	45	4.700		41	42
80+ år	-	-		-	-
Etnisk baggrund					
Danmark	41	42.600	Ref	38	42
Andre vestlige lande	44	4.000		43	47
Ikke-vestlige lande	44	9.300		49	50
Uddannelse					
Under uddannelse	31	4.600		26	32
Grundskole	42	13.400		43	47 #
Gymnasial	37	3.900		38	43
Erhvervsfaglig	45	18.100		42	46
Kort og mellemlang videreg.	44	10.700	Ref	41	45
Lang videregående	39	4.100		42	34
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	41	31.800	Ref	41	42
Arbejdsløs	-	-		37	54
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	48	5.100		45	54
Førtidspensionist	48	3.400		53	61 #
Pensionist	41	7.300		43	44
Samlivsstatus §					
Enlig	45	30.200	*	43	49 #
Samlevende	41	22.300	Ref	42	43
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	40	30.500		39	
Ja	44	12.200	Ref	42	





Baseret på 4.745 besvarelser i 2021, 5.969 besvarelser i 2017 og 4.408 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.15 Ønske om hjælp til rygestop blandt borgere, som ryger dagligt og ønsker rygestop – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	41	56.000	Ref	40	43
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	39	1.000		45	51
Bornholm	48	1.500		42	36
Brøndby	46	1.400		35	38
Halsnæs	38	1.100		42	43
Hvidovre	38	1.600		41	45
Høje-Taastrup	44	1.700		47	53
Ishøj	28 *	600	*	39	46 #
Kbh Bispebjerg	45	2.900		44	42
Kbh Brønshøj-Husum	47	1.800		43	48
Kbh Valby	38	1.700		36	-
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	37	1.300		41	44
Frederikssund	41	1.300		40	47
Glostrup	46	900		51	35
Helsingør	45	2.300		37	47
Herlev	40	900		47	37
Kbh Amager Øst	43	2.300		33	38
Kbh Nørrebro	36	3.000		35	47
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	42	2.600		38	42
Rødovre	39	1.300		41	40
Tårnby	31 *	1.200	*	38	43 #
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	39	1.000		45	44
Fredensborg	40	1.300		46	-
Frederiksberg	48	2.700		39	37
Gladsaxe	44	2.200		38	43
Gribskov	44	1.500		49	41
Hillerød	41	1.600		39	47
Kbh Amager Vest	41	2.600		44	58 #
Kbh Vanløse	47	1.200		51	42
København	41	21.200		39	44
Vallensbæk	-	-		42	40
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	-	-		-	-
Dragør	-	-		39	46
Furesø	-	-		39	-
Gentofte	39	1.300		34	-
Hørsholm	-	-		-	-
Kbh Indre By	-	-		33	39
Kbh Østerbro	-	-		37	37
Lyngby-Taarbæk	-	-		42	-
Rudersdal	-	-		36	-

Baseret på 4.745 besvarelser i 2021, 5.969 besvarelser i 2017 og 4.408 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.8 Forebyggelse af rygning og brug af elektroniske cigaretter

Strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd kan inddeles i den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler dels den individrettede forebyggelse ved at belyse andelen af borgere, som har fået råd fra egen læge til rygestop samt andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop, og dels den strukturelle forebyggelse i form af regler for/forbud mod rygning og brug af e-cigaretter på arbejdspladsen og uddannelsesstedet.

Ændring i opgørelse siden Sundhedsprofil 2017
I Sundhedsprofil 2017 blev 'råd om rygestop fra egen læge' og 'taget imod tilbud om hjælp til rygestop' opgjort blandt alle borgere som ryger både dagligt og lejlighedsvist. Dette er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor det opgøres blandt borgere som ryger dagligt, det vil sige at borgere som ryger lejlighedsvist er ekskluderet fra opgørelsen.

5.8.1 Råd om rygestop fra egen læge

Råd om rygestop fra egen læge opgøres blandt borgere, som ryger dagligt, og som har været hos egen læge inden for det seneste år.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:
- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

Råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – region

I alt 35 % af borgere, som ryger dagligt, i Region Hovedstaden, og som har været til lægen inden for det seneste år, er blevet rådet til at holde op med at ryge af deres læge svarende til 43.000 personer (Tabel 5.16).

Køn og alder: En større andel mænd end kvinder er blevet rådet til rygestop af egen læge. Blandt mænd ses en tendens til, at andelen stiger med stigende alder. Blandt kvinder, som ryger dagligt, ses den mindste andel, som er blevet rådet til rygestop, blandt de 35-44-årige (21 %), hvorefter andelen stiger med stigende alder. Det skal bemærkes, at det ikke har været muligt at opgøre råd om rygestop blandt 16-24-årige mænd samt mænd og kvinder på 80+ år på grund af for få besvarelser.

Etnisk baggrund: Andelen, som er blevet rådet til at stoppe med at ryge af egen læge, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Det ses, at andelen af borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (41 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (20 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, er større blandt langtidssyge, førtidspensionister og pensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke signifikant forskel mellem grupperne.

Det skal bemærkes, at det ikke har været muligt at opgøre råd til rygestop blandt borgere, som er arbejdsløse og ryger dagligt, pga. for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er en større andel af samlevende borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, sammenlignet med enlige borgere. Derimod er der ikke signifikant forskel i andelen blandt borgere henholdsvis med eller uden børn i hjemmet, heller ikke når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

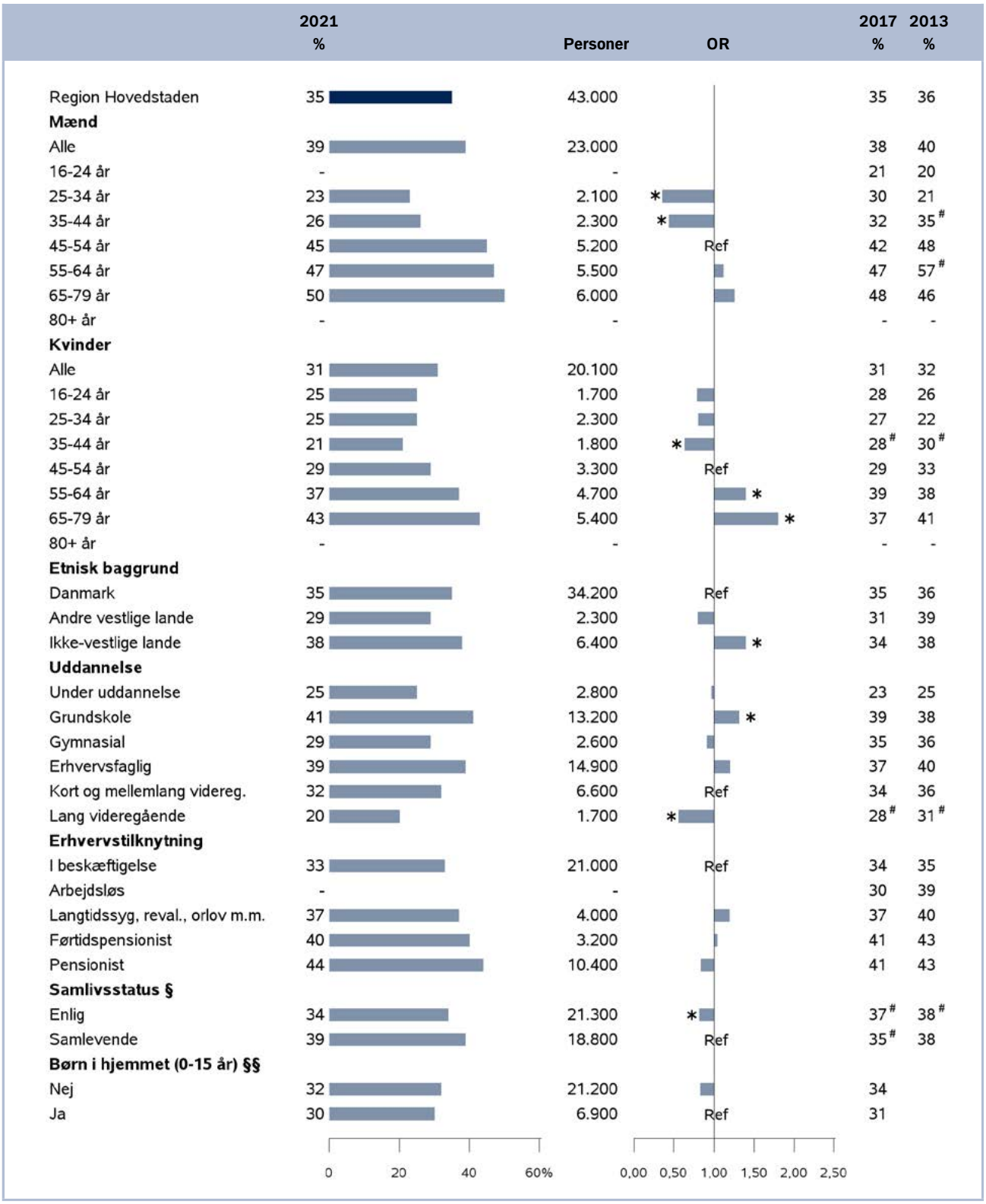
Udvikling: Andelen af borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, blandt borgere, som ryger dagligt, er den samme i 2013, 2017 og 2021 i regionen som helhed. Dog ses der signifikante fald i enkelte sociodemografiske grupper fra 2017 til 2021 og fra 2013 til 2021. Det største fald fra 2013 til 2021 ses blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvor faldet primært er sket fra 2017 til 2021. Fra 2013 og 2017 til 2021 ses tilsvarende et fald blandt 35-44-årige kvinder og enlige. Der ses en signifikant stigning, blandt samlevende, fra 2017 til 2021.

Råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – kommuner

Andelen, som har fået råd om rygestop af egen læge, blandt borgere, som ryger dagligt, er ikke opgjort for flere kommuner og bydele i tabel 5.17. Dette gælder for næsten alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1. Dette skyldes, at for få personer, som ryger dagligt og har været til egen læge, i disse kommuner har svaret på spørgsmålet. Blandt de opgjorte kommuner og bydele varierer andelen af borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, fra 25 % i bydelen Bispebjerg til 46 % i Albertslund Kommune (Tabel 5.17).

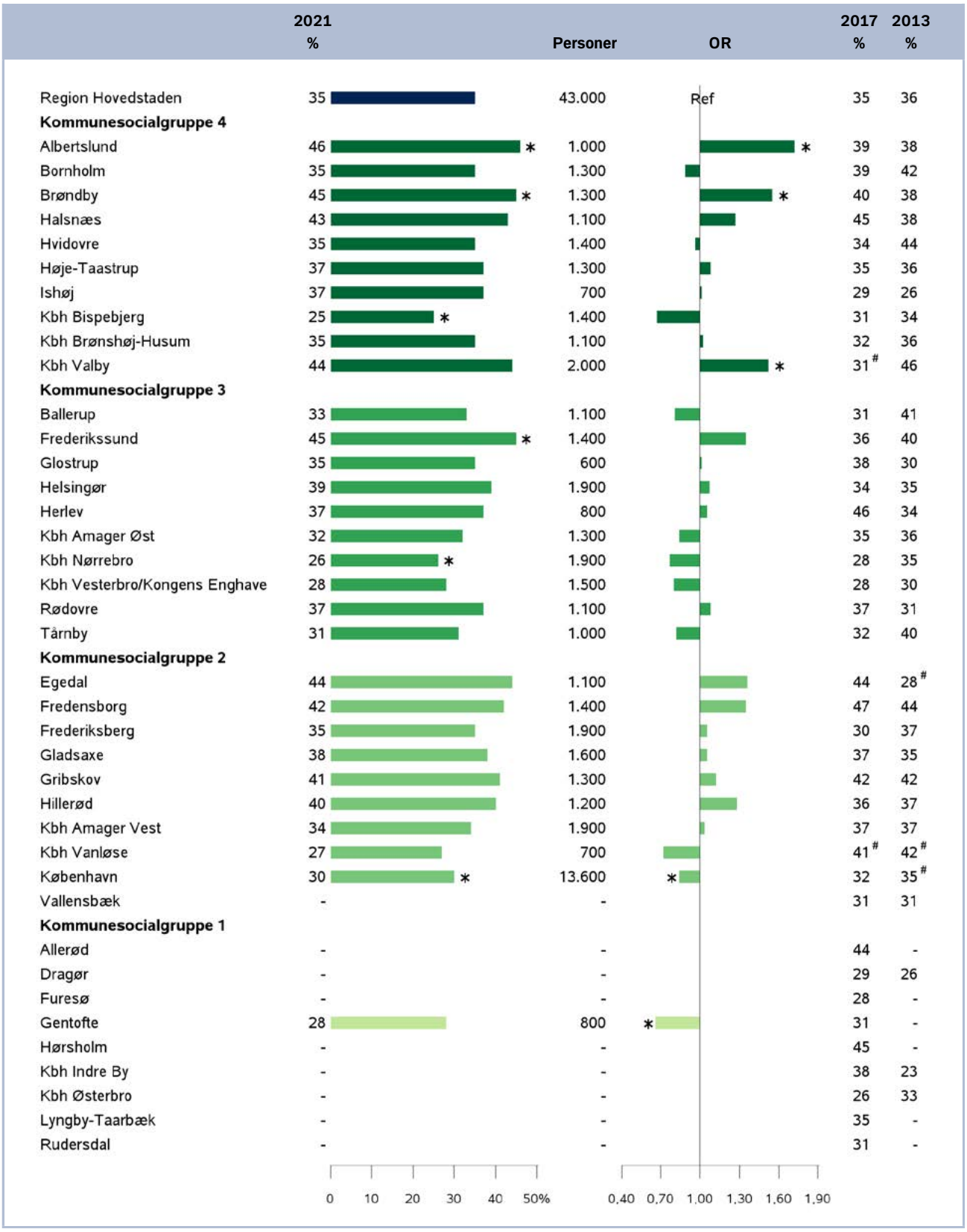
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge. Kun i få kommuner og bydele ses signifikante ændringer. Det største fald fra 2013 til 2021 ses i bydelen Vanløse, hvor faldet primært er sket mellem 2017 og 2021. Den største stigning fra 2013 til 2021 er sket i Egedal Kommune, mens den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelen Valby.

Tabel 5.16 **Råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – region**



Baseret på 4.624 besvarelser i 2021, 6.274 besvarelser i 2017 og 4.744 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 5.17 Råd fra egen læge om rygestop blandt borgere, som ryger dagligt – kommuner



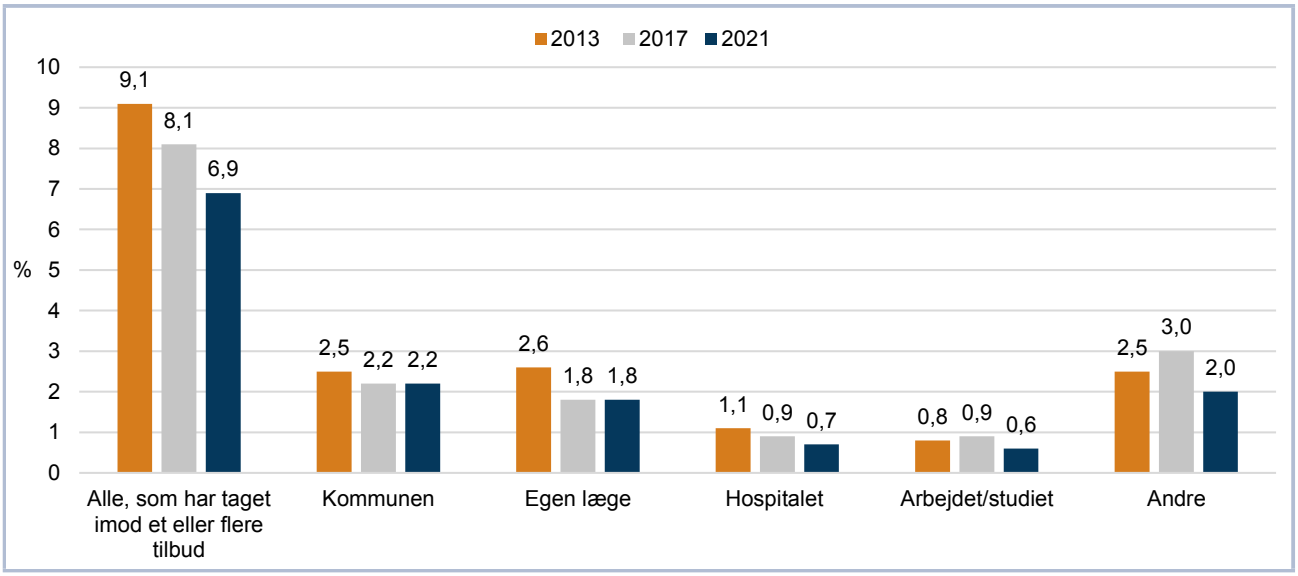
Baseret på 4.624 besvarelser i 2021, 6.274 besvarelser i 2017 og 4.744 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.8.2 Tilbud om hjælp til rygestop

Tilbud om hjælp til rygestop opgøres blandt borgere, som ryger dagligt. Borgerne er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra forskellige instanser. Den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og kan dermed indgå flere steder i figur 5.9.

I 2021 er der flest, som har taget imod tilbud om hjælp til rygestop fra kommunen, efterfulgt af andre instanser end de adspurgte og egen læge (Figur 5.9). Andelen, som har taget imod tilbud fra kommunen og egen læge, har været helt stabil fra 2017 til 2021, mens der er tendens til fald i andelen, som har taget imod tilbud fra øvrige instanser. I 2021 har i alt 6,9 % af borgerne i Region Hovedstaden taget imod mindst ét tilbud om hjælp til rygestop, hvilket er mindre end i 2017 (8,1 %) og 2013 (9,1 %).

Figur 5.9 Taget imod tilbud om hjælp til rygestop indenfor det seneste år blandt borgere, som ryger dagligt
Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til rygestop?"



Baseret på 5.883 besvarelser i 2021, 7.467 besvarelser i 2017 og 5.355 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
Andelen for 'alle, som har taget imod et eller flere tilbud' er mindre end summen af de øvrige kategorier. Dette skyldes, at den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i tabellen. I 'alle'-kategorien tæller hver person kun én gang.

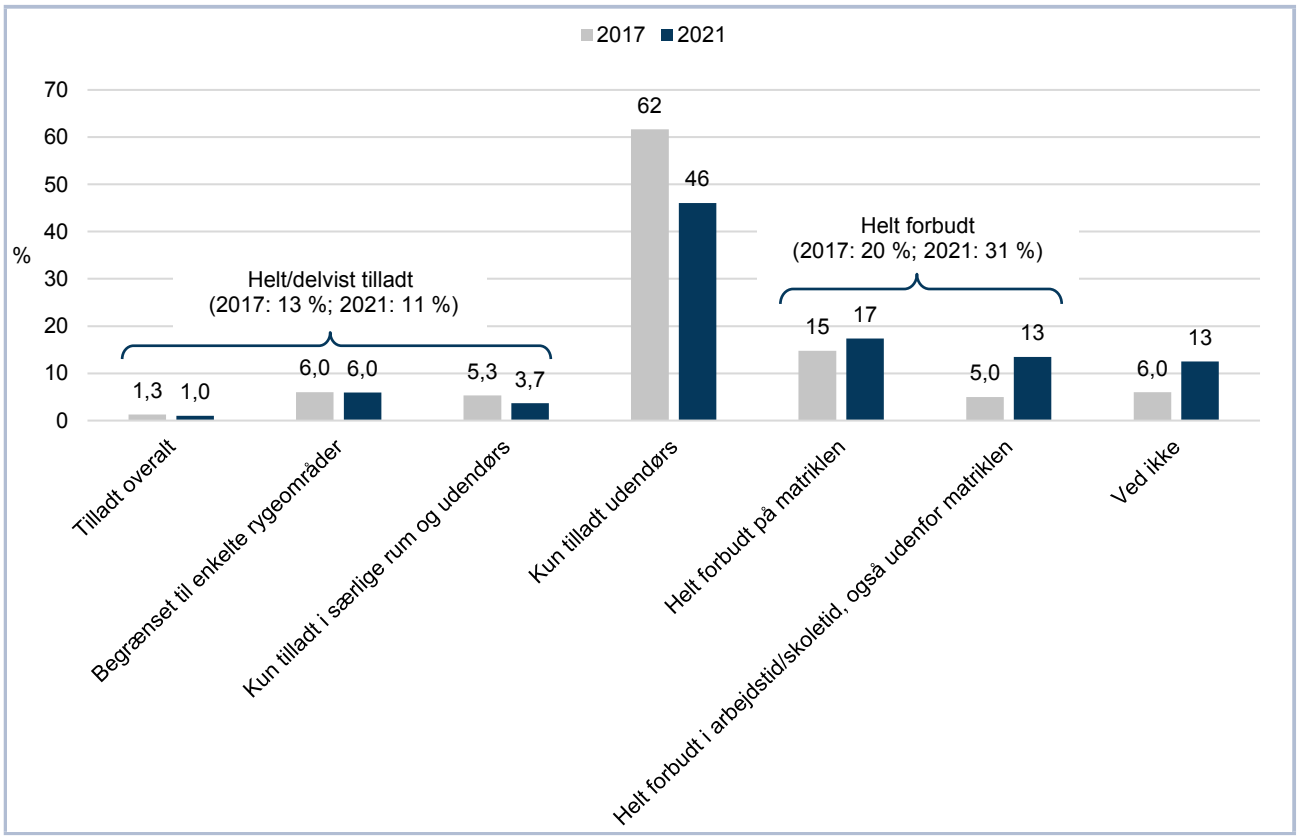
5.8.3 Regler for rygning og brug af e-cigaretter på arbejdspladser og uddannelsessteder

I dette afsnit beskrives regler for henholdsvis rygning og brug af e-cigaretter på arbejdspladser og uddannelsessteder blandt borgere under 65 år, som er i arbejde eller under uddannelse.

Forekomsten af regler for rygning opgøres for 2021 og 2017, mens forekomsten af regler for brug af e-cigaretter kun opgøres for 2021, da der er sket ændringer i svarkategorierne siden 2017. Det skal i fortolkningen af tallene bemærkes, at der lige inden dataindsamlingen til Sundhedsprofil 2021 ved lov blev indført røgfri skoletid for elever på grundskoler, kostskoler og efterskoler (1. januar 2021), og efter dataindsamlingen på alle ungdomsuddannelser (31. juli 2021). Røgfri skoletid omfatter, udover rygning, også e-cigaretter, samt røgfri tobak og nikotinposer (som ikke belyses i dette afsnit).

Figur 5.10 viser, at i alt 11 % angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt, og der er dermed sket et mindre fald siden 2017, der især er båret af et fald i andelen, som angiver at rygning kun er tilladt i særlige rum og udendørs. I 2021 angiver omkring halvdelen (46 %) af borgerne, at rygning kun er tilladt udendørs på deres arbejdsplads/uddannelsessted, hvilket er et fald siden 2017 (62 %). Dette fald modsvares af en betydelig stigning i andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt forbudt, fra 20 % i 2017 til 31 % i 2021. Særligt er der flere borgere i 2021, som angiver, at det er helt forbudt i arbejdstid/skoletid, også uden for matriklen. Det skal dog her bemærkes, at der er sket en ændring i svarkategorien i spørgeskemaet siden 2017, hvorfor en præcis sammenligning er svær. Andelen af borgere som angiver, at de ikke ved, hvilke regler der er for rygning på deres arbejdsplads/uddannelsessted, er steget fra 6,0 % til 13 %.

Figur 5.10 Regler for rygning på arbejdspladser/uddannelsessteder blandt borgere under 65 år i arbejde/under uddannelse
Spørgsmål: "Hvor er det tilladt at ryge på din arbejdsplads/uddannelse?"



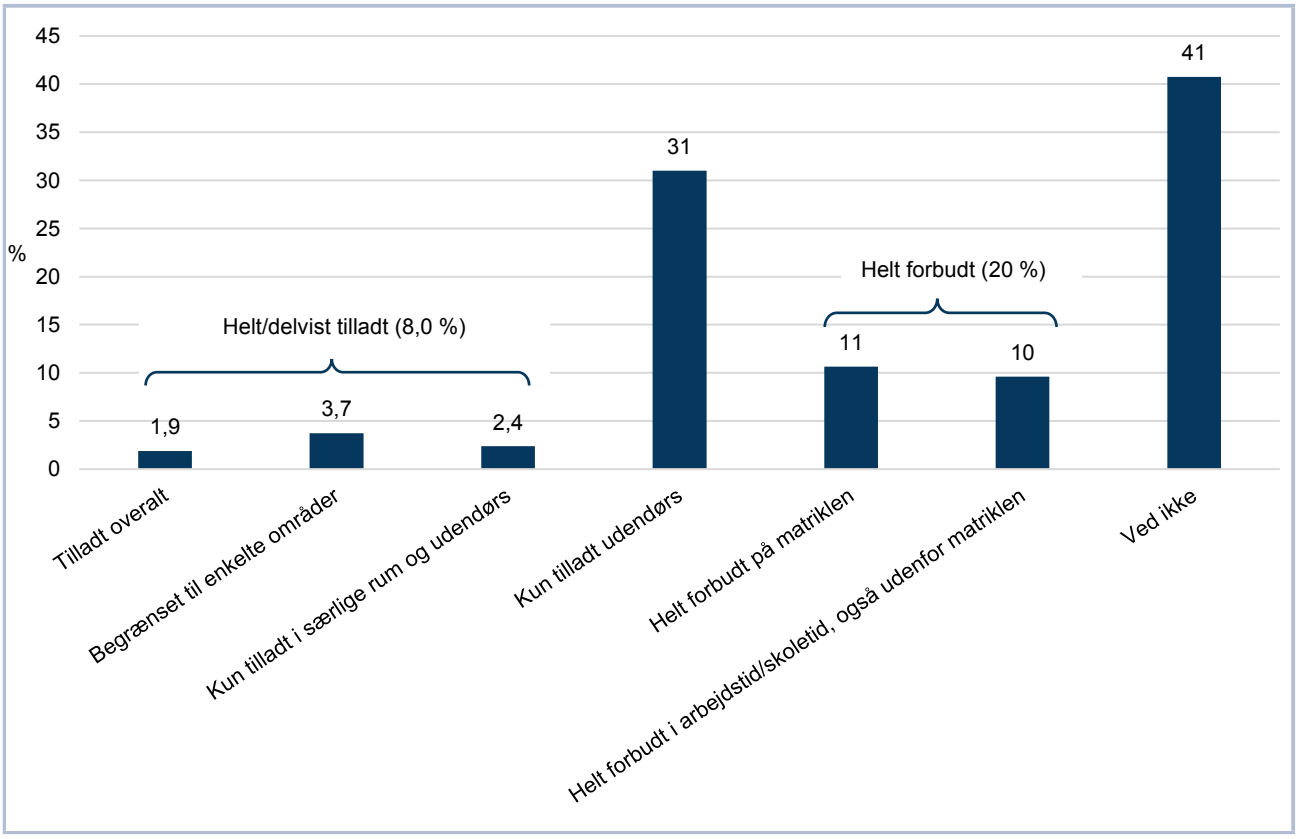
Baseret på 31.308 besvarelser i 2021 og 33.648 besvarelser i 2017 og data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.
Der er sket ændringer i to af spørgsmålenes svarkategorier siden 2017. Spørgsmål og svarkategorierne i 2021 og 2017 kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Af figur 5.11 fremgår det, at 8,0 % af borgerne angiver, at brug af e-cigaretter er helt eller delvist tilladt, hvoraf det for halvdelen af borgerne omfatter, at brug e-cigaretter er begrænset til enkelte områder. I alt 31 % angiver, at brug af e-cigaretter kun er tilladt udendørs på deres arbejdsplads/uddannelsessted.

20 % svarer at brug af e-cigaretter er helt forbudt, hvilket er betragteligt færre end for brug af almindelige cigaretter (31 %) (Figur 5.10). I alt 41 % angiver, at de ikke kender reglerne for e-cigaretter på deres arbejdsplads/uddannelsessted, hvilket er over tre gange så mange som for rygning.

Figur 5.11 Regler for brug af e-cigaretter på arbejdspladser/uddannelsessteder blandt borgere under 65 år i arbejde/under uddannelse

Spørgsmål: "Hvor er det tilladt at bruge e-cigaretter på din arbejdsplads/uddannelse?"



Baseret på 31.243 besvarelser i 2021, og data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Tabel 5.18 og 5.19 viser opgørelser for borgere på arbejdspladser/uddannelsessteder, hvor rygning er henholdsvis helt forbudt og helt/delvist tilladt. Tilsvarende opgørelser for e-cigaretter (Webtabel W5.8 og W5.9) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Der ses overordnet et lignende mønster for e-cigaretter som for rygning (Webtabel W5.8).

Rygning helt forbudt på arbejdspladser og uddannelsessteder – region

I 2021 angiver i alt 31 %, at rygning er helt forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted svarende til 283.900 personer (Tabel 5.18).

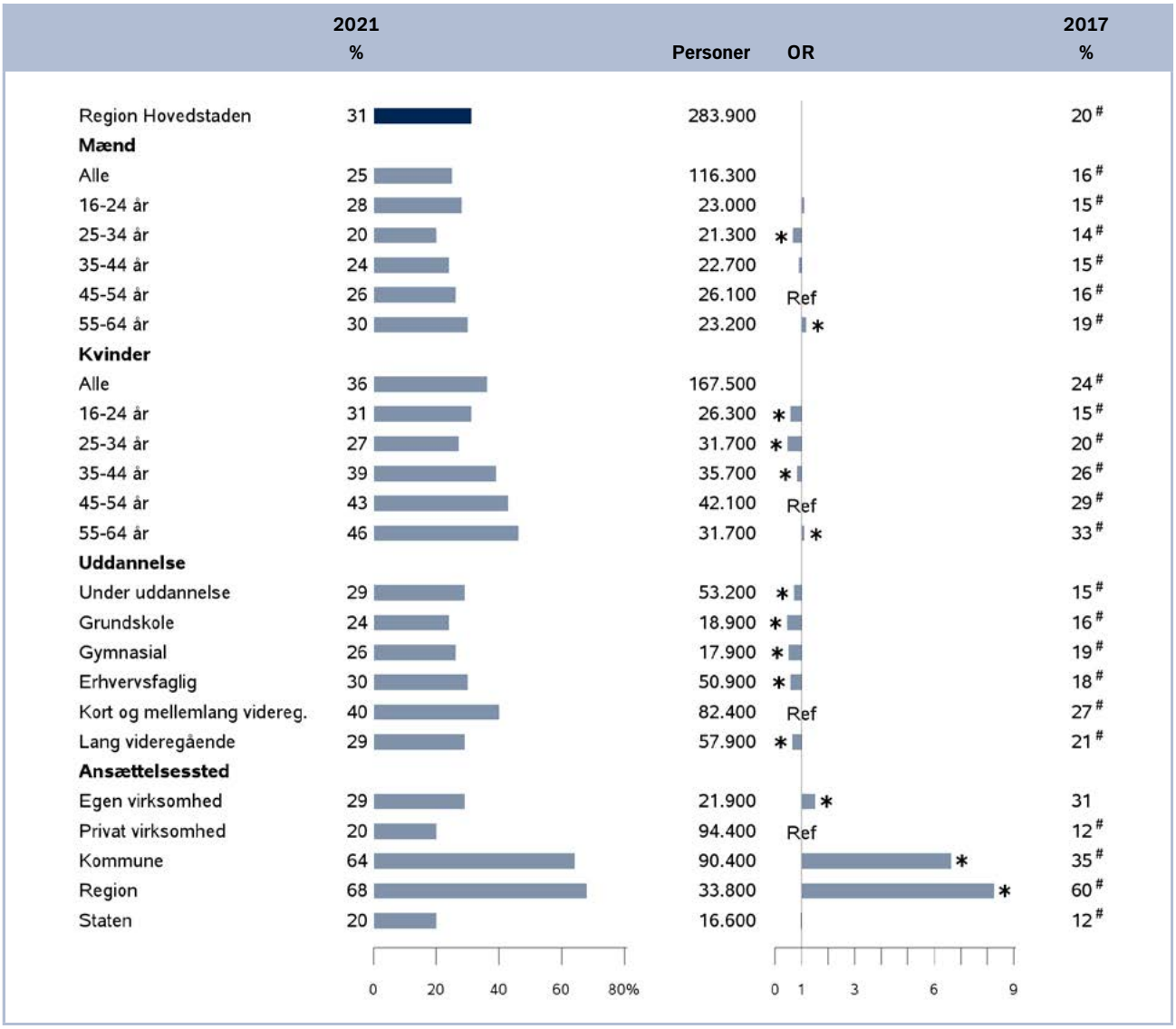
Køn og alder: En større andel kvinder (36 %) end mænd (25 %) angiver, at rygning er helt forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. For begge køn, men særligt for kvinder, stiger andelen, der angiver, at rygning er forbudt, med stigende alder, når der ses bort fra 16-24-årige.

Uddannelse: Andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere med kort- og mellemlang videregående uddannelse (40 %) og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse (24 %).

Ansættelsessted: Andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt forbudt på deres arbejdsplads, er størst blandt borgere, som er ansat i en kommune (64 %) eller region (68 %), og mindst blandt borgere ansat i staten eller privat virksomhed (20 %).

Udvikling: Andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er steget fra 20 % i 2017 til 31 % i 2021. Stigningen ses i alle sociodemografiske grupper med undtagelse af borgere i egen virksomhed. Den største stigning ses blandt borgere, som er ansat i en kommune.

Tabel 5.18 Rygning helt forbudt på arbejdspladser og uddannelsessteder blandt borgere under 65 år i arbejde eller under uddannelse – region



Baseret på 31.308 besvarelser i 2021 og 33.648 besvarelser i 2017.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Rygning helt/delvist tilladt på arbejdspladser og uddannelsessteder – region

De 11 % af borgerne under 65 år, som angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted svarer til 97.900 personer (Tabel 5.19).

Køn og alder: En større andel mænd end kvinder angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. For begge køn er andelen størst blandt de 16-24-årige (mænd 16 %; kvinder 14 %) efterfulgt af de 25-34-årige (mænd 13 %; kvinder 10 %) og mindre blandt de 35+-årige borgere, hvor andelen i øvrigt er væsentligt mindre blandt kvinder end mænd.

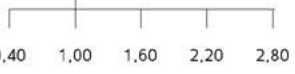
Uddannelse: Der ses en social gradient i andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, når der ses bort fra borgere med gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (16 %) og mindst blandt borgere med videregående uddannelse (7 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der en forskel mellem kort/mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse, hvormed den sociale gradient bliver tydeligere.

Ansættelsessted: Andelen af borgere, hvor rygning er helt eller delvist tilladt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere, som er ansat i en privat virksomhed, og mindst blandt borgere ansat i en kommune eller region.

Udvikling: Andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er faldet fra 13 % i 2017 til 11 % 2021. Faldet ses i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere, som er ansat i en region.

Tabel 5.19 **Rygning helt/delvist tilladt på arbejdspladser og uddannelsessteder blandt borgere under 65 år i arbejde/under uddannelse – region**

	2021 %	Personer	OR	2017 %
Region Hovedstaden	11	97.900		13 #
Mænd				
Alle	13	57.600		15 #
16-24 år	16	13.200	*	16
25-34 år	13	13.900		15 #
35-44 år	11	10.000		13 #
45-54 år	12	11.800	Ref	15 #
55-64 år	11	8.700		15 #
Kvinder				
Alle	9	40.300		10 #
16-24 år	14	11.700	*	14
25-34 år	10	11.600	*	11
35-44 år	7	6.800		9
45-54 år	6	6.100	Ref	10 #
55-64 år	6	4.100		9 #
Uddannelse				
Under uddannelse	14	25.000	*	15
Grundskole	16	12.900	*	19 #
Gymnasial	12	8.400	*	12
Erhvervsfaglig	12	20.700	*	15 #
Kort og mellemlang videreg.	7	15.200	Ref	9 #
Lang videregående	7	13.400	*	8
Ansættelsessted				
Egen virksomhed	10	7.500		13 #
Privat virksomhed	12	55.500	Ref	13 #
Kommune	6	8.600	*	9 #
Region	7	3.600	*	12 #
Staten	11	9.000		12



Baseret på 31.308 besvarelser i 2021 og 33.648 besvarelser i 2017.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

5.9 Litteratur

1. Reitsma MB, Kendrick PJ, Ababneh E, Abbafati C, Abbasi-Kangevari M, Abdoli A, m.fl. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. The Lancet. 19. juni 2021;397(10292):2337–60.

2. Tobacco Control Research Group, University of Bath. Next Generation Products [Internet]. TobaccoTactics. 2021 [henvist 2. november 2021]. Tilgængelig hos: https://tobaccotactics.org/wiki/next-generation-products/

3. Andersen MB, Bast LS. §RØG – En undersøgelse af tobak, adfærd og regler - Udvalgte tendenser 2021. København: Statens Insititut for Folkesundhed; 2021.

4. Folketinget. Aftaletekst - National handleplan mod børn og unges rygning [Internet]. 2019 [henvist 9. marts 2021]. Tilgængelig hos: https://www.regeringen.dk/media/8732/aftaletekst.pdf

5. Sundhedsministeriet. National handlingsplan mod børn og unges rygning [Internet]. Udspil og aftaler. 2020 [henvist 22. oktober 2021]. Tilgængelig hos: https://sum.dk/udspil-og-aftaler/aftaler/2020/december/national-handlingsplan-mod-boern-og-unges-rygning

6. Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profiles - Denmark - What risk factors drive the most death and disability combined? [Internet]. Tilgængelig hos: https://www.healthdata.org/denmark

7. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

8. Prescott E. Tobaksrygning og rygestop: Konsekvenser for sundheden. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen; 2004.

9. Pisinger CH, Nielsen F, Halldorsson A, Godtfredsen NS. Rygning kan have skadelige effekter selv ved ophør før 30-årsalderen. Ugeskrift for Læger. 2021;183.

10. Andersson TM-L, Engholm G, Brink A-L, Pukkala E, Stenbeck M, Tryggvadottir L, m.fl. Tackling the tobacco epidemic in the Nordic countries and lower cancer incidence by 1/5 in a 30-year period—The effect of envisaged scenarios changing smoking prevalence. European Journal of Cancer. november 2018;103:288–98.

11. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of progress: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.

12. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Tobak. 2. udg. Købehavn: Sundhedsstyrelsen; 2018.

13. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS, Gyrd-Hansen D. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? Købehavn: Vidensråd for Forebyggelse; 2018.

14. Cruz TB, McConnell R, Low BW, Unger JB, Pentz MA, Urman R, m.fl. Tobacco Marketing and Subsequent Use of Cigarettes, E-Cigarettes, and Hookah in Adolescents. Nicotine Tob Res. 21. juni 2019;21(7):926–32.

15. Hedman L, Backman H, Stridsman C, Lundbäck M, Andersson M, Rönmark E. Predictors of electronic cigarette use among Swedish teenagers: a population-based cohort study. BMJ Open. 29. december 2020;10(12):e040683.

16. Holman LR, Bricker JB, Comstock BA. Psychological predictors of male smokeless tobacco use initiation and cessation: a 16-year longitudinal study. Addiction. juli 2013;108(7):1327–35.

17. Regeringen. Patienternes kræftplan - Kræftplan IV. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.

18. Frederiksen N. Rygeafvænning i Norden. Stockholm: Nordens välfärdscenter; 2018.

19. HAR Jensen, M Davidsen, O Ekholm, AI Christensen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

20. Lau CJ, Lykke M, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg Hospital: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.

21. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

22. Sundhedsstyrelsen. E-cigaretter og helbred. København: Sundhedsstyrelsen; 2021.

23. Pisinger C, Døssing M. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Preventive Medicine. 1. december 2014;69:248–60.

24. Buchanan ND, Grimmer JA, Tanwar V, Schwieterman N, Mohler PJ, Wold LE. Cardiovascular risk of electronic cigarettes: a review of preclinical and clinical studies. Cardiovasc Res. 1. januar 2020;116(1):40–50.

25. Chun LF, Moazed F, Calfee CS, Matthay MA, Gotts JE. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology. 1. august 2017;313(2):193–206.

26. Glantz SA, Bareham DW. E-Cigarettes: Use, Effects on Smoking, Risks, and Policy Implications. Annu Rev Public Health. 1. april 2018;39:215–35.

27. Gotts JE, Jordt S-E, McConnell R, Tarran R. What are the respiratory effects of e-cigarettes? BMJ. 30. september 2019;366.

28. Kennedy CD, van Schalkwyk MCI, McKee M, Pisinger C. The cardiovascular effects of electronic cigarettes: A systematic review of experimental studies. Prev Med. oktober 2019;127.

29. Prochaska JJ. The public health consequences of e-cigarettes: a review by the National Academies of Sciences. A call for more research, a need for regulatory action. Addiction. 2019;114(4):587–9.

30. O'Brien D, Long J, Quigley J, Lee C, McCarthy A, Kavanagh P. Association between electronic cigarette use and tobacco cigarette smoking initiation in adolescents: a systematic review and meta-analysis. BMC Public Health. 3. juni 2021;21(1).

31. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering. Samband mellan snus, e-cigaretter och tobaksrökning [Internet]. 2020 [henvist 21. oktober 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-bereder/samband-mellan-snus-e-cigaretter-och-tobaksrokning/

32. Khouja JN, Suddell SF, Peters SE, Taylor AE, Munafò MR. Is e-cigarette use in non-smoking young adults associated with later smoking? A systematic review and meta-analysis. Tob Control. 10. marts 2020;30(1):8–15.

33. Sundhedsstyrelsen, Lisbeth Lund, Lotus Sofie Bast. Danskernes Rygevaner 2020 Delrapport 1: Nikotinafhængighed. København: Statens Institut for Folkesundheds, SDU på vegne af Sundhedsstyrelsen; 2021.

34. Sundhedsstyrelsen, Lisbeth Lund, Lotus Sofie Bast, Bast LS. Danskernes rygevaner 2020 Delrapport 2: Rygestop og rygestop-adfærd. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU på vegne af Sundhedsstyrelsen; 2021.

35. Flacco ME, Ferrante M, Fiore M, Marzuillo C, La Vecchia C, Gualano MR, m.fl. Cohort study of electronic cigarette use: safety and effectiveness after 4 years of follow-up. Eur Rev Med Pharmacol Sci. januar 2019;23(1):402–12.

36. Jeon C, Jung KJ, Kimm H, Lee S, Barrington-Trimis JL, McConnell R, m.fl. E-cigarettes, conventional cigarettes, and dual use in Korean adolescents and university students: Prevalence and risk factors. Drug Alcohol Depend. 1. november 2016;168:99–103.

37. Christensen T, Welsh E, Faseru B. Profile of e-cigarette use and its relationship with cigarette quit attempts and abstinence in Kansas adults. Prev Med. december 2014;69:90–4.

38. Bhatta DN, Glantz SA. Association of E-Cigarette Use With Respiratory Disease Among Adults: A Longitudinal Analysis. Am J Prev Med. februar 2020;58(2):182–90.

39. Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om tobaksvarer m.v. [Internet]. jul 6, 2016. Tilgængelig hos: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2016/608#id4adeabd3-1585-4793-9f4a-04f0cadfda41

40. Kristensen MM, Christiansen NS, Folker AP. Forebyggelse af brug af snus og tyggetobak blandt unge. København: Statens Insititut for Folkesundhed, SDU; 2017.

41. Miao S, Beach ES, Sommer TJ, Zimmerman JB, Jordt S-E. High-Intensity Sweeteners in Alternative Tobacco Products. Nicotine Tob Res. november 2016;18(11):2169–73.

42. Sundhedsstyrelsen. Unges brug af røgfri tobak - Nøgletal fra en spørgeskemaundersøgelse blandt unge 15-24-årige. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

43. Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbruk [Health risks from snus use Norwegian Institute of Public Health. Report 2019). Oslo: Folkehelseinstituttet; 2019.

44. Stuart H. Snus fås i mange styrker og kan indeholde lige så meget eller mere nikotin end cigaretter [Internet]. Myter om snus. [henvist 16. november 2021]. Tilgængelig hos: https://myteromsnus.dk/snus-faas-i-mange-styrker-og-kan-indeholde-lige-saa-meget-eller-mere-nikotin-end-cigaretter/

45. DiFranza JR, Sweet M, Savageau JA, Ursprung WWS. The assessment of tobacco dependence in young users of smokeless tobacco. Tob Control. september 2012;21(5):471–6.

46. Chaarani B, Kan K-J, Mackey S, Spechler PA, Potter A, Orr C, m.fl. Low Smoking Exposure, the Adolescent Brain, and the Modulating Role of CHRNA5 Polymorphisms. Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging. juli 2019;4(7):672–9.

47. England LJ, Bunnell RE, Pechacek TF, Tong VT, McAfee TA. Nicotine and the Developing Human. Am J Prev Med. august 2015;49(2):286–93.

48. Leslie FM. Unique, long-term effects of nicotine on adolescent brain. Pharmacology Biochemistry and Behavior. oktober 2020;197:173010.

49. U.S. Department of Health and Human Services. E-Cigarette Use Among Youth and Young Adults. A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2016.

50. Andreasen JT. Rygestop og psykiatri - Betydning af tobaksrygning og rygestop for psykiatriske symptomer og behovet for psykofarmaka. København: Institut for Lægemiddeldesign og Farmakologi ved Københavns Universitet, på vegne af Sundhedsstyrelsen; 2021.

51. Grøtvedt L, Forsén L, Ariansen I, Graff-Iversen S, Lingaas Holmen T. Impact of snus use in teenage boys on tobacco use in young adulthood; a cohort from the HUNT Study Norway. BMC Public Health. 13. september 2019;19(1).

52. Jakobsen GS, Sølvhøj IN, Homberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

53. Johannesen CK, Andersen S, Bast LS. Veje til et røgfrit ungeliv - Betydningen af tre tiltag til forebyggelse af rygning blandt børn og unge - fremskrivninger til 2030. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU i samarbejde med Sundhedsstyrelsen; 2019.

54. Kræftens Bekæmpelse. Kommuner med røgfri arbejdstid [Internet]. Kræftens Bekæmpelse. 2021 [henvist 11. november 2021]. Tilgængelig hos: https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/indsatser-mod-rygning/roegfri-arbejdstid/kommuner-med-roegfri-arbejdstid/

55. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Corona fik mange unge til at ændre rygevaner [Internet]. Ugens tal, uge 38 2021, SDU. 2021 [henvist 11. november 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/38_2021

Kapitel 6

Alkohol

- I 2021 drikker 18 % af borgerne i Region Hovedstaden over 10 genstande om ugen, 7,2 % drikker ugentligt over 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd, og 12 % rusdrikker ugentligt. Der er 16 % af borgerne, som har tegn på problematisk alkoholforbrug.

- Samlet set har 22 % af borgerne én eller flere af følgende uhensigtsmæssige alkoholvaner: drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt og/eller har tegn på problematisk alkoholforbrug. Den samlede andel er størst blandt de 65+ årige (25 %).

- Andelen af borgere, som drikker over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen, og som rusdrikker ugentligt, er generelt faldet siden 2010. Fra 2017 til 2021 ses nogle af de største fald blandt de 16-24-årige og unge under uddannelse, mens der ikke ses et fald blandt de 35-44-årige og 65+ årige. Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er kun faldet en anelse siden 2010, og er overordnet ikke ændret siden 2017. Der ses dog et fald blandt nogle sociodemografiske grupper, især de 16-24-årige borgere og mænd på 55-64 år.

- Ugentligt alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande er generelt hyppigst forekommende blandt de 16-24-årige og de 65-79-årige. Samtidig har de 16-24-årige også den største andel, som rusdrikker ugentligt (mænd: 25 %; kvinder: 17 %), mens den største andel med tegn på problematisk alkoholforbrug ses blandt de 65-79-årige (mænd: 29 %; kvinder 15 %).

- En større andel mænd end kvinder drikker ugentligt over hhv. 10 og 14/21 genstande, rusdrikker ugentligt og har tegn på problematisk alkoholforbrug.

- Der ses en social gradient for ugentligt alkoholindtag afhængigt af alder og indtag. For de 35-64-årige ses en social gradient, hvor andelen, som drikker over 14/21 genstande, er størst blandt borgere med kort uddannelse og bliver mindre med stigende uddannelseslængde. For over 10 genstande om ugen ses ingen tydelig sammenhæng. Derimod ses en omvendt social gradient for de 65+ årige, hvor andelen med et alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen er størst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Uafhængig af alder ses der ligeledes en højere forekomst af tegn på problematisk alkoholforbrug jo længere uddannelse (dvs. omvendt social gradient), hvorimod den største andel, som rusdrikker ugentligt, ses blandt borgere under uddannelse og med gymnasial uddannelse.

- Mellem kommunerne ses ligeledes store forskelle i alkoholindtag med en tendens til en omvendt social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne for et alkoholindtag over hhv. 10 og 14/21 genstande om ugen samt for tegn på problematisk alkoholforbrug. For ugentlig rusdrikning ses de største andele i København og Frederiksberg kommuner.

- En tredjedel af de kvinder og mænd, som drikker over 14/21 genstande om ugen, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug og heraf ønsker én ud af fire at få hjælp til at nedsætte forbruget. Blandt de kvinder og mænd, som drikker over 14/21 genstande om ugen og har været ved egen læge seneste år, er 15 % blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af lægen; dette gælder særligt mænd (20 %) samt borgere med grundskoleuddannelse (23 %) og erhvervsfaglig uddannelse (21 %).

Indledning

Alkohol omtales ofte som værende en del af den danske kultur, og i Danmark er det i høj grad normen at drikke alkohol (1). Danskernes indtag af alkohol har siden 1970'erne været et af de højeste i Europa, men er faldet de seneste 20 år og ligger nu lidt under EU-gennemsnittet (2). Andelen, der drikker alkohol i Danmark, er blandt unge dog stadig den højeste i Europa (2) og blandt ældre den højeste i de nordiske lande (3). Alkohol er en af de enkeltstående faktorer med størst negativ indflydelse på folkesundheden i Danmark (4,5) og er forbundet med mere end 200 tilstande og sygdomme samt risiko for tidlig død (6,7).

Konsekvenser af alkohol

Et højt alkoholforbrug er forbundet med øget sygelighed og dødelighed (6–9). Bl.a. stiger risikoen for en lang række kræftformer, lever- og bugspytkirtelsygdomme, alkoholafhængighed, visse hjertekarsygdomme, ulykker samt fosterpåvirkning (7,8). Ifølge Global Burden of Disease 2019 estimeres det, at alkohol er skyld i 3.500 dødsfald om året i Danmark, hvilket svarer til ca. 6,4 % af alle dødsfald (5). Derudover resulterer alkohol årligt i 112.000 tabte gode leveår (disability-adjusted life years; DALYs) svarende til 6,6 % af det totale antal tabte gode leveår (5). Især hos yngre personer er alkohol den risikofaktor med størst betydning for død og sygdom (9). Det er f.eks. estimeret, at der dør én 15-25-årig om måneden pga. alkohol i Danmark (10), og alkohol er en hyppig grund til hospitalskontakt blandt unge (11). Derudover er et højt alkoholindtag forbundet med en lang række negative sociale og økonomiske konsekvenser f.eks. arbejdsløshed, ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, vold og kriminalitet (12–14). Alkohol medfører også store samfundsmæssige konsekvenser i form af øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundhedsydelser og medicin (4).

Det er særligt et højt forbrug af alkohol, der medfører negative konsekvenser, mens et lavt forbrug ikke er forbundet med samme helbredsrisici (9,15–17). Den præcise grænse er dog til diskussion (6,7,16,18). I en stor, nyere metaanalyse blev der ikke vist nogen helbredsrisiko ved et alkoholindtag på én genstand om dagen, mens risikoen var en anelse øget ved to genstande om dagen og yderligere øget ved fem genstande om dagen (9). Dansk forskning har endvidere vist, at størstedelen af alkoholrelaterede dødsfald ses blandt personer med et højt alkoholindtag, defineret som over 14 og 21 genstande om ugen for hhv. kvinder og mænd (15). Alkoholrelaterede konsekvenser afhænger også af drikkemønsteret. Især giver indtag af større mængder alkohol ved samme lejlighed – ofte kaldet rusdrikning eller binge drikning – øget risiko for hjertekarsygdomme og diabetes samt for mere akutte konsekvenser som f.eks. ulykker og uhensigtsmæssig adfærd (8). Til gengæld er et dagligt alkoholindtag med til at øge risikoen for leversygdom sammenlignet med sjældnere indtag (19,20).

Konsekvenserne af alkohol afhænger også af sociodemografiske faktorer som alder, køn og socioøkonomisk position (6,16). For unge er konsekvenserne i højere grad akutte efter rusdrikning (21,22), mens der hos voksne i højere grad er tale om alkoholrelateret lever- og bugspytkirtelsygdomme samt kræft. Derudover er der fundet kønsforskelle i alkoholrelateret risiko for en række kroniske sygdomme, hvor risikoen er højere for kvinder end mænd ved samme alkoholindtag (6). For alkoholrelateret dødelighed er der modsat ikke fundet kønsforskelle ved et indtag på op til fire genstande pr. dag, mens kvinder har øget risiko ved større mængder alkohol (16,23). I forhold til socioøkonomisk position oplever både unge og voksne med lav socioøkonomisk position i højere grad alkoholrelateret sygelighed og dødelighed sammenlignet med personer med høj socioøkonomisk position med tilsvarende alkoholindtag. Dette betegnes 'alkoholparadokset' ('the alcohol-harm paradox') (16,21,24,25). Størstedelen af de alkoholrelaterede dødsfald i Danmark sker således blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (90 %) på trods af, at der overordnet ikke ses stor forskel i alkoholindtag på tværs af uddannelsesgrupper (4,16). Den Nationale Sundhedsprofil 2017 viser dog, at sammenhængen mellem alkoholindtag og uddannelse varierer afhængigt af alder og køn (26). Der ses således højere forekomst af et ugentligt indtag over 21 genstande ved kortere uddannelse blandt 35-64-årige mænd, mens der ikke ses forskel mellem uddannelsesgrupper blandt kvinder i samme aldersgruppe i forhold til andelen, som drikker over 14 genstande om ugen. For borgere på 65+ år var der omvendt en højere forekomst af et alkoholindtag over 14/21 genstande for kvinder/mænd jo længere uddannelse. Det er væsentligt at være opmærksom på dette alkoholparadoks i det forebyggende arbejde.

Alkoholforebyggelse

Alkoholforebyggelse kan opdeles i forebyggelsesindsatser, der skal mindske andelen, som begynder at drikke meget alkohol, samt indsatser, der skal nedsætte alkoholforbruget hos de enkelte borgere med et højt alkoholforbrug. Kommunerne har det primære ansvar for begge dele. Derudover står Sundhedsstyrelsen for oplysningskampagner bl.a. via officielle udmeldinger/risikovurderinger på alkoholområdet, mens national strukturel alkoholforebyggelse som f.eks. aldersgrænser fastsættes af Folketinget.

I forhold til at mindske andelen, som begynder at drikke meget alkohol, er de unge og deres alkoholkultur ofte i fokus, hvor målet især er at udskyde alkoholdebut samt at begrænse unges alkoholindtag. Dette skyldes bl.a., at et højt alkoholindtag i ungdommen samt en tidlig alkoholdebut er forbundet med et højere alkoholindtag senere i livet (21,22). Særligt strukturelle tiltag er vist effektive i forebyggelsen, som f.eks. højere, ensrettede aldersgrænser for salg af alkohol og højere priser på alkohol (21,22). Derudover har begrænset udbud af alkoholsalg f.eks. via alkoholbevillinger også en vis effekt (27). Danmark er dog bagud i forhold til implementering af strukturelle tiltag over for alkohol sammenlignet med øvrige vesteuropæiske lande (2,28,29), og færre kommuner i 2019 end i 2017 vurderer, at de lever op til anbefalingerne i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke for alkohol (30). I de seneste par år er der dog kommet større fokus på alkoholforebyggelse, især blandt unge, og en national handlingsplan for at nedsætte unges alkoholforbrug er ligeledes under udarbejdelse (januar 2022). Den nuværende alkoholforebyggelse blandt unge fokuserer bl.a. på at mindske lokal tilgængelighed af alkohol, mindske drikkepres samt at styrke socialt samvær uden alkohol. Derudover er uddannelsesstedernes og forældrenes rolle samt flerstrengede indsatser i fokus (31). Således har et stigende antal ungdomsuddannelser lavet en mere restriktiv alkoholpolitik de seneste 10 år bl.a. i

samarbejde med kommunerne (32), og videregående uddannelser har skærpet deres alkoholpolitik f.eks. i forbindelse med introforløb (33). Af andre igangværende indsatser og initiativer for at nedsætte unges alkoholforbrug kan nævnes 'Fuld af liv', som bl.a. Kræftens Bekæmpelse står bag, og hvor ideer til lokale tiltag kan ses på deres hjemmeside (34,35), 'Fælles om ungelivet' som Sundhedsstyrelsen står bag i samarbejde med flere kommuner med afsæt i 'den islandske model' (36) samt alliancen 'Drukfri ungdom', som er dannet af en lang række organisationer for at få indført en ensrettet aldersgrænse på 18 år for salg af alkohol. Yderligere inspiration til forebyggelsesindsatser for at mindske andelen, som begynder at drikke meget, kan findes i Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke, opdateret i 2018 (27), og i en rapport fra Vidensråd for Forebyggelse fra 2019 med fokus på unges alkoholforbrug (22).

Den anden gren af alkoholforebyggelsen med fokus på at mindske alkoholforbrug hos den enkelte borger med højt alkoholforbrug inkluderer både opsporing af borgere med et højt alkoholforbrug samt alkoholrådgivning. Det hænger også sammen med alkoholbehandling, som kommunerne også står for. I de senere år er der særligt kommet et øget fokus på tidlig opsporing af borgere med behov for alkoholrådgivning og/eller -behandling. Til dette har Sundhedsstyrelsen fået udarbejdet materiale, der skal understøtte kommunernes tidlige opsporing af disse borgere, efter en gennemgang af behandlingstilbud for alkoholproblemer viste et særligt behov for dette (37,38). Dette er også relevant i sundhedsvæsenet, hvor der generelt mangler systematisk opsporing af patienter med alkoholproblemer samt hjælp til disse (39). Tilsvarende mangler der opsporing af og hjælp til familier med alkoholproblemer (40). Gennemgangen af behandlingstilbud på alkoholområdet har yderligere vist store forskelle i kommunernes behandlingstilbud og kvaliteten heraf. For ensretning af behandlingstilbud har Sundhedsstyrelsen udgivet kliniske retningslinjer for behandling af alkoholproblemer til at understøtte kommunernes arbejde (41).

Til det generelle forebyggelsesarbejde har Sundhedsstyrelsen i første kvartal af 2022 opdateret deres udmeldinger på alkoholområdet, som erstatter de tidligere udmeldinger om bl.a. en lav- og højrisikogrænse på hhv. 7/14 og 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd. De opdaterede udmeldinger angiver bl.a., at der ikke er nogen sikker nedre grænse, hvor det er helt uden risiko at drikke alkohol, men hvis man vælger at drikke alkohol, er risikoen for alkoholrelateret sygdom og død lav, hvis man undgår at drikke mere end 10 genstande om ugen (for både kvinder og mænd) og højest drikker fire genstande på samme dag. Derudover er der udmeldinger rettet mod bl.a. børn og unge under 18 år, som frarådes at drikke alkohol, og unge mellem 18 og 25 år, der skal være forsigtige med deres indtag. De præcise udmeldinger kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Nyeste tal for alkohol

De nyeste nationale tal fra 2021 viser, at 16 % af borgere på 16 år eller derover drikker over 10 genstande på en typisk uge, hvilket er et fald fra 18 % i 2017 (42). Når der ses på salg af alkohol, blev der i Danmark i 2020 solgt, hvad der svarer til 12,4 genstande om ugen pr. person over 18 år. For 10 år siden var dette 13,6 genstande om ugen (43). Særligt unge danskere har et højt forbrug af alkohol (44,45), hvor de især drikker for at blive berusede i forbindelse med sociale aktiviteter, og hvor alkohol ofte anses som en del af festkulturen (22). I 2018 har 40 % af de 16-årige i Danmark således været fulde inden for de seneste 30 dage, mens gennemsnittet i Europa er 13 % (45). Der ses dog tendens til positive ændringer i Danmark, hvor færre unge drikker alkohol og rusdrikker, især i folkeskolen (46).

Selvom indtaget af alkohol har været gradvist faldende de seneste mange år, kan det i 2020 og 2021 tænkes, at der er kommet et ekstra fald i alkoholindtaget som følge af omstændighederne ved COVID-19 pandemien herunder nedlukning og restriktioner. I Danmark er det således vist, at størstedelen af unge drak mindre alkohol under den første nedlukning i foråret 2020 end inden nedlukningen (47). Dette understøttes af et studie på tværs af europæiske lande, der finder et lavere gennemsnitligt alkoholforbrug i Danmark under den første nedlukning sammenlignet med tidligere (48). Andre undersøgelser peger dog på et større indtag af alkohol under COVID-19 pandemien for nogle grupper bl.a. højtlønnede, midaldrende og personer med angst og depression (49). Derudover er antallet af kontakter til alkoholrådgivningen i Danmark steget under COVID-19 pandemien; dette har dog været stigende i en årrække (50). Det er dog svært at vurdere i hvilken grad, pandemien kan forklare den seneste udvikling i alkoholvaner, eller om udviklingen er en fortsættelse af den tendens, som sås før pandemien.

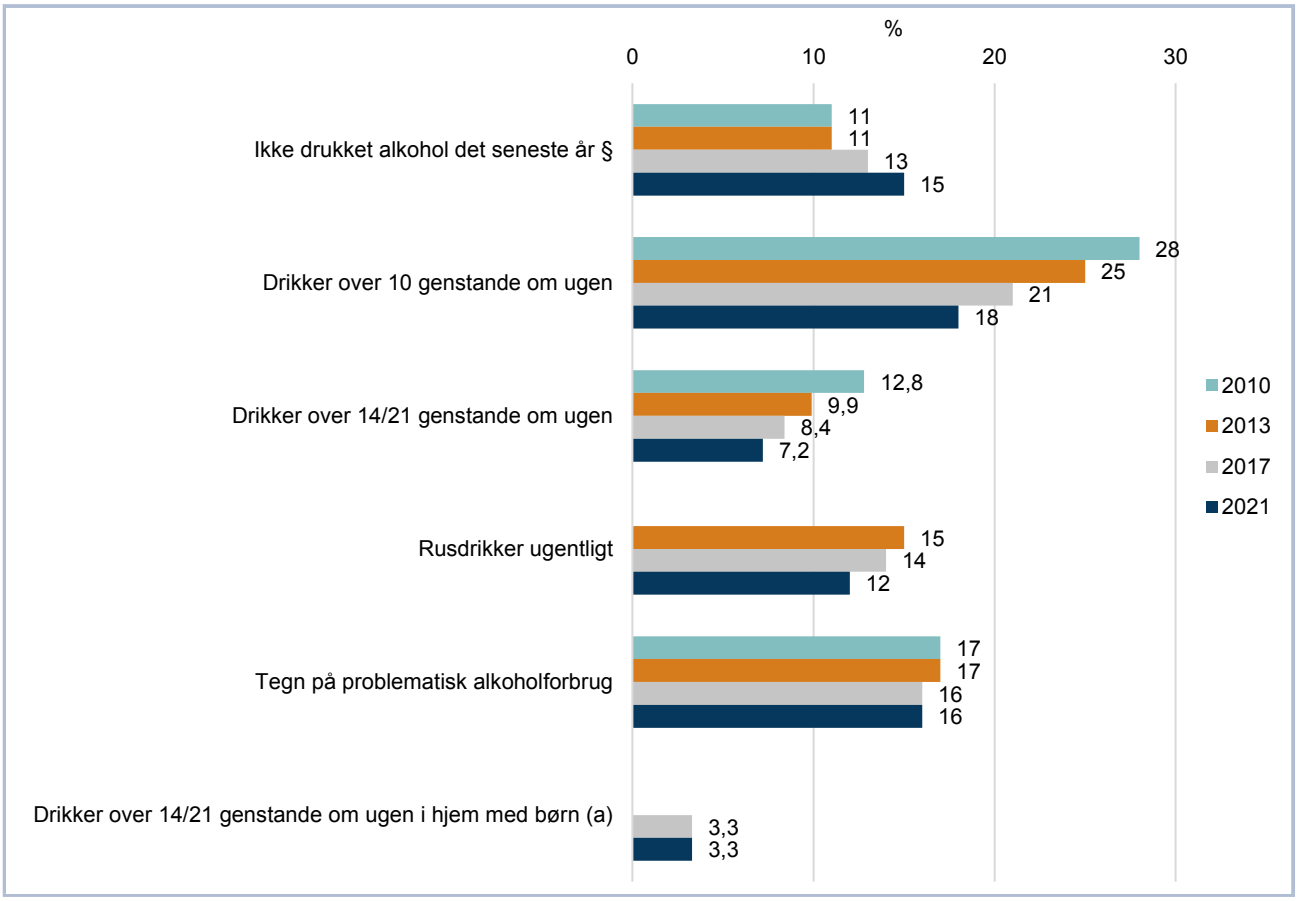
Kapitlets indhold

I dette kapitel opgøres flere forskellige aspekter af alkoholforbruget. Ugentligt alkoholindtag beskrives med særligt fokus på to grænser: drikker over 10 genstande om ugen og drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd. Derudover ses på rusdrikning i form af at drikke fem eller flere genstande ved samme lejlighed (også kaldet binge drikning) med særligt fokus på andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt. Der ses også på tegn på problematisk alkoholforbrug, som ikke kun omhandler indtag af alkohol, men også hyppigheden af alkoholindtag og hvordan alkohol bruges. Der ses desuden på alkoholforbrug i hjem med børn. Herefter beskrives borgernes selvvurderede alkoholvaner i forhold til deres ugentlige alkoholindtag. Flere samtidige risikofaktorer belyses også, herunder kombinationer af de forskellige aspekter af alkoholforbrug og forekomsten af andre udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og som rusdrikker ugentligt. Til slut beskrives borgernes motivation for at ændre alkoholvaner samt forebyggelse af uhensigtsmæssigt alkoholindtag.

Resultatoverblik

Figur 6.1 viser et overblik over forekomsten og udviklingen i de forskellige aspekter af alkoholvaner, der beskrives i dette kapitel. I 2021 har 15 % af borgerne i Region Hovedstaden ikke drukket alkohol det seneste år, hvilket er en stigning siden 2010. Samtidig er andelen med et uhensigtsmæssigt alkoholindtag generelt faldet gradvist hen over årene fra 2010 til 2021; dette gælder for andelen, som drikker over 10 genstande om ugen (2021: 18 %), som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd (2021: 7,2 %), og som rusdrikker ugentligt (2021: 12 %). Tilsvarende fald ses dog ikke i forekomsten af tegn på problematisk alkoholforbrug, som kun er faldet en anelse siden 2010 og er uændret fra 2017 til 2021 (16 %). Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet, er også den samme i 2017 og 2021 (3,3 %).

Figur 6.1 Resultatoverblik for alkohol



§ Der findes ikke yderligere opgørelser.
(a) Blandt borgere under 65 år.

6.1 Ugentligt alkoholindtag

I dette afsnit beskrives mængden af indtaget alkohol på en typisk uge. Der fokuseres særligt på andelen af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, og borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen for hhv. kvinder og mænd.

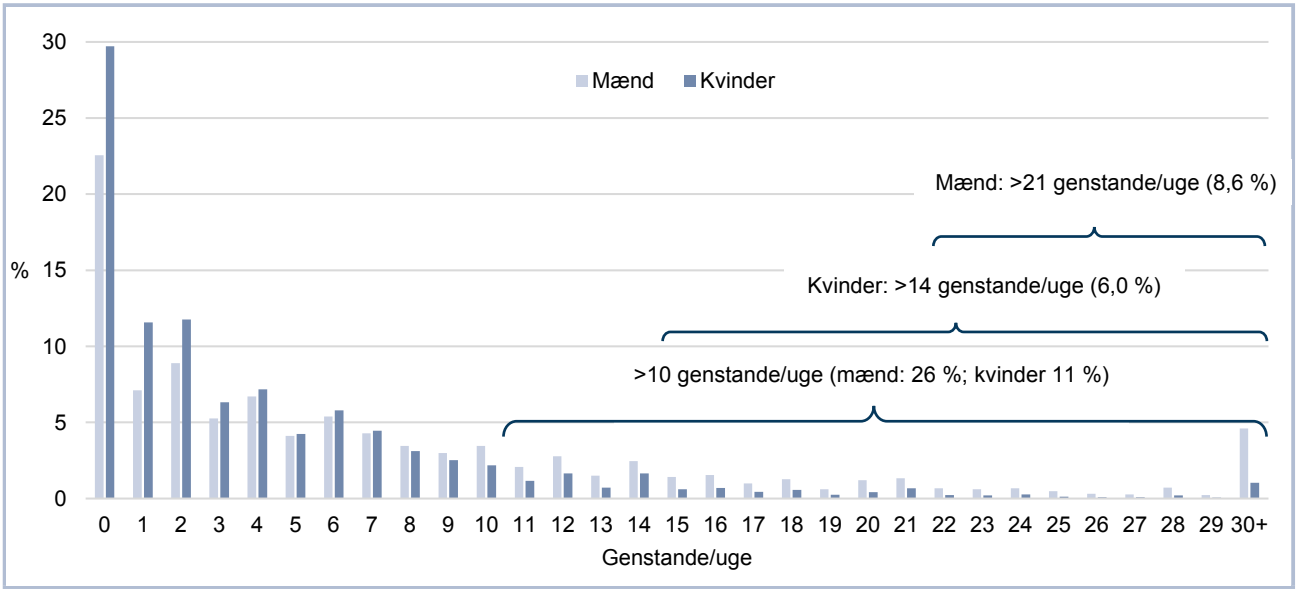
Figur 6.2 viser det ugentlige alkoholindtag for hhv. mænd og kvinder. Det ses, at 23 % af mændene og 30 % af kvinderne ikke drikker alkohol på en typisk uge, inklusiv dem, der ikke har drukket alkohol seneste år. Andelene bliver generelt mindre ved højere indtag for begge køn. Andelen, som drikker nul til syv genstande om ugen, er større blandt kvinder end mænd, mens det omvendte er tilfældet for et indtag på otte eller flere genstande om ugen. Cirka hver fjerde mand drikker over 10 genstande om ugen, mens dette kun gælder for cirka hver tiende kvinde. Der ses ikke samme store kønsforskelle i andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd, hvor hhv. 6,0 % af kvinderne og 8,6 % af mændene drikker over 14/21 genstande om ugen. Samlet er der en større andel af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner (42).

Ændringer i terminologi og opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2021 fokuseres på to grænser for ugentligt alkoholindtag:

Andelen af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen. Dette lægger sig op ad Sundhedsstyrelsens nye udmeldinger om alkohol, der blev offentliggjort, efter dataindsamlingen til Sundhedsprofil 2021 var gennemført.

Andelen af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd. Denne grænse svarer til de højrisikogrænser, som har været en del af Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol fra 2012 til primo 2022 og dermed de højrisikogrænser, som borgerne kendte til ved tidspunktet for besvarelse af spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021'. Alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen blev i Sundhedsprofil 2017 omtalt som 'storforbrug'.

Figur 6.2 Ugentligt alkoholindtag blandt hhv. mænd og kvinder
Spørgsmål: "Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?" [a]



Baseret på 54.029 besvarelser.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
a: Svarkategorier er antal genstande for typer af alkohol (vin, øl og spiritus) fordelt på ugens syv dage. Summeret til ugentligt indtag i figuren.

Drikker over 10 genstande om ugen – region

I 2021 drikker 18 % af borgerne i Region Hovedstaden over 10 genstande på en typisk uge svarende til 246.900 personer (Tabel 6.1).

Køn og alder: En langt større andel af mændene end kvinderne drikker over 10 genstande på en typisk uge. Dette gælder for alle aldersgrupper. For begge køn er andelen mindst blandt de 25-54-årige og størst blandt de 65-79-årige, og for kvinderne, også blandt de 16-24-årige. For mændene er andelen også stor blandt de 16-24-årige, men den er dog stadig lavere end blandt de ældste aldersgrupper.

Etnisk baggrund: Der ses en større andel, som drikker over 10 genstande om ugen, blandt borgere med dansk baggrund (20 %) og anden vestlig baggrund (16 %) end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (5 %).

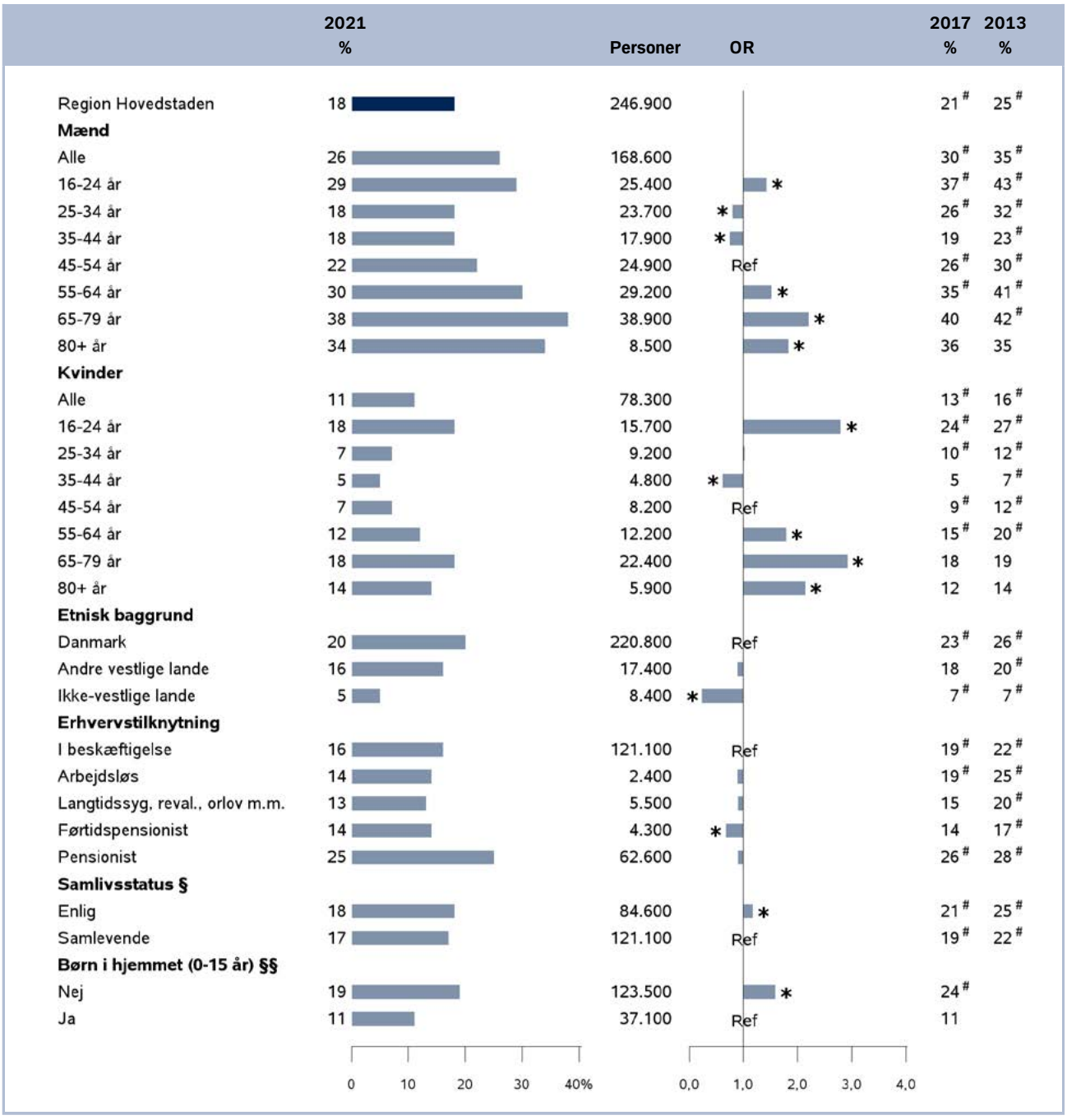
Uddannelse: Da sammenhængen mellem at drikke over 10 genstande om ugen og uddannelse er forskellig afhængig af alder vises den opdelt på aldersgrupper i Tabel 6.2. For borgere på 16-34 år ses de største andele, som drikker over 10 genstande om ugen, blandt borgere under uddannelse (21 %) og med gymnasial uddannelse (23 %), mens nogenlunde samme andel ses for de øvrige uddannelsesgrupper (11-13 %) i denne aldersgruppe. For de 35-64-årige ses der kun små forskelle mellem uddannelsesgrupperne for andelen, som drikker over 10 genstande om ugen. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der dog tendens til omvendt social ulighed, idet der er lavere odds for at drikke over 10 genstande om ugen for borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med kort og mellemlang videregående uddannelse. For borgere på 65+ år ses en omvendt social ulighed, hvor 41 % af borgere med lang videregående uddannelse drikker over 10 genstande om ugen mod 17 % blandt borgere med grundskoleuddannelse.

Erhvervstilknytning: Hver fjerde pensionist drikker over 10 genstande om ugen, mens det i de øvrige erhvervstilknytningsgrupper er omkring 13-16 %; lidt lavere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse. Billedet ændres dog, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, da pensionister ikke længere adskiller sig fra borgere i beskæftigelse, mens førtidspensionister har signifikant lavere odds for at drikke over 10 genstande/uge.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der ses en lidt større andel, som drikker over 10 genstande om ugen, blandt enlige end blandt samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

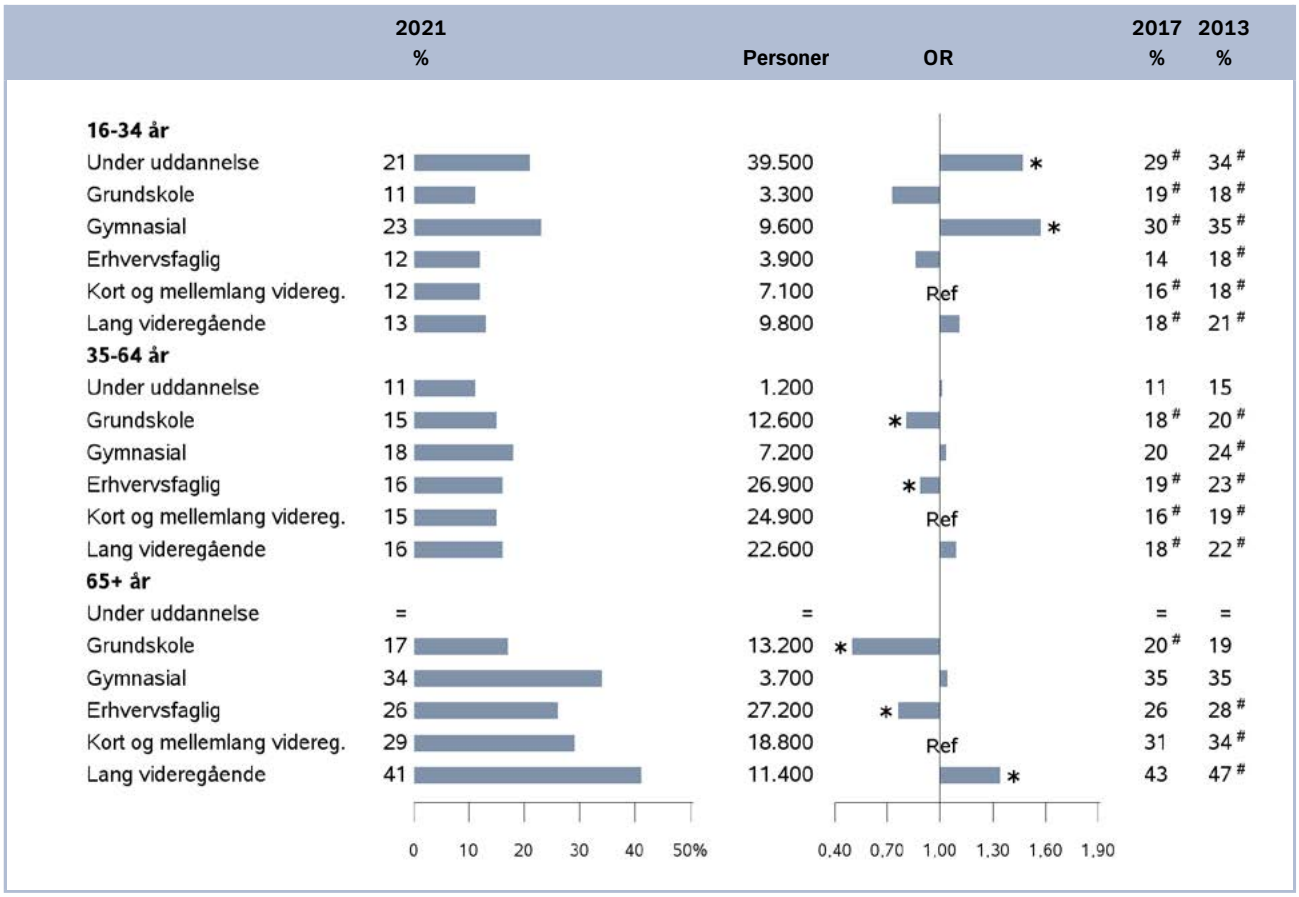
Udvikling: Andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, er faldet gradvist fra 25 % i 2013 til 18 % i 2021 (Tabel 6.1). Der ses fald fra 2013 til 2021 i størstedelen af de sociodemografiske grupper i tabel 6.1 med undtagelse af de ældre borgere, hvor der ikke ses en signifikant ændring. De fleste fald er sket gradvist. For enkelte subgrupper i tabel 6.1 er der dog ikke signifikante ændringer fra 2017 til 2021, f.eks. blandt de 35-44-årige og borgere med børn i hjemmet. I forhold til uddannelse, som vises i tabel 6.2, er andelen, som drikker over 10 genstande om ugen, generelt faldet fra 2013 til 2021 for alle uddannelsesgrupper. For uddannelsesgrupperne blandt de 16-34-årige er faldet især sket fra 2017 til 2021, mens det for de 35+ årige er sket gradvist. Andelen blandt borgere på 65+ år med grundskoleuddannelse eller gymnasial uddannelse er dog ikke ændret signifikant fra 2013 til 2021. Der er dog sket et mindre fald fra 2017 til 2021 blandt borgere på 65+ år med grundskoleuddannelse. Ud fra både tabel 6.1 og tabel 6.2 ses de største fald fra 2013 til 2021 blandt de unge borgere, især unge mænd og unge under uddannelse og med gymnasialuddannelse. Faldet for de 16-24-årige er særligt sket fra 2017 til 2021.

Tabel 6.1 Drikker over 10 genstande om ugen – region



Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 6.2 **Drikker over 10 genstande om ugen fordelt på alder og uddannelse – region**



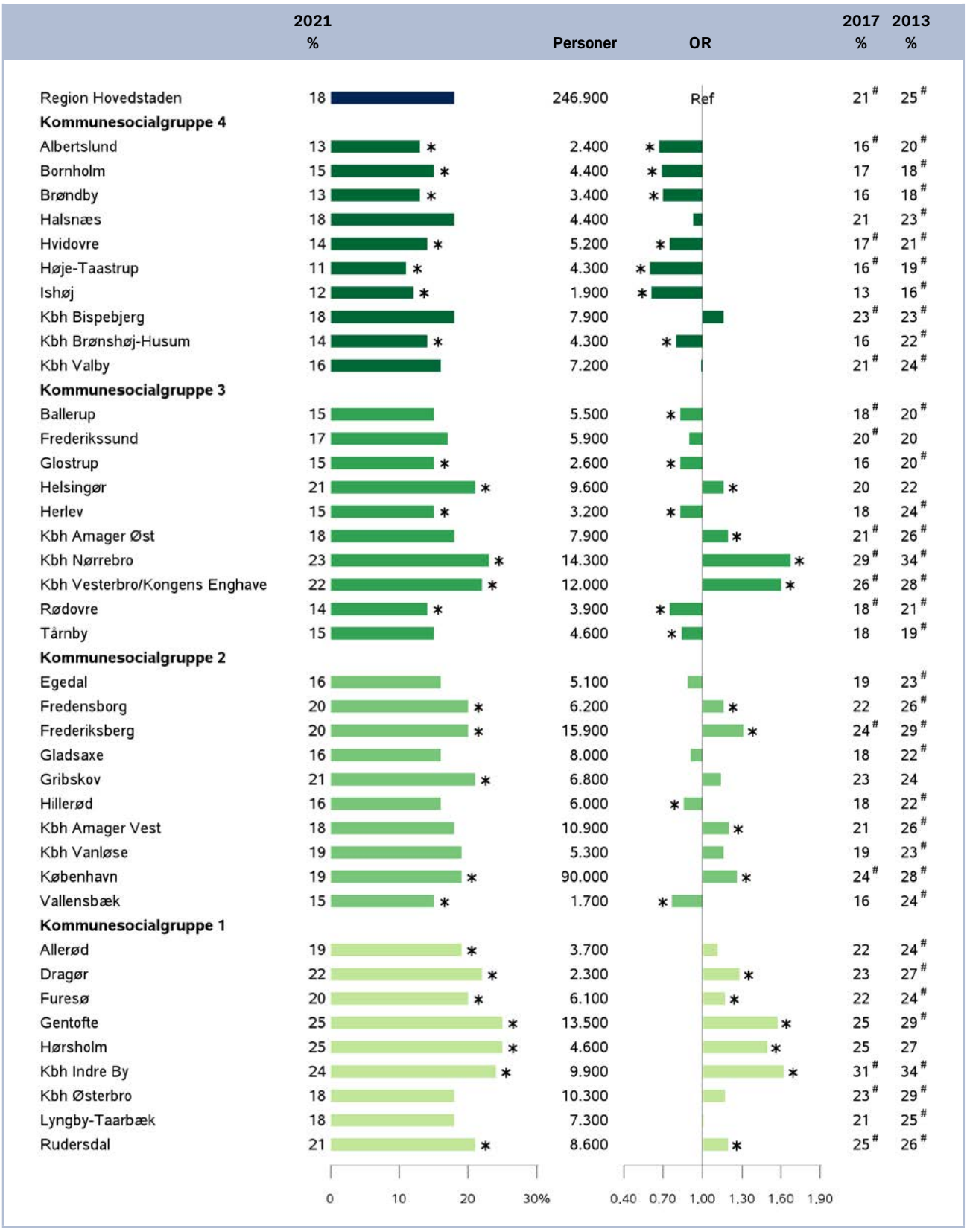
Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser med denne adfærd i uddannelsesgruppen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Drikker over 10 genstande om ugen – kommuner

Andelen af borgere, som drikker over 10 genstande på en typisk uge, varierer fra 11 % i Høje-Taastrup Kommune til 25 % i Gentofte og Hørsholm kommuner (Tabel 6.3). Der ses tendens til en omvendt social gradient, hvor en stor del af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens en stor del af kommunerne og bydelene i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Derudover ses generelt en større andel i mange af de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune samt i kystkommunerne nord for København sammenlignet med regionsgennemsnittet. Tendenserne ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele og heller ikke ved yderligere justering for etnicitet (resultater ikke vist).

Udvikling: Andelen af borgere, som drikker over 10 genstande om ugen, er faldet gradvist fra 2013 til 2021 i de fleste kommuner og bydele. Det største fald ses i bydelene Nørrebro og Østerbro, og generelt er faldene i de københavnske bydele samt Frederiksberg Kommune nogle af de største på tværs af kommuner og bydele. Dette stemmer overens med, at den største andel af unge ses i disse bydele og Frederiksberg Kommune, og at de største fald er sket blandt unge jf. tabel 6.1.

Tabel 6.3 **Drikker over 10 genstande om ugen – kommuner**



Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd – region

I 2021 drikker 7,2 % af borgerne i Region Hovedstaden over 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd på en typisk uge svarende til 98.000 personer (Tabel 6.4).

Køn og alder: En større andel mænd end kvinder drikker over 14/21 genstande om ugen. Dette gælder på tværs af alle aldersgrupper med undtagelse af de 16-24-årige, hvor andelen er stort set den samme. For begge køn er andelen størst blandt den yngste samt de ældste aldersgrupper. Dette gælder særligt de 65-79-årige, hvor 15,0 % af mændene og 10,3 % af kvinderne drikker over 14/21 genstande om ugen. Andelen er mindst blandt de 35-44-årige kvinder (2,3 %).

Etnisk baggrund: Der ses en større andel, som drikker over 14/21 genstande om ugen, blandt borgere med dansk baggrund (8,1 %) end med anden etnisk baggrund, især blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (2,2 %).

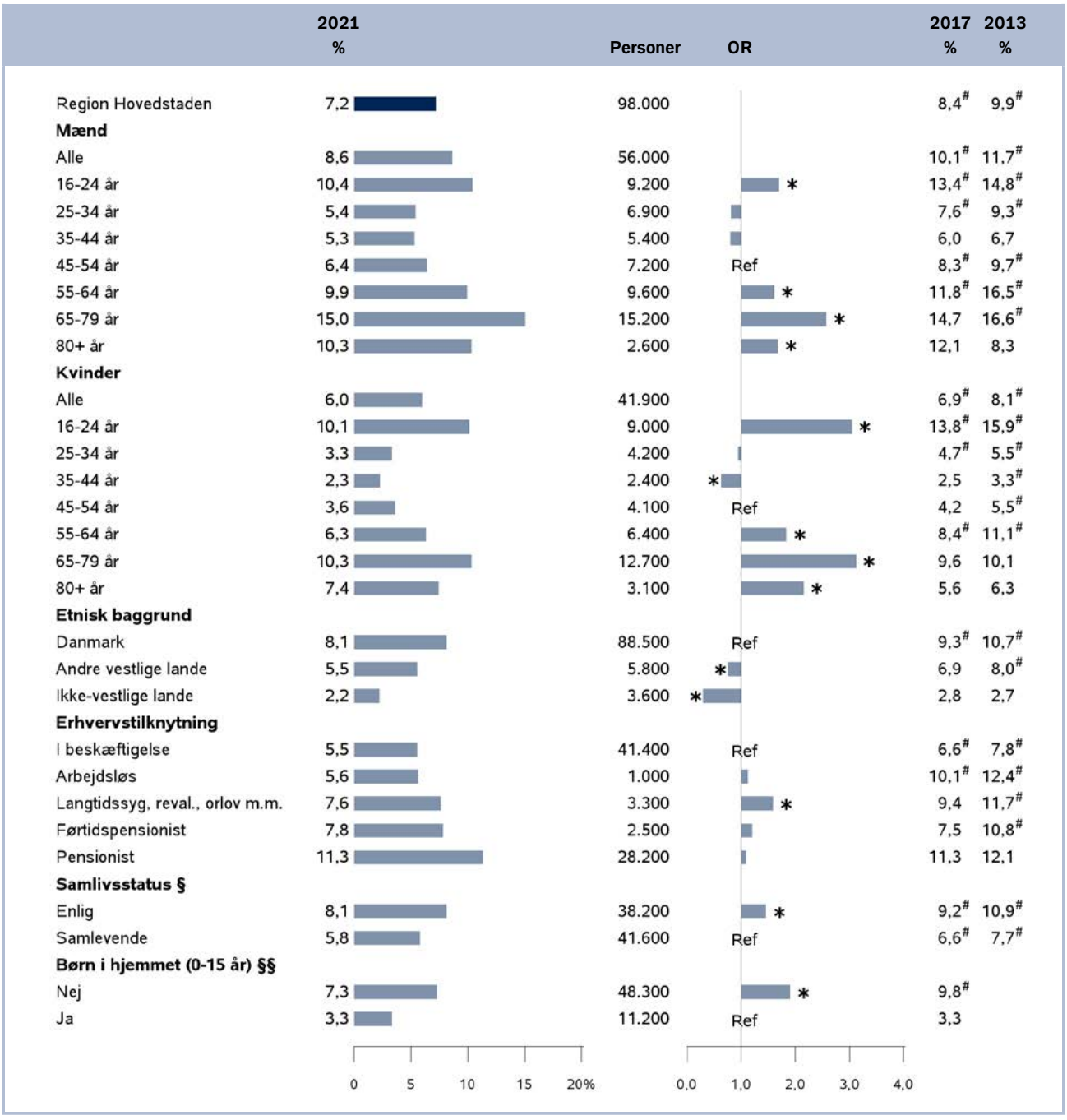
Uddannelse: Da sammenhængen mellem at drikke over 14/21 genstande om ugen og uddannelse afhænger af alder, vises den opdelt på aldersgrupper i tabel 6.5. For de 16-34-årige ses den største andel, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere under uddannelse (8,9 %) og med gymnasial uddannelse (10,1 %), mens der kun ses mindre forskelle mellem de øvrige uddannelsesgrupper (3,8-5,4 %). For de 35-64-årige ses derimod en social gradient, hvor andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,1 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (3,9 %). Det modsatte ses for borgere på 65+ år, hvor den største andel, som drikker over 14/21 genstande, ses blandt borgere med lang videregående uddannelse (17,2 %) og den mindste andel ses blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,7 %).

Erhvervstilknytning: Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen, er større blandt pensionister sammenlignet med de andre erhvervstilknytningsgrupper. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres billedet dog, da der ikke længere er forskel mellem pensionister og borgere i beskæftigelse, mens odds for at drikke over 14/21 genstande om ugen er større blandt langtidssyge borgere sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er en større andel, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt enlige end blandt samlevende borgere. Tilsvarende ses en større andel blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet.

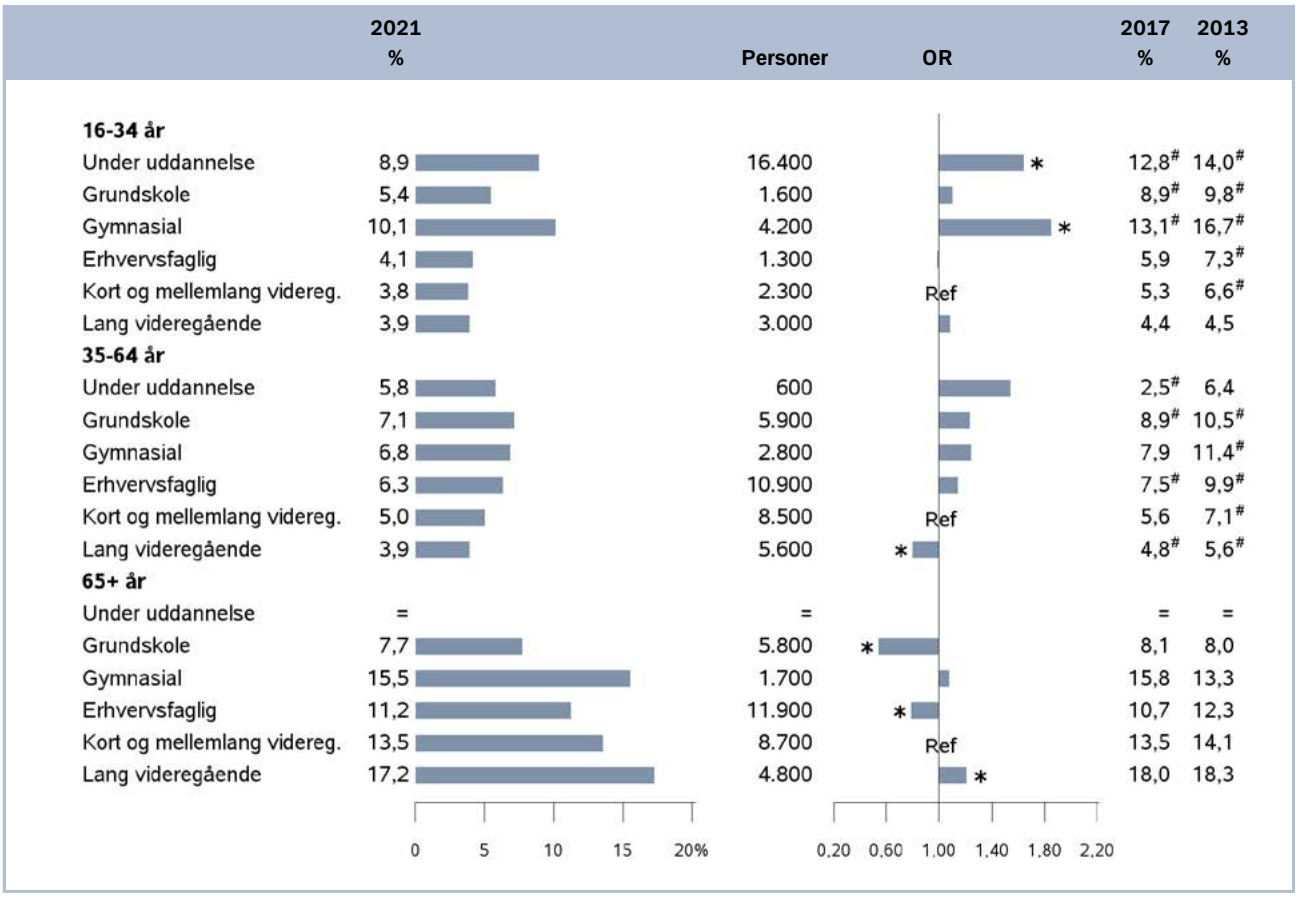
Udvikling: Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen, er faldet gradvist fra 10,0 % i 2013 til 7,2 % i 2021 (Tabel 6.4). Det gradvise fald ses for de fleste sociodemografiske grupper. Der ses dog ingen signifikante ændringer fra 2013 til 2021 blandt de ældste borgere inkl. pensionister, de 35-44-årige mænd samt borgere med ikke-vestlig baggrund, ligesom der fra 2017 til 2021 heller ikke ses ændringer for enkelte sociodemografiske subgrupper i tabel 6.4, f.eks. borgere med børn i hjemmet. For uddannelse, som vises i tabel 6.5, ses overordnet et gradvist fald fra 2013 til 2021 på tværs af uddannelsesgrupper for borgere under 65 år, mens der ikke ses ændringer inden for uddannelsesgrupper for de 65+ årige, hvilket også svarer til billedet, som ses i tabel 6.4. Ud fra både tabel 6.4 og tabel 6.5 ses det største fald i andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt de unge borgere – især for de 16-24-årige og unge borgere under uddannelse og med gymnasial uddannelse – samt blandt borgere på 55-64 år og arbejdsløse borgere.

Tabel 6.4 Drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd – region



Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 6.5 **Drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd fordelt på alder og uddannelse – region**



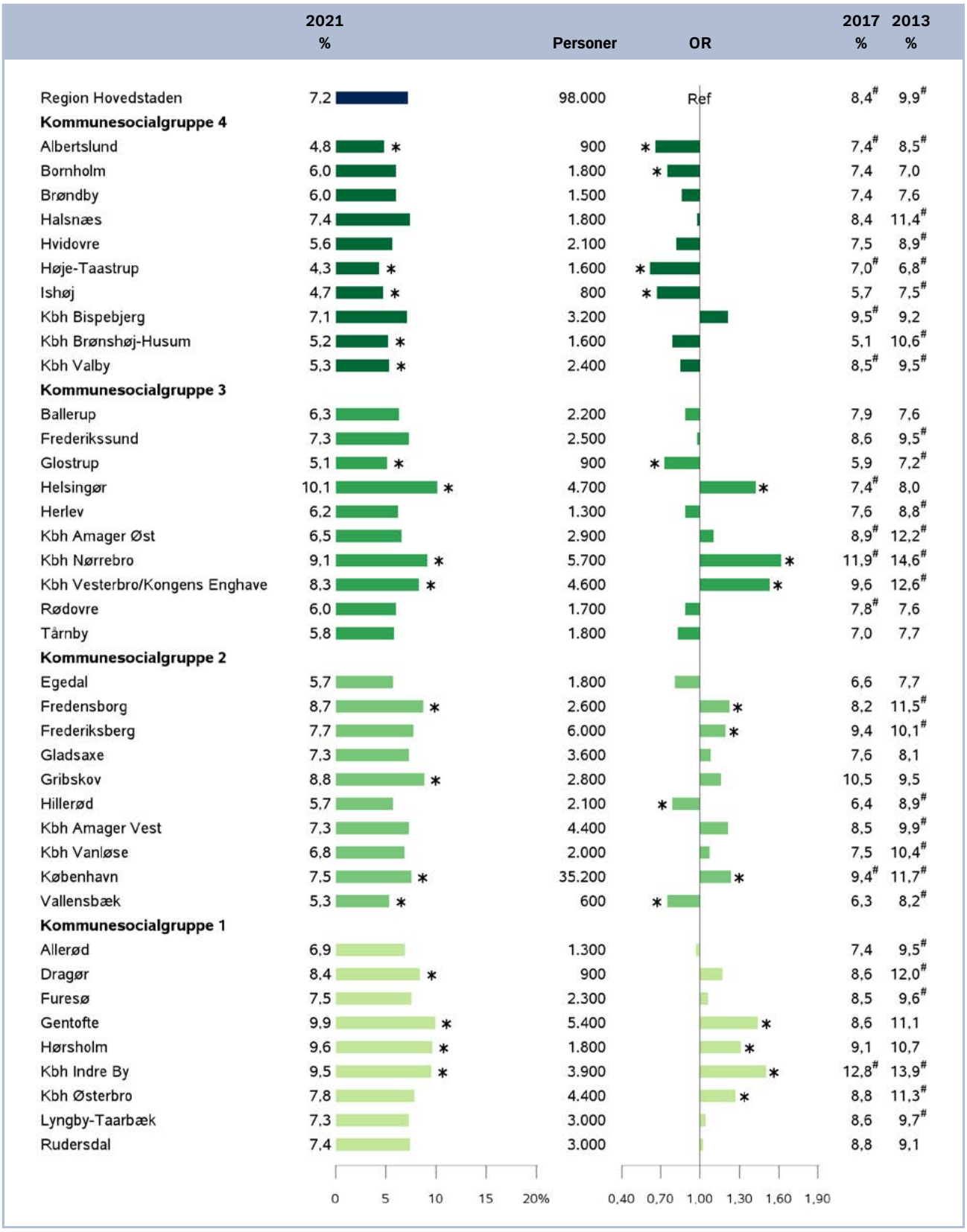
Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser med denne adfærd i uddannelsesgruppen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd – kommuner

Andelen af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd, varierer fra 4,3 % i Høje-Taastrup Kommune til 10,1 % i Helsingør Kommune (Tabel 6.6). Der ses tendens til en omvendt social gradient, hvor flere kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens flere kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Desuden ses generelt en relativ høj forekomst i flere af de københavnske bydele samt i de nordlige kystkommuner. Samme tendenser ses for odds ratio (OR) justeret for køn og alder. Yderligere justering for etnisk baggrund ændrer ikke tendensen (resultater ikke vist).

Udvikling: Tilsvarende regionen som helhed er andelen af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, støt faldet fra 2013 til 2021 i de fleste kommuner og bydele. I de øvrige kommuner og bydele er andelen konstant med tendens til små fald undtagen Helsingør Kommune, hvor andelen er steget, særligt fra 2017 til 2021. De største fald fra 2013 til 2021 er sket i de københavnske bydele Amager Øst, Nørrebro og Brønshøj-Husum, hvor andelen er faldet med over 5 procentpoint.

Tabel 6.6 Drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd – kommuner



Baseret på 54.029 besvarelser i 2021, 56.299 besvarelser i 2017 og 43.262 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

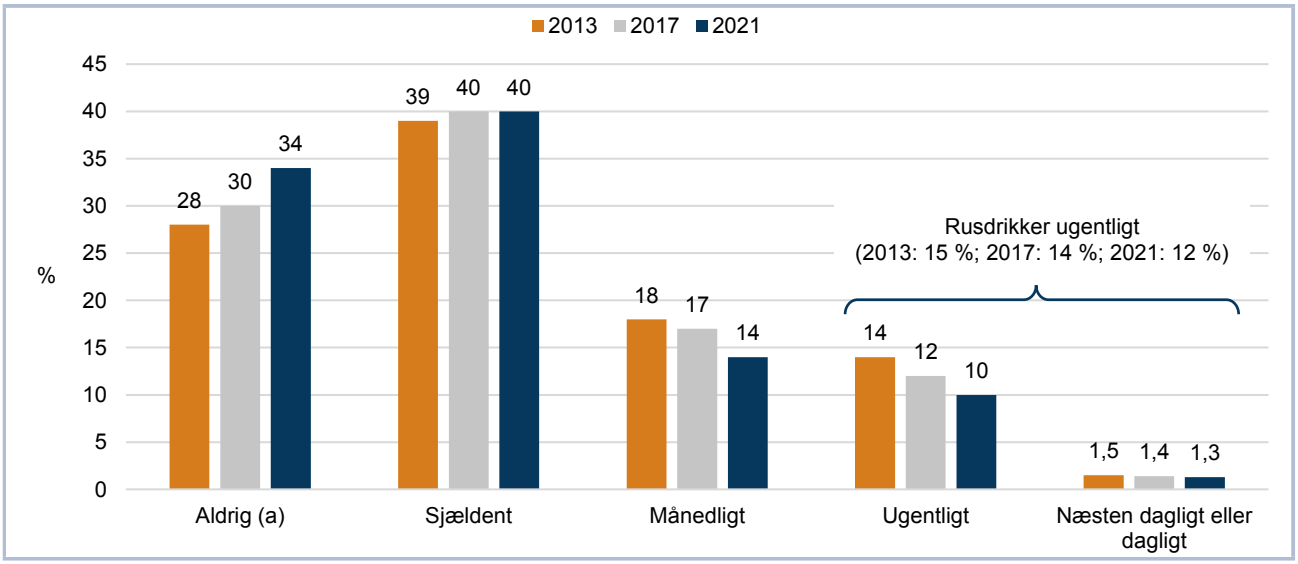
6.2 Rusdrikning

At rusdrikke defineres i Sundhedsprofil 2021 som at drikke fem eller flere genstande alkohol ved samme lejlighed. Det omtales også ofte som binge drikning. Definitionen lægger sig dermed op ad Sundhedsstyrelsens udmeldinger for alkohol, som angiver, at risikoen for alkoholrelateret sygdom og død er lav, hvis man højest drikker fire genstande på samme dag.

Figur 6.3 viser hyppigheden af at rusdrikke blandt borgerne i Region Hovedstaden i 2013, 2017 og 2021. Det ses, at 74 % af borgerne i 2021 aldrig eller sjældent rusdrikker. Dette er en stigning siden 2013, primært grundet en stigning i andelen, som aldrig rusdrikker. Derudover er der i 2021 14 % af borgerne, som rusdrikker månedligt, 10 % som rusdrikker ugentligt, og 1,3 % som rusdrikker næsten dagligt eller dagligt. Andelen af borgere, som rusdrikker hhv. månedligt og ugentligt, er gradvist faldet siden 2013, mens andelen, som rusdrikker næsten dagligt eller dagligt er nogenlunde konstant. I det følgende er der mere detaljerede opgørelser af andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt eller dagligt/næsten dagligt, herefter omtalt som 'rusdrikker ugentligt'.

Figur 6.3 Rusdrikning

Spørgsmål: "Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?"



Baseret på 55.792 besvarelser i 2021, 57.725 besvarelser i 2017 og 44.099 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.
(a) 'Aldrig' kategorien indeholder i opgørelsen også de borgere, som har angivet, at de ikke har drukket alkohol de seneste 12 måneder, og derfor ikke har fået stillet spørgsmålet om rusdrikning.

Rusdrikker ugentligt – region

I 2021 rusdrikker 12 % af borgerne i Region Hovedstaden ugentligt (dvs. ugentligt eller næsten dagligt/dagligt i Figur 6.3). Dette svarer til 162.500 borgere (Tabel 6.7).

Køn og alder: En markant større andel mænd (16 %) end kvinder (7 %) rusdrikker ugentligt. Dette gælder på tværs af alle aldersgrupper. For begge køn ses den største andel blandt de 16-24-årige, hvor 25 % af mændene og 17 % af kvinderne rusdrikker ugentligt. Andelen er mindst blandt de 35-44-årige og de 80+ årige.

Etnisk baggrund: Der ses en større andel, som rusdrikker ugentligt, blandt borgere med hhv. dansk (13 %) og anden vestlig baggrund (11 %) sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund (5 %).

Uddannelse: Andelen, som rusdrikker ugentligt, er størst blandt borgere under uddannelse og borgere med gymnasial uddannelse, mens der ikke ses forskel på andelen i de andre uddannelsesgrupper. Samme billede ses for odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Erhvervstilknytning: Andelen, som rusdrikker ugentligt, er størst blandt arbejdsløse borgere og mindst blandt pensionister. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ingen sammenhæng mellem erhvervstilknytning og at rusdrikke ugentligt.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen, som rusdrikker ugentligt, er større blandt enlige og borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med hhv. samlevende og borgere med børn i hjemmet.

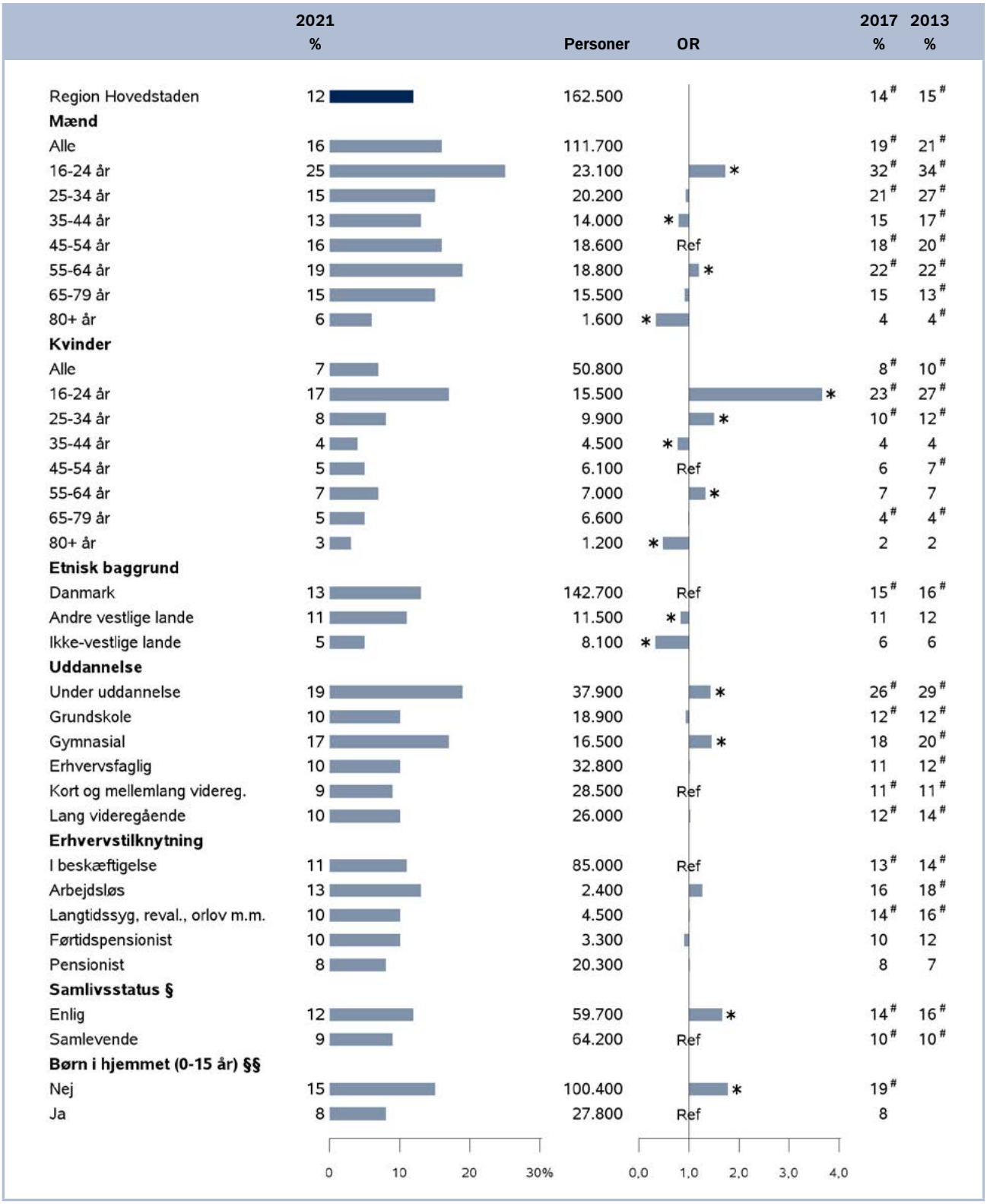
Udvikling: Andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt, er faldet fra 15 % i 2013 til 12 % i 2021. Faldet ses på tværs af de fleste sociodemografiske grupper. For de 65+ årige mænd og de 65-79-årige kvinder er der dog sket en stigning i andelen, som rusdrikker ugentligt. De største fald i andelen fra 2013 til 2021 er sket blandt de 16-24-årige kvinder og mænd, de 25-34-årige mænd samt borgere under uddannelse. Blandt de 16-24-årige og borgere under uddannelse er faldet særligt sket fra 2017 til 2021.

Rusdrikker ugentligt – kommuner

Andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt, varierer fra 6 % i Albertslund og Ishøj kommuner til 20 % i bydelen Nørrebro (Tabel 6.8). Der ses tendens til, at andelen er størst i de Københavnske bydele samt i Frederiksberg, Gentofte og Helsingør kommuner og mindst i kommunerne i kommunesocialgruppe 4. Samme tendens ses i odds ratio (OR) justeret for køn og alder. Yderligere justering for etnisk baggrund ændrer heller ikke tendensen (resultater ikke vist).

Udvikling: I størstedelen af regionens kommuner og bydele er andelen, som rusdrikker ugentligt, faldet gradvist fra 2013 til 2021. I de øvrige kommuner er andelene uændret med undtagelse af Helsingør Kommune, hvor andelen er steget fra 10 % i hhv. 2013 og 2017 til 13 % i 2021. De største fald fra 2013 til 2021 er sket i bydelene Nørrebro og Indre By, hvor andelene var størst i 2013 og stadig er det i 2021 på trods af et fald på hhv. 12 og 10 procentpoint.

Tabel 6.7 **Rusdrikker ugentligt – region**



Baseret på 55.792 besvarelser i 2021, 57.725 besvarelser i 2017 og 44.099 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 6.8 **Rusdrikker ugentligt – kommuner**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	12	162.500	Ref	14 #	15 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	6 *	1.300	*	10 #	11 #
Bornholm	7 *	2.100	*	10 #	7
Brøndby	8 *	2.000	*	10	11 #
Halsnæs	9	2.300		9	10
Hvidovre	9	3.400		10	11
Høje-Taastrup	7 *	2.600	*	9 #	9 #
Ishøj	6 *	1.000	*	8 #	9 #
Kbh Bispebjerg	14 *	6.500	*	19 #	18 #
Kbh Brønshøj-Husum	8 *	2.600	*	11 #	15 #
Kbh Valby	12 *	5.700		15 #	18 #
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	8 *	3.100	*	10	10
Frederikssund	9	3.100		10	9
Glostrup	8 *	1.500	*	10	13 #
Helsingør	13 *	6.400	*	10 #	10 #
Herlev	10	2.100		10	13 #
Kbh Amager Øst	14 *	6.500	*	18 #	20 #
Kbh Nørrebro	20 *	13.300	*	27 #	32 #
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	17 *	9.500	*	22 #	24 #
Rødovre	8 *	2.500	*	10 #	12 #
Tårnby	9	2.700		11	9
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	8 *	2.700	*	9	11 #
Fredensborg	9	2.800		11	12 #
Frederiksberg	15 *	11.600	*	17	19 #
Gladsaxe	10	5.400		12	14 #
Gribskov	10	3.300		10	9
Hillerød	8 *	3.300	*	9	11 #
Kbh Amager Vest	15 *	9.200	*	16	18
Kbh Vanløse	13 *	3.700	*	12	17 #
København	15 *	73.100	*	19 #	22 #
Vallensbæk	9	1.100		9	11
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	9	1.700		11	11
Dragør	10	1.100		12	11
Furesø	8 *	2.500	*	11 #	10
Gentofte	13 *	7.200	*	13	13
Hørsholm	10	2.000		12	10
Kbh Indre By	17 *	7.200	*	22 #	27 #
Kbh Østerbro	15 *	9.000	*	18	22 #
Lyngby-Taarbæk	11	4.600		13	13 #
Rudersdal	10	4.100		12 #	12

Baseret på 55.792 besvarelser i 2021, 57.725 besvarelser i 2017 og 44.099 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref.). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

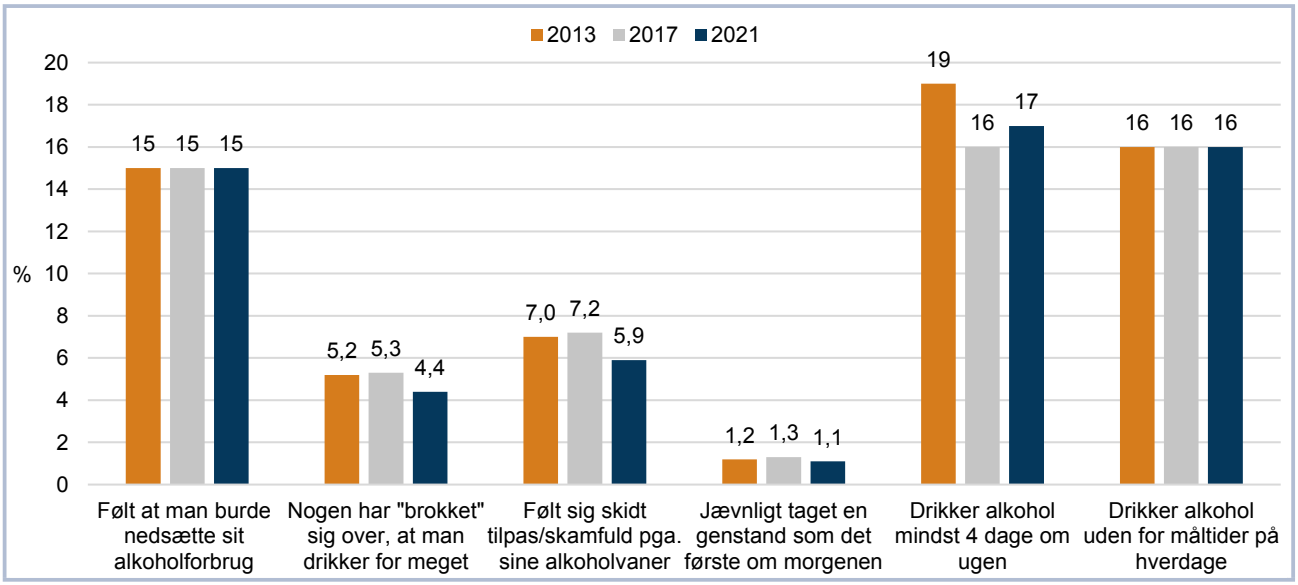
6.3 Tegn på problematisk alkoholforbrug

I dette afsnit beskrives tegn på problematisk alkoholforbrug, der bl.a. bygger på, hvornår og hvor ofte alkohol indtages samt ens egne og andres tanker om ens alkoholindtag. Dette måles vha. screeningsinstrumentet CAGE-C (51). Tegn på problematisk alkoholforbrug kan bl.a. sige noget om de sociale og psykologiske konsekvenser af alkohol og kan også være med til at detektere alkoholafhængighed.

Ændringer i terminologi siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2021 fokuseres på gruppen af borgere, der får positivt svar på screeningsinstrumentet CAGE-C, herefter benævnt 'tegn på problematisk alkoholforbrug'. I 2017 blev dette kaldt 'tegn på alkoholafhængighed'. Da en stor andel af borgere, som får et positivt svar på CAGE-C, ikke vil have alkoholafhængighed, er terminologien ændret i 2021, men målet er det samme som tidligere år.

Figur 6.4 viser andelen af borgere, der svarer positivt på de enkelte spørgsmål, der indgår i opgørelsen af tegn på problematisk alkoholforbrug. Hvis man lever op til mindst to ud af de seks spørgsmål, defineres man som havende tegn på problematisk alkoholforbrug. Af de seks spørgsmål, er andelen af borgere, som hhv. føler, at de burde nedsætte deres alkoholforbrug, som drikker alkohol mindst fire dage om ugen, og som drikker alkohol uden for måltider på hverdage, størst (2021: 15-17 %). Andelen af borgere, som hhv. føler, at de burde nedsætte deres alkoholforbrug, og som drikker alkohol uden for måltider i hverdage, er uændret siden 2013. Derimod er andelen af borgere, som drikker alkohol mindst fire dage om ugen, faldet fra 2013 til 2017 og herefter steget lidt fra 2017 til 2021. Til sammenligning er andelene af borgere, som svarer, at nogen har "brokket" sig over, at de drikker for meget; at de har følt sig skidt tilpas/skamfuld pga. deres alkoholvaner; eller at de jævnligt har taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller blive "tømmermændene" kvit, væsentligt lavere (2021: 1,1-5,9 %). Der ses en tendens til et fald i andelen, som svarer ja til disse tre spørgsmål siden 2017.

Figur 6.4 Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelsen af 'tegn på problematisk alkoholforbrug' [a]



Baseret på 45.739-45.862 besvarelser i 2021, 51.369-51.727 besvarelser i 2017 og 39.752-40.046 besvarelser i 2013 (antal oplyst som interval pga. variation i antal besvarelser for de seks spørgsmål).
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på data indsamlet på CKFF og SIF i 2013 og 2017.
a: De fire første spørgsmål henviser til de seneste 12 måneder, mens de to sidste er uden tidsafgrænsning. 'Drikker alkohol mindst 4 dage om ugen' er baseret på spørgsmålet "Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?" med svarmuligheder fra 0 til 7 dage. Spørgsmålene udgør screeningsinstrumentet CAGE-C. Ved positivt svar på to af de seks spørgsmål defineres man som havende tegn på problematisk alkoholforbrug. De præcise spørgsmålsformuleringer kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Tegn på problematisk alkoholforbrug – region

I 2021 har 16 % af borgerne i Region Hovedstaden tegn på problematisk alkoholforbrug. Dette svarer til 219.800 personer (Tabel 6.9).

Køn og alder: En næsten dobbelt så stor andel mænd (20 %) end kvinder (11 %) har tegn på problematisk alkoholforbrug, hvilket gælder på tværs af alle aldersgrupperne. For mænd ses en tydelig sammenhæng med alder, hvor andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug stiger med stigende alder indtil 65-79 år, hvor 29 % har tegn på problematisk alkoholforbrug. Samme tendens ses for kvinder, dog mindre tydeligt.

Etnisk baggrund: Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er større blandt borgere med hhv. dansk baggrund (17 %) og anden vestlig baggrund (18 %) sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund (6 %).

Uddannelse: Der ses en højere forekomst af tegn på problematisk alkoholforbrug med stigende uddannelseslængde, med undtagelse af gymnasial uddannelse. Således er andelen mindst blandt borgere under uddannelse (11 %) og med grundskoleuddannelse (13 %) og størst blandt borgere med lang videregående uddannelse (19 %).

Erhvervstilknytning: Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er størst blandt pensionister og mindst blandt de øvrige erhvervstilknytningsgrupper, som er uden for arbejdsmarkedet. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen dog således, at førtidspensionister og pensionister har lavere odds for tegn på problematisk alkoholforbrug sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug blandt enlige er en anelse større end blandt samlevende borgere. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet.

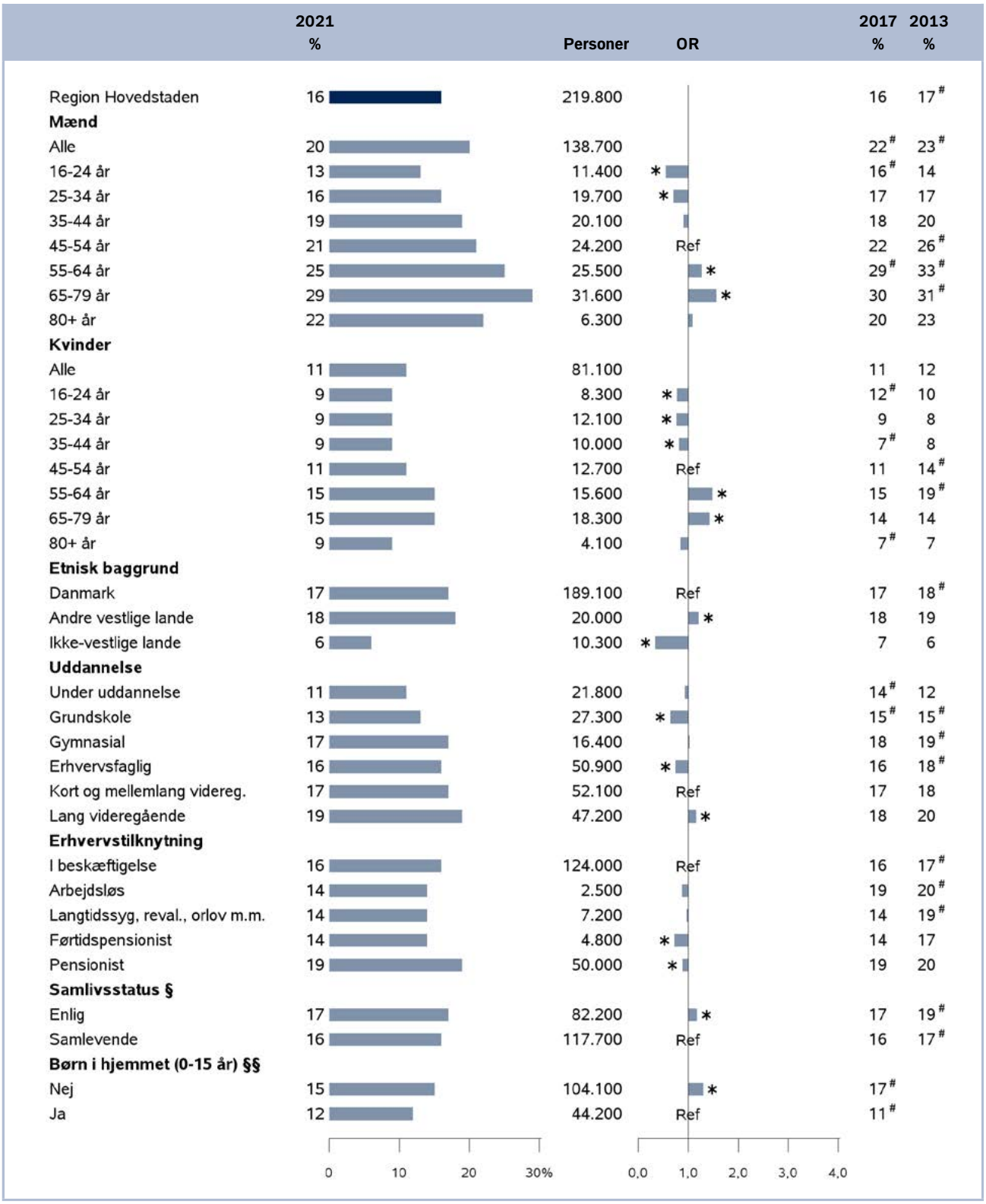
Udvikling: I Region Hovedstaden som helhed er andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug faldet en anelse fra 2013 til 2017, hvorefter den er uændret til 2021. Når der ses på de sociodemografiske grupper, er der sket et fald i ca. en tredjedel af grupperne siden 2013. De største fald er sket blandt de 45-64-årige – især blandt mændene – samt blandt arbejdsløse og langtidssyge borgere. Fra 2017 til 2021 er der sket et signifikant fald i omkring en håndfuld af de sociodemografiske grupper (mænd generelt, 55-64-årige mænd, 16-24-årige af begge køn, borgere under uddannelse og med grundskoleuddannelse, samt borgere uden børn i hjemmet). Der er modsat sket en stigning i andelen fra 2017 til 2021 blandt kvinder på 35-44 år og 80+ år samt blandt borgere med børn i hjemmet.

Tegn på problematisk alkoholforbrug – kommuner

Andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug varierer fra 9 % i Ishøj Kommune til 20 % i Gribskov, Dragør og Gentofte kommuner samt bydelen Indre By (Tabel 6.10). Der ses tendens til en omvendt social gradient, hvor flere kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet og flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger over gennemsnittet. Samme tendens ses for odds ratio (OR) justeret for køn og alder og også ved yderligere justering for etnisk baggrund (resultater ikke vist).

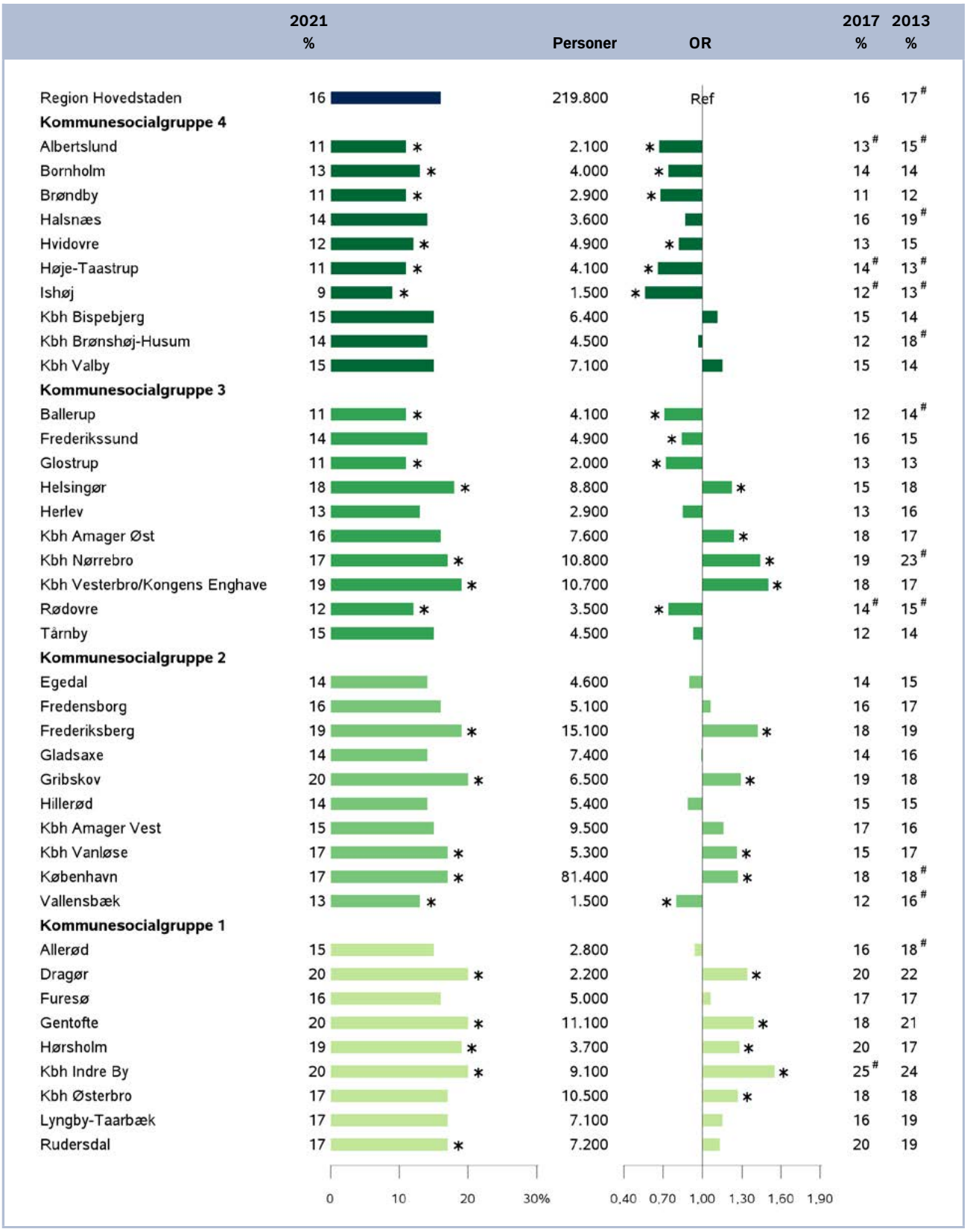
Udvikling: Fra 2013 til 2021 er der sket et fald i andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug i knap en tredjedel af kommunerne og bydelene, mens der ikke er sket statistisk signifikante ændringer i de øvrige kommuner og bydele. Fra 2017 til 2021 er andelen faldet i enkelte kommuner. Faldene – både fra 2013 og 2017 – er især sket i kommuner i kommunesocialgruppe 4, hvor andelen i de fleste tilfælde allerede var under regionsgennemsnittet. Det største fald fra 2013 til 2021 er dog sket i bydelen Nørrebro, mens det største fald fra 2017 til 2021 er sket i bydelen Indre By.

Tabel 6.9 Tegn på problematisk alkoholforbrug – region



Baseret på 52.714 besvarelser i 2021, 57.689 besvarelser i 2017 og 43.987 besvarelser i 2013.
For 2013 og 2017 baseret på data indsamlet på CKFF og SIF. For 2021 baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 6.10 Tegn på problematisk alkoholforbrug – kommuner



Baseret på 52.714 besvarelser i 2021, 57.689 besvarelser i 2017 og 43.987 besvarelser i 2013.
For 2021 baseret på data indsamlet på CKFF. For 2013 og 2017 baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

6.4 Alkoholforbrug i hjem med børn

Et højt alkoholforbrug kan også have konsekvenser for ens omgivelser. Særligt børn er udsatte, hvis de vokser op i familier, hvor der er et højt alkoholindtag eller alkoholproblemer. Risikoen øges bl.a. for familieproblemer, dårlig trivsel hos børnene samt højere alkoholforbrug, udvikling af alkoholproblemer og anden sygdom senere i livet (13,52–54).

I dette afsnit opgøres andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd blandt borgere med børn i hjemmet. Der inkluderes kun borgere under 65 år, som bor sammen med børn under 16 år. Det skal bemærkes, at der i opgørelserne både kan være tale om forældre til børn og f.eks. hjemmeboende søskende. Tilsvarende opgørelser for andelen, som har tegn på problematisk alkoholforbrug i hjem med børn (Webtabel W6.1+W6.2), kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Ændringer i opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2021 opgøres alkohol i hjem med børn ud fra ugentligt alkoholindtag med afsæt i Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol på tidspunktet for dataindsamlingen. Derudover opgøres forekomsten af tegn på problematisk alkoholforbrug i hjem med børn på sundhedsprofilens hjemmeside. Dette adskiller sig fra Sundhedsprofilen 2017, hvor alkohol i hjem med børn blev opgjort for 'risikabelt alkoholforbrug', som blev defineret ved to aspekter: at drikke over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd og/eller have tegn på problematisk alkoholforbrug.

I Sundhedsprofil 2021 vises kun opgørelser for 2017 og 2021, da spørgsmålet om børn i hjemmet er ændret over tid.

Drikker over 14/21 genstande om ugen i hjem med børn – region

I 2021 er der 3,3 %, som drikker over 14/21 genstande om ugen for kvinder/mænd blandt borgere under 65 år, som bor sammen med børn under 16 år (Tabel 6.11). Dette svarer til 11.200 personer i Region Hovedstaden.

Køn og alder: Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet, er større blandt mænd end kvinder. Dette gælder for alle aldersgrupper. For begge køn gælder det, at andelen er størst blandt de 16-24-årige. Da en stor andel i denne aldersgruppe ikke har børn, kan det tyde på, at der er tale om hjemmeboende ældre søskende. Andelen er mindst blandt de 25-34-årige, og herefter stiger den med stigende alder. For de 55-64-årige kvinder er det dog ikke muligt at vise andelen grundet for få personer i denne gruppe, som har angivet at drikke over 14 genstande om ugen.

Etnisk baggrund: Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet, er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Uddannelse: Den største andel, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet, ses blandt borgere under uddannelse og dernæst blandt borgere med gymnasial uddannelse. Der ses ikke forskel i andelen blandt de øvrige uddannelsesgrupper. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke længere forskel mellem uddannelsesgrupperne. Det ser altså ud til, at fordelingen af alder og køn kan forklare noget af de høje forekomster blandt borgere under uddannelse og med gymnasial uddannelse.

Erhvervstilknytning: Der er for få besvarelser til at vise opgørelser for hhv. arbejdsløse og førtidspensionister. Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen med børn i hjemmet, er lidt større blandt borgere i beskæftigelse end blandt langtidssyge. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, er der dog ingen statistisk signifikant forskel mellem grupperne.

Samlivsstatus: Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

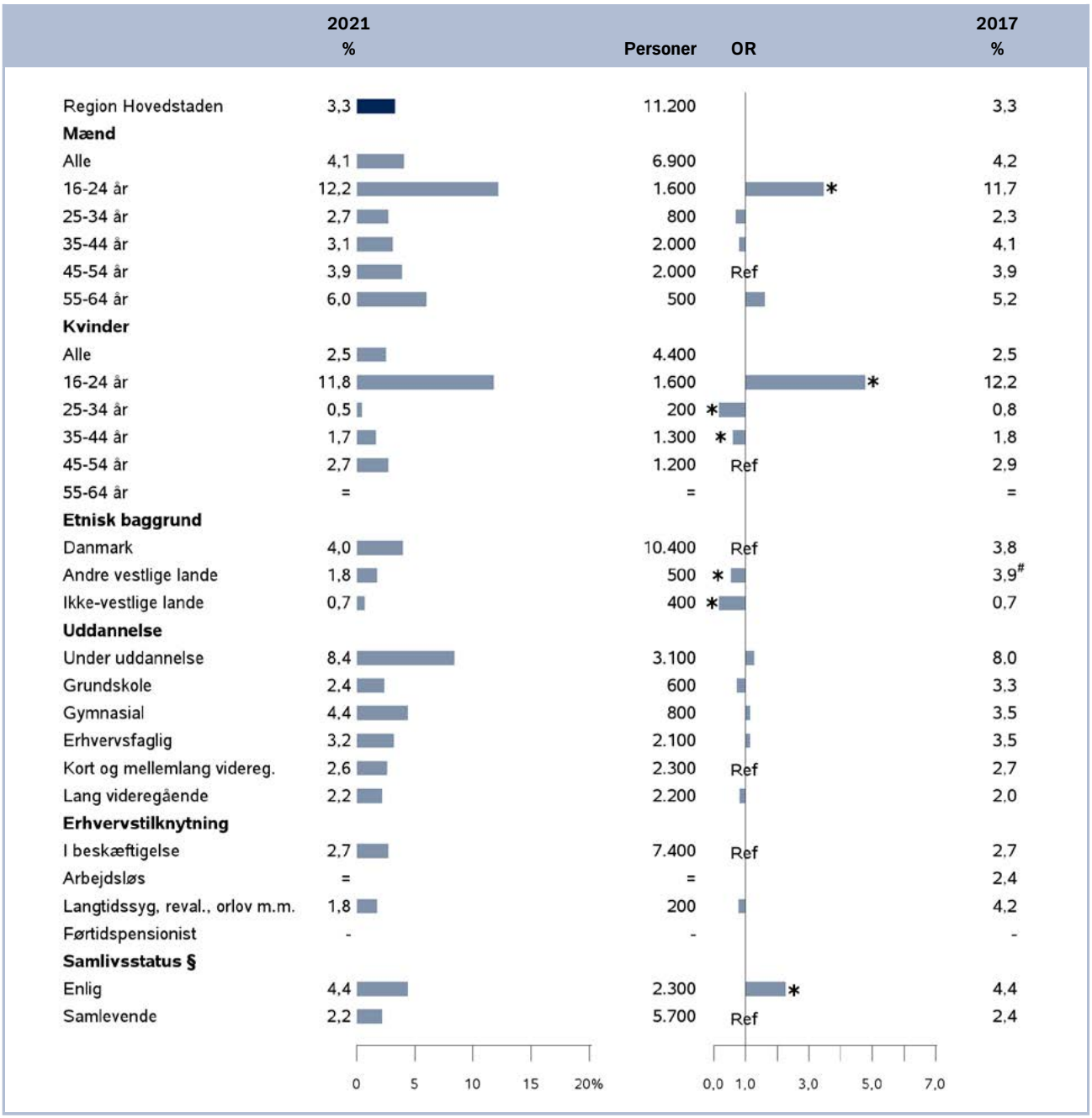
Udvikling: Fra 2017 til 2021 er der ikke sket ændringer i andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere med børn i hjemmet. Dette ses på tværs af sociodemografiske grupper med undtagelse af borgere med anden vestlig baggrund, hvor andelen er faldet.

Drikker over 14/21 genstande om ugen i hjem med børn – kommuner

Andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen blandt borgere under 65 år med børn i hjemmet, varierer fra 1,5 % i bydelen Brønshøj-Husum til 5,6 % i bydelen Indre By (Tabel 6.12). Når der ses på tværs af kommuner og bydele, er der imidlertid ikke statistisk signifikant variation i andelen.
Det skal derudover bemærkes, at det i enkelte kommuner og bydele ikke har været muligt at vise resultater, fordi for få personer i disse kommuner og bydele har angivet, at de drikker over 14/21 genstande om ugen, er under 65 år og bor sammen med børn.

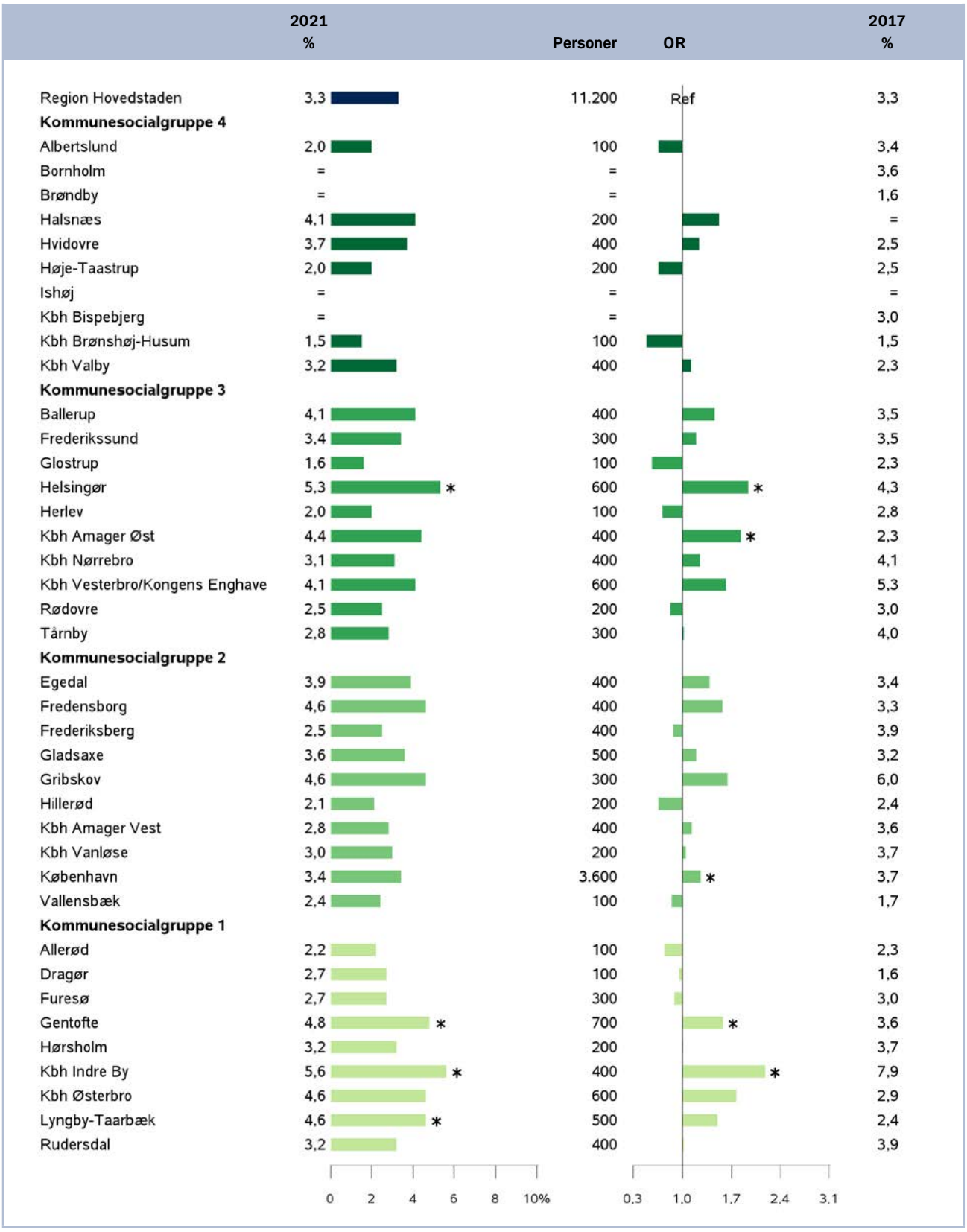
Udvikling: Der ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen, som drikker over 14/21 genstande blandt borgere med børn i hjemmet, på tværs af kommuner og bydele.

Tabel 6.11 **Drikker over 14/21 genstande om ugen i hjem med børn blandt borgere under 65 år – region**



Baseret på 12.830 besvarelser i 2021 og 14.430 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-) eller for få besvarelser med denne adfærd i den sociodemografiske gruppe (=).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 6.12 Drikker over 14/21 genstande om ugen i hjem med børn blandt borgere under 65 år – kommuner

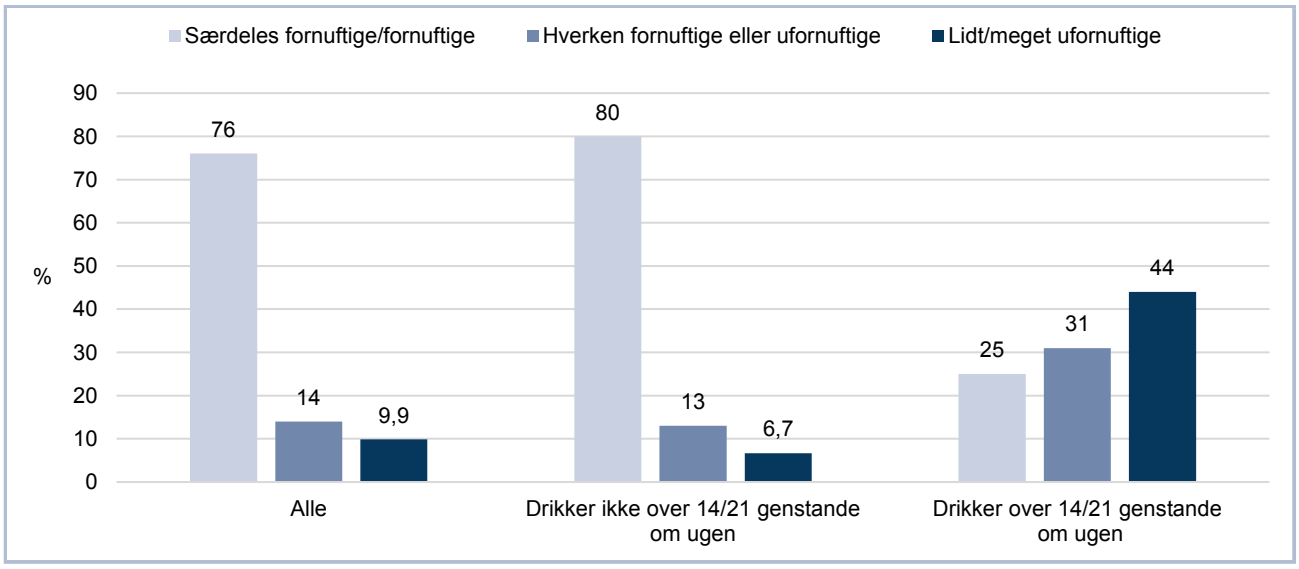


Baseret på 12.830 besvarelser i 2021 og 14.430 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Tomme felter skyldes for få besvarelser med denne adfærd i kommunen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

6.5 Selvvurderede alkoholvaner

En vigtig faktor i forebyggelsen af alkohol er personens egen vurdering af alkoholvaner, idet forebyggelsespotentialet er større blandt personer, der vurderer deres vaner som ufornuftige. I figur 6.5 ses fordelingen af selvvurderede alkoholvaner for alle borgere, som har drukket alkohol det seneste år, samt opdelt på om borgeren drikker over 14/21 genstande om ugen eller ej. Det ses, at der samlet er 76 % af borgerne, som har drukket alkohol det seneste år, som vurderer deres alkoholvaner som fornuftige, mens 10 % vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige. Dette billede afhænger dog af borgerens alkoholvaner. Således vurderer 44 % af de borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, at de har ufornuftige alkoholvaner, mens dette gælder for 6,7 % af borgere, som drikker op til 14/21 genstande om ugen. Der er dog stadig en fjerdedel af borgerne med alkoholindtag på over 14/21 genstande om ugen, som vurderer, at deres alkoholvaner er fornuftige på trods af, at de har et højt alkoholforbrug.

Figur 6.5 Selvvurderede alkoholvaner i forhold til ugentligt alkoholindtag[a]
Spørgsmål: "Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?"



Baseret på 43.373 besvarelser. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
a: Kun opgjort blandt borgere, som har drukket alkohol seneste år.

6.6 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt og/eller har tegn på problematisk alkoholforbrug.

Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt.

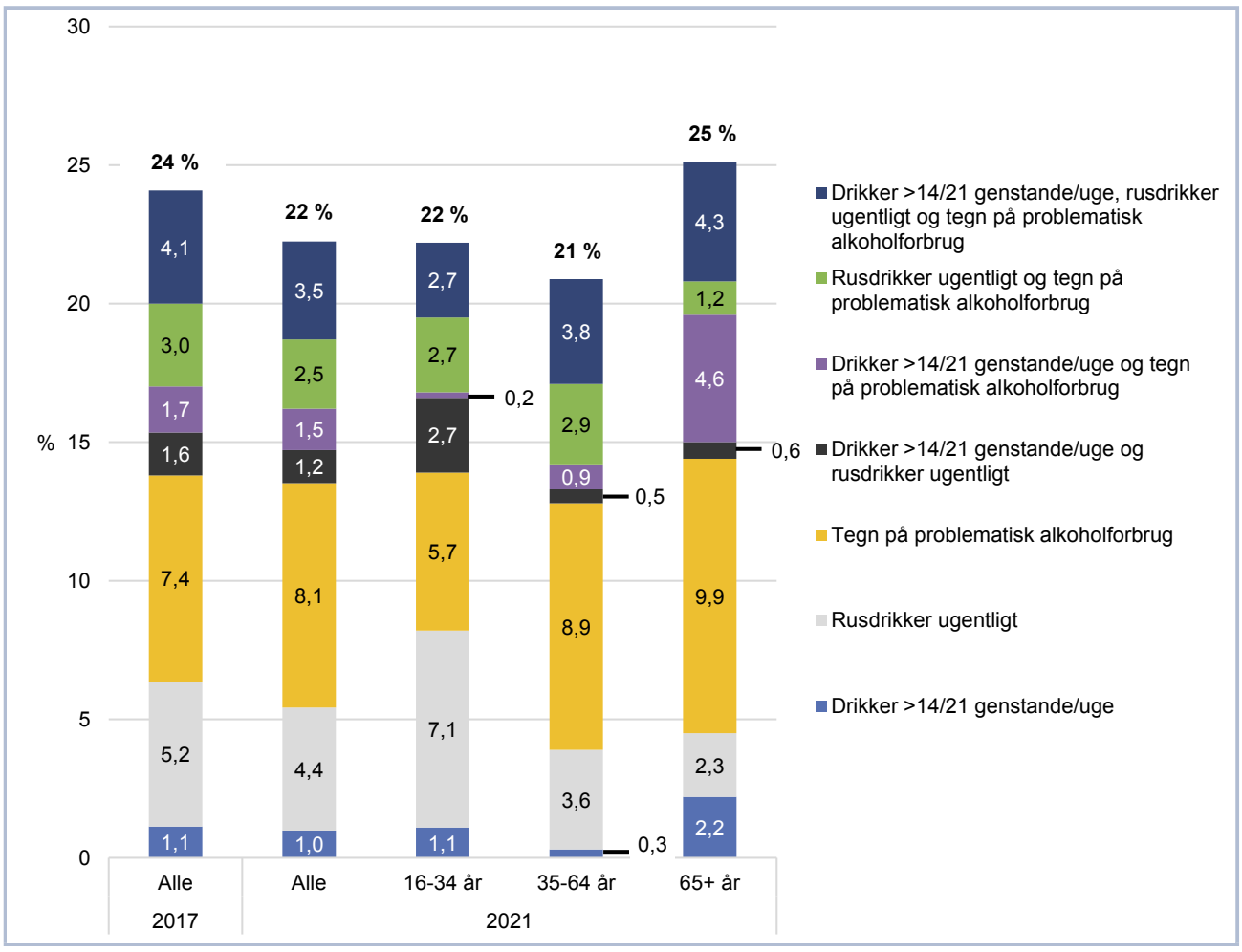
6.6.1 Drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt og/eller har tegn på problematisk alkoholforbrug

Figur 6.6 viser for 2017 og 2021 andelen af borgere med én eller flere af følgende uhensigtsmæssige alkoholvaner: drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt og/eller har tegn på problematisk alkoholforbrug. Derudover viser den for 2021 de tilsvarende andele for tre aldersgrupper. Den giver dermed et samlet billede af andelen med uhensigtsmæssig alkoholadfærd.

I 2021 har i alt 22 % af borgerne én eller flere af de tre uhensigtsmæssige alkoholvaner. Omkring en tredjedel heraf udgøres af borgere, som har tegn på problematisk alkoholforbrug uden samtidig at drikke over 14/21 genstande om ugen eller rusdrikke ugentligt (8,1 % af alle borgere). Denne gruppe er den eneste, hvor andelen er steget siden 2017, mens de øvrige er faldet eller er konstante, hvormed den samlede andel er faldet siden 2017, hvor den var 24 %.

I 2021 er den samlede andel med én eller flere af de tre uhensigtsmæssige alkoholvaner større blandt de 65+ årige (25 %) end blandt de 16-34-årige (22 %) og 35-64-årige (21 %). For de 65+ årige udgøres den største andel af tegn på problematisk alkoholforbrug uden de øvrige alkoholvaner (9,9 %) samt tegn på problematisk alkoholforbrug samtidig med et indtag på over 14/21 genstande om ugen (4,6 %). For de 16-34-årige er det derimod ugentlig rusdrikning uden de øvrige uhensigtsmæssige alkoholvaner, der udgør den største andel (7,1 %); denne andel bliver mindre med stigende alder. Andelen, som har alle tre uhensigtsmæssige alkoholvaner, bliver derimod større med stigende alder og er 4,3 % for de 65+ årige.

Figur 6.6 Drikker over 14/21 genstande/uge, rusdrikker ugentligt og/eller har tegn på problematisk alkoholforbrug



Baseret på 55.894 besvarelser i 2017 og 50.676 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2017 og data indsamlet på CKFF i 2021.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

6.6.2 Drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt og andre risikofaktorer

Tabel 6.13 viser forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt. Til sammenligning vises forekomsten for hele Region Hovedstaden. Det ses, at forekomsten af de fleste af risikofaktorerne er højere blandt borgere med uhensigtsmæssigt alkoholadfærd sammenlignet med regionen som helhed. Der er dog for flere af faktorerne kun tale om mindre forskelle. For daglig rygning, brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer, brug af hash 10 eller flere gange det seneste år samt sex uden kondom og forskellige seksualpartnere er forekomsten dog omkring to til tre gange højere blandt borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt i forhold til gennemsnittet i Region Hovedstaden. Forekomsten af lav fysisk aktivitet og svær overvægt er i modsætning til de øvrige risikofaktorer lidt lavere blandt borgere som rusdrikker ugentligt sammenlignet med regionen som helhed.

Tabel 6.13 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Drikker over 14/21 genstande/uge %	Rusdrikker ugentligt %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	7*	6*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	22*	22*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	19*	15	16
Ensomhed	13	13	13
Høj score på stressskala	34*	33*	30
Daglig rygning	24*	21*	13
Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer	9*	10*	3
Usundt kostmønster	19*	16*	14
Lav fysisk aktivitet	21*	17*	18
Svær overvægt	14	13*	15
Meget generet af søvnproblemer	18*	16*	14
Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere	10*	10*	4
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	7*	8*	3

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

6.7 Motivation for at ændre alkoholvaner

I dette afsnit beskrives antallet og andelen af borgere, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, og som ønsker hjælp hertil. Dette opgøres overordnet blandt borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen, og som rusdrikker ugentligt. Derefter er fokus på motivation blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen.

Ændringer i opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2021 opgøres motivation for at ændre alkoholvaner blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, mens det i Sundhedsprofil 2017 blev opgjort blandt borgere med 'risikabelt alkoholforbrug', defineret som at drikke over 14/21 genstande om ugen og/eller have tegn på problematisk alkoholforbrug. Ændringen medfører en mere afgrænset og specifik gruppe af borgere, som med større sandsynlighed har et alkoholindtag, der kan give helbredsmæssige konsekvenser.
Der tages også i dette afsnit udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens udmeldinger for højrisikabelt alkoholindtag, der var gældende på dataindsamlingstidspunktet, og som borgerne derfor havde at forholde sig til, da de besvarede spørgeskemaet.

Figur 6.7 viser *antallet* af borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt, samt *antallet* blandt disse borgere, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug og *antallet*, som ønsker hjælp dertil. Figuren giver yderligere en indikation af andelene, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, og som ønsker hjælp dertil. For de præcise antal og andele henvises til webtabel W6.3 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

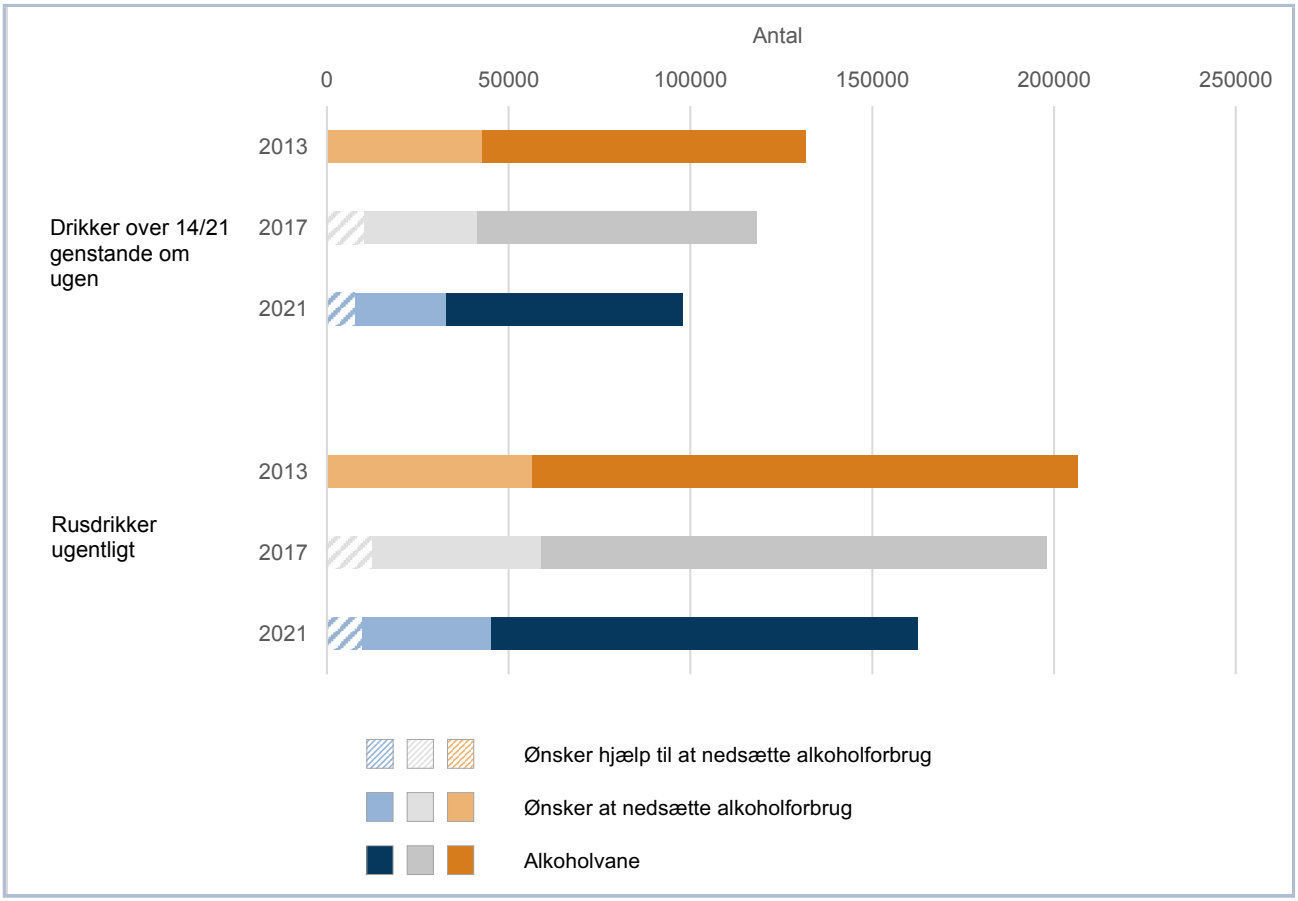
I 2021 er der blandt de 98.000 borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, 32.900 borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug svarende til 34 % (Figur 6.7 og Webtabel W6.3). Blandt disse borgere ønsker 7.600 borgere hjælp til at nedsætte alkoholforbruget svarende til 23 %. Til sammenligning ses det i webtabel W6.3, at blandt borgere, som *ikke* drikker over 14/21 genstande om ugen, er *antallet* af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, over dobbelt så stort (69.600 borgere), mens *andelen* kun er 7 %. Ligeledes er andelen som ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget væsentligt mindre blandt borgere, som *ikke* drikker over 14/21 genstande om ugen (10 % vs. 23 %), mens antallet er cirka det samme (Webtabel W6.3).

I 2021 er der blandt de 162.500 borgere, som rusdrikker ugentligt, 45.300 borgere, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget svarende til 28 %. Blandt disse borgere ønsker 9.700 borgere hjælp hertil, hvilket svarer til 21 % (Figur 6.7 og Webtabel W6.3). Sammenlignet med borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, er *antallet* af borgere, som hhv. ønsker at nedsætte alkoholforbruget og ønsker hjælp dertil, altså større blandt borgere, som rusdrikker ugentligt, mens *andelen* er lidt mindre.

For begge alkoholindikatorer ses det, at *andelene*, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget og ønsker hjælp hertil, ikke er ændret signifikant fra 2017 til 2021. Det tilsvarende *antal* borgere er dog faldet i perioden, hvilket følger udviklingen i antal af borgere, som hhv. drikker over 14/21 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt. På trods af dette fald i antal er der dog stadig et væsentligt forebyggelsespotentiale blandt borgere med uhensigtsmæssig alkoholadfærd.

Figur 6.7 Antal, som ønsker at nedsætte alkoholforbrug, og som ønsker hjælp hertil blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen og som rusdrikker ugentligt

Spørgsmål: "Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?" og "Hvis du vil nedsætte dit alkoholforbrug, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?"



Forekomsten af alkoholindtag og rusdrikning samt ønske om at nedsætte alkoholforbrug er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i alle tre år.
Forekomsten af ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbrug er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017, mens data ikke er indsamlet i 2013.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – region

I 2021 ønsker 34 % af borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen at nedsætte deres alkoholforbrug svarende til 32.900 personer i Region Hovedstaden (Tabel 6.14).

Køn og alder: Overordnet er der ikke forskel i andelen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt mænd og kvinder, som drikker over 14/21 genstande om ugen. Dog er andelen blandt de 55-64-årige kvinder (59 %) større end blandt mænd i samme aldersgruppe (45 %) og mindre blandt de 80+ årige kvinder end blandt de 80+ årige mænd. For begge køn ses, at andelen, som ønsker at nedsætte deres forbrug, stiger med stigende alder indtil 45-54 år for mændene og 45-64 år for kvinderne for derefter at falde igen. Den mindste andel ses dermed for begge køn hos de 16-24-årige og de 80+ årige. Det skal dog nævnes, at andelen blandt 35-44-årige kvinder ikke er opgjort grundet for få besvarelser.

Etnisk baggrund: Der er ingen forskel i andelen af borgere, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt borgere med forskellig etnisk baggrund, som drikker over 14/21 genstande om ugen. Andelen blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er dog ikke vist grundet for få besvarelser.

Uddannelse: Andelen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, stiger med stigende uddannelseslængde. Den er således mindst blandt borgere under uddannelse og størst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse og hhv. borgere under uddannelse, med gymnasial uddannelse og med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: En større andel af borgere i beskæftigelse, som drikker over 14/21 genstande om ugen, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug sammenlignet med pensionister, som drikker over 14/21 genstande om ugen. Der er for få personer i de øvrige erhvervstilknytningsgrupper, der har svaret de drikker over 14/21 genstande om ugen, til at opgøre ønske om at nedsætte alkoholforbruget.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: En større andel samlevende borgere end enlige borgere ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt dem, som drikker over 14/21 genstande om ugen. Der ses ingen statistisk signifikant forskel blandt borgere med og uden børn i hjemmet.

Udvikling: Overordnet er der ikke sket ændringer i andelen, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, siden 2013. Det samme ses for de fleste sociodemografiske grupper. For de 16-24-årige og borgere under uddannelse ses dog et fald, særligt siden 2017 og særligt blandt unge mænd. Modsat ses en stigning i andelen for de 55-79-årige kvinder siden 2013.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – kommuner

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen er ikke opgjort for kommuner og bydele grundet for få besvarelser inden for hver kommune, hvor alkoholindtaget er over 14/21 genstande om ugen, og hvor der er motivation for at ændre alkoholvaner.

Tabel 6.14 **Ønske om at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – region**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	34	32.900		35	33
Mænd					
Alle	35	19.600		36	35
16-24 år	8	800	*	19#	15#
25-34 år	32	2.200	*	31	34
35-44 år	55	3.000		61	56
45-54 år	59	4.200	Ref	54	53
55-64 år	45	4.400	*	44	42
65-79 år	32	4.800	*	29	27
80+ år	13	300	*	12	-
Kvinder					
Alle	32	13.300		34	29
16-24 år	11	1.000	*	18#	14
25-34 år	28	1.200	*	32	21
35-44 år	-	-		50	44
45-54 år	56	2.300	Ref	55	51
55-64 år	59	3.800		54	49#
65-79 år	29	3.600	*	29	23#
80+ år	5	200	*	-	-
Etnisk baggrund					
Danmark	33	29.300	Ref	35	33
Andre vestlige lande	41	2.400		39	38
Ikke-vestlige lande	-	-		-	-
Uddannelse					
Under uddannelse	13	2.300		21#	18
Grundskole	32	4.300	*	35	32
Gymnasial	32	2.800		35	34
Erhvervsfaglig	35	8.500	*	38	35
Kort og mellemlang videreg.	42	8.200	Ref	42	42
Lang videregående	47	6.300		43	44
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	45	18.800	Ref	44	43
Arbejdsløs	-	-		-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	-	-		46	-
Førtidspensionist	-	-		-	35
Pensionist	25	6.900	*	27	25
Samlivsstatus §					
Enlig	41	15.700	*	42	39
Samlevende	37	15.400	Ref	38	37
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	37	18.000		37	
Ja	41	4.600	Ref	44	

Baseret på 4.124 besvarelser i 2021, 4.742 besvarelser i 2017 og 4.276 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – region

I 2021 ønsker 23 % hjælp til at nedsætte alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, og som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette svarer til 7.600 personer i Region Hovedstaden (Tabel 6.15). I nedenstående beskrivelse af sociodemografiske grupper skal det bemærkes, at der i mange af grupperne er for få besvarelser med et ugentligt alkoholindtag på over 14/21 genstande og ønske om at nedsætte alkoholforbruget, til at opgøre andelen, som ønsker hjælp hertil.

Køn og alder: Der ses ingen forskel i andelen, som ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder. For mænd over 44 år ses en tendens til, at andelen falder med stigende alder, mens andelen ikke er opgjort for de yngre aldersgrupper grundet for få besvarelser. For kvinder ses ingen forskel i andelen for de opgjorte aldersgrupper.

Etnisk baggrund: Grundet få besvarelser, hvor alkoholindtaget er over 14/21 genstande om ugen, og hvor der er ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, er opgørelser for anden etnisk baggrund end dansk ikke opgjort, og der er dermed ikke et sammenligningsgrundlag.

Uddannelse: Der ses en tendens til, at andelen af borgere, som ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, falder med stigende uddannelseslængde. Således ses den største andel blandt borgere med grundskoleuddannelse og den mindste andel blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenhængen er dog ikke statistisk signifikant.

Erhvervstilknytning: En større andel ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere i beskæftigelse (20 %) end blandt pensionister (15 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder er der dog ikke forskel mellem borgere i beskæftigelse og pensionister. De øvrige erhvervstilknytningsgrupper er ikke opgjort grundet for få besvarelser.

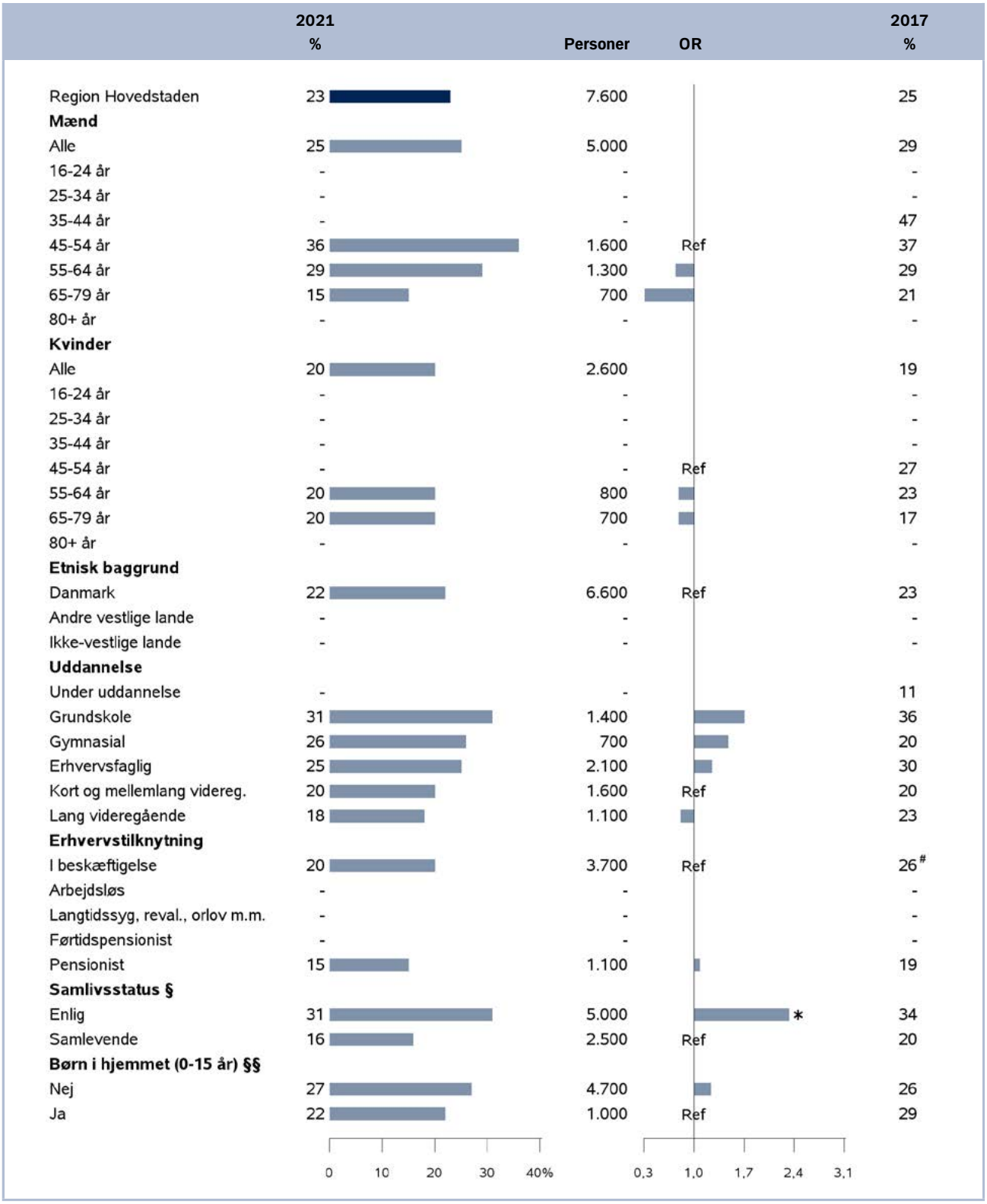
Samlivsstatus og børn i hjemmet: En større andel af enlige borgere end samlevende borgere ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug. Der ses ingen forskel mellem borgere med og uden børn i hjemmet.

Udvikling: Der ses ingen ændring fra 2017 til 2021 i andelen, som ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen og ønsker at nedsætte deres forbrug. En undtagelse er blandt borgere i beskæftigelse, hvor andelen er faldet fra 26 % i 2017 til 20 % i 2021.

Ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – kommuner

Ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen er ikke opgjort for kommuner og bydele grundet for få besvarelser inden for hver kommune, hvor alkoholindtaget er over 14/21 genstande om ugen, og hvor der er motivation for at ændre alkoholvaner.

Tabel 6.15 Ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen og som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug – region



Baseret på 1.326 besvarelser i 2021 og 1.579 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

6.8 Forebyggelse af alkoholindtag

Dette afsnit omhandler individrettet forebyggelse af højt alkoholindtag i form af råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget og tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner inden for det seneste år.

Ændring i opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2021 opgøres forebyggelse af alkoholindtag blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, mens det i Sundhedsprofil 2017 blev opgjort blandt borgere med 'risikabelt alkoholforbrug', defineret som at drikke over 14/21 genstande om ugen og/eller have tegn på problematisk alkoholforbrug. Ændringen medfører en mere afgrænset og specifik gruppe af borgere, som med større sandsynlighed har et alkoholindtag, der kan give helbredsmæssige konsekvenser. Der tages også i dette afsnit udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens udmeldinger for højrisikabelt alkoholindtag, der var gældende på dataindsamlingstidspunktet, og som borgerne derfor havde at forholde sig til ved besvarelse af spørgeskemaet.

6.8.1 Råd om at nedsætte alkoholforbruget fra egen læge

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget opgøres blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, og som har været ved egen læge inden for det seneste år. Dette opgøres kun på regionalt niveau og ikke for kommuner og bydele grundet for få besvarelser, hvor alkoholindtaget er over 14/21 genstande om ugen og egen læge er besøgt det seneste år. Tilsvarende gør sig gældende for flere af de sociodemografiske subgrupper i tabel 6.16, hvorfor der for disse subgrupper ikke er vist opgørelser i tabellen.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:
- Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – region

I 2021 er 15 % af de borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge inden for det seneste år (Tabel 6.16). Dette svarer til 10.600 personer i Region Hovedstaden.

Køn og alder: En større andel mænd (20 %) end kvinder (9 %), som drikker over 14/21 genstande om ugen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge. Dette gælder på tværs af alle opgjorte aldersgrupper. Fra 45 år blandt mænd og 55 år blandt kvinder ses en tendens til, at andelen falder med stigende alder. For begge køn ses den mindste andel blandt de 16-24-årige. Det skal dog bemærkes, at andelen ikke er opgjort for de 25-44-årige grundet for få besvarelser.

Etnisk baggrund: Der er ikke forskel mellem borgere med dansk baggrund og borgere med anden vestlig baggrund i forhold til andelen, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen. Andelen er ikke opgjort for borgere med ikke-vestlig baggrund grundet for få besvarelser.

Uddannelse: Andelen, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen, er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (23 %) og erhvervsfaglig uddannelse (21 %) sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper, hvor andelene er nogenlunde ens (13-14 %). Dette med undtagelse af borgere under uddannelse, hvor kun 2 % er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egne læge det seneste år. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem at være under uddannelse og have kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Der ses ingen forskel i andelen, som er rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt borgere i beskæftigelse og borgere på pension. Andelene for de øvrige erhvervstilknytningsgrupper er ikke opgjort grundet for få besvarelser.

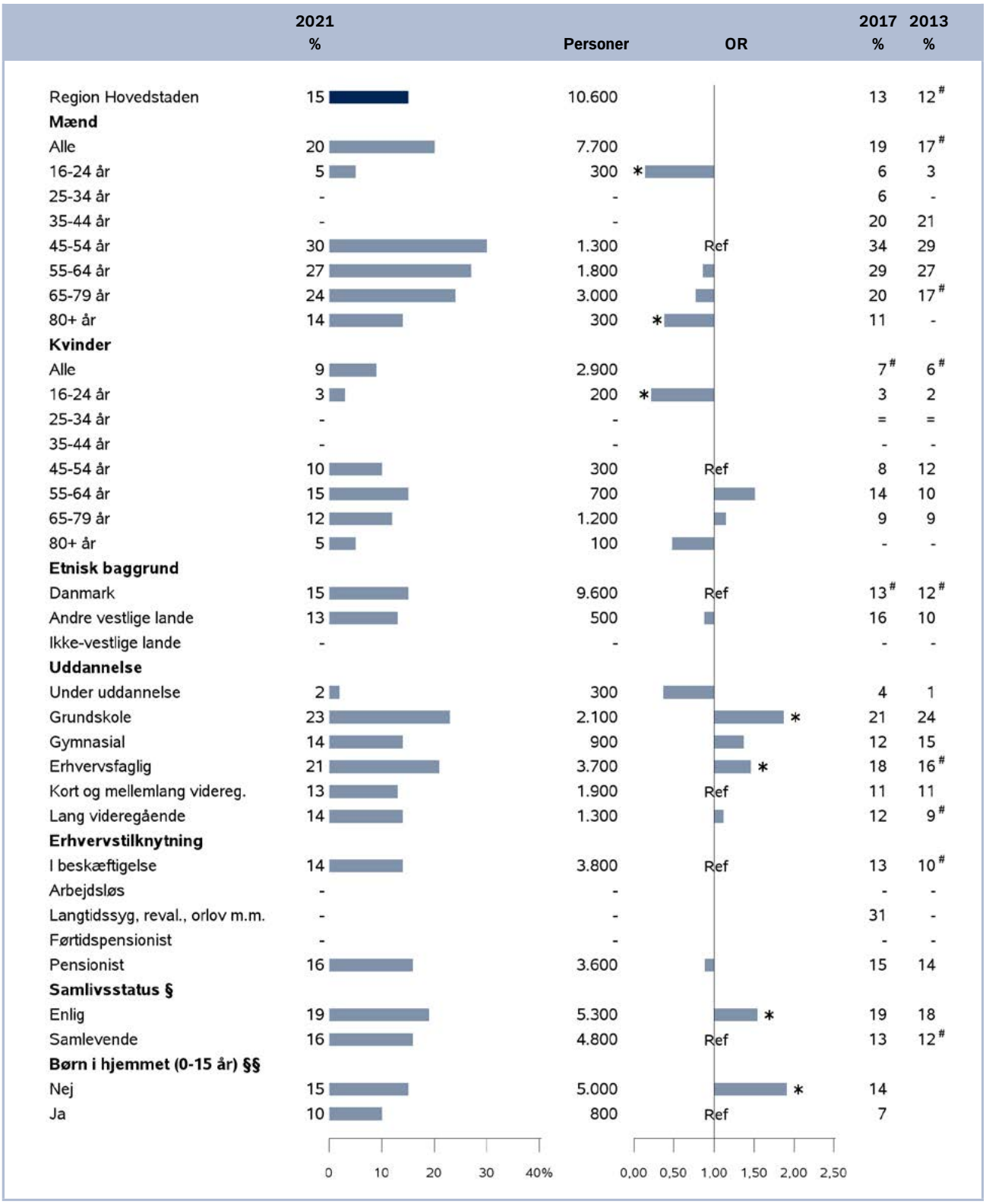
Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er en større andel af enlige borgere med alkoholforbrug over 14/21 genstande om ugen, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, end blandt samlevende. Det samme gælder for borgere med børn i hjemmet sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet. Sammenhængene bliver tydeligere, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Udvikling: Siden 2013 er der i Region Hovedstaden overordnet sket en stigning i andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbrug af egen læge, blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen fra 12 % i 2013 til 15 % i 2021. Tilsvarende ses stigninger siden 2013 i enkelte af de sociodemografiske grupper, mens der er tendens til en stigning i flere andre grupper, dog uden at være statistisk signifikante. De største signifikante stigninger ses blandt de 65-79-årige mænd og borgere med hhv. erhvervsfaglig og lang videregående uddannelse.

Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – kommuner

Grundet for få besvarelser, hvor alkoholindtaget er over 14/21 genstande om ugen og egen læge er besøgt inden for seneste år opgøres andelen, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbrug af egen læge ikke for kommuner og bydele.

Tabel 6.16 Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen – region



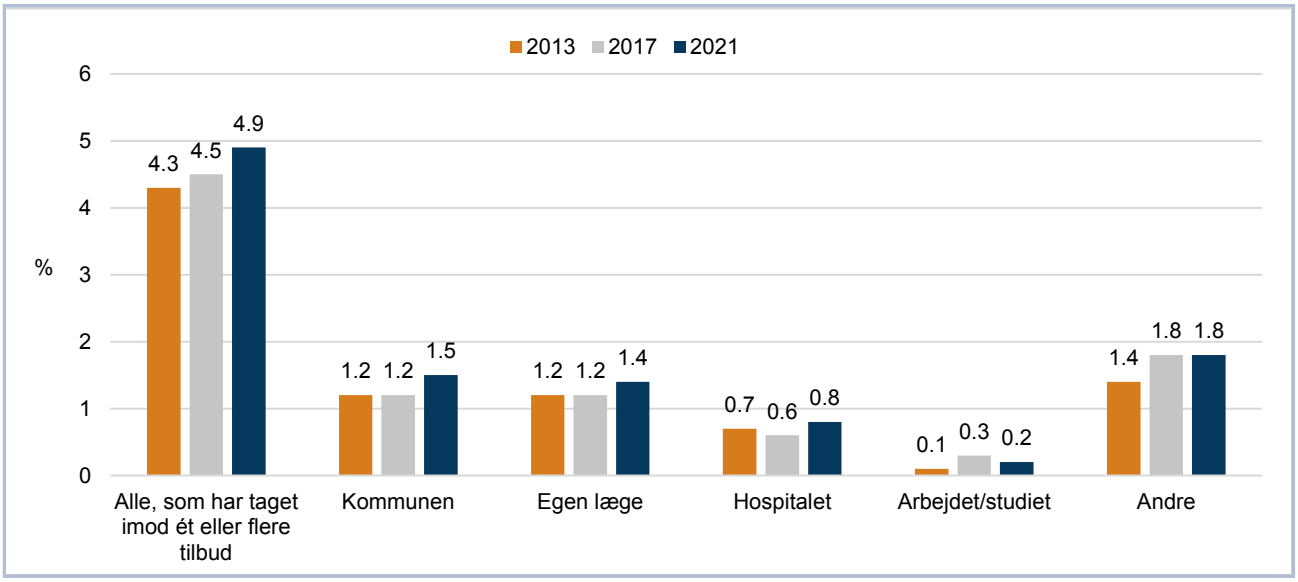
Baseret på 3.139 besvarelser i 2021, 3.835 besvarelser i 2017 og 3.412 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-) eller for få besvarelser med denne adfærd i den sociodemografiske gruppe (=).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

6.8.2 Tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner

Tilbud om hjælp til at ændre alkoholvaner opgøres blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen (Figur 6.8). Borgerne er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra forskellige instanser i samfundet. Den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og kan dermed indgå flere steder i opgørelserne.

I 2021 har 4,9 % af de borgere, som drikker over 14/21 genstande, taget imod ét eller flere tilbud om hjælp til at ændre alkoholvaner inden for det seneste år. Der er flest, der har taget imod tilbud fra andre instanser end de adspurgte, og dernæst fra kommunen og fra egen læge. Der er dog tale om små andele (1,4-1,8 % af de borgere, som drikker over 14/21 genstande). Der er tendens til en lille stigning i andelen, som har taget imod tilbud siden 2013. Ændringerne er dog ikke statistisk signifikante.

Figur 6.8 Taget imod tilbud om hjælp til at ændre alkoholvaner blandt borgere, som drikker over 14/21 genstande om ugen
Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner?"



Baseret på 3.811 besvarelser i 2021, 4.348 besvarelser i 2017 og 3.789 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
Andelen for 'alle, som har taget imod et eller flere tilbud', er mindre end summen af de øvrige kategorier. Dette skyldes, at den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå i flere søjler. I 'alle'-kategorien tæller hver person kun én gang.

6.9 Litteratur

1. Grønkjær M, Curtis T, De Crespigny C, Delmar C. Acceptance and expectance: Cultural norms for alcohol use in Denmark. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being. 3. november 2011;6(4):8461.

2. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing; 2021.

3. Tigerstedt C, Agahi N, K Bye E, Ekholm O, Härkönen J, Jensen HR, m.fl. Comparing older people's drinking habits in four Nordic countries: Summary of the thematic issue. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 1. oktober 2020;37(5):434–43.

4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2016.

5. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease - Years lived with disability - Denmark [Internet]. [henvist 11. december 2021]. Tilgængelig hos: http://ihmeuw.org/5mtk

6. Rehm J, Rovira P, Llamosas-Falcón L, Shield KD. Dose–Response Relationships between Levels of Alcohol Use and Risks of Mortality or Disease, for All People, by Age, Sex, and Specific Risk Factors. Nutrients. august 2021;13(8):2652.

7. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk MK, m.fl. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2020.

8. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, Hasan OSM, Imtiaz S, Popova S, m.fl. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. juni 2017;112(6):968–1001.

9. Griswold MG, Fullman N, Hawley C, Arian N, Zimsen SRM, Tymeson HD, m.fl. Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. The Lancet. september 2018;392(10152):1015–35.

10. Hviid SS, Holst CA, Becker U, Tolstrup JS. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.

11. Hjarnaa L, Hviid SS, Becker U, Laursen B, Tolstrup JS. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge. Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistret. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2020.

12. Christoffersen M. Alkohols sociale konsekvenser. I: Becker U, Tolstrup J, redaktører. Alkohol: Brug, konsekvenser og behandling. 1. udg. Munksgaard; 2016. s. 145–58.

13. Holst C, Tolstrup JS, Sørensen HJ, Becker U. Family structure and alcohol use disorder: a register-based cohort study among offspring with and without parental alcohol use disorder. Addiction. 2020;115(8):1440–9.

14. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, Lau CJ, Christensen AI, Becker U, m.fl. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. European Journal of Epidemiology. april 2019;34(4):397–407.

15. 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. januar 2014;29(1):15–26.

16. Becker U, Tolstrup J. Alkoholrelateret sygelighed og dødelighed. Ugeskrift for læger. 2021;183:1–8.

17. Stockwell T, Zhao J, Panwar S, Roemer A, Naimi T, Chikritzhs T. Do "Moderate" Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. J Stud Alcohol Drugs. marts 2016;77(2):185–98.

18. Di Castelnuovo A, Costanzo S, Bonaccio M, McElduff P, Linneberg A, Salomaa V, m.fl. Alcohol intake and total mortality in 142 960 individuals from the MORGAM Project: a population-based study. Addiction. 2022;117(2):312–25.

19. Askgaard G, Grønbæk M, Kjær MS, Tjønneland A, Tolstrup JS. Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: a prospective cohort study. J Hepatol. maj 2015;62(5):1061–7.

20. Simpson RF, Hermon C, Liu B, Green J, Reeves GK, Beral V, m.fl. Alcohol drinking patterns and liver cirrhosis risk: analysis of the prospective UK Million Women Study. The Lancet Public Health. 1. januar 2019;4(1):e41–8.

21. Tolstrup J, Møller SP, Grønbæk M, Hviid SS, Askgaard G. Skadelige konsekvenser af alkoholindtag blandt unge mennesker. Ugeskrift for læger. 2021;183:1–9.

22. Tolstrup JS, Demant J, Grønbæk M, Møller SP, Pedersen MU, Pisinger V. Unges alkoholkultur – et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2019 s. 1–124.

23. Wang C, Xue H, Wang Q, Hao Y, Li D, Gu D, m.fl. Effect of Drinking on All-Cause Mortality in Women Compared with Men: A Meta-Analysis. J Womens Health (Larchmt). 1. maj 2014;23(5):373–81.

24. Katikireddi SV, Whitley E, Lewsey J, Gray L, Leyland AH. Socioeconomic status as an effect modifier of alcohol consumption and harm: analysis of linked cohort data. Lancet Public Health. juni 2017;2(6):e267–76.

25. 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. The Lancet Public Health. 1. juni 2020;5(6):e324–32.

26. HAR Jensen, M Davidsen, O Ekholm, AI Christensen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

27. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. 2. udg. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

28. World Health Organization Regional Office for Europe. Status report on alcohol consumption, harm and policy responses in 30 European countries 2019. Copenhagen: WHO; 2019 s. 1–49.

29. Becker U. Professor: Effektiv alkoholforebyggelse i Danmark er en by i Rusland - Debatindlæg. Altinget: Sundhed [Internet]. 2019 [henvist 22. januar 2022]; Tilgængelig hos: https://www.altinget.dk/sundhed/artikel/professor-effektiv-alkoholforebyggelse-i-danmark-er-en-by-i-rusland

30. Jakobsen G, Sølvhøj I, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. Center for Interventionsforskning, SDU, Statens Institut for Folkesundhed; 2020.

31. Pedersen MK, Kruckow S. Sundhedsstyrelsens tiltag over for alkoholforebyggelse og behandling. Ugeskrift for læger. 183:1–7.

32. Megafon, Sundhedsstyrelsen. Undersøgelse af alkoholpolitik på gymnasier og erhvervsskoler i Danmark. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

33. Kofoed SP. Mindre rus på rusturen: Nye studerende får en studiestart med færre promiller end tidligere [Internet]. DR. 2021 [henvist 27. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.dr.dk/nyheder/indland/mindre-rus-paa-rusturen-nye-studerende-faar-en-studiestart-med-faerre-promiller-end

34. Pisinger VSC, Hoffmann SH, Rosing JA, Thygesen LC, Krølner RF, Tolstrup JS. Alkoholforebyggelse på gymnasier – Erfaringer med indsatsen Gymnasier Fuld af liv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.

35. Kræftens Bekæmpelse, TrygFonden. Fuld af liv [Internet]. Fuld af liv. [henvist 20. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://www.fuldafliv.dk/

36. Sundhedsstyrelsen. Fælles om ungelivet [Internet]. 2020 [henvist 22. oktober 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/da/faellesomungelivet

37. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens Servicetjek på offentligt finansieret alkoholbehandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

38. Hansen ABG, Andersen A-KM, Foxvig I, Birch SD, Det Sektorfri Forebyggelseslaboratorium, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse. Dialog om alkohol - rådgivnings- og implementeringsmateriale. København: Sundhedsstyrelsen; 2021.

39. Askgaard G, Leon DA, Deleuran T, Tolstrup JS. Hospital admissions and mortality in the 15 years after a first-time hospital contact with an alcohol problem: a prospective cohort study using the entire Danish population. International Journal of Epidemiology. 1. februar 2020;49(1):94–102.

40. Niss NK, Kierkgaard A, Højen-Sørensen A-K, Hansen AA. Barrierer for tidlig opsporing af alkoholproblemer i børnefamilier. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd; 2015.

41. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for behandling af alkoholafhængighed - Sundhedsstyrelsen. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

42. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

43. Danmarks Statistik. Salg af alkohol og tobak 2020. 18. juni 2021;(233):1–2.

44. Rosendahl Jensen HA, Holt Udesen C, Ekholm O, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Den Europæiske Rusmiddelundersøgelse (ESPAD) 2019. Sundhedsstyrelsen; 2020.

45. The ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Publications Office of the European Union: EMCDDA Joint Publications; 2020.

46. Rasmussen M, Kierkegaard L, Vork Rosenstein S, Holstein BE, Trap Damsgaard M, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2018 - Helbred, trivsel og sundhedsadfærd blandt 11-, 13- og 15-årige skoleelever i Danmark. 2019.

47. Pisinger V, Hviid S, Hoffmann S, Rosing J, Tolstrup J. Sammen – hver for sig – Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.

48. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, m.fl. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. Addiction. 116(12):3369–80.

49. OECD. The effect of COVID-19 on alcohol consumption, and policy responses to prevent harmful alcohol consumption. 2021.

50. Alkohol & Samfund. Faktaark: Alkohol og corona. 2021.

51. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T, m.fl. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. 1. januar 2005;65(7):615–22.

52. Holst C, Tolstrup JS, Becker U. Risk of somatic disease and mortality in individuals of parents with alcohol use disorder: a register-based cohort study. Addiction. 25. oktober 2021;add.15722.

53. Pisinger VSC, Bloomfield K, Tolstrup JS. Perceived parental alcohol problems, internalizing problems and impaired parent — child relationships among 71 988 young people in Denmark. Addiction. 2016;111(11):1966–74.

54. Pisinger VSC, Holst CA, Bendtsen P, Becker U, Tolstrup JS. Perceived parental alcohol problems and drinking patterns in youth: A cross-sectional study of 69,030 secondary education students in Denmark. Preventive Medicine. 1. december 2017;105:389–96.

Kapitel 7

Kost

- I 2021 har 14 % af borgerne i Region Hovedstaden et usundt kostmønster, 70 % har et kostmønster med sunde og usunde elementer, og 16 % har et sundt kostmønster. Siden 2010 har borgernes kostvaner ændret sig, hvilket ses i stigninger i andelen med hhv. et usundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer og i et fald i andelen med et sundt kostmønster.

- Borgere med usundt kostmønster har et utilstrækkeligt indtag af frugt, grønt og fisk, og er samtidigt mere tilbøjelige til at have et hyppigt indtag af kød (fra firbenede dyr), fastfood, sodavand og energidrik end de andre kostmønstergrupper, især sundt kostmønster. Borgere med usundt kostmønster spiser derudover mindre hyppigt fjerkræ end de andre kostmønstergrupper, mens hyppigt indtag af slik og kager forekommer i samme udstrækning i alle tre kostmønstergrupper.

- I alt 91 % af borgerne spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen, 83 % spiser ikke mindst 350 gram fisk om ugen, mens 28 % spiser fastfood mindst én gang om ugen, 15 % spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen, 34 % drikker sodavand mindst tre gange om ugen, hvoraf halvdelen drikker sodavand med sukker, og 3,2 % drikker energidrik mindst tre gange om ugen. Derudover spiser 14 % af borgerne sjældent/aldrig kød og 12 % spiser sjældent/aldrig fjerkræ som varm mad. For alle de nævnte kostelementer er der sket stigninger i forekomsten siden 2017 med undtagelse af indtag af sodavand med sukker, der er uændret i perioden.

- Samlet set har 44 % af borgerne én eller flere af følgende kostrelaterede risikofaktorer: usundt kostmønster, spiser fastfood mindst én gang om ugen og/eller drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen. Denne samlede andel er størst blandt de 16-34-årige (58 %), og mindst blandt de 65+ årige (27 %).

- For usundt kostmønster ses den højeste forekomst blandt de 80+ årige. I forhold til de enkelte kostelementer ses det til gengæld, at det især er blandt de yngre, at de uhensigtsmæssige kostvaner er hyppige. Det ses bl.a. at unge har hyppigt indtag af fastfood og sodavand, især unge mænd.

- Flere mænd end kvinder har et usundt kostmønster, spiser utilstrækkeligt med frugt og grønt, spiser fastfood mindst én gang om ugen og drikker sodavand med sukker og/eller energidrik mindst tre gange om ugen. Omvendt spiser flere kvinder end mænd sjældent/aldrig kød eller fjerkræ og desuden utilstrækkeligt med fisk, men hyppigt slik og kager.

- Der er en social gradient i forekomsten af usundt kostmønster. Forekomsten er således 24 % blandt borgere med grundskoleuddannelse og 7-9 % for borgere med videregående uddannelser. I forhold til indtag af slik og kager ses derimod en omvendt social gradient, hvor indtaget er hyppigst blandt borgere med videregående uddannelser. Der ses desuden store forskelle i forekomsten af usundt kostmønster mellem kommunerne, som afspejles i en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne.

- Borgere med usundt kostmønster har også andre risikofaktorer, heriblandt en dobbelt så høj forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet og af lav fysisk aktivitet sammenlignet med regionen som helhed.

- I alt 62 % af borgerne med usundt kostmønster ønsker at spise sundere, og blandt dem ønsker 43 % hjælp til det. Egen læge har rådet 11 % af borgerne med usundt kostmønster til at ændre kostvaner. Desuden har 4,9 % af borgere med usundt kostmønster taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner.

Indledning

Kosten har stor betydning for befolkningens overordnede sundhedstilstand. En sund og varieret kost kan være med til at opretholde og fremme et godt helbred samt forebygge kostrelaterede sygdomme, overvægt og underernæring (1,2). Frugt, grønt, fuldkorn og fisk kan reducere risikoen for udvikling af livsstilssygdomme, mens salt, sukker, mættet fedt og rødt kød kan øge risikoen (3). Der er f.eks. fundet sammenhæng mellem indtag af frugt og grønt og nedsat risiko for hjertekarsygdom og forhøjet blodtryk (1); indtag af fødevarer med kostfibre (bælgfrugter, fuldkorn, grønsager) og nedsat risiko for tyk- og endetarmskræft (4); og indtag af fuldkorn og nedsat risiko for hjertekarsygdom, type 2-diabetes samt kræft (1,5,6). Omvendt giver indtag af rødt og forarbejdet kød øget risiko for kræft i tyk- og endetarm (4), og højt indtag af salt øger risiko for kræft i mavesæk, højt blodtryk og hjertekarsygdom (1,4).

Ifølge Global Burden of Disease (GBD) kan 12 % af den totale dødelighed og 6,5 % af det totale antal tabte gode leveår (DALYS: disability-adjusted life years) i Danmark tilskrives kostrelaterede risikofaktorer. Det er særligt et lavt indtag af fuldkorn og bælgfrugter samt et højt indtag af rødt og forarbejdet kød, som rangerer højt på GBD's liste over adfærdsmæssige risikofaktorer for dødelighed og tabte gode leveår (7). Til sammenligning tegner kostrelaterede risici sig for ca. 15 % af alle dødsfald og 9 % af det totale antal tabte gode leveår i EU (7). Tal fra den Europæiske Sundhedsprofil viser, at andelen, som spiser frugt og grønt hver dag, er mindre i Danmark (46 %) sammenlignet med de fleste EU-lande (8). Tal fra de nordiske lande viser desuden, at 14-28 % af borgerne har en usund kost, og at Norge rangerer lavest og Sverige højest, mens Danmark ligger derimellem (9).

For at guide borgerne i retning af en sund, sygdomsforebyggende og klimavenlig kost har Fødevarestyrelsen opdateret de officielle kostråd i 2021 (10). Ved at følge kostrådene dækkes kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer samtidigt med, at risikoen for udvikling af en række livsstilssygdomme reduceres. I forhold til de tidligere kostråd fra 2013 er rådene om kødindtag og indtag af sødt, salt og fedt blevet skærpet med en lavere ugentlig mængdeanbefaling. Herudover har de nye kostråd fokus på fødevarernes klimaaftryk, og det anbefales, at borgere spiser planterigt ved bl.a. at tilvælge bælgfrugter frem for kød (10).

Fødevarestyrelsens 7 kostråd (2021):

- Spis planterigt, varieret og ikke for meget
- Spis flere grønsager 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 (10).

Der er derudover en række supplerende råd til gravide, ammende, spæd- og småbørn, borgere over 65 år samt vegetarer og veganere.

Hvis borgerne lever efter anbefalingerne i de nye kostråd, vil der være betydelige sundheds- og samfundsøkonomiske gevinster. Målt i antal tabte gode leveår (DALY) vil en kost i overensstemmelse med anbefalingerne resultere i en årlig besparelse på 27.000-33.500 DALY (11). Det er især indtag af mindre rødt og forarbejdet kød og mere frugt, grønsager og bælgfrugter, der gavner i forhold til livskvalitet, levetid og samfundsøkonomi. Den samlede økonomiske gevinst forbundet med efterlevelse af kostrådene forventes at ligge mellem 10-15 mia. kroner årligt som følge af færre omkostninger til sundhedsvæsenet, flere år på arbejdsmarkedet og værdien af øget livskvalitet.

Udover kostrådene opfordrer Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen kommunerne til at arbejde med fremme af sunde mad- og måltidsvaner. Det fremgår af forebyggelsespakken på området, at dette kan ske via indsatser i f.eks. dagtilbud, skoler og ungdomsuddannelser, kommunale arbejdspladser, botilbud og i ældreplejen (12). Fra 2017 til 2019 ses dog fald i andelen af kommuner, som vurderer, at de lever op til forebyggelsespakkens anbefalinger (13). Således er der procentvis færre kommuner i 2019 end i 2017, som har udarbejdet lokale handleplaner for arbejdet med mad og måltider på plejehjem og aktivitetscentre, i dagplejen og daginstitutioner mv. Det er sandsynligt, at andelen af kommuner, der lever op til forebyggelsespakkens anbefalinger er faldet yderligere siden starten af 2020, hvor COVID-19 pandemien har taget fokus fra det traditionelle kommunale forebyggelsesarbejde.

Der er i den senere tid igangsat en række kost-partnerskaber for sundhedsrelaterede målsætninger, f.eks. 'Fødevarepartnerskabet for sundhed og klima', som arbejder for at gøre det sunde valg til det lette valg, 'Fuldkornspartnerskabet', som arbejder for at få danskerne til at spise mere fuldkorn, og 'Innovationspartnerskabet for sundere mad og måltider', som arbejder for at udvikle, udbrede og synliggøre sunde fødevarer. Dertil kommer, at de nationale myndigheder løbende anvender lovgivning, mærkning og kontrol på fødevareområdet for at sikre beskyttelse af borgernes sundhed og interesser ved at give borgerne grundlag for at træffe informerede valg omkring fødevarer (14).

Nye nationale tal viser, at forekomsten af usundt kostmønster er steget siden 2017, og at 18 % af danskerne har et usundt kostmønster i 2021, hvoraf over halvdelen ønsker at spise sundere (15). Data til Sundhedsprofil 2021 blev indsamlet under anden bølge af COVID-19 pandemien, hvor hverdagen for mange danskere var markant ændret, og mange arbejdede hjemme eller var hjemsendt fra arbejde. En undersøgelse, der sammenligner danskernes kost før og under første nedlukning indikerer, at danskerne generelt spiste mere usundt under nedlukningen (16). Især danskere, som arbejdede hjemme eller var sendt hjem spiste mere slik, chokolade, kage samt take away og mindre frugt og grønt, fisk og rødt kød sammenlignet med før nedlukningen (16). Danskerne vurderer også selv, at de generelt spiste mere og havde et større indtag af f.eks. slik, chokolade og kage, snacks samt færdigretter under første nedlukning sammenlignet med før (16–19). Salgsdata fra Coop Analyse underbygger disse fund (20). Pandemien påvirkede dog også danskernes kostvaner positivt i form af mere tid til planlægning og forberedelse af hjemmelavet sund mad og højere

indhold af fuldkorn i kosten (17,19). Det er med metoden bag 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen ikke muligt at afgøre, i hvilken grad pandemien kan forklare den udvikling, som ses i resultaterne, eller om udviklingen i borgernes kostindtag er en fortsættelse af den udviklingstendens, som sås før pandemien.

Kapitlets indhold

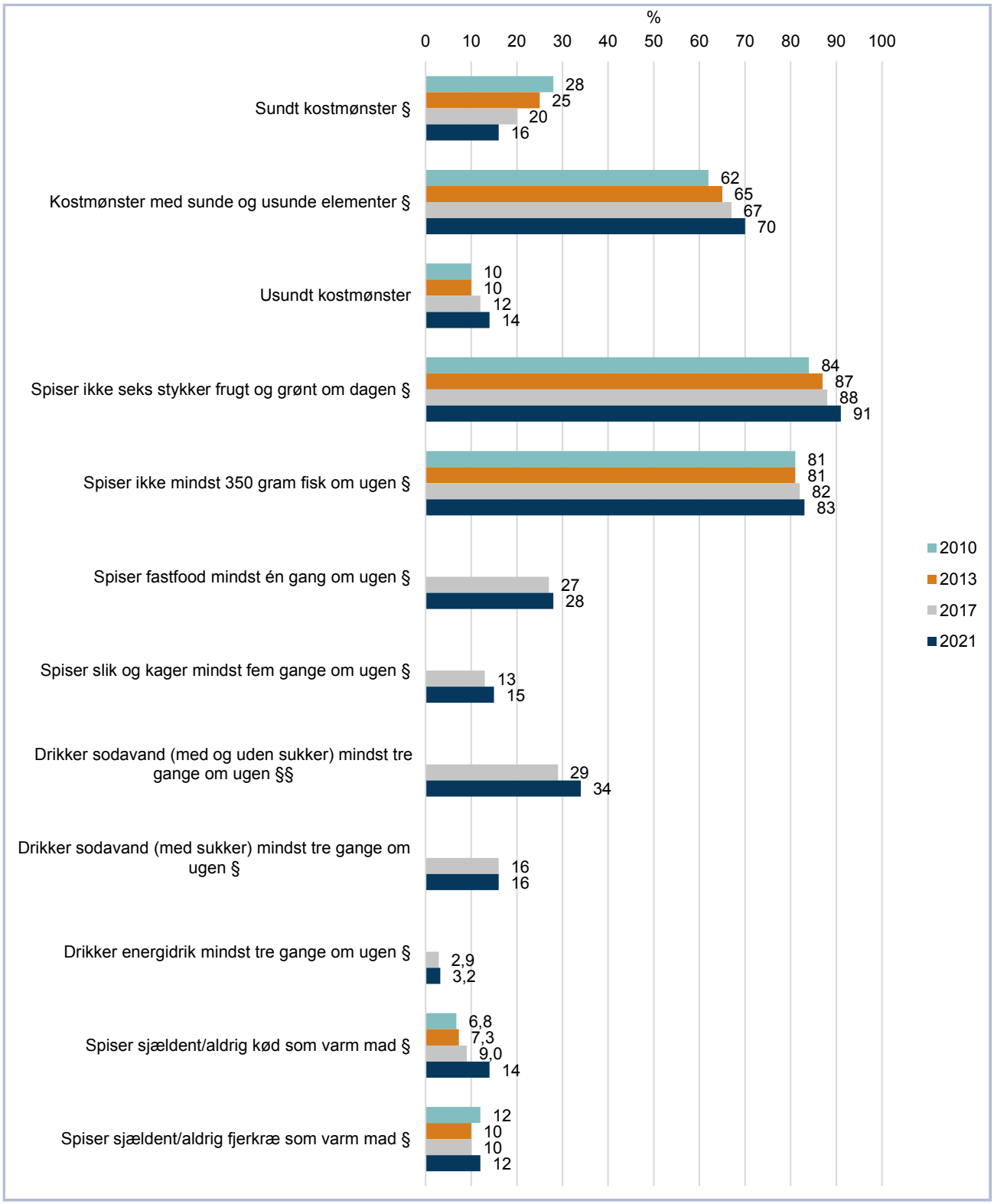
I dette kapitel beskrives først andelen af borgere med forskellige kostmønstre; sundt kostmønster, kostmønster med sunde og usunde elementer og usundt kostmønster. Dernæst beskrives andelen, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen, andelen som ikke spiser mindst 350 gram fisk om ugen, andelen som spiser fastfood mindst én gang om ugen, andelen som spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen samt andelen, som drikker hhv. sodavand med sukker og energidrik mindst tre gange om ugen. Derudover opgøres andelen, som sjældent/aldrig spiser hhv. kød og fjerkræ som varm mad. Størstedelen af opgørelserne i dette kapitel i rapporten er figurer, der dels præsenterer fordelingen af de spørgsmål som kapitlet bygger på og dels viser sammenhængen mellem de enkelte kostelementer og de tre kostmønstergrupper. Formålet med sidstnævnte figurer er et ønske om at konkretisere, hvad der karakteriserer kostindtaget i de tre kostmønstergrupper. Regions- og kommunetabeller for de enkelte kostelementer og for sundt kostmønster samt kostmønster med sunde og usunde elementer kan findes i webtabel W7.1-W7.21 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

I rapporten belyses tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer også. Først beskrives andelen, som har et usundt kostmønster, som spiser fastfood mindst én gang ugentligt og/eller drikker sodavand med sukker mindst tre gange ugenligt, og dernæst beskrives andelen med andre risikofaktorer blandt borgere med usundt kostmønster. Endeligt beskrives motivation for ændring af kostvaner og forebyggelse af usunde kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster.

Resultatoverblik

I figur 7.1 ses et overblik over de indikatorer for kost, som belyses i dette kapitel for de år, hvor oplysningerne er tilgængelige. I perioden 2010 til 2021 ses et gradvist fald i andelen af borgere med sundt kostmønster og omvendt gradvise stigninger i andelen med hhv. et kostmønster med sunde og usunde elementer og usundt kostmønster. Således har syv ud af ti borgere (70 %) et kostmønster med sunde og usunde elementer i 2021, mens én ud af syv borgere (16 %) har et usundt kostmønster. Der ses ligeledes stigninger i andelen af borgere, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen og i andelen, som ikke spiser mindst 350 gram fisk om ugen. Også i perioden fra 2017 til 2021 ses der stigninger i andelen, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, i andelen, som spiser slik og kager mindst fem gange om ugen, i andelen, som drikker hhv. sodavand (med og uden sukker) og en lille stigning i indtag af energidrik mindst tre gange om ugen. Omvendt ses ingen ændring i andelen, som drikker sodavand med sukker fra 2017 til 2021. I samme periode ses desuden stigninger i andelen af borgere, som sjældent/aldrig spiser især kød men også fjerkræ som varm mad.

Figur 7.1 Resultatoverblik for kost



§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.

7.1 Kostmønstre

I dette afsnit beskrives borgernes generelle kostvaner med udgangspunkt i en valideret kostscore, der giver indblik i kostens overordnede kvalitet (21). Kostscoren, der kan antage værdier fra 0 til 8, er baseret på information om frugt, grønt, fisk og fedt. Ud fra kostscoren inddeles borgerne i tre kostmønstergrupper, der er sat med henblik på at identificere personer, der samlet set har et særligt sundt eller usundt kostmønster. Blandt borgere med usundt kostmønster er der i høj grad behov for og plads til forbedring af kostvanerne.

For at konkretisere, hvad der kendetegner kostindtaget for borgere i de tre kostmønstergrupper, har vi som noget særligt i dette kapitel valgt at opgøre, hvordan de enkelte kostelementer, som belyses i kapitlet, fordeler sig i kostmønstergrupperne. Disse figurer findes for hvert underafsnit i kapitlet.

Kostmønstergrupper

Sundt kostmønster (score 6-8): Borgerne har 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 af borgere er kendetegnet ved, at der i nogen eller mindre grad er plads til forbedring af kostvanerne.

Kostmønster med sunde og usunde elementer (score 3-5): Borgerne har 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 af borgere er kendetegnet ved, at der i nogen grad er behov for og plads til forbedring af kostvanerne.

Usundt kostmønster (0-2): Borgerne har generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen af borgere er kendetegnet ved, at der i høj grad er behov for og plads til forbedring af kostvanerne.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:

- Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på? (Smør, Kærgården eller tilsvarende; minarine eller plantemargarine; fedt; spiser brød uden fedtstof på)
- Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg? (Pålæg, kød; fiskepålæg; æg; pålægssalater eller mayonnaisesalater)
- Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad? (Kød; fjerkræ; fisk; grønsags- eller vegetarretter)
- Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager? (Blandet salat, råkost; andre rå grøntsager; tilberedte grøntsager)
- Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen? (Stegemargarine; plantemargarine; smør, Kærgården og lignende; fedt/palmin; olivenolie; majs-, solsikke- eller vindruekerneolie; rapsolie, madolie, salatolie; laver mad uden fedtstof)
- Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

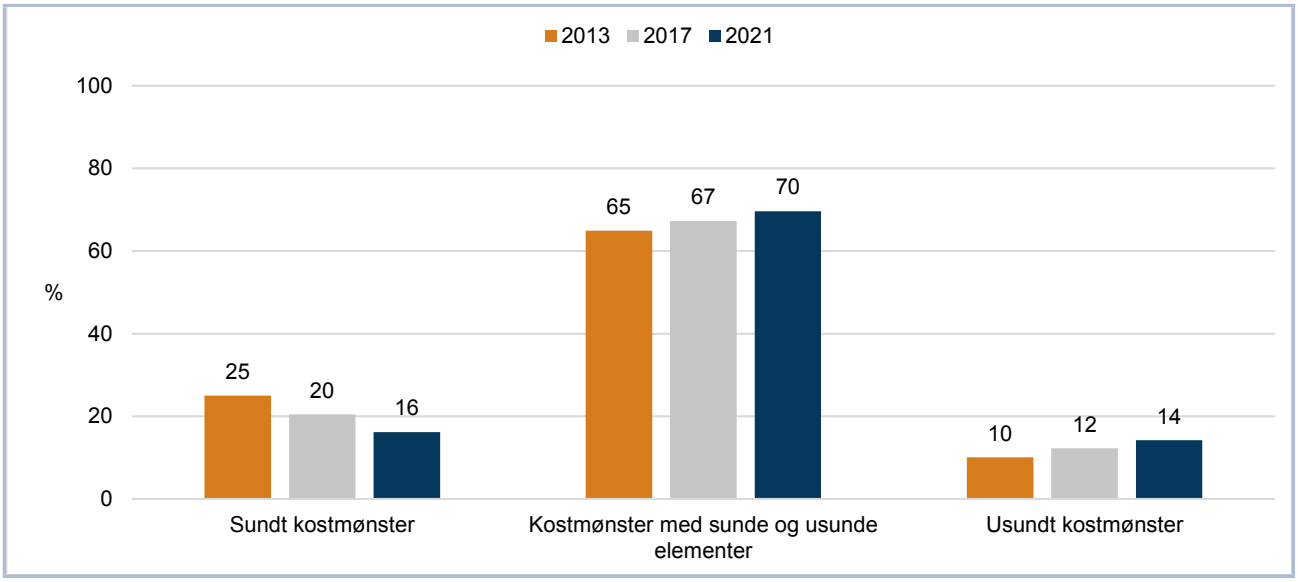
Validering af kostscore

Der er sket mindre ændringer i spørgsmålene, som indgik i den oprindelige validering af kostscoren i 2007 (21), men også i spørgsmålene brugt til beregning af kostscoren i sundhedsprofilen i perioden 2010-2021. Af denne grund er der gennemført et studie, som netop undersøger om de spørgsmål, som aktuelt indgår i beregningen af kostscoren i Sundhedsprofil 2021, stadig giver en valid scoring, og om denne scoring fortsat er en god indikator for kostens overordnede kvalitet. Dette arbejde er endnu ikke publiceret, men resultaterne tyder på, at kostscoren i Sundhedsprofil 2021 – på lige fod med den oprindelige version af kostscoren – er en god indikator for kostens overordnede kvalitet og kan bruges til at gruppere borgerne i hhv. sundt kostmønster, kostmønster med sunde og usunde elementer samt usundt kostmønster (22).

I 2021 har 16 % af borgerne i regionen et sundt kostmønster, hvilket er en mindre andel end i tidligere år (Figur 7.2). Omvendt er andelen, som har et usundt kostmønster steget fra 10 % i 2013 til 14 % i 2021. Stigningen i andelen med usundt kostmønster dækker bl.a. over, at der er en større andel, der ikke spiser tilstrækkeligt med frugt og grønt samt fisk i 2021 end i 2013 (Figur 7.1). Dette er også en del af forklaringen på, at andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget gradvist over årene. Langt størstedelen af borgerne i Region Hovedstaden vil have gavn af forbedringer i deres kostvaner. I 2021 er forekomsten af usundt kostmønster dog lavere i Region Hovedstaden end i de øvrige regioner, ligesom det var tilfældet i 2017 (15).

I dette afsnit beskrives andelen med usundt kostmønster yderligere. Tilsvarende opgørelser for 'sundt kostmønster' og 'kostmønster med sunde og usunde elementer' (Webtabel W7.1-W7.4) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.2 Kostmønstre



Baseret på 54.841 besvarelser i 2021, 56.903 besvarelser i 2017 og 43.204 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om pålæg, i spørgsmålet om varm mad, og i spørgsmålet om fedtstof i madlavningen over årene. Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

7.1.1 Usundt kostmønster

Usundt kostmønster – region

I 2021 har 14 % af borgerne i Region Hovedstaden et usundt kostmønster svarende til 196.000 personer (Tabel 7.1).

Køn og alder: En større andel mænd end kvinder har et usundt kostmønster. Dette gælder for alle aldersgrupper. For begge køn er andelen størst blandt de 80+ årige (mænd: 21 %; kvinder: 18 %) og blandt de 16-24-årige (mænd: 20 %; kvinder: 14 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har et usundt kostmønster, er størst blandt borgere med dansk baggrund (15 %) sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund (9 %) og ikke-vestlig baggrund (12 %).

Uddannelse: Andelen af borgere med usundt kostmønster falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således mere end tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse (24 %) sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (7 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har et usundt kostmønster, er mindst blandt borgere i beskæftigelse (13 %) og størst blandt langtidssyge borgere (23 %) og førtidspensionister (26 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med usundt kostmønster er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Andelen er ligeledes større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

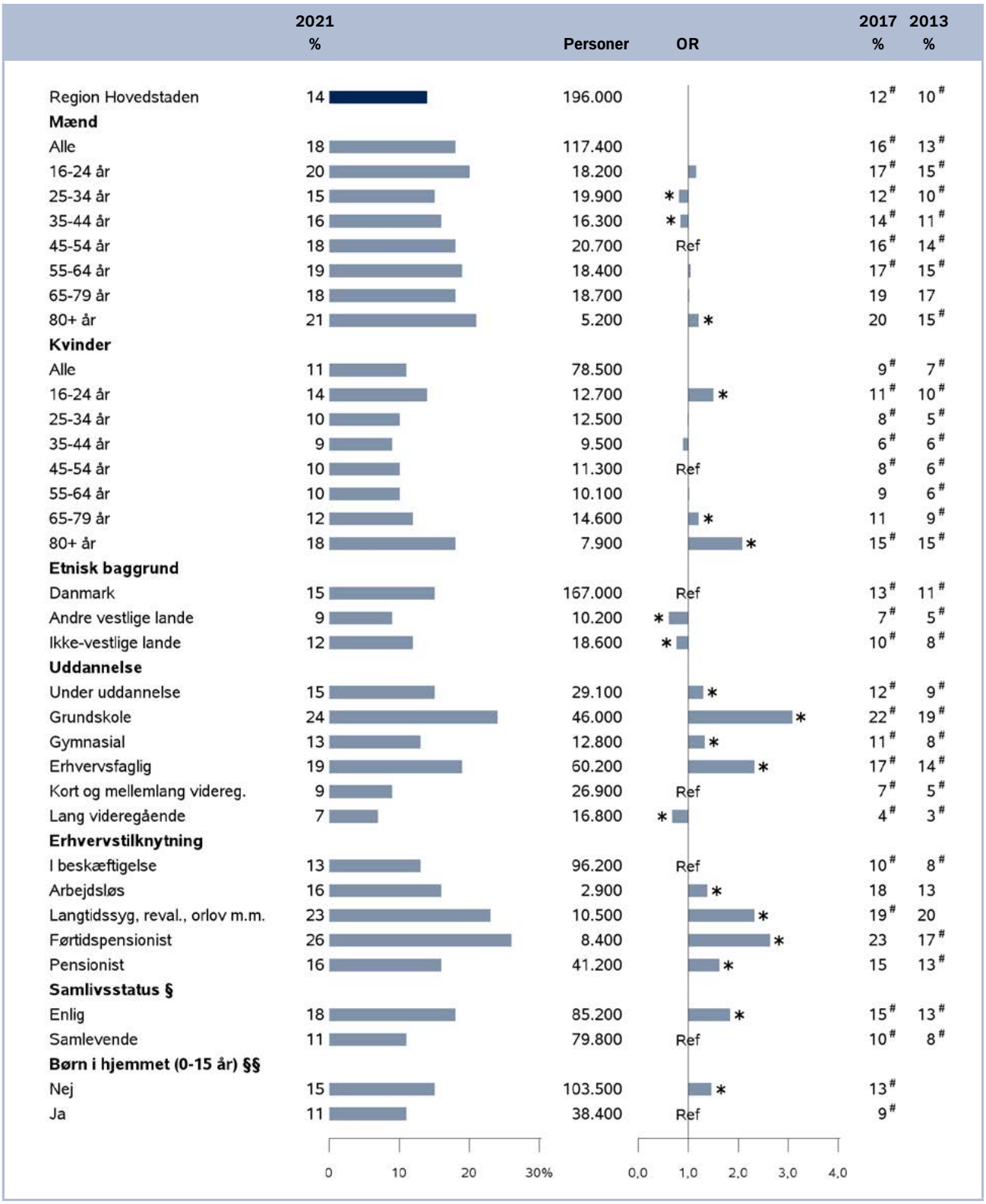
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med usundt kostmønster steget gradvist fra 10 % i 2013 til 14 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de socio-demografiske grupper. I de fleste af disse grupper er der tale om en gradvis stigning over årene, men for nogle grupper, f.eks. mænd og især kvinder i alderen 16-24 år og borgere med lang videregående uddannelse, er stigningen primært sket fra 2017 til 2021. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt førtidspensionister og fra 2017 til 2021 blandt langtidssyge borgere. Blandt 65-79-årige mænd og arbejdsløse borgere ses derimod ingen ændring i andelen med usundt kostmønster.

Usundt kostmønster – kommuner

Andelen af borgere, som har et usundt kostmønster, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 9 % i bydelen Indre By og Gentofte Kommune til 22 % i Brøndby Kommune (Tabel 7.2). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocial-grupper. Over halvdelen af kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

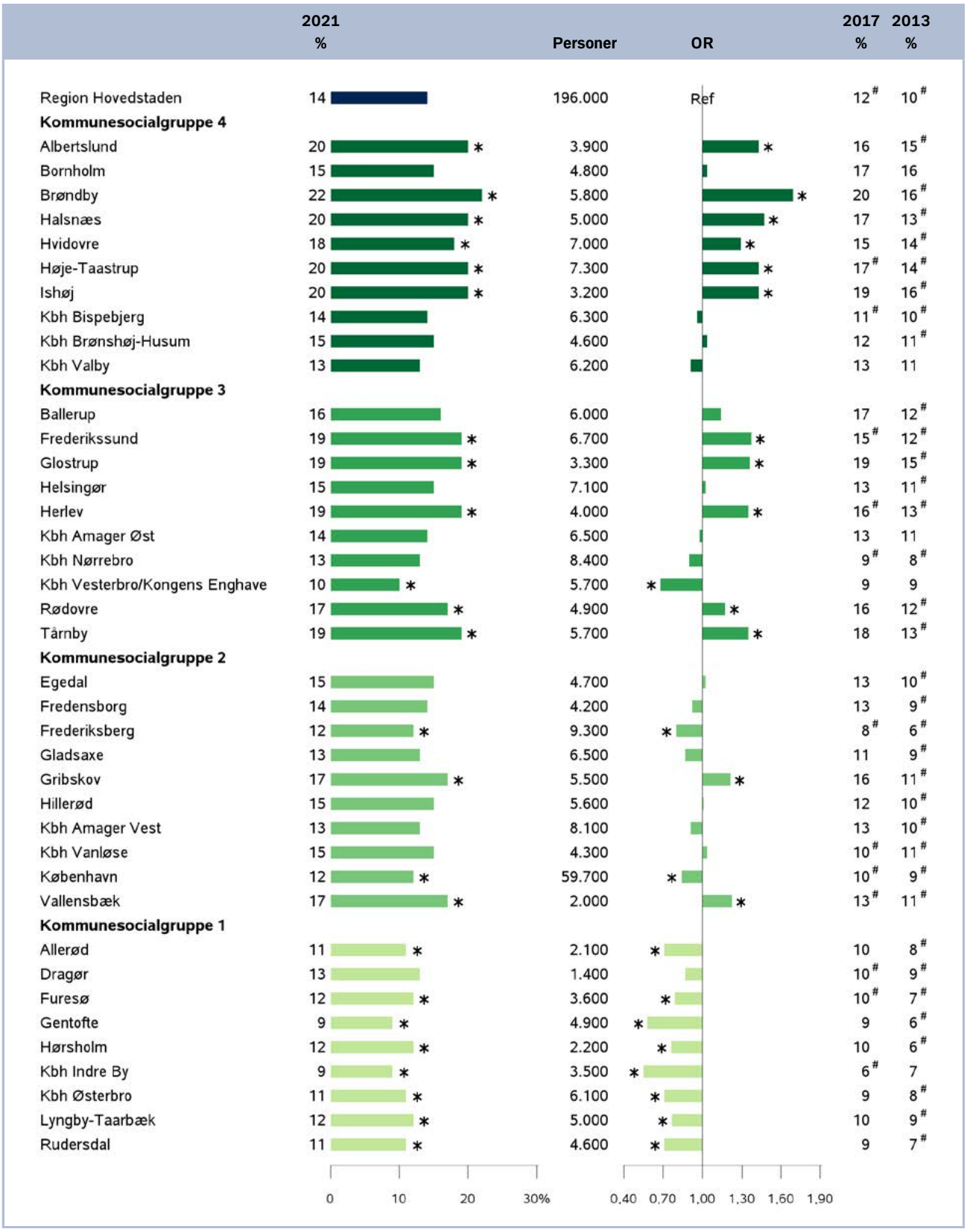
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af usundt kostmønster steget fra 2013 til 2021. Fra 2017 til 2021 ses dog ingen signifikant ændring i de fleste kommuner og bydele. De største stigninger fra 2013 til 2021 ses i Halsnæs og Frederikssund kommuner, mens den største stigning fra 2017 til 2021 ses i bydelen Vanløse.

Tabel 7.1 Usundt kostmønster – region



Baseret på 54.841 besvarelser i 2021, 56.903 besvarelser i 2017 og 43.204 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 7.2 Usundt kostmønster – kommuner



Baseret på 54.841 besvarelser i 2021, 56.903 besvarelser i 2017 og 43.204 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

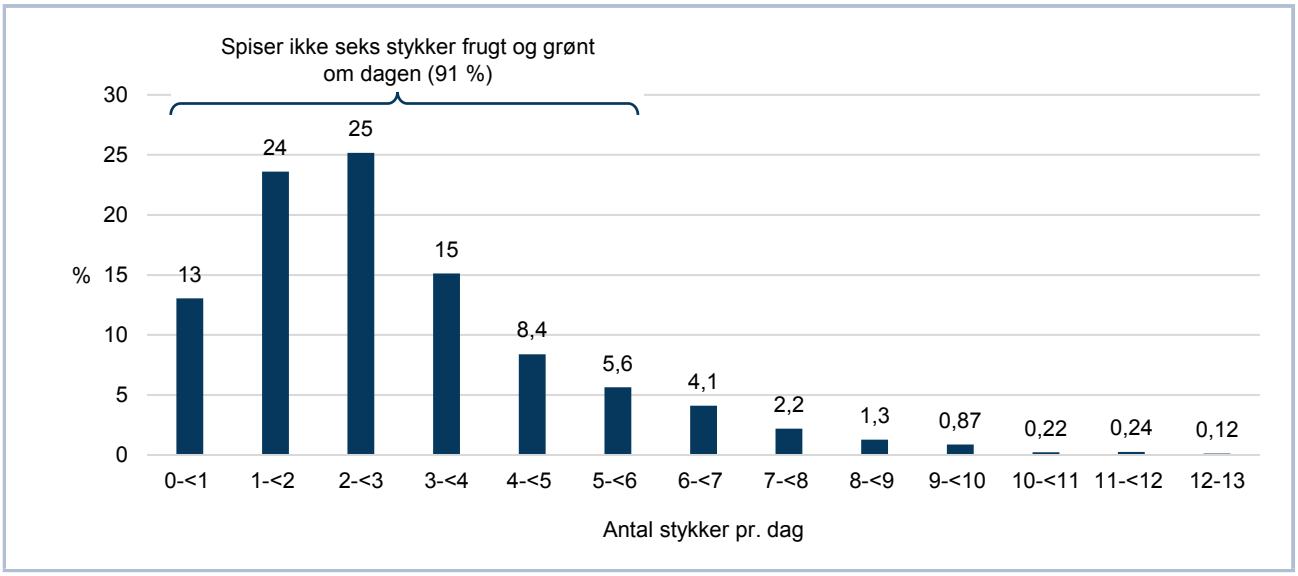
7.2 Frugt og grønt

I dette afsnit er fokus på indtag af frugt og grønt, og hvorvidt borgerne lever op til Fødevarestyrelsens kostråd om at spise seks stykker frugt og grønt om dagen. Opgørelsen af frugt og grønt inkluderer alle former for frugt, bær og grøntsager, rå såvel som tilberedte. Der skelnes ikke imellem hvor stor en del af det samlede indtag af frugt og grønt, der udgøres af hhv. frugt og grøntsager.

Figur 7.3 viser hyppigheden af indtag af frugt og grøntsager pr. dag. Kun en lille del af borgerne lever op til Fødevarestyrelsens kostråd angående indtag af seks stykker frugt og grønt om dagen, mens 91 % ikke lever op til kostrådet. I webtabel W7.5 ses, at andelen, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen, ligesom for usundt kostmønster, er større for mænd (93 %) end kvinder (89 %). Andelen er ligeledes større for borgere med dansk baggrund (92 %) sammenlignet med borgere med anden vestlig (85 %) eller ikke-vestlig baggrund (86 %). Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen' kan findes i webtabel W7.5 og W7.6 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.3 Indtag af frugt og grønt

Spørgsmål: "Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager (Blandet salat, råkost; andre rå grøntsager; tilberedte grøntsager)?" og "Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?".

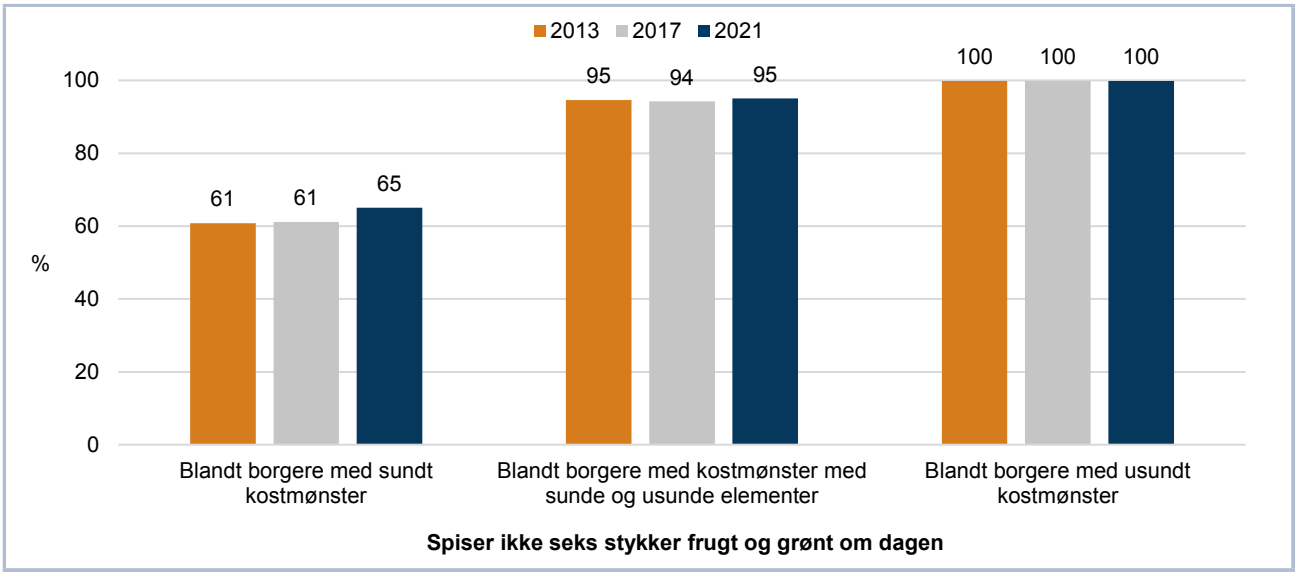


Baseret på 56.024 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Ved omregning af frekvensindtag til styk pr. dag er der anvendt en portionsstørrelse på 100 gram pr. styk frugt eller portion grønt. Mængdeanbefalingen er vedtaget i samarbejde med DTU Fødevareinstituttet.

Figur 7.4 viser andelen af borgere, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt om dagen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2013, 2017 og 2021. Kostscoren bygger som nævnt bl.a på information om indtag af frugt og grønt, hvorfor der er en naturlig sammenhæng mellem andelen, som ikke spiser frugt og grønt og kostmønstergrupper. Dvs. andelen, som ikke spiser tilstrækkeligt med frugt og grønt, er per definition størst blandt borgere med usundt kostmønster og mindst blandt borgere med sundt kostmønster. Det ses dog i figuren, at der kun er lille forskel i andelen mellem borgere med kostmønster med sunde og usunde elementer og borgere med usundt kostmønster.

I begge af disse kostmønstergrupper har andelen, som ikke spiser tilstrækkeligt med frugt og grønt været stabil over tid. Derudover ses, at der blandt borgere med sundt kostmønster er to ud af tre, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens kostråd om at spise seks stykker frugt og grønt om dagen, og denne andel er steget lidt fra 2017 til 2021. I alle tre kostmønstergrupper er der således et stort potentiale for at øge indtaget af frugt og grønt.

Figur 7.4 Spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 54.772 besvarelser i 2021, 56.833 i 2017 og 43.116 i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

7.3 Fisk

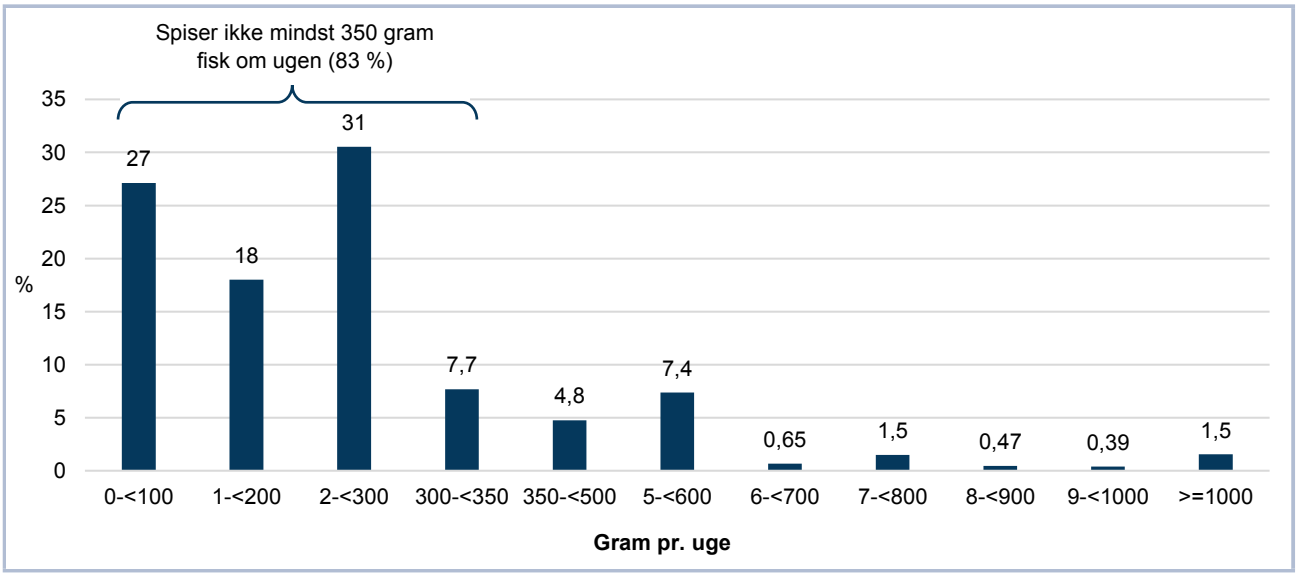
I dette afsnit er fokus på indtag af fisk, og hvorvidt borgerne lever op til Fødevarestyrelsens kostråd om at spise 350 gram fisk om ugen. Opgørelsen af fisk inkluderer fiskepålæg og fisk som varm mad.

Figur 7.5 viser indtag af fisk pr. uge. I alt 17 % af borgerne i regionen lever op til kostrådet om at spise mindst 350 gram fisk om ugen i 2021, mens 83 % ikke lever op til kostrådet.

I webtabel W7.7 ses det bl.a., at andelen af borgere, som ikke spiser mindst 350 gram fisk om ugen, er størst blandt 16-44-årige borgere (mænd: 86 %; kvinder: 89 %) sammenlignet med andre aldersgrupper. Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'spiser ikke mindst 350 gram fisk om ugen' kan findes i webtabel W7.7 og W7.8 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.5 Indtag af fisk

Spørgsmål: "Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg (Fiskepålæg)?" og "Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad (Fisk)?"

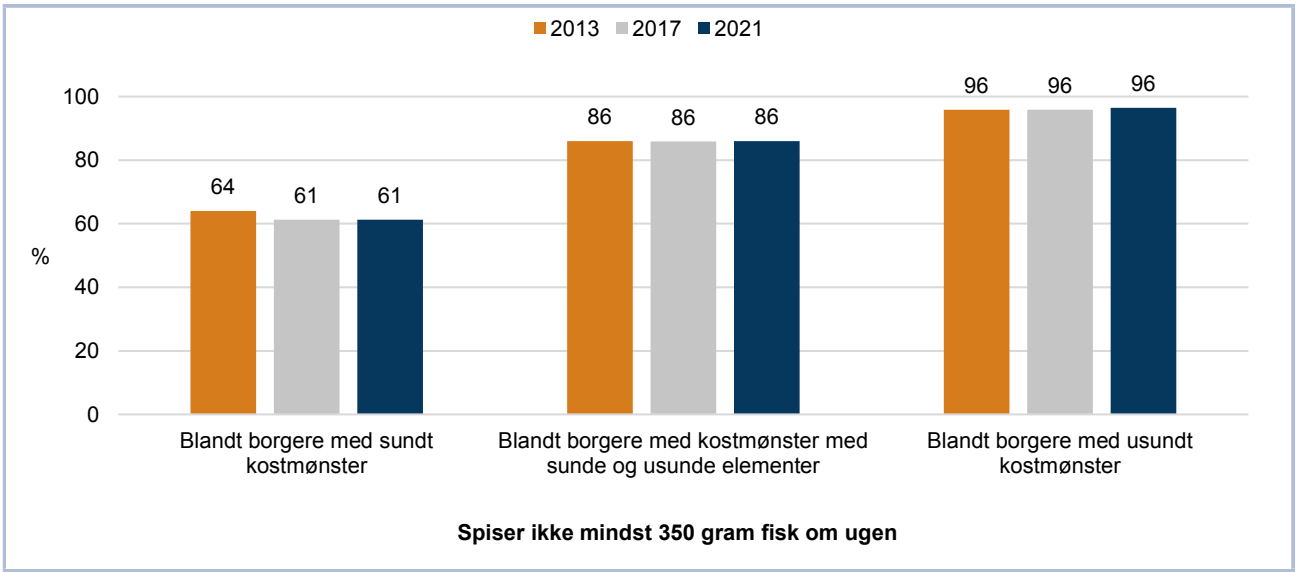


Baseret på 56.056 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem den samlede andel og summen af enkelte andele.
Ved omregning af frekvensindtag til gram pr. dag er der anvendt en portionsstørrelse på 35 gram for fiskepålæg og 100 gram for fisk som varm mad.
Mængdeanbefalingen er vedtaget i et samarbejde med DTU Fødevareinstituttet.

Figur 7.6 viser andelen af borgere, som ikke spiser mindst 350 gram fisk om ugen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2013, 2017 og 2021. Kostscoren bygger som nævnt bl.a på information om indtag af fisk, hvorfor der er en naturlig sammenhæng mellem andelen, som ikke spiser nok fisk og kostmønstergrupper. Dvs. andelen, som ikke spiser tilstrækkeligt med fisk, er per definition størst blandt borgere med usundt kostmønster og mindst blandt borgere med sundt kostmønster.

Det ses i figuren, at for gruppen med kostmønster med sunde og usunde elementer og borgere med usundt kostmønster har andelen, som ikke spiser tilstrækkeligt med fisk været stabil over tid. Derudover ses, at der blandt borgere med sundt kostmønster er to ud af tre, der ikke spiser tilstrækkeligt med fisk, og denne andel er faldet lidt fra 2013 til 2017. I alle tre kostmønstergrupper er der således et stort potentiale for at øge indtaget af fisk.

Figur 7.6 Spiser ikke mindst 350 gram fisk om ugen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 54.779 i 2021, 56.831 i 2017 og 43.041 i 2013.
I alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om pålæg og i spørgsmålet om varm mad (primært små sproglige ændringer). Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

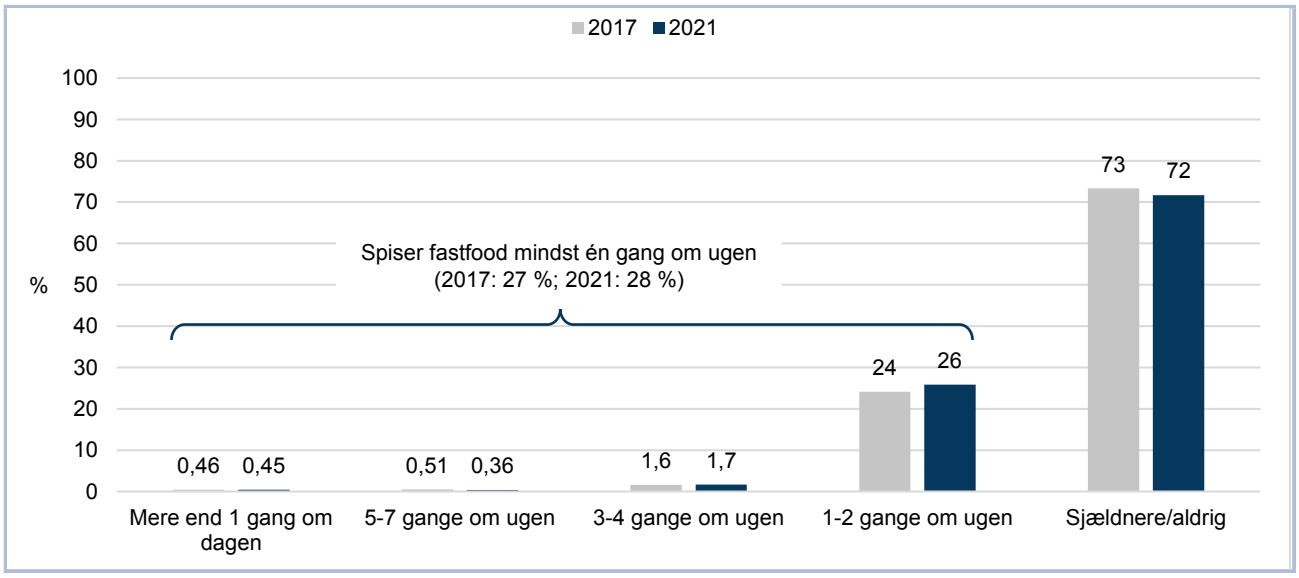
7.4 Fastfood

I dette afsnit er fokus på indtag af fastfood. Fastfood omfatter mad med et højt indhold af energi og fedt. Det drejer sig om mad fra pizzariaer, burgerbarer, shawarmabarer og lignende. Forekomsten opgøres kun for 2021 og 2017, da spørgsmålet bag ikke er direkte sammenligneligt med spørgsmålet fra 2013 og 2010 bl.a. grundet ændringer i spørgsmålsformulering og svarkategorier.

I 2021 spiser 28 % af borgere fastfood mindst én gang om ugen, og der ses en lille stigning siden 2017 (Figur 7.7). Denne stigning er især båret af en stigning i andelen, som spiser fastfood 1-2 gange om ugen. I webtabel W7.9 ses det, at andelen, der spiser fastfood mindst én gang om ugen, er større for mænd (35 %) end kvinder (22 %), og for begge køn ses en tydelig aldersgradient med højest forekomst blandt de 16-34-årige (mænd: 51-54 %; kvinder 38-39 %). Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'spiser fastfood mindst én gang om ugen' kan findes i webtabel W7.9 og W7.10 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.7 Indtag af fastfood

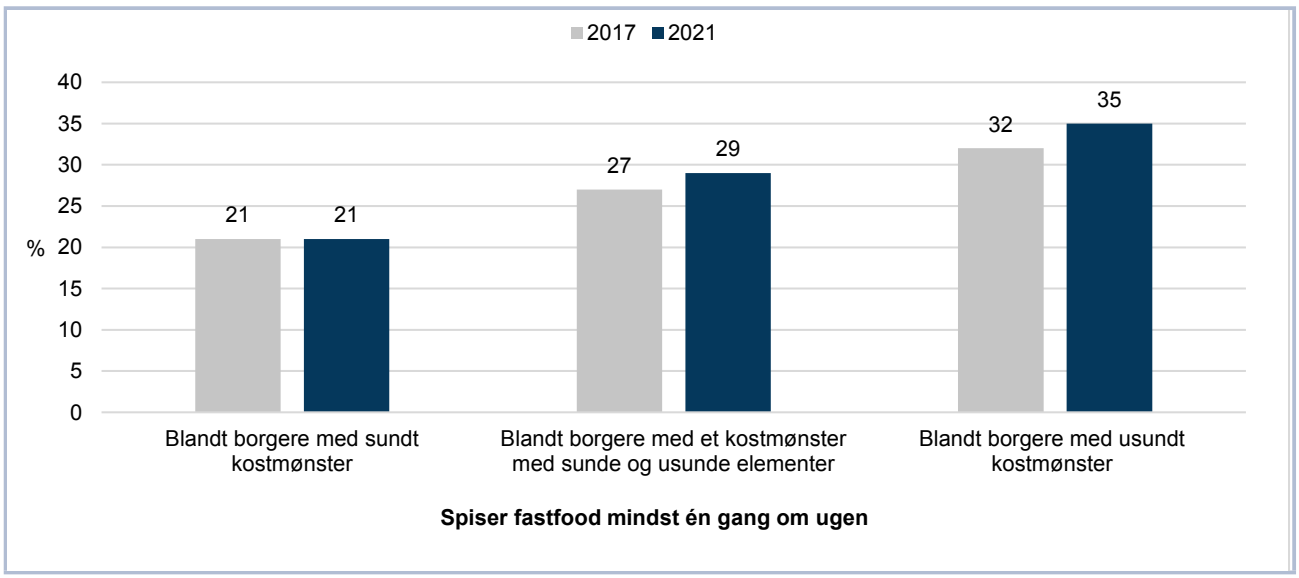
Spørgmål: "Hvor ofte spiser eller drikker du følgende (Mad fra pizzaria, burgerbar, shawarmabar m.m)?"



Baseret på 52.643 besvarelser i 2021 og 54.249 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem den samlede andel og summen af enkelte andele.

Figur 7.8 viser andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2017 og 2021. Andelen, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er større blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med borgere med sundt kostmønster. Blandt borgere med sundt kostmønster er andelen uændret i perioden, mens andelen er steget blandt borgere med hhv. et kostmønster med sunde og usunde elementer og et usundt kostmønster.

Figur 7.8 Spiser fastfood mindst én gang om ugen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 51.641 i 2021 og 53.192 i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.

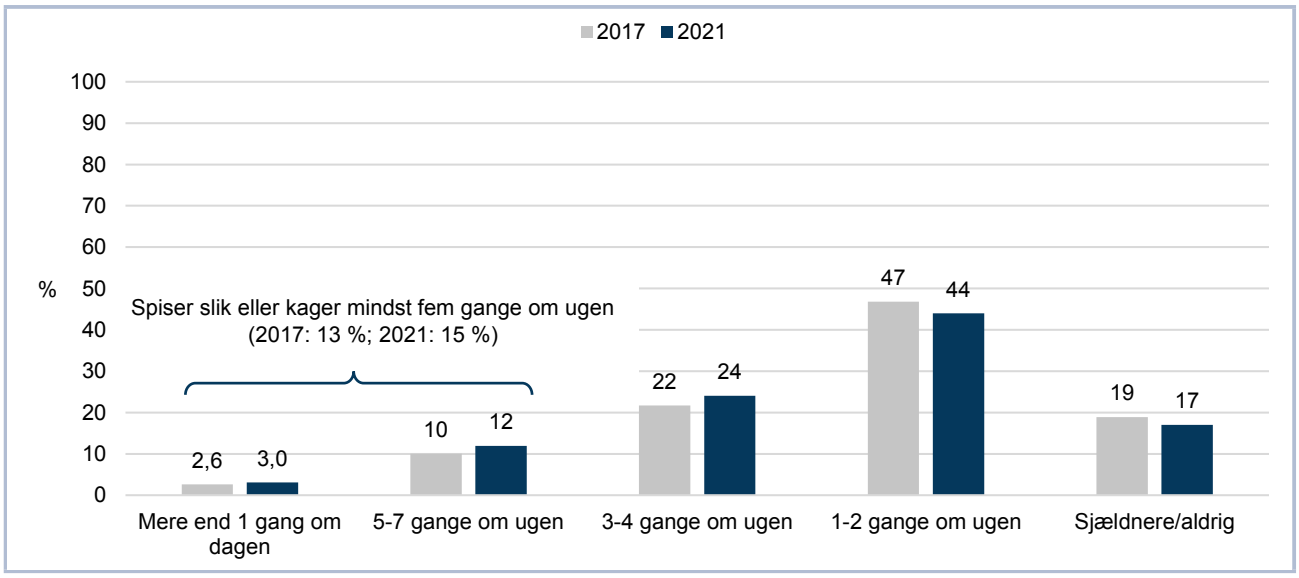
7.5 Slik og kager

I dette afsnit er fokus på indtag af slik og kager. Betegnelsen 'slik og kager' dækker i det følgende over kager, chokolade, is og slik. Forekomsten opgøres kun for 2021 og 2017, da spørgsmålet bag ikke er direkte sammenligneligt med spørgsmålet fra 2013 og 2010 bl.a. grundet ændringer i antallet af svarkategorier.

I 2021 spiser 44 % slik og kager 1-2 gange om ugen, og 17 % spiser det sjældnere eller aldrig, hvilket er en mindre andel end i 2017 (hhv. 47 % og 19 %) (Figur 7.9). Omvendt er andelen som spiser slik og kager mindst tre gange om ugen steget, og det gælder alle kategorier. Alt i alt er andelen som spiser slik og kager mindst fem gange om ugen steget fra 13 % i 2017 til 15 % i 2021. I webtabel W7.11 ses det, at andelen af borgere, som spiser slik og kager mindst fem gange om ugen, er større blandt kvinder (17 %) end mænd (13 %). For begge køn er andelen størst blandt de 80+ årige og for kvinder også blandt de 25-44-årige. Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'spiser slik og kager mindst fem gange om ugen' kan findes i webtabel W7.11 og W7.12 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.9 Indtag af slik og kager

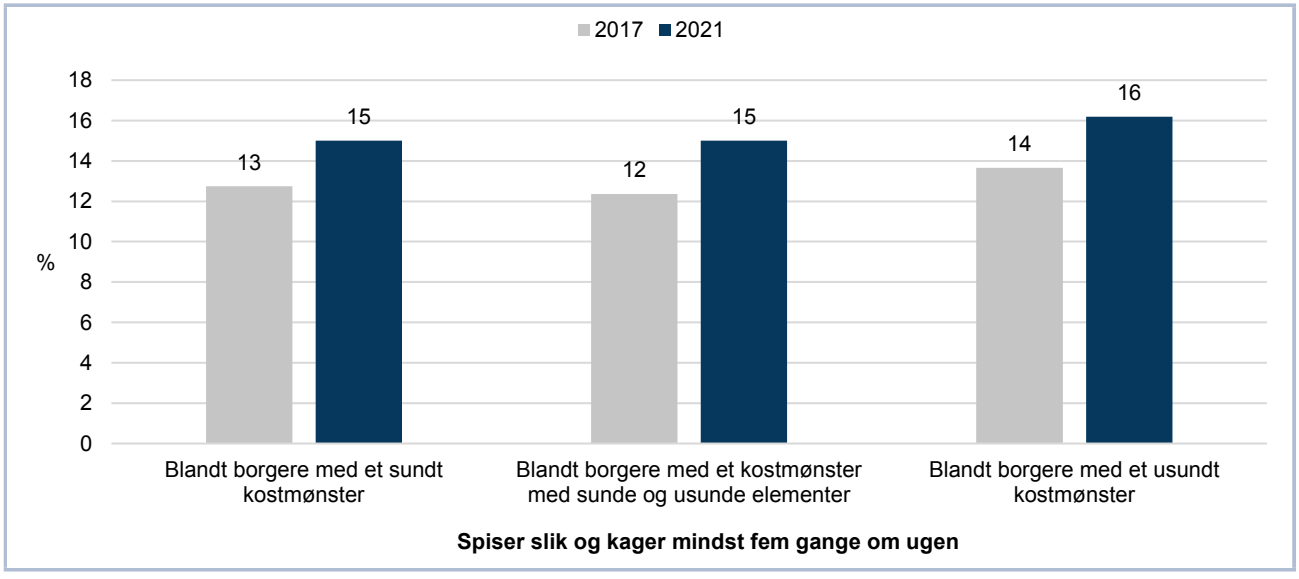
Spørgsmål: "Hvor ofte spiser eller drikker du følgende (Kager, chokolade, is og slik)?"



Baseret på 52.626 besvarelser i 2021 og 54.240 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem den samlede andel og summen af enkelte andele.

Figur 7.10 viser andelen af borgere, som spiser slik og kager mindst fem gange om ugen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2017 og 2021. Andelen som spiser slik og kager mindst fem gange om ugen, er stort set den samme på tværs af kostmønstergrupper, og der ses stigninger fra 2017 til 2021 i alle tre kostmønstergrupper.

Figur 7.10 Spiser slik og kager mindst fem gange om ugen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 51.627 i 2021 og 53.188 i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.

7.6 Sodavand

I dette afsnit er fokus på indtag af sodavand, saft eller lignende (herefter: sodavand). Det primære fokus er sodavand med sukker, men der er også opgørelser for sodavand uden sukker. Forekomsten opgøres kun for 2021 og 2017, da spørgsmålet bag ikke er direkte sammenligneligt med spørgsmålet fra 2013 og 2010 bl.a. grundet ændringer i antallet af svarkategorier.

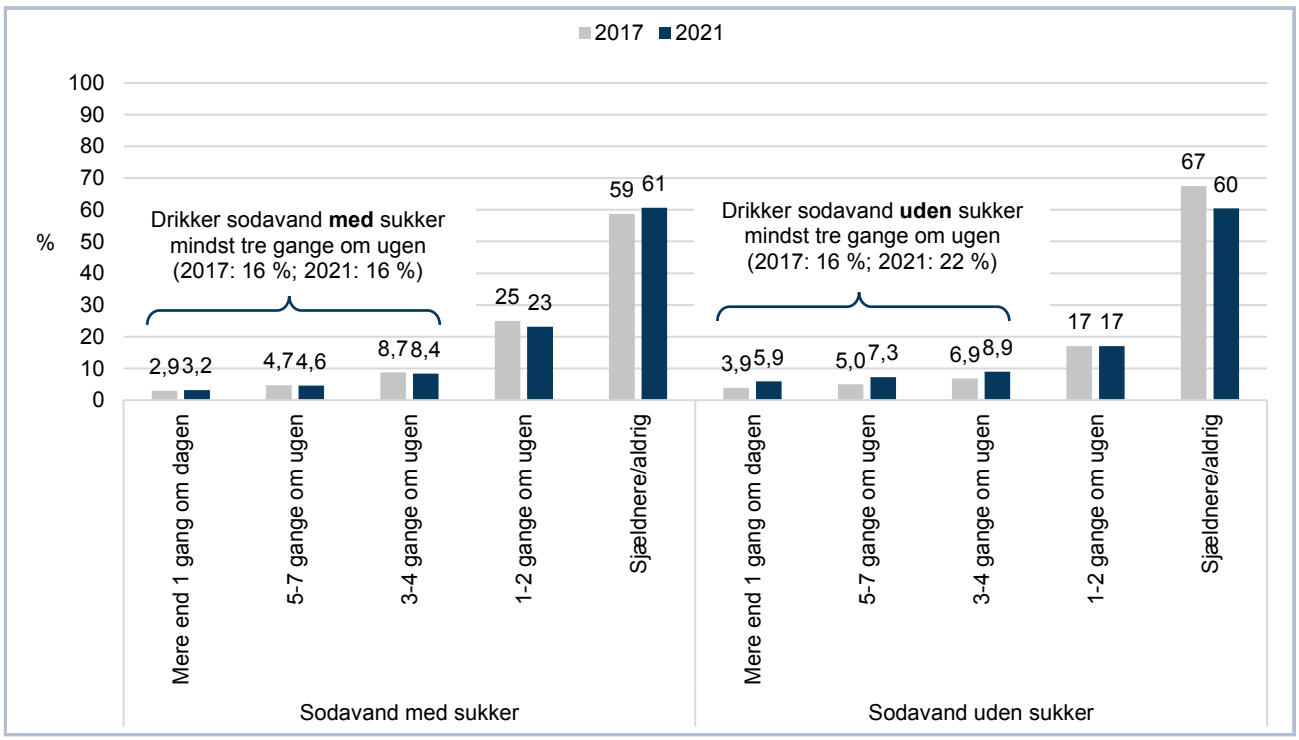
I 2021 er der 16 % af borgerne i regionen, som mindst tre gange om ugen drikker sodavand med sukker, og 22 % som drikker sodavand uden sukker (Figur 7.11). Samlet er der 34 % af borgerne, som drikker sodavand (med eller uden sukker) mindst tre gange om ugen, og andelen er steget siden 2017 (Figur 7.1). Denne stigning skyldes en stigning i andelen, som drikker sodavand uden sukker (Figur 7.11).

I figur 7.11 og webtabel W7.13 ses andelen af borgere, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen.

Den samlede andel på 16 % er uændret fra 2017 til 2021, men som det fremgår af figur 7.11 er andelen, som drikker sodavand 1-2 gange om ugen faldet lidt, og tilsvarende er andelen, som sjældent/aldrig drikker sodavand med sukker steget lidt. I webtabel W7.13 ses også, at andelen af borgere, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen, er større blandt mænd (20 %) end kvinder (12 %) og for begge køn størst blandt de 16-24-årige. Trods signifikant fald i andelen blandt de 16-24-årige mænd har denne gruppe stadig den højeste forekomst i 2021 (32 %). Der ses også høje forekomster blandt borgere under uddannelse, borgere med grundskoleuddannelse, langtidssyge borgere samt borgere på førtidspension. Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen' kan findes i webtabel W7.13 og W7.14 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.11 Indtag af sodavand med og uden sukker

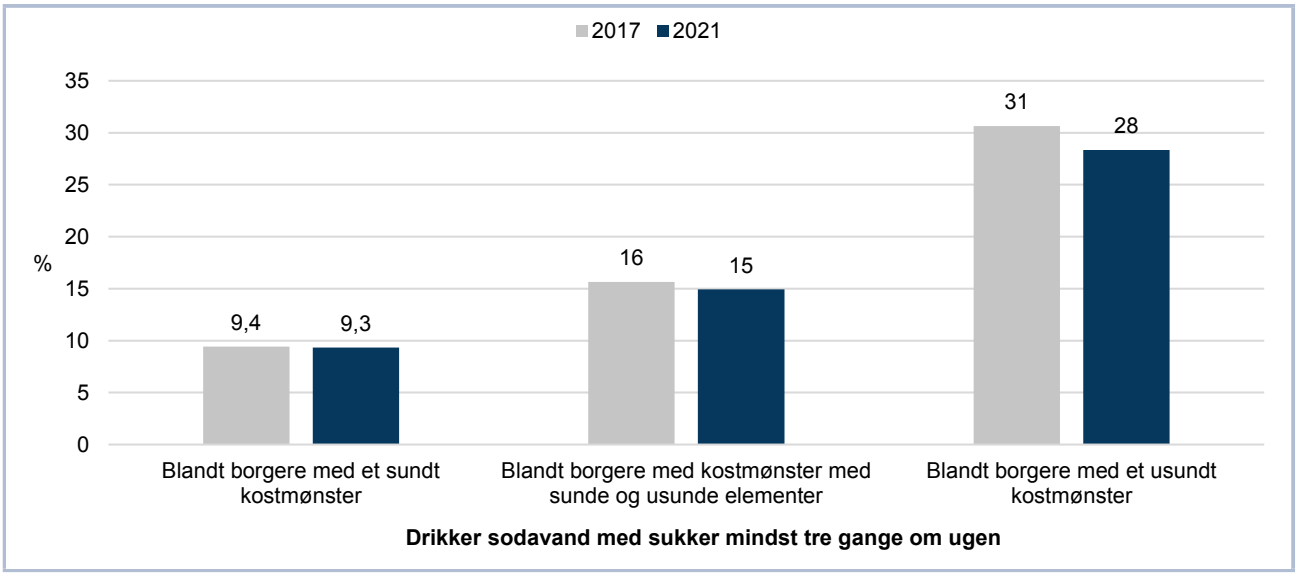
Spørgsmål: "Hvor ofte spiser eller drikker du følgende (Sodavand, cola, saft og lignende med sukker; sodavand, cola, saft og lignende uden sukker)?"



'Sodavand med sukker' er baseret på 52.601 besvarelser i 2021 og 54.215 besvarelser i 2017. 'Sodavand uden sukker' er baseret på 52.636 besvarelser i 2021 og 54.233 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Figur 7.12 viser andelen af borgere, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2017 og 2021. Andelen, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen, er større blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med borgere med hhv. et sundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer. Andelen, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen, er faldet fra 2017 til 2021 blandt borgere med et usundt kostmønster, mens tilsvarende fald ikke ses i de andre kostmønstergrupper. For andelen, som drikker sodavand uden sukker mindst tre gange om ugen, ses derimod en stigning fra 2017 til 2021 i alle tre kostmønstergrupper, men mest udtalt blandt borgere med hhv. usundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer. I begge år er andelen som drikker sodavand uden sukker større blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med borgere med hhv. et sundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer, og billedet ligner i den henseende det som ses for sodavand med sukker (resultater ikke vist).

Figur 7.12 Drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 51.604 besvarelser i 2021 og 53.159 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.

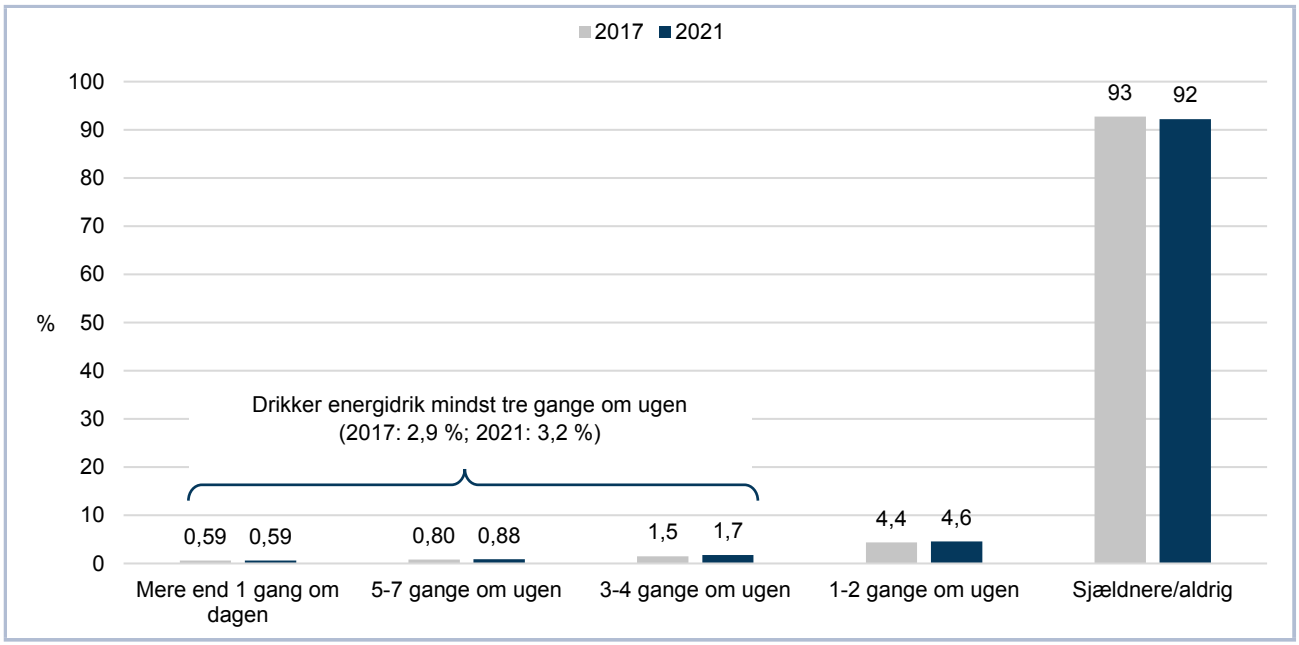
7.7 Energidrik

I dette afsnit er fokus på indtag af energidrikke. Energidrikke er læskedrikke med tilsat sukker eller sødestoffer og et højt indhold af koffein. Et højt indtag af energidrikke kan medføre rastløshed, søvnproblemer og hjertebanken samt øge risikoen for type-2 diabetes, overvægt og forringet tandsundhed (23).

I 2021 drikker ni ud af ti borgere sjældent eller aldrig energidrik, mens 4,6 % drikker energidrik 1-2 gange om ugen, og 3,2 % drikker energidrik mindst tre gange om ugen (Figur 7.13). Siden 2017 er der sket en stigning i hyppigheden af indtag af energidrik, og andelen, som drikker energidrik mindst tre gange om ugen, er steget signifikant fra 2,9 % i 2017 til 3,2 %. Af webtabel W7.15 ses, at andelen er større blandt mænd (4,4 %) end kvinder (2,1 %) og for begge køn størst blandt de 16-24-årige. Andelen er desuden større blandt borgere med grundskoleuddannelse (4,5 %) sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (0,9 %). Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'drikker energidrik mindst tre gange om ugen' kan findes i webtabel W7.15 og W7.16 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.13 Indtag af energidrik

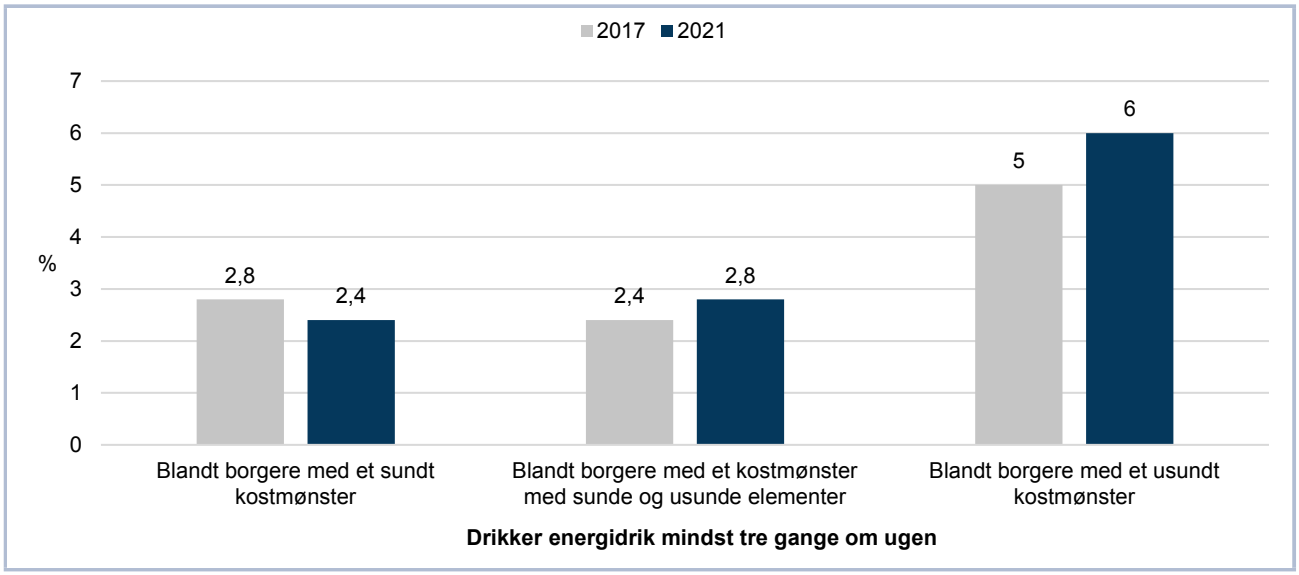
Spørgsmål: "Hvor ofte spiser eller drikker du følgende (Energidrik)?"



Baseret på 52.637 besvarelser i 2021 og 54.245 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Figur 7.14 viser andelen af borgere, som drikker energidrik mindst tre gange om ugen fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2017 og 2021. Andelen er ca. dobbelt så stor blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med borgere med hhv. et sundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer. Andelen, som drikker energidrik mindst tre gange om ugen, blandt borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer, er steget en anelse fra 2017 til 2021. Samme tendens ses blandt borgere med usundt kostmønster, dog er det ikke statistisk signifikant. Blandt borgere med sundt kostmønster ses tendens til et fald, dette er imidlertid heller ikke signifikant. Det skal dog bemærkes, at der er relativt få besvarelser i grupperne med sundt og usundt kostmønster, hvilket kan være med til at forklare de insignifikante ændringer.

Figur 7.14 Drikker energidrik mindst tre gange om ugen fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 51.639 besvarelser i 2021 og 53.193 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.

7.8 Kød og fjerkræ som varm mad

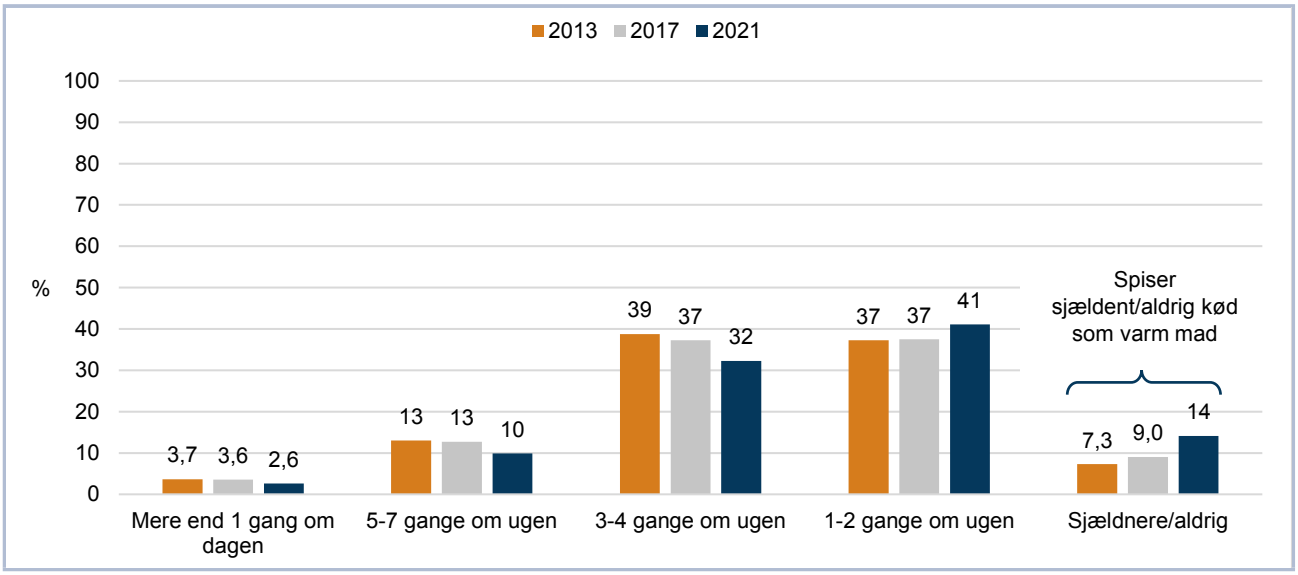
I dette afsnit er fokus på indtag af kød og fjerkræ som varm mad. Opgørelserne inkluderer indtag af kød (okse, kalv, svin eller lam) og fjerkræ (f.eks. kylling, kalkun, and) som varm mad. Det er første gang, at Region Hovedstadens sundhedsprofil har en opgørelse med om indtag af kød og fjerkræ. Formålet med opgørelsen er at kaste lys på, om borgerne efterlever Fødevarestyrelsens kostråd om mindre kød i kosten af hensyn til sundhed og klima.

I 2021 spiser hhv. 86 % og 88 % af borgerne kød og fjerkræ som varm mad 1-2 gange om ugen eller hyppigere. Dette er en mindre andel end i tidligere år, hvilket er mest tydeligt for kød (Figur 7.15 og Figur 7.16). For kød er det især indtag 5-7 gange om ugen og 3-4 gange om ugen, som er faldet, mens kødindtag 1-2 gange om ugen er steget. Andelen, som sjældent eller aldrig spiser kød som varm mad er tilsvarende steget fra 7,3 % i 2013 til 14 % i 2021, mens andelen, som sjældent eller aldrig spiser fjerkræ som varm mad er steget fra 10 % i 2013 og 2017 til 12 % i 2021. Der ses således en tendens til, at kød og tildels fjerkræ spises mindre hyppigt i 2021 end i 2017 og 2013.

I webtabel W7.17 og W7.19 ses det, at andelen, som sjældent eller aldrig spiser kød eller fjerkræ, er større blandt kvinder (kød: 18 %; fjerkræ: 13 %) end mænd (kød: 9 %; fjerkræ: 11 %). Kønsforskellen er størst for indtag af kød. Herudover er andelen, som sjældent eller aldrig spiser kød størst blandt de 25-34-årige og for fjerkræ størst blandt de 80+ årige samt kvinder i alderen 25-34 år. Herudover er forekomsten af sjælden kødindtag høj blandt borgere med anden vestlig baggrund, borgere under uddannelse, borgere med lang videregående uddannelse samt arbejdsløse. Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'spiser sjældent/aldrig kød som varm mad' og 'spiser sjældent/aldrig fjerkræ som varm mad' kan findes i webtabel W7.17-W7.20 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 7.15 Indtag af kød som varm mad

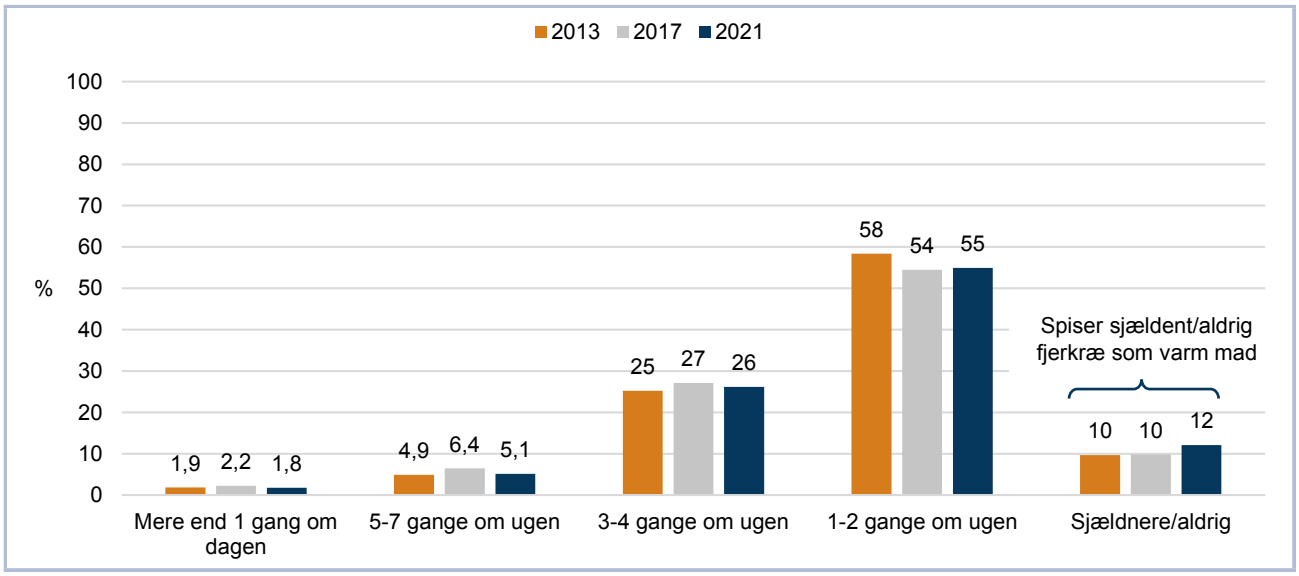
Spørgsmål: "Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad (Kød)?"



Baseret på 55.825 besvarelser i 2021, 57.950 besvarelser i 2017 og 44.489 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om varm mad. Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Figur 7.16 Indtag af fjerkræ som varm mad

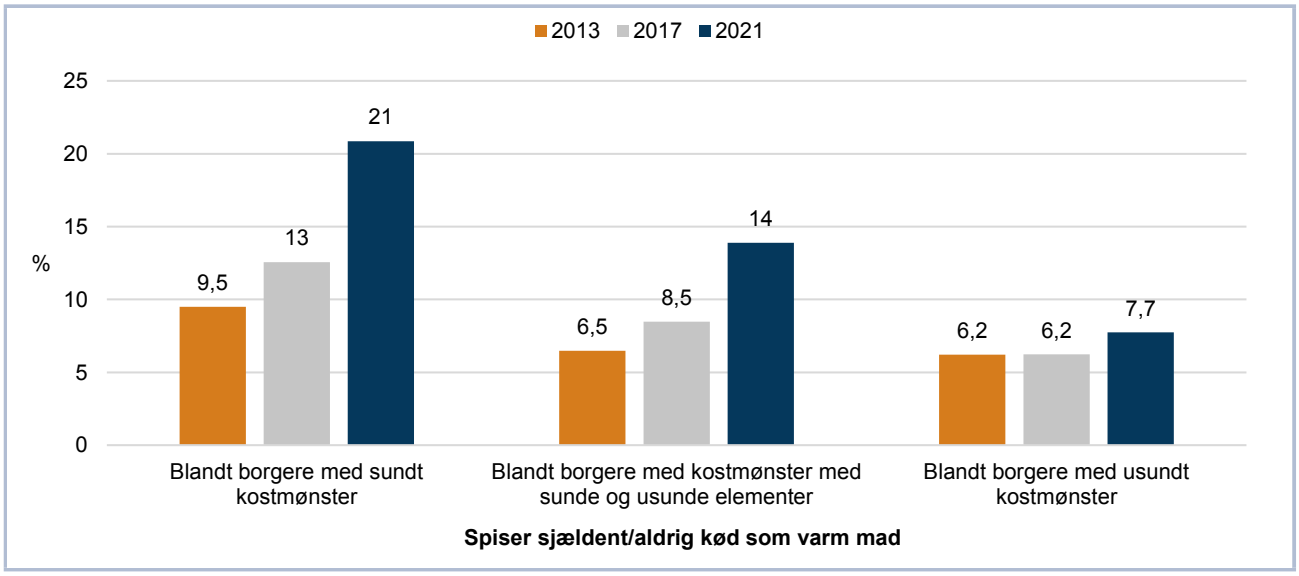
Spørgsmål: "Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad (Fjerkræ)?"



Baseret på 55.838 besvarelser i 2021, 57.981 besvarelser i 2017 og 44.446 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om varm mad. Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Figur 7.17 viser andelen af borgere, som sjældent eller aldrig spiser kød som varm mad fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2013, 2017 og 2021. Andelen, som sjældent eller aldrig spiser kød som varm mad, er størst blandt borgere med sundt kostmønster for alle tre år. For alle tre kostmønstergrupper er der sket en stigning i andelen af borgere, som sjældent eller aldrig spiser kød som varm mad. Stigningen er størst blandt borgere med sundt kostmønster og blandt borgere med kostmønster med sunde og usunde elementer, hvor der ses en fordobling af andelen, som sjældent eller aldrig spiser kød som varm mad fra 2013 til 2021. Der ses således en tendens til, at kød spises mindre hyppigt i 2021 end i 2017 og 2013, og at dette især gælder for borgere med sundt kostmønster og borgere med kostmønster med sunde og usunde elementer, mens denne udviklingstendens er mere begrænset blandt borgere med usundt kostmønster. Det betyder også, at sammenhængen mellem kødindtag og kostmønstergruppe er blevet tydeligere over årene.

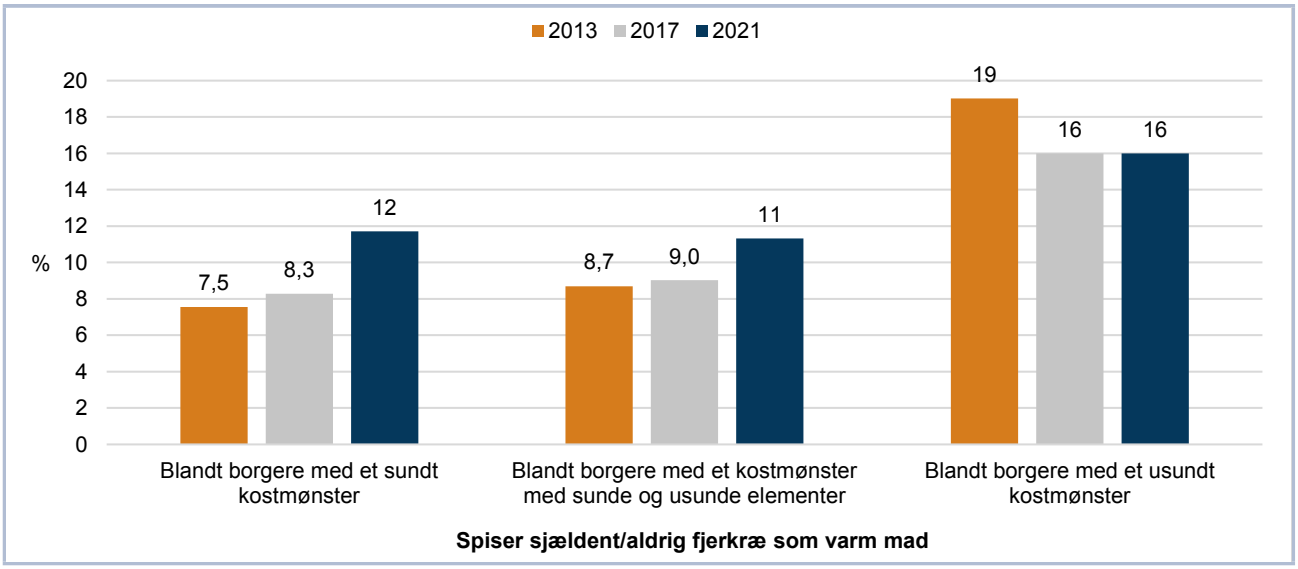
Figur 7.17 Spiser sjældent/aldrig kød som varm mad fordelt på kostmønstergrupper



Baseret på 54.816 i 2021, 56.847 i 2017 og 43.102 i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om varm mad. Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Figur 7.18 viser andelen af borgere, som sjældent eller aldrig spiser fjerkræ som varm mad fordelt på de tre kostmønstergrupper for 2013, 2017 og 2021. Andelen, som sjældent eller aldrig spiser fjerkræ, er i alle tre år størst blandt borgere med usundt kostmønster og udgør 16 % i 2021 blandt borgere med usundt kostmønster. Blandt borgere med sundt kostmønster og borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer er andelen, som sjældent eller aldrig spiser fjerkræ som varm mad steget i perioden fra 2013. De største stigninger er sket fra 2017 til 2021. Omvendt ses et fald i andelen, som sjældent eller aldrig spiser fjerkræ som varm mad fra 2013 til 2017 blandt borgere med usundt kostmønster. Der ses således en tendens til, at fjerkræ spises mindre hyppigt i 2021 end i 2017 og 2013 for borgere med sundt kostmønster og borgere med kostmønster med sunde og usunde elementer, mens dette billede ikke genfindes for borgere med et usundt kostmønster.

Figur 7.18 Spiser sjældent/aldrig fjerkræ som varm mad fordelt på kostmønstergrupper



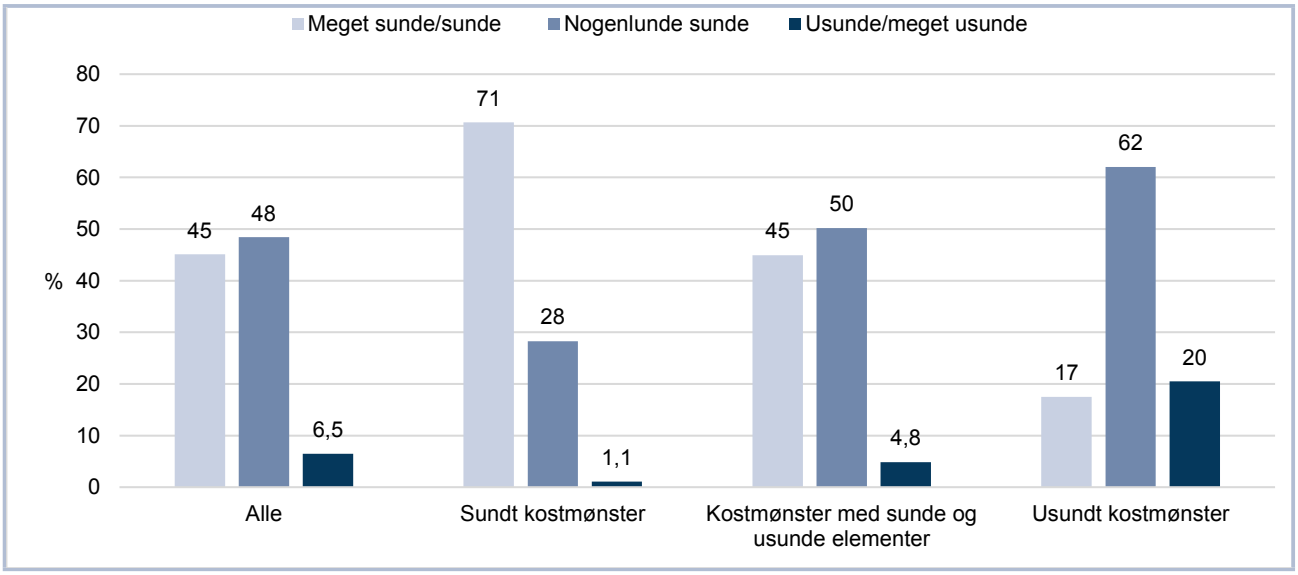
Baseret på 54.828 i 2021, 56.878 i 2017 og 43.161 i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Der er sket ændringer i spørgsmålet om varm mad. Spørgsmål om kost kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

7.9 Selvvurderede kostvaner

En vigtig faktor i forebyggelsen af usundt kostmønster er borgerens vurdering af egne kostvaner, idet forebyggelsespotentialet er større blandt borgere, der vurderer deres vaner som ufornuftige.

I figur 7.19 ses fordelingen af selvvurderede kostvaner for alle borgere i regionen og fordelt på de tre kostmønstergrupper. Samlet er der 45 % af borgerne, som vurderer egne kostvaner som meget sunde/sunde, mens 6,5 % vurderer egne kostvaner som usunde/meget usunde. Dette billede afhænger dog af kostmønstergruppen. Således vurderer 71 % af borgere med sundt kostmønster, at de har meget sunde/sunde kostvaner, mens det tilsvarende gælder for 17 % af borgere med usundt kostmønster. Blandt borgere med sundt kostmønster vurderer 1,1 %, at de har usunde/meget usunde kostvaner, mens 20 % har denne opfattelse blandt borgere med usundt kostmønster. Der ses dermed en vis uoverensstemmelse mellem borgernes selvvurderede kostvaner og kategoriseringen i kostmønstre. Men det fremgår også, at andelen af borgere, som vurderer deres kostvaner som nogenlunde eller usunde/meget usunde, er størst i gruppen med usundt kostmønster. Dette understreger, at forebyggelsespotentialet er størst i denne gruppe.

Figur 7.19 Selvvurderede kostvaner i forhold til kostmønstergrupper
Spørgsmål: "Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?"



Baseret på 51.367 besvarelser.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.

7.10 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som har et usundt kostmønster, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, som drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen og en kombination heraf. Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som har usundt kostmønster.

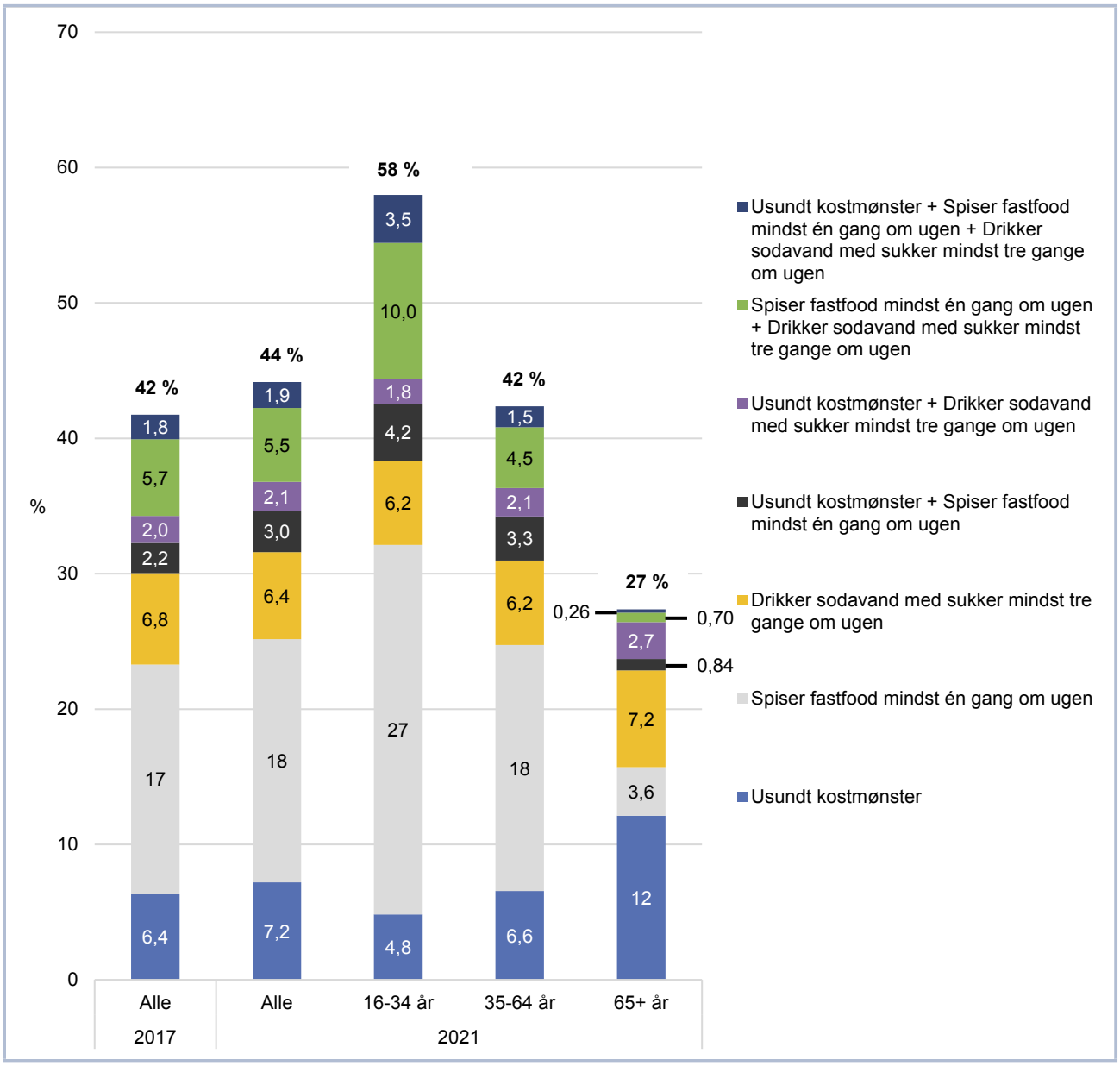
7.10.1 Usundt kostmønster, fastfood og/eller sodavand med sukker

Figur 7.20 viser for 2017 og 2021 andelen af borgere, som har én eller flere af følgende typer af risikoadfærd: usundt kostmønster, spiser fastfood mindst én gang om ugen og/eller drikker sodavand med sukker mindst tre gange om ugen. Udover den samlede andel for 2017 og 2021 vises andelen for tre forskellige aldersgrupper i 2021. Figuren giver dermed et mere samlet og nuanceret billede af forekomsten af uhensigtsmæssige kostvaner end blot usundt kostmønster, da den også omfatter indtag af fastfood – som er en væsentlig kilde til f.eks. mættet fedt og salt, og indtag af sodavand med sukker – som er en væsentlig bidragsyder til det samlede sukkerindtag.

I 2021 har i alt 44 % af borgerne én eller flere af ovennævnte typer af risikoadfærd. Den største del udgøres af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen uden samtidigt at have usundt kostmønster og/eller indtag af sodavand med sukker mindst tre gange om ugen (18 % af alle borgere). Den samlede andel er steget fra 42 % i 2017 til 44 % i 2021, hvilket især skyldes stigninger i andelen af borgere, som har usundt kostmønster og i andelen, som spiser fastfood mindst én gang om ugen uden samtidigt at have de andre to kostrelaterede risikofaktorer, og i andelen, som har usundt kostmønster og spiser fastfood mindst én gang om ugen.

I 2021 er den samlede andel størst blandt de 16-34-årige (58 %), mens den er mindst blandt de 65+ årige (27 %). Dette skyldes primært et højt indtag af fastfood, hvor 27 % af de 16-34-årige spiser fastfood ugentligt uden samtidigt at have de andre to kostrelatede risikofaktorer, og 10 % både spiser fastfood og drikker sodavand med sukker. Derimod er andelen med et usundt kostmønster, som ikke også spiser fastfood og/eller drikker sodavand med sukker større ved stigende alder og er således klart størst blandt de 65+ årige borgere (12 %). Der ses endvidere tendens til en sammenhæng mellem usundt kostmønster og indtag af sodavand for ældre, mens usundt kostmønster for de yngre i højere grad ses i sammenhæng med fastfood. Samtidig forekomst af alle tre kostvaner er højest blandt de 16-34-årige, hvorefter forekomsten bliver lavere med stigende alder.

Figur 7.20 Usundt kostmønster, fastfood, sodavand med sukker og kombinationer af disse



Baseret på 51.588 besvarelser i 2021 og 53.135 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

7.10.2 Usundt kostmønster og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som har et usundt kostmønster. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed (Tabel 7.3).

Borgere, som har et usundt kostmønster, har generelt en dårligere livskvalitet, et dårligere helbred og en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Særligt ses, at andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet og andelen med lav fysisk aktivitet er dobbelt så stor blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Der ses også markante forskelle for daglig rygning, svær overvægt og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred.

Tabel 7.3 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som har usundt kostmønster sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Usundt kostmønster %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	10*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	19*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	23*	16
Ensomhed	16*	13
Høj score på stressskala	36*	30
Daglig rygning	24*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	10*	7
Rusdrikker ugentligt	13*	12
Lav fysisk aktivitet	35*	18
Svær overvægt	22*	15
Meget generet af søvnproblemer	19*	14

Baseret på data indsamlet på CKFF eller CKFF og SIF i 2021 afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

7.11 Motivation for at ændre kostvaner

I dette afsnit beskrives antallet og andelen af borgere, som gerne vil spise sundere, og som ønsker hjælp hertil. Figur 7.21 viser *antallet* af borgere med et givent kostmønster, *antallet*, som gerne vil spise sundere, og *antallet*, som ønsker hjælp hertil. Figuren giver yderligere en indikation af *andelen*, som ønsker hjælp til at spise sundere, og som ønsker hjælp dertil. For de præcise antal og andele henvises til webtabel W7.21 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

De nyeste nationale tal viser, at andelen med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er større i Region Hovedstaden end i resten af landet (15). I 2021 ønsker 120.800 af regionens borgere med usundt kostmønster at spise sundere svarende til 62 % af de 196.000 borgere, som har et usundt kostmønster (Figur 7.21 og Webtabel W7.21). Knap fem gange så mange borgere, dvs. i alt 585.700 borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer, ønsker at spise sundere svarende til 61 % af borgerne med dette kostmønster. Blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er der 52.400 personer, som ønsker hjælp hertil. Blandt borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer, er dette antal 214.400 personer. I 2021 er der dermed over 260.000 borgere i regionen, som ikke spiser tilstrækkeligt sundt, og som ønsker at spise sundere og gerne vil have hjælp hertil.

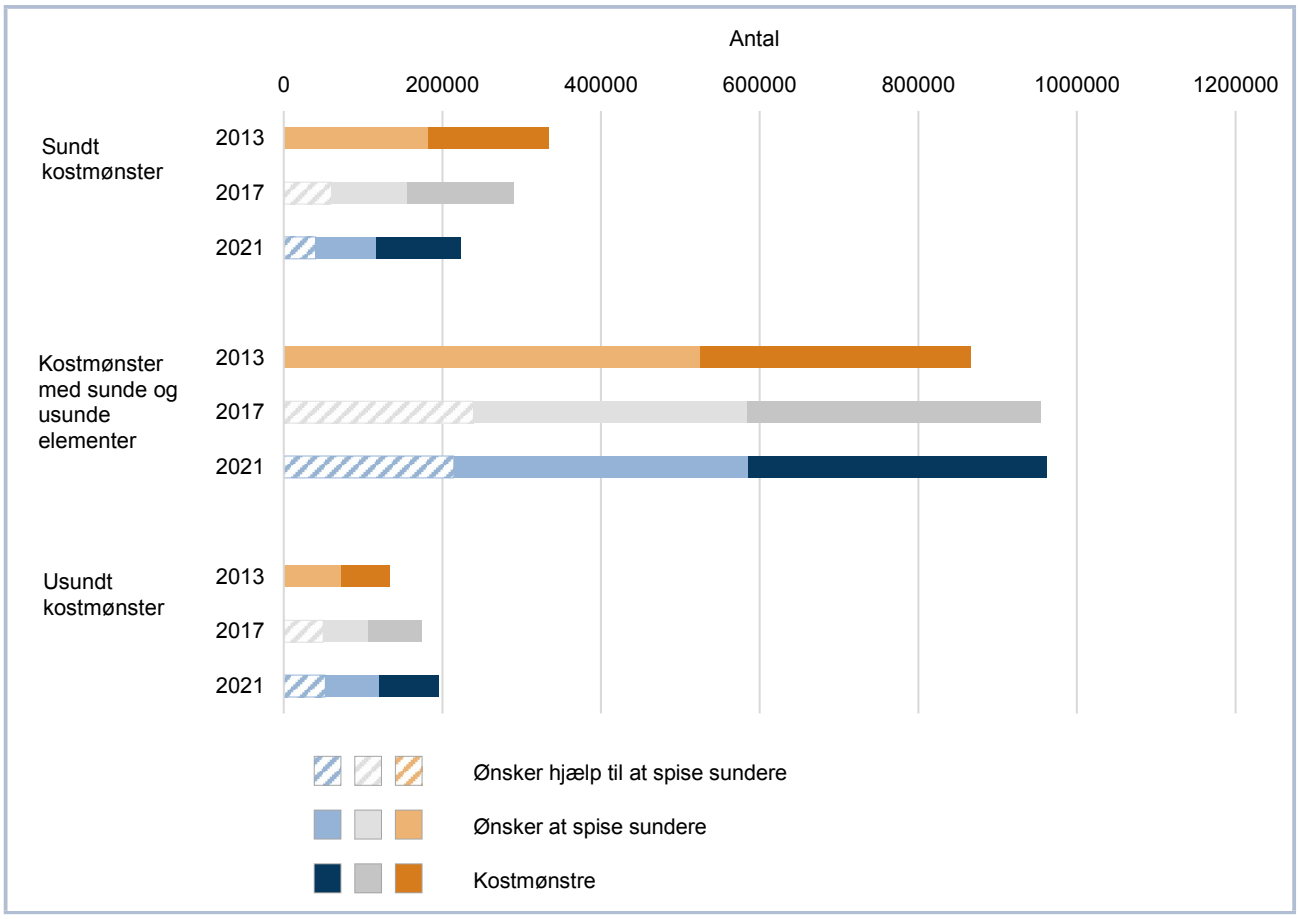
Af figur 7.21 og webtabel W7.21 kan det dog også ses, at andelen i 2021, som ønsker at spise sundere, er over 60 % blandt borgere med hhv. usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer sammenlignet med 52 % blandt borgere med sundt kostmønster. For ønske om hjælp til at spise sundere er andelen størst for borgere med usundt kostmønster (43 %), mens den er mindre blandt borgere med kostmønster med sunde og usunde elementer (37 %) og borgere med sundt kostmønster (35 %).

Webtabel W7.21 viser desuden, at andelen, som gerne vil spise sundere, blandt borgere med hhv. usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer, er ret stabil i perioden 2013 til 2021 især fra 2017 til 2021, mens andelen er

faldet lidt blandt borgere med sundt kostmønster. For alle kostmønstergrupperne gælder det desuden, at der ses en tendens til et mindre fald i andelen, som ønsker hjælp til at spise sundere, blandt borgere, som gerne vil spise sundere. Det skal bemærkes, at blandt borgere med usundt kostmønster er antallet, som ønsker at spise sundere, dog steget lidt fra 2017 til 2021 som resultat af, at den samlede forekomst med usundt kostmønster er blevet højere over tid.

Alt i alt er der i 2021 forebyggelsespotentiale blandt borgere med hhv. usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer, men der ses også ønske om at spise sundere og ønske om hjælp hertil blandt borgere med sundt kostmønster, som ikke er markant forskellig fra motivationen og behovet i de andre kostmønstergrupper. Men det store antal af borgere med motivation og behov for hjælp er blandt borgere med usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer.

Figur 7.21 Antal, som ønsker at spise sundere og ønsker hjælp hertil blandt borgere i forskellige kostmønstergrupper
Spørgsmål: "Vil du gerne spise mere sundt" og "Hvis du vil spise sundere, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?"



Forekomsten af kostmønstre og forekomsten af ønske om at spise sundere er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
Forekomsten af ønske om hjælp til at spise sundere er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017. Data findes ikke for 2013.

Ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster – region

Blandt borgere med et usundt kostmønster ønsker 62 % at spise sundere i 2021 svarende til 120.800 personer i Region Hovedstaden (Tabel 7.4).

Køn og alder: En større andel kvinder (66 %) end mænd (59 %) med usundt kostmønster ønsker at spise sundere. For kvinder er andelen størst blandt de 16-24-årige (82 %), og for mænd ses den største andel blandt de 25-44-årige (73 %). Overordnet falder andelen med stigende alder og er således mindst blandt de 80+ årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (75 %) og blandt borgere med anden vestlig baggrund (68 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (60 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem grupperne.

Uddannelse: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er størst blandt borgere under uddannelse og borgere med gymnasial uddannelse (74 %) og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse (52 %) og borgere med erhvervsfaglig uddannelse (57 %), mens andelen i de øvrige uddannelsesgrupper er nogenlunde ens (68-74 %).

Erhvervstilknytning: De største andele af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, ses blandt langtidssyge borgere (73 %) og borgere i beskæftigelse (68 %), mens den mindste andel ses blandt pensionister (37 %). På grund af for få besvarelser er der ikke opgørelser for arbejdsløse borgere.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere blandt enlige og samlevende. Derimod er andelen mindre blandt borgere uden børn i hjemmet (68 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (74 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der dog ingen statistisk signifikant sammenhæng.

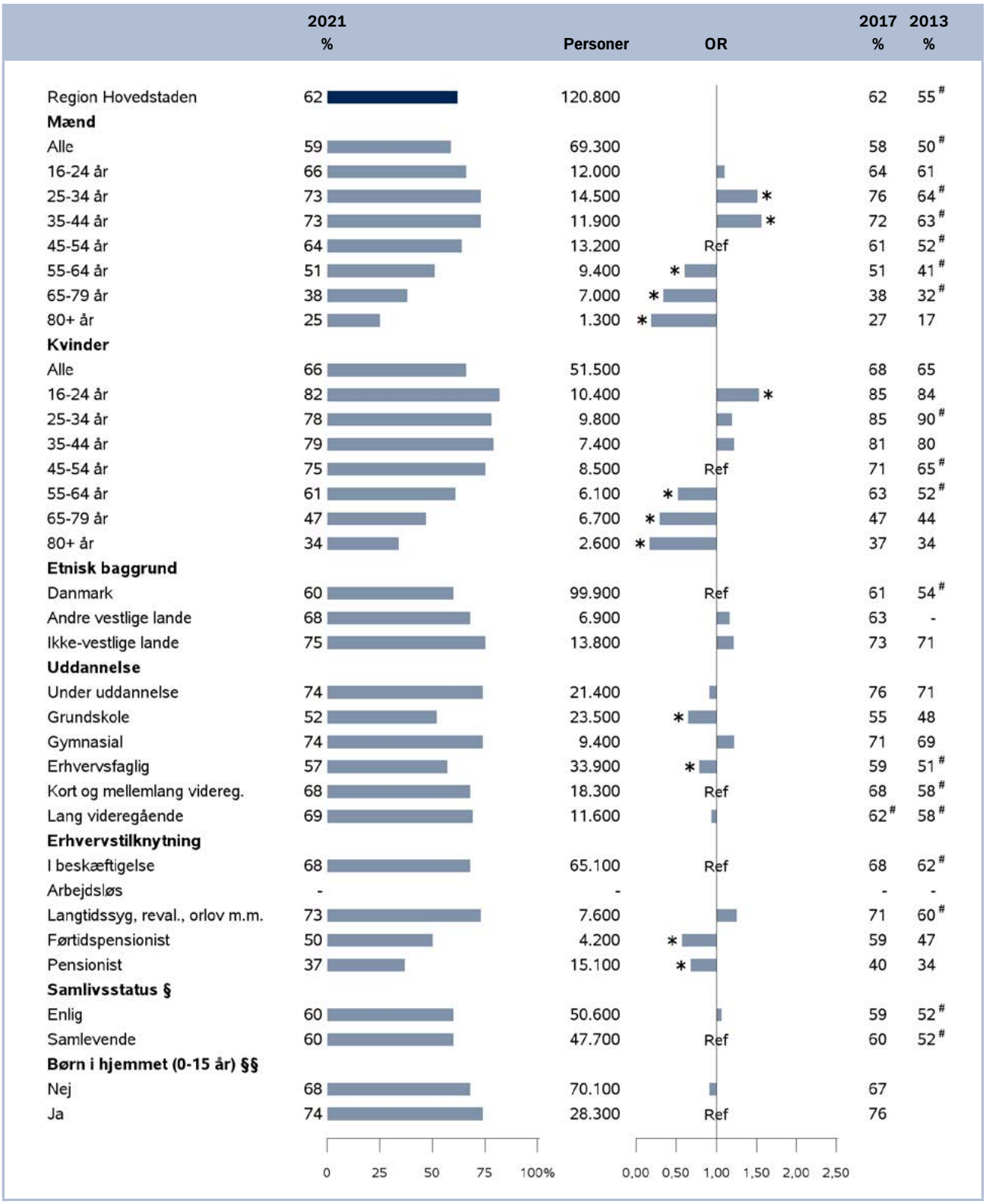
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, steget fra 55 % i 2013 til 62 % i 2017 og 2021. Stigningen gør sig gældende i ca. halvdelen af de sociodemografiske grupper. Ligesom i regionen som helhed er stigningen for de fleste af disse grupper sket fra 2013 til 2017, hvorefter andelen er uændret i perioden 2017 til 2021. De største stigninger fra 2013 til 2017 ses blandt 25-34-årige mænd og blandt førtidspensionister, og de største stigninger fra 2013 til 2021 ses blandt langtidssyge borgere. I samme periode ses desuden et markant fald i andelen blandt 25-34-årige kvinder. På grund af for få besvarelser er der ikke opgørelser for arbejdsløse borgere i alle tre årstal og for borgere med anden vestlig baggrund i 2013.

Ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster – kommuner

Andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, varierer fra 46 % i Bornholms Regionskommune til 69 % i bydelene Valby, Amager Vest og Østerbro (Tabel 7.5). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

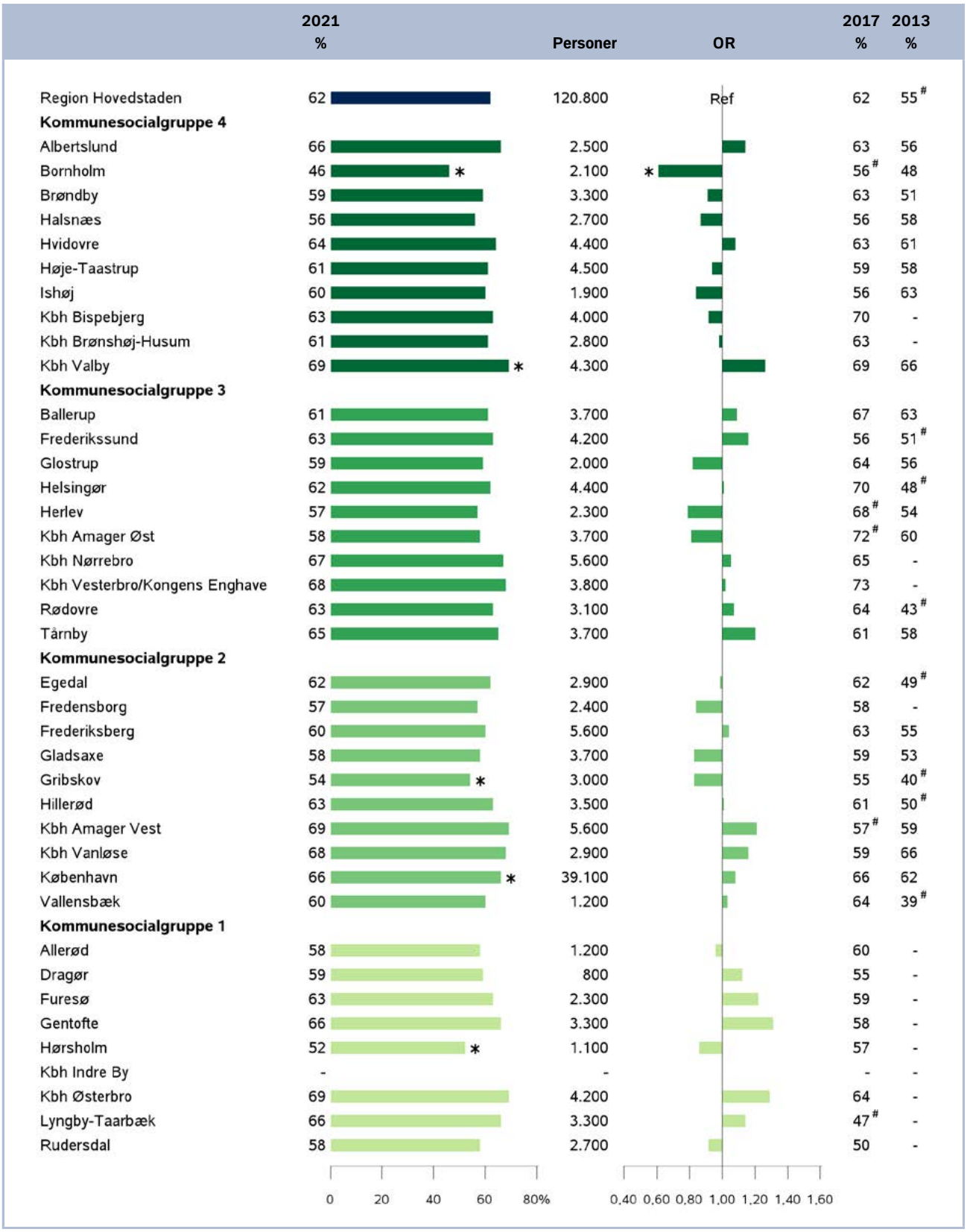
Udvikling: I de fleste af de kommuner og bydele, hvor der er opgørelser fra 2013 til 2021, ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere. Dog ses stigninger fra 2013 til 2021 i en række kommuner, hvoraf den største stigning ses i Vallensbæk Kommune, mens der fra 2017 til 2021 ses få fald og stigninger; det største fald i bydelen Amager Øst, og den største stigning i Lyngby-Taarbæk Kommune. På grund af for få besvarelser er der ikke opgørelser fra 2013 og 2017 for en række kommuner og bydele.

Tabel 7.4 Ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster – region



Baseret på 7.515 besvarelser i 2021, 6.720 besvarelser i 2017 og 4.190 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 7.5 Ønske om at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster – kommuner



Baseret på 7.515 besvarelser i 2021, 6.720 besvarelser i 2017 og 4.190 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den pågældende kommune(-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Ønske om hjælp til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere – region

Blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, ønsker 43 % hjælp til at spise sundere i 2021 svarende til 52.400 borgere (Tabel 7.6).

Køn og alder: Blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er andelen, som ønsker hjælp hertil, større blandt kvinder (46 %) end mænd (41 %). For begge køn er andelen, som ønsker hjælp til at spise sundere, størst blandt de 24-34-årige (kvinder: 54 %; mænd: 52 %) og mindst blandt de 65-79-årige (kvinder: 33 %; mænd: 29 %). Det skal dog bemærkes, at andelen, som ønsker hjælp til at spise sundere ikke er opgjort blandt borgere på 80+ år grundet for få besvarelser med usundt kostmønster og med ønske om at spise sundere.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og ønsker hjælp hertil, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (54 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (41 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at spise sundere, er størst blandt borgere med gymnasial uddannelse (51 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (39 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og som ønsker hjælp hertil, er størst blandt førtidspensionister (56 %) og mindst blandt pensionister (30 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der kun statistisk signifikant højere OR for førtidspensionister, men ingen forskel for pensionister når der sammenlignes med borgere i beskæftigelse. Det skal bemærkes, at andelen, som ønsker hjælp til at spise sundt, ikke er opgjort blandt arbejdsløse borgere grundet for få besvarelser med usundt kostmønster og med ønske om at spise sundere.

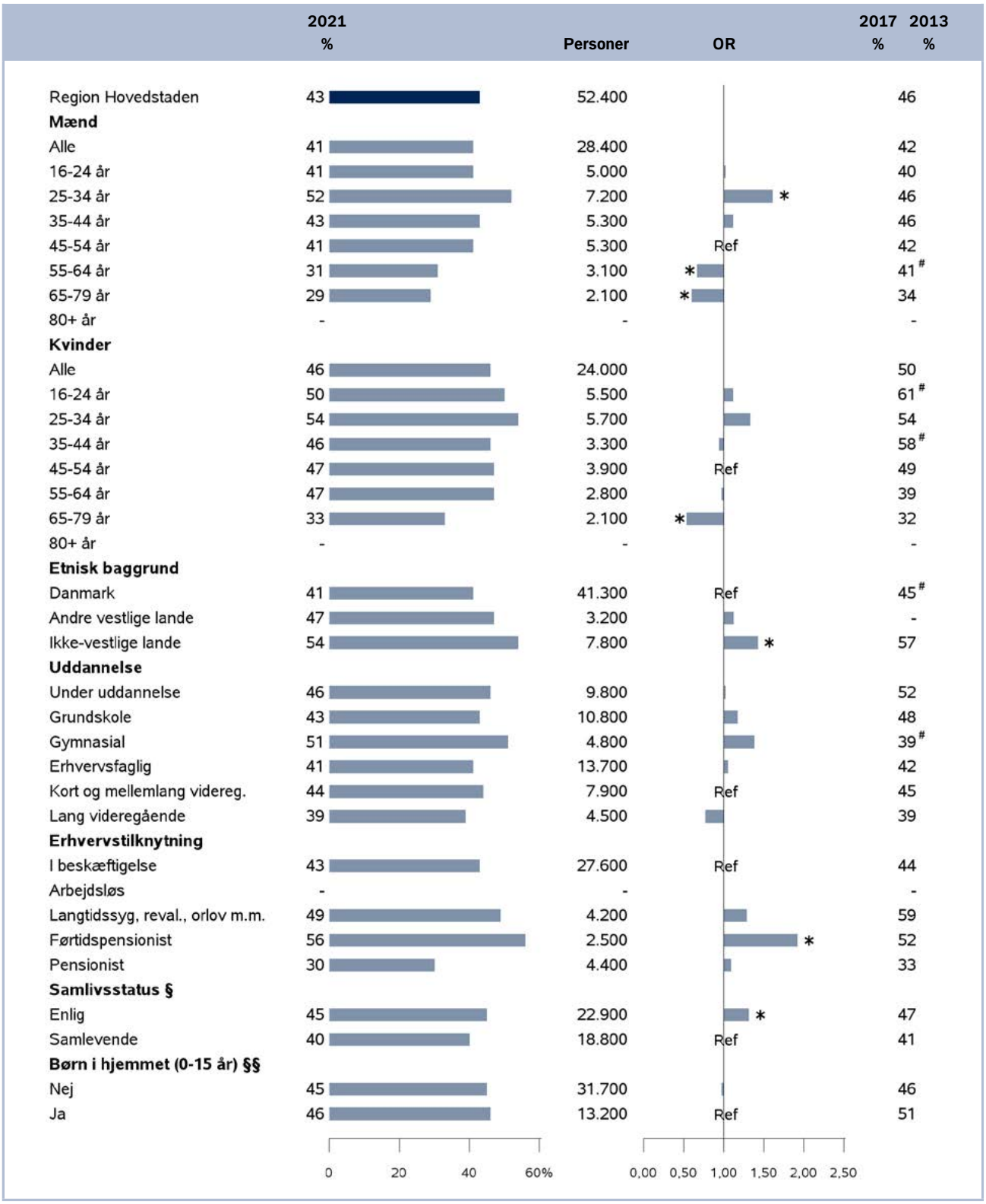
Samlivsstatus og børn i hjemmet: En større andel af borgere, som er enlige, ønsker hjælp til at spise sundere sammenlignet med samlevende. Der er derimod ikke signifikant forskel i andelen mellem borgere med børn i hjemmet og uden børn i hjemmet.

Udvikling: Der ses ingen signifikante ændringer fra 2017 til 2021 i andelen, som ønsker hjælp til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, der gerne vil spise sundere, hverken i regionen som helhed eller i de fleste af de sociodemografiske grupper. Dog ses signifikante fald i enkelte sociodemografiske grupper med det største fald blandt 35-44-årige kvinder og den største stigning blandt borgere med gymnasial uddannelse.

Ønske om hjælp til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere – kommuner

På grund af for få svarpersoner med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere og ønsker hjælp hertil, er der ikke opgørelser på tværs af kommuner og bydele.

Tabel 7.6 Ønske om hjælp til at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere – region



Baseret på 4.166 besvarelser i 2021 og 3.767 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

7.12 Forebyggelse af usunde kostvaner

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd bl.a. den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individrettede forebyggelse i form af råd fra egen læge og tilbud om hjælp til ændring af kostvaner inden for det seneste år.

7.12.1 Råd om at ændre kostvaner fra egen læge

Råd om ændring af kostvaner fra egen læge inden for det seneste år opgøres blandt borgere med usundt kostmønster, som har været ved egen læge inden for det seneste år.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?

Råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster – region

I 2021 er 11 % af borgere med usundt kostmønster, som har været ved egen læge inden for det seneste år, blevet rådet til kostændring af egen læge svarende til 14.900 personer (Tabel 7.7).

Køn og alder: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge. For mænd er andelen størst blandt de 45-64-årige (18 %) og mindst blandt de 16-24-årige og de 80+ årige (6 %). For kvinder er andelen mindst blandt de 65+ årige (6-7 %), mens der ikke ses forskel i de øvrige aldersgrupper (10-13 %).

Etnisk baggrund: Andelen, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge, er mere end dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (23 %) sammenlignet med borgere med dansk (10 %) eller anden vestlig baggrund (11 %).

Uddannelse: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Forekomsten er således højest blandt borgere med grundskoleuddannelse (16 %) og lavest blandt borgere med lang videregående uddannelse (5 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge, er størst blandt langtidssyge borgere (21 %) og førtidspensionister (19 %) og mindst blandt pensionister (7 %). Det skal dog bemærkes, at andelen blandt arbejdsløse borgere ikke er opgjort grundet for få besvarelser med usundt kostmønster.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen, som er blevet rådet til at ændre kostvaner blandt samlevende og enlige. Blandt borgere uden børn i hjemmet er andelen, som er blevet rådet til at ændre kostvaner mindre end for borgere med børn i hjemmet, når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

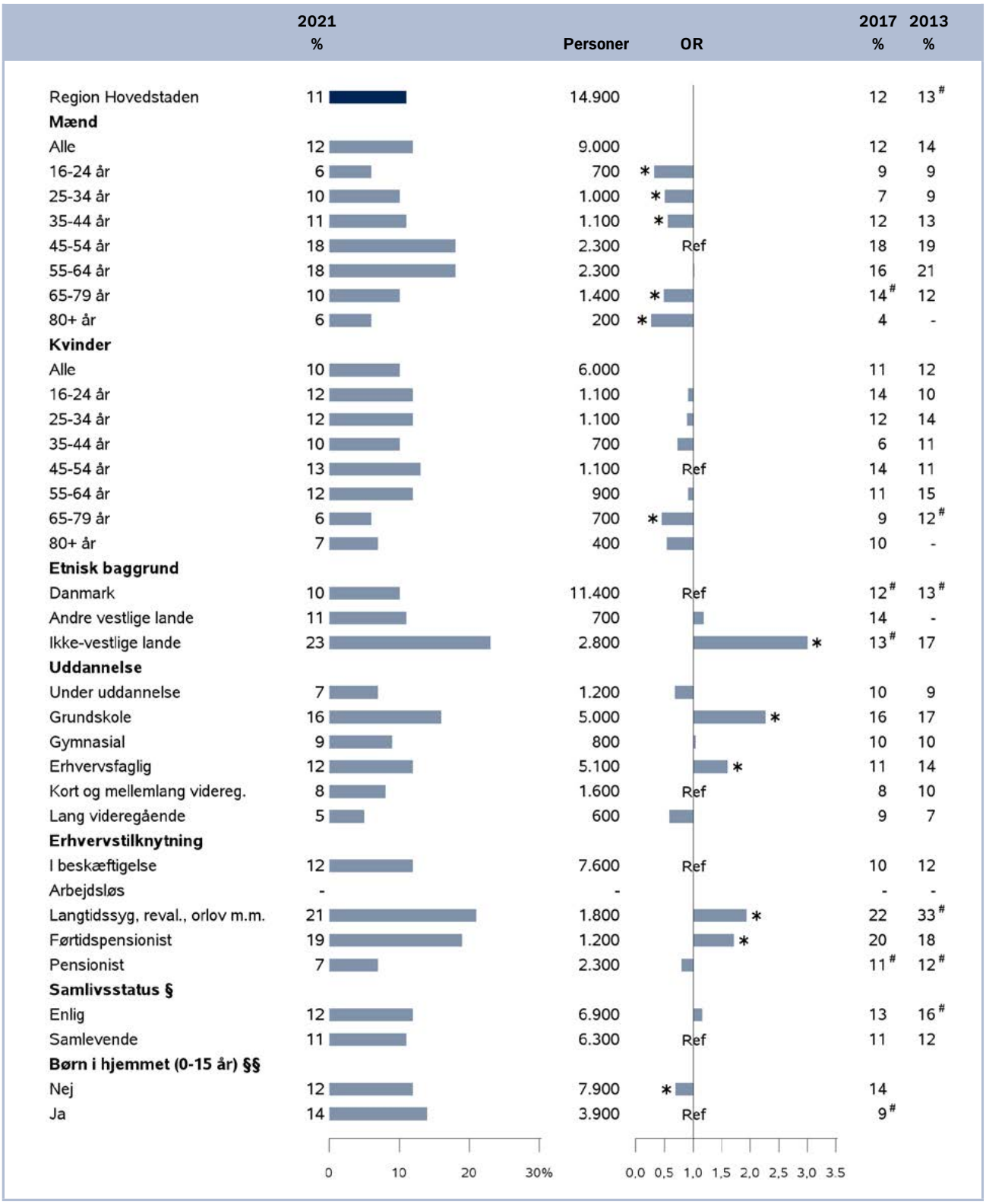
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge, faldet fra 13 % i 2013 til 11 % i 2021. Der ses dog kun signifikante fald fra 2013 til 2017 i en håndfuld af de sociodemografiske grupper, mens der ikke er sket signifikante ændringer i de resterende. Det største fald fra 2013 til 2021 ses blandt langtidssyge borgere. Fra 2017 til 2021 ses der ligeledes fald i enkelte grupper, men der ses også en markant stigning blandt borgere med ikke-vestlig baggrund samt en stigning blandt borgere med børn i hjemmet.

Råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster – kommuner

Andelen af borgere med usundt kostmønster, som har fået råd om ændring af kostvaner af egen læge, varierer fra 6 % i bydelen Vanløse til 22 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 7.8). Det skal dog bemærkes, at andelen ikke er opgjort for enkelte kommuner grundet for få besvarelser. Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: Fra 2017 til 2021 ses ingen signifikante ændringer i de opgjorte kommuner og bydele i forhold til andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge. Dette med undtagelse af bydelen Brønshøj-Husum, hvor andelen er steget markant. For størstedelen af kommunerne i 2013 er tallene ikke opgjort grundet for få besvarelser. For de opgjorte kommuner og bydele ses en stigning i andelen i Herlev Kommune, mens der ses et fald i andelen i Ballerup Kommune.

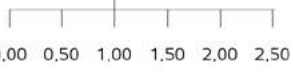
Tabel 7.7 Råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster – region



Baseret på 5.409 besvarelser i 2021, 5.252 besvarelser i 2017 og 3.187 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 7.8 Råd fra egen læge om ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	11	14.900	Ref	12	13 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	18 *	500	*	18	-
Bornholm	14	500		13	14
Brøndby	12	500		11	20
Halsnæs	13	400		16	-
Hvidovre	13	600		12	15
Høje-Taastrup	12	600		14	12
Ishøj	18 *	400	*	13	-
Kbh Bispebjerg	10	400		-	-
Kbh Brønshøj-Husum	22 *	700	*	5 #	-
Kbh Valby	8	300		12	-
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	11	500		11	21 #
Frederikssund	11	500		7	-
Glostrup	10	200		13	10
Helsingør	12	600		13	-
Herlev	17 *	500	*	15	8 #
Kbh Amager Øst	10	400		12	-
Kbh Nørrebro	-	-		-	-
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	-	-		-	-
Rødovre	11	400		12	-
Tårnby	9	400		11	16
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	10	300		12	-
Fredensborg	8	200		14	-
Frederiksberg	9	600		11	-
Gladsaxe	15	600		18	-
Gribskov	12	500		12	-
Hillerød	8	300		9	-
Kbh Amager Vest	9	500		8	-
Kbh Vanløse	6	200		-	-
København	10	4.000		11	14
Vallensbæk	13	200		9	-
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	10	100		15	-
Dragør	7	100		9	-
Furesø	10	300		14	-
Gentofte	8	300		7	-
Hørsholm	10	200		-	-
Kbh Indre By	-	-		-	-
Kbh Østerbro	-	-		-	-
Lyngby-Taarbæk	9	400		-	-
Rudersdal	14	500		-	-



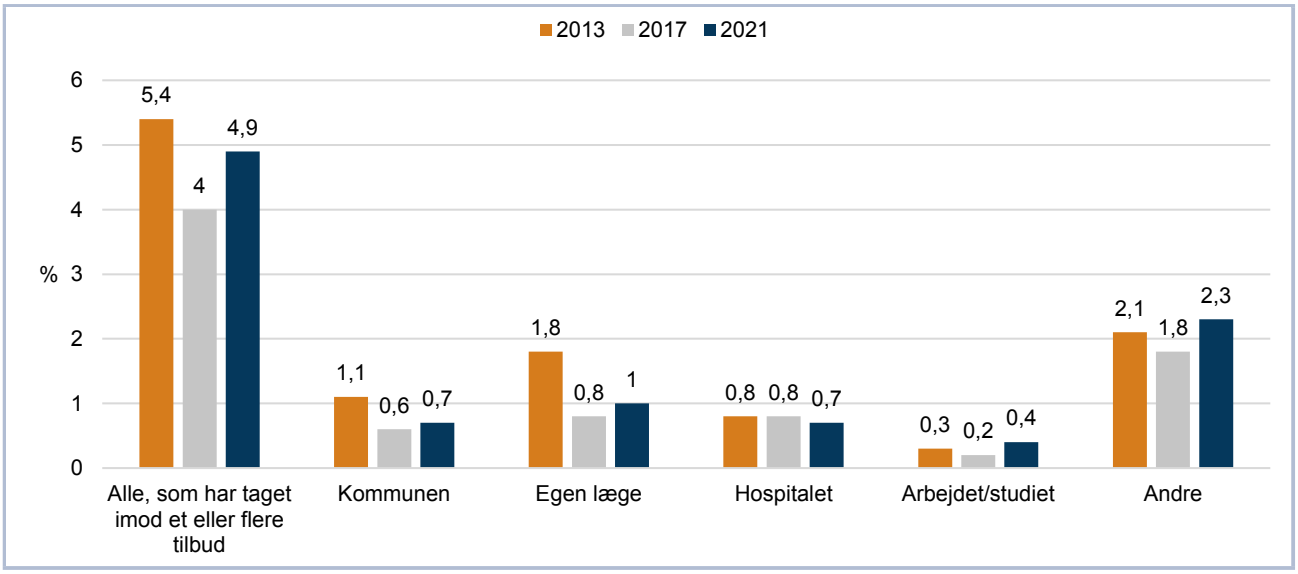
Baseret på 5.409 besvarelser i 2021, 5.252 besvarelser i 2017 og 3.187 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

7.12.2 Tilbud om hjælp til ændring af kostvaner

Tilbud om hjælp til at ændre kostvaner opgøres blandt borgere med et usundt kostmønster. Borgerne er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner fra forskellige instanser i samfundet. Den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og kan dermed indgå flere steder i opgørelserne.

I 2021 har 4,9 % af borgere med et usundt kostmønster taget imod et eller flere tilbud om hjælp til ændring af kostvaner (Figur 7.22). Det er en større andel end i 2017, men en lavere andel end i 2013. I alle år er der flest, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner fra andre instanser end de adspurgte (2021: 2,3 %), efterfulgt af egen læge (2021: 1 %). Andelen, som har taget imod tilbud fra hospitalet, arbejdet/studiet og andre instanser har ikke ændret sig signifikant fra 2013 til 2021, mens andelen, der har taget imod tilbud om hjælp fra kommunen og egen læge, er faldet fra 2013 til 2017, hvorefter den ikke har ændret sig.

Figur 7.22 Taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster
Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om ændring af kostvaner?"



Baseret på 6.964 besvarelser i 2021, 6.200 besvarelser i 2017 og 3.603 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
Andelen for 'alle, som har taget imod tilbud' er mindre end summen af øvrige kategorier. Dette skyldes, at den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i tabellen. I 'alle'-kategorien tæller hver person kun én gang.

7.13 Litteratur

1. WHO, FAO. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO-FAO Expert Consultation. WHO technical report series nr. 916. Geneva; 2003.

2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, m.fl. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. DTU Fødevareinstituttet; 2013.

3. Afshin A, Sur PJ, Fay KA, Cornaby L, Ferrara G, Salama JS, m.fl. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet. maj 2019;393(10184):1958–72.

4. World Cancer Research Fund / American Institute for Cancer Research. Food, nutrition, physical activity and the prevention of cancer: a global perspective. Washington, DC; 2007.

5. Aune D, Keum N, Giovannucci E, Fadnes LT, Boffetta P, Greenwood DC, m.fl. Whole grain consumption and risk of cardiovascular disease, cancer, and all cause and cause specific mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective studies. BMJ. 14. juni 2016;2716.

6. Reynolds A, Mann J, Cummings J, Winter N, Mete E, Te Morenga L. Carbohydrate quality and human health: a series of systematic reviews and meta-analyses. The Lancet. februar 2019;393(10170):434–45.

7. GBD Compare - Denmark [Internet]. [henvist 28. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/

8. OECD. State of health in the EU - Danmark - National sundhedsprofil 2021. 2021.

9. Matthiessen J, Andersen Lf, Barbieri He, Borodulin K, Knudsen Vk, Kørup K, m.fl. The Nordic Monitoring System 2011–2014. Nordic Council of Ministers; 2017. (TemaNord).

10. De officielle kostråd - godt for sundhed og klima [Internet]. Fødevarestyrelsen; [henvist 28. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/

11. Jensen JD. Sundhedsøkonomiske effekter ved efterlevelse af klimavenlige kostråd. Institut for Fødevare-og ressourceøkonomi. Københavns Universitet; 2021.

12. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mad og måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

13. Jakobsen GS, Sølvhøj IN, Homberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

14. Europa-parlamentet, EU. Forordning om fødevareinformation til forbrugerne. okt 25, 2011.

15. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

16. Matthiessen J, Biltoft-Jensen AP, 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(3).

17. Giacalone D, Frøst MB, Rodríguez-Pérez C. Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. Front Nutr. 8. december 2020;7.

18. Hoff H, Stamer NB, Jakobsen GS, Levinsen EH. Madkultur i en krisetid. Særudgave af Madkulturens befolkningsundersøgelse af danskernes mad-og måltidsvaner under nedlukningen af Danmark grundet coronakrisen, maj 2020. Madkulturen; 2020.

19. Janssen M, Chang BPI, Hristov H, Pravst I, Profeta A, Millard J. Changes in Food Consumption During the COVID-19 Pandemic: Analysis of Consumer Survey Data From the First Lockdown Period in Denmark, Germany, and Slovenia. Front Nutr. 8. marts 2021;8:635859.

20. Aarup L. Sådan har Corona påvirket danskernes forbrug [Internet]. [henvist 28. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://coopanalyse.dk/analyse/02_484-corona/

21. Toft U, Kristoffersen LH, 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. februar 2007;61(2):270–8.

22. Agnetha Linn Rostgaard-Hansen, Lau CJ, Halkjær J, Olsen A, Toft U. An updated validation of the Dietary Quality Score: Associations with risk factors for cardiometabolic diseases in a Danish population (upubliceret artikel januar 2022).

23. Christensen LM, Iversen JD, Biltoft-Jensen A, Petersen MA, Søndergaard AB, Matthiessen J. Energidrikke i Danmark. Undersøgelse af indtaget blandt 10-35-årige. DTU Fødevareinstituttet; 2014.

Kapitel 8

Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd

- I 2021 har 18 % af borgerne i Region Hovedstaden lav fysisk aktivitet i fritiden (dvs. læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse). Næsten alle disse borgere opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet, og er dermed utilstrækkeligt fysisk aktive. I alt 54 % er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO, og 25 % vurderer, at de er i mindre god/dårlig form.

- 62 % af borgerne har i alt mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag, og 35 % af borgerne har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag. Størstedelen af borgerne dyrker fysisk aktivitet i grønne områder mindst én gang om ugen (64 %) og har aktiv transport (cykling eller gang) til og fra arbejde eller uddannelse (73 %).

- Andelen af borgere med lav fysisk aktivet i fritiden er faldet lidt fra 2017 til 2021, og det samme ses for andelen, som har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Dette til trods for, at en større andel i 2021 end i 2017 har mindst 4 timer ved skærm i fritiden og/eller mindst 6 timers stillesiddende tid ifm. arbejde/skole/uddannelse.

- Meget stillesiddende tid i hverdagen, inaktiv transport og manglende brug af grønne områder til fysisk aktivitet er generelt mere udbredt blandt mænd end kvinder, mens en større andel kvinder er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO.

- Fysisk aktivitet af høj intensitet i fritiden er mindst udbredt blandt den ældre del af befolkningen, mens stillesiddende tid er en stor del af hverdagen blandt den yngre del af befolkningen. Eksempelvis har 60 % af 16-24-årige mænd mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag, mens 62-81 % af borgere på 65+ år er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO.

- Der er en social gradient i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden, utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO, skærmtid i fritiden og manglende brug af grønne områder. Det vil sige, at forekomsten er højest blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser. Gradienten ses også for kommunesocialgrupperne. For stillesiddende tid mere end 8 timer er der en omvendt social gradient, da forekomsten er højest for borgere med lang videregående uddannelse.

- Størstedelen af borgerne vil gerne være mere fysisk aktive. Blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, vil 73 % gerne være mere fysisk aktive og blandt dem, ønsker 55 % hjælp til det. Borgere med lav fysisk aktivitet har også andre risikofaktorer, herunder en dobbelt så høj forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, usundt kostmønster og svær overvægt sammenlignet med alle borgere i regionen.

- Egen læge har rådet op til 40 % af borgere, som har lav fysisk aktivitet, til at dyrke motion. Desuden har 9,6 % af de borgere, som har lav fysisk aktivitet, taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner, herunder hjælp fra egen læge.

Indledning

Fysisk aktivitet defineres som enhver bevægelse, der øger energiomsætningen (1). Det vil sige både dagligdagsaktiviteter såsom rengøring, leg, gåture og cykling som transport, og mere målrettet sport, motion og træning (2). Stillesiddende tid er, modsat fysisk aktivitet, den del af borgerens vågne tid, som tilbringes i siddende eller liggende stilling, hvor de fleste af kroppens muskler er i hvile (3,4).

Utilstrækkelig fysisk aktivitet og stillesiddende tid påvirker borgernes sundhed og livskvalitet. I Danmark ses der årligt 14.000 tabte leveår blandt mænd, 8.300 tabte leveår blandt kvinder og 6.000 ekstra dødsfald blandt borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive (5). Risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme f.eks. type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og visse kræftsygdomme er desuden forøget blandt borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive (1,6). Ligeledes har utilstrækkelig fysisk aktivitet en negativ effekt på mental sundhed og livskvalitet (7). Eksempelvis har et studie på baggrund af 'Hvordan har du det? 2017'-undersøgelsen vist, at både fysisk aktivitet og fysisk form har sammenhæng med stress, og at forekomsten af stress var størst blandt borgere med lave niveauer af fysisk aktivitet og dårlig fysisk form (8).

Af samfundsmæssige konsekvenser medfører utilstrækkelig fysisk aktivitet nedsat produktivitet, øget sygefravær, tabt produktion og flere førtidspensioner. På landsplan har borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, således hvert år mere end 1 mio. ekstra sygedage, ekstra omkostninger på 11 mia. kroner pr. år til tabt produktion, et øget brug af sundhedsydelser og medicin samt 710.000 ekstra kontakter til læge og 60.000 ekstra hospitalsindlæggelser sammenlignet med borgere, som er fysisk aktive (5).

At være fysisk aktiv har til gengæld mange helbredsgevinster. Ud over at fysisk aktivitet forebygger en lang række kroniske sygdomme samt har en betydelig effekt på funktionsevnen blandt ældre (2), viser ny forskning, at fysisk aktivitet også fremmer den mentale sundhed (1,2). Blandt andet er det vist, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for depression og demens med op til 30 % (9). Andre studier viser mindre sygelighed og dødelighed blandt fysisk aktive med en risiko, der er tæt på halveret hos de mest aktive (2). Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet i forhold til for tidlig død ses blandt begge køn og i alle aldersgrupper, uanset tilstedeværelsen af overvægt eller andre risikofaktorer (2).

Stillesiddende tid foregår både i arbejds- og skolelivet, under transport og i fritiden. Nyere studier, der har målt stillesiddende adfærd og fysisk aktivitet, finder sammenhæng mellem langvarig stillesiddende tid i hverdagen og risiko for tidlig død, hjertekarsygdom og type 2-diabetes (10–12). Ekelund m.fl. viser imidlertid, at risikoen forbundet med stillesiddende tid aftager blandt de personer, som er meget fysisk aktive (11).

Anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesiddende tid

Verdenssundhedsorganisationen (WHO) har i 2020 opdateret retningslinjerne for fysisk aktivitet og stillesiddende tid (1). Tidligere har WHO anbefalet, at moderat til hård fysisk aktivitet bør udføres med minimum 10 minutters varighed (13), men ny evidens viser, at enhver aktivitet, uanset varighed, medfører helbredsgevinster. *Al bevægelse tæller.* Selv lidt bevægelse med lav intensitet har vist positive helbredsgevinster, også blandt personer, som ikke lever op til minimumsanbefalingen (1). Der ses således ikke en nedre grænse for mængden eller intensiteten af fysisk aktivitet for at opnå helbredsgevinster, og faktisk ses det, at den største helbredsgevinst opnås ved at gå fra at være inaktiv til at være lidt aktiv. Det er dog vigtigt at understrege, at fysisk aktivitet ud over det anbefalede er forbundet med yderligere helbredsgevinster (1).

Som noget nyt indeholder retningslinjerne fra WHO anbefalinger for stillesiddende tid. Det anbefales, at hvis man har meget stillesiddende tid, bør man erstatte noget af denne tid med fysisk aktivitet af en hvilken som helst intensitet og varighed. Der er endnu ikke tilstrækkelig viden til at anbefale en maksimumgrænse for omfanget af stillesiddende tid. Der er ej heller tilstrækkelig viden til at anbefale, hvor ofte eller hvor længe ad gangen man bør afbryde perioder med stillesiddende tid (1).

WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd (fra 18 år og derover)
WHO anbefaler 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. WHO anbefaler, at man begrænser den tid, hvor man sidder stille i mange timer, og at tid brugt på stillesiddende adfærd begrænses. Erstatter man stillesiddende tid med fysisk aktivitet af en hvilken som helst aktivitet (inklusiv let aktivitet), opnås helbredsgevinster (1).

WHO's anbefalinger omhandler ugentlig fysisk aktivitet (1) i modsætning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som omhandler daglig fysisk aktivitet (14). I nærværende rapport tages afsæt i WHO's anbefalinger for i højere grad at muliggøre internationale sammenligninger af fysisk aktivitet og stillesiddende tid.

Et studie fra 2021 viser, at størstedelen af de europæiske medlemslande monitorerer fysisk aktivitet blandt deres borgere, og nogle lande har ligesom Danmark også fokus på at monitorere stillesiddende tid og deltagelse i sportsaktiviteter (15). På verdensplan har andelen af voksne, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, ligget stabilt i perioden fra 2001 til 2016 (7). Det globale mål er, at andelen af utilstrækkeligt fysisk aktive mindskes frem mod 2025 (7).

Balancen mellem fysisk aktivitet og stillesiddende tid

Fysisk aktivitet og stillesiddende tid kan ikke betragtes som enkeltstående faktorer, men bør ses i kombination med hinanden. Mere tid brugt på den ene type af adfærd må nødvendigvis føre til mindre tid brugt på en anden type adfærd (16). Inden for forskning, som undersøger fysisk aktivitet og stillesiddende tid, er der således sket et paradigmeskift i forståelsen af de to faktorer. Der forskes aktuelt i kombinationen af fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd i hverdagen (4,17). Et studie har bl.a. fundet, at 60-75 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om dagen vil kunne udligne den forøgede risiko, der er for tidlig død ved langvarig stillesiddende tid (mere end 8 timer

om dagen) (17). Begrebet 'weekend warrior' er desuden blevet brugt til at definere de personer, som er meget stillesiddende i hverdagene, men som alligevel når at leve op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet ved at være meget aktive i weekenden. Et studie har vist, at 'weekend warriors' trods meget stillesiddende tid alligevel kan mindske risikoen for hjertekarsygdom med 40 % (18).

Forebyggelse og sundhedsfremme
Fremme af fysisk aktivitet hos borgerne kan stimuleres via fysiske rammer og strukturer i omgivelserne, som muliggør og opfordrer til bevægelse i hverdagen (19). Parker og grønne områder – gerne trygge og æstetisk smukke – giver eksempelvis mulighed for og motiverer til fysisk aktivitet. Studier viser sammenhæng mellem grønne områder og fritids- og transportrelateret fysisk aktivitet (20,21). Endvidere er det i Region Hovedstaden fundet, at andelen af borgere, som har aktiv transport, er steget fra 2007 til 2017 (22). Dette er i tråd med, at størstedelen af landets kommuner i 2019 vurderede, at indarbejdning af muligheder for fysisk aktivitet i kommunens planlægning af byer, infrastruktur og udearealer er i fokus (23). I det hele taget er forebyggelsespakken vedrørende fysisk aktivitet, som sidst blev opdateret i 2018 (24), en af de højst prioriterede forebyggelsespakker i kommunerne.

Nyeste tal på området
Opgørelser fra Idrættens Analyseinstitut tyder endvidere på, at flere voksne dyrker fysisk aktivitet i naturen, i byens parker og på veje/gader/fortove og lignende i 2020 sammenlignet med tidligere (25). Undersøgelsen 'Danmark i bevægelse' gennemført i efteråret 2020 viser i tillæg hertil, at næsten alle voksne er bevægelsesaktive i løbet af en uge, og de fleste deltager næsten hver dag i forskellige former for fysisk bevægelse i hjemmet, på arbejde eller uddannelse, under transport og i fritidsaktiviteter (26–28). De seneste tal fra den Nationale Sundhedsprofil 2021 viser dog, at 58 % af borgerne i Danmark er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og at 19 % læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse som deres primære aktivitet i fritiden (29).

COVID-19 pandemien og nedlukningen af samfundet i foråret og igen i efteråret 2020 og frem til indsamlingen af data til Sundhedsprofil 2021 ændrede vilkårene og mulighederne for fysisk aktivitet for mange. Et dansk studie baseret på 143.000 respondenter viser blandt andet, at danskerne samlet har bevæget sig 20 % mindre under COVID-19 pandemien (30). Det er med metoden bag 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen dog ikke muligt at vurdere, i hvilken grad COVID-19 pandemien kan forklare de udviklingstendenser, der ses.

Kapitlets indhold

Dette kapitel indledes med en beskrivelse af fysisk aktivitet i fritiden, herunder lav fysisk aktivitet i fritiden, andelen af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet samt fysisk aktivitet i grønne områder. Efterfølgende vil der være fokus på total stillesiddende tid, herunder stillesiddende tid ved skærm, ved transport og i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse, som alle bidrager til den totale stillesiddende tid. Dernæst beskrives cykling og gang til og fra arbejde eller uddannelse.

I kapitlet findes desuden opgørelser af selvvurderet fysisk form blandt borgere med forskellige bevægelsesvaner. Tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer beskrives også, herunder den samlede andel af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og/eller mere end 8 timers stillesiddende tid i hverdagen, efterfulgt af en beskrivelse af forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet. Endelig beskrives borgernes motivation for at være mere fysisk aktive og andelen, som har taget imod råd eller tilbud vedrørende ændring af motionsvaner blandt borgere med lav fysisk aktivitet.

Udover de tabeller, som fremgår i rapporten, findes der på sundhedsprofilens hjemmeside supplerende opgørelser af fysisk aktivitet i grønne områder samt stillesiddende transport på en typisk hverdag og stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse (Webtabeller: W8.1-W8.6). På hjemmesiden findes også en tabel, som viser andel og antal borgere med forskellige bevægelsesvaner, som gerne vil være mere fysisk aktive, og som ønsker hjælp hertil (Webtabel W8.7), samt en webfigur, som viser lav fysisk aktivitet og/eller opfyldelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (Webfigur W8.1). De nævnte webtabeller og webfiguren kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

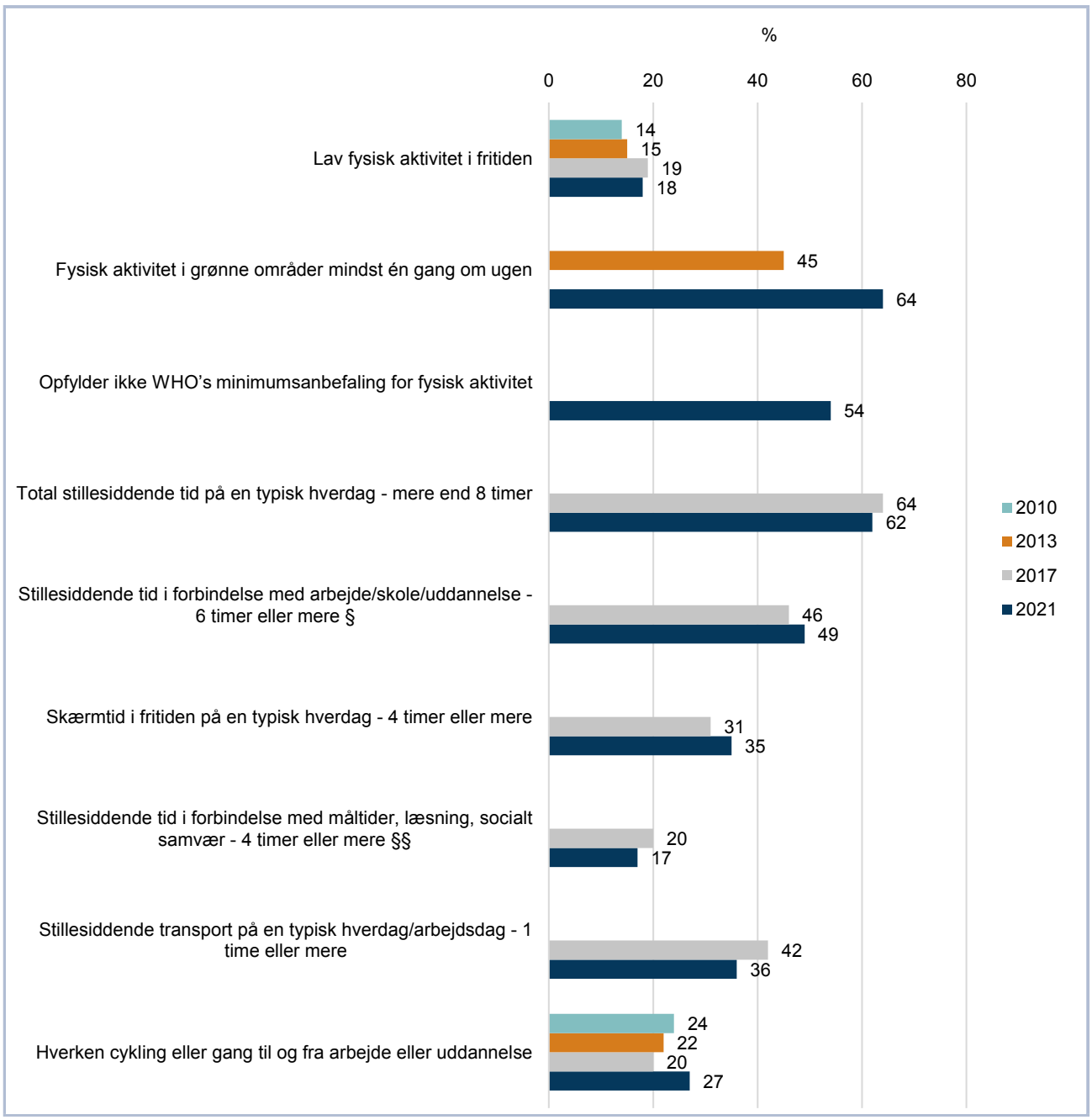
Resultatoverblik

Figur 8.1 viser et overblik over udviklingen i forekomsten af vaner for fysisk aktivitet og stillesiddende tid, som bliver belyst i dette kapitel og på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater. Udviklingen vises for 2010 til 2021 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid.

Knap hver femte borger i Region Hovedstaden har et lavt fysisk aktivitetsniveau i fritiden. Andelen er dog faldet lidt fra 2017 til 2021, hvilket bryder med den stigende tendens, der sås fra 2010 til 2017. Der ses endvidere en tydelig stigning i andelen, som er fysisk aktive i grønne områder fra 2013 til 2021, så det nu er knap to ud af tre (64 %) af regionens borgere, som jævnligt er fysisk aktive i grønne områder. De spørgsmål, som er brugt til at monitorere WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet viser, at mere end halvdelen (54 %) af borgerne ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet i 2021.

Det er også mere end halvdelen af borgerne, som har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Denne andel er faldet lidt fra 64 % i 2017 til 62 % i 2021. Det er værd at bemærke, at den mindre andel med mere end 8 timers samlet stillesiddende tid i 2021 ses, selvom større andele har rapporteret, at de bruger hhv. mere end 6 timers stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse og mindst 4 timer ved skærm i fritiden sammenlignet med 2017. Faldet i samlet stillesiddende tid ser dermed ud til at være et resultat af, at en mindre andel har haft stillesiddende transport på 1 time eller mere, og en mindre andel har siddet stille i forbindelse med måltider, læsning og socialt samvær i mindst 4 timer. Endvidere er andelen af borgere i arbejde eller uddannelse, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse steget til 27 % i 2021, hvilket bryder med den faldende tendens, der sås fra 2010 til 2017.

Figur 8.1 Resultatoverblik for fysisk aktivitet og stillesidning



'Stillesiddende tid ifm. arbejde/skole/uddannelse – 6 timer eller mere' og 'hverken cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse' er begrænset til personer, som er i arbejde/under uddannelse og er under 65 år.
§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.

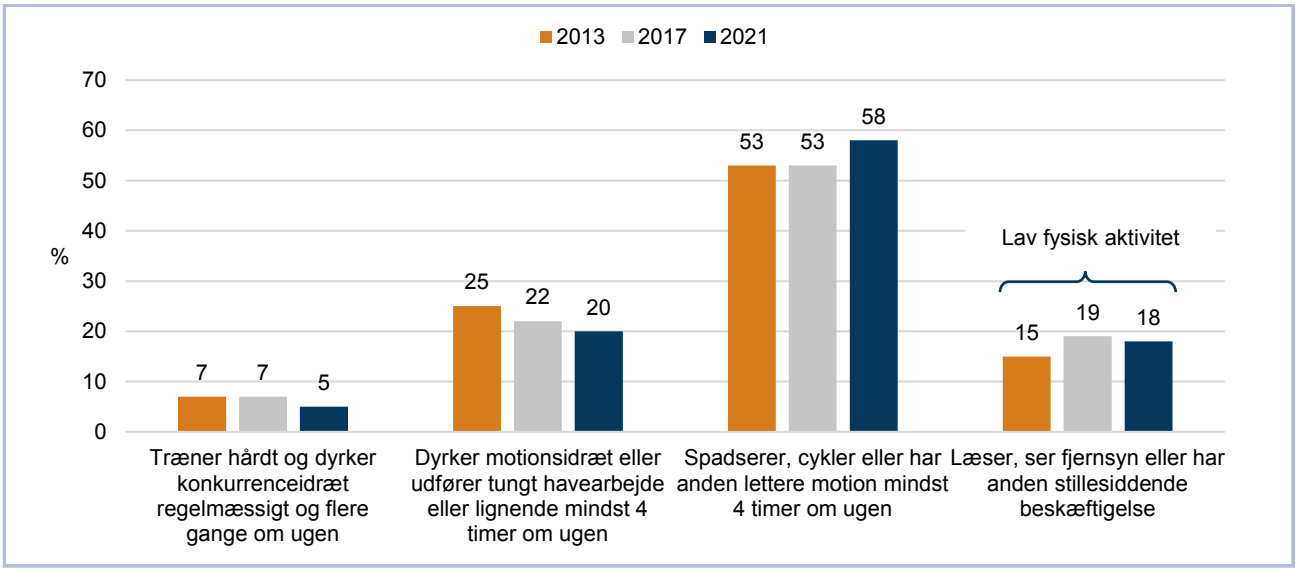
8.1 Bevægelsesvaner og lav fysisk aktivitet i fritiden

Til at beskrive udvikling i fysisk aktivitet i fritiden benyttes et anerkendt og valideret spørgebatteri af Saltin & Grimby (31,32). Spørgsmålet omhandler bevægelsesvaner i fritiden opgjort på fire aktivitetsniveauer.

Figur 8.2 viser udviklingen i borgernes bevægelsesvaner i fritiden fra 2013 til 2021 i Region Hovedstaden. Det er størstedelen af borgere i regionen som helhed, som spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen. Andelen er steget til 58 % i 2021 sammenlignet med 2013 og 2017, hvor andelen var 53 % i begge år. Et mindretal af borgerne i regionen træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen. Denne andel er faldet fra 7 % i 2017 til 5 % i 2021, og der ses over årene også et fald i andelen, som dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen. Udviklingstendensen i andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet, dvs. som primært læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse, er vendt fra en stigning frem mod 2017 til et lille fald fra 2017 til 2021. Andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden er således 18 % i 2021. Denne andel er mindre end i øvrige regioner i landet (29).

Figur 8.2 Bevægelsesvaner i fritiden

Spørgsmål: "Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet?"



Baseret på 55.348 besvarelser i 2021, 53.579 besvarelser i 2017 og 43.319 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på data indsamlet på CKFF i 2017.

Lav fysisk aktivitet i fritiden – region

Figur 8.1 viser andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, dvs. borgere, som primært læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse. Andelen af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden er 18 % i 2021 svarende til 248.000 personer.

Køn og alder: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, er ens for mænd og kvinder. For begge køn ses samme mønster i forhold til alder. Blandt alle aldersgrupper mellem 16-79 år ses kun små variationer i andelene (14-19 %), som har lav fysisk aktivitet, mens andelen blandt borgere på 80+ år er betydeligt højere (≥38 %) end i de øvrige aldersgrupper.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (30 %) sammenlignet med borgere med dansk og anden vestlig baggrund (16-17 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse og borgere under uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (30 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (11 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet og størst blandt førtidspensionister (39 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (13 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Ligeledes er andelen større blandt borgere uden børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed ses der fra 2013 til 2017 en stigning i andelen, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, efterfulgt af et lille fald fra 2017 til 2021. I mange af de sociodemografiske grupper ses samme tendens til en stigning i andelen fra 2013 til 2017 efterfulgt af et lille fald fra 2017 til 2021, men det er i de færreste grupper, at faldet er statistisk signifikant. Eksempelvis ses der i perioden fra 2017 til 2021 et fald i andelen blandt 45-54-årige mænd, 35-44-årige kvinder, og borgere med videregående uddannelse, mens forekomsten i

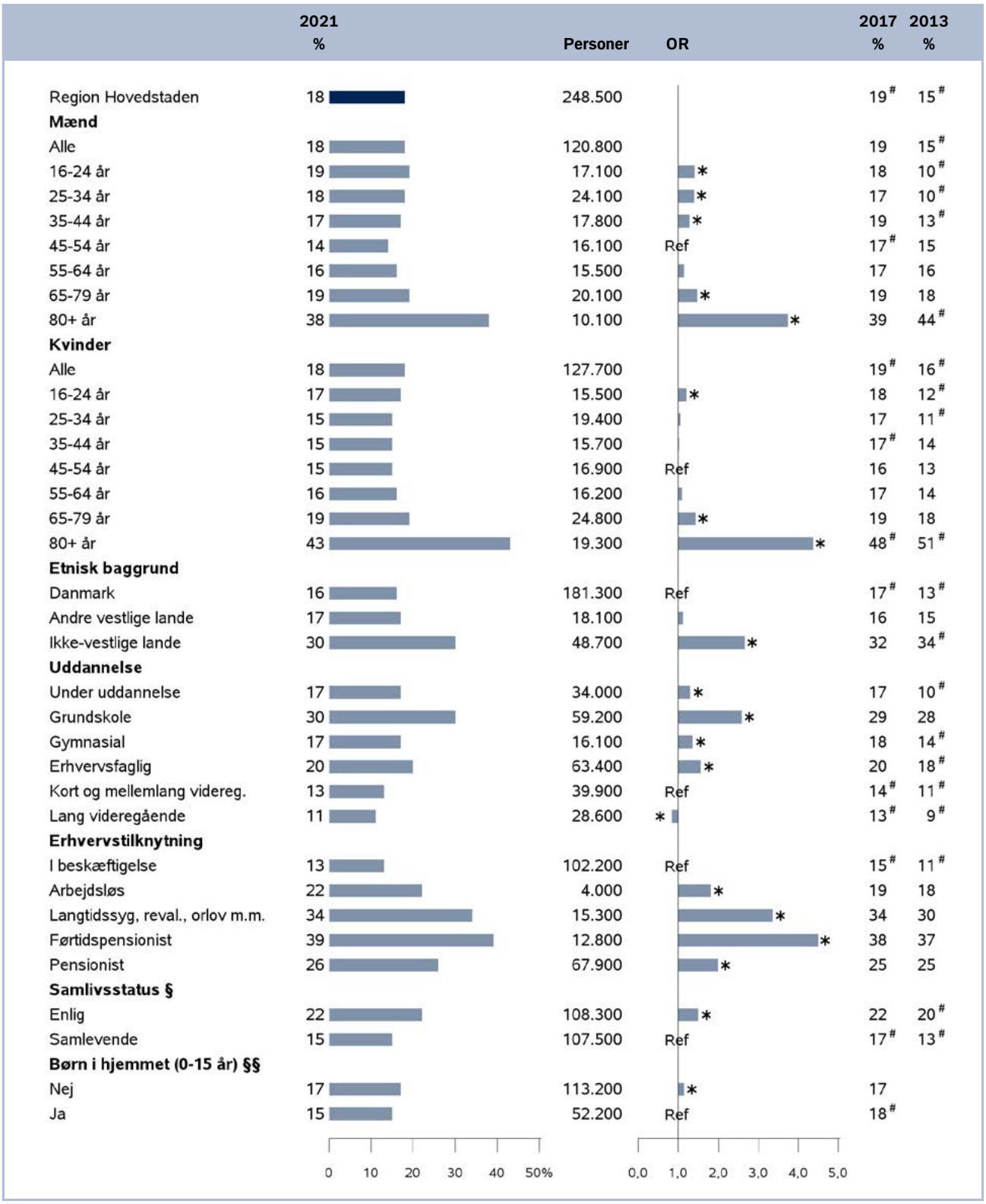
de resterende alders- og uddannelsesgrupper er uændret siden 2017. Imidlertid ses det største fald i forekomsten fra 2017 til 2021 for 80+ årige kvinder, som sammen med 80+ årige mænd og borgere med ikke-vestlig baggrund har haft et gradvist fald i forekomsten siden 2013. Samlet set er der for regionen som helhed sket en stigning i andelen med lav fysisk aktivitet fra 15 % i 2013 til 18 % i 2021. De største stigninger fra 2013 til 2021 ses blandt de 16-34-årige mænd og borgere under uddannelse.

Lav fysisk aktivitet i fritiden - kommuner

Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 11 % i bydelen Indre by til 28 % i Ishøj Kommune (Tabel 8.2). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: Som i regionen som helhed er der i mange kommuner og bydele tendens til en stigning i andelen, som har lav fysisk aktivitet i fritiden fra 2013 til 2017 efterfulgt af en tendens til et lille fald fra 2017 til 2021. I de færreste kommuner og bydele er ændringer fra 2017 til 2021 statistisk signifikante. De signifikante og største ændringer, som ses, er primært i kommuner fra kommunesocialgruppe 1 og 2. Tilsvarende regionen som helhed er forekomsten i mange kommuner højere i 2021 end i 2013.

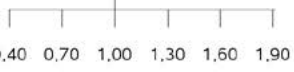
Tabel 8.1 **Lav fysisk aktivitet i fritiden – region**



Baseret på 55.348 besvarelser i 2021, 53.579 besvarelser i 2017 og 43.319 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på data indsamlet på CKFF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.2 Lav fysisk aktivitet i fritiden – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	18	248.500	Ref	19#	15#
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	26*	5.200	*	24	19#
Bornholm	17	5.500		20	16
Brøndby	26*	6.600	*	29	23
Halsnæs	22*	5.500	*	20	16#
Hvidovre	23*	9.100	*	23	19#
Høje-Taastrup	25*	9.400	*	24	21#
Ishøj	28*	4.700	*	27	24#
Kbh Bispebjerg	18	8.100		18	17
Kbh Brønshøj-Husum	24*	7.500	*	24	21
Kbh Valby	19	8.800		19	18
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	21*	7.900	*	22	16#
Frederikssund	18	6.400		20	17
Glostrup	22*	3.900	*	22	20
Helsingør	18	8.500		22#	18
Herlev	23*	4.900	*	23	18#
Kbh Amager Øst	18	8.700		18	12#
Kbh Nørrebro	15*	9.800		15	14
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	15*	8.100	*	14	11#
Rødovre	21*	6.400	*	21	16#
Tårnby	20	6.200		21	16#
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	17	5.600		21#	13#
Fredensborg	18	5.500		22#	16
Frederiksberg	16*	12.500	*	15	12#
Gladsaxe	20	9.900		20	17
Gribskov	19	6.200		20	15#
Hillerød	16*	6.100	*	19#	15
Kbh Amager Vest	16*	9.900		18	15
Kbh Vanløse	17	5.000		17	13#
København	16*	78.100	*	16	14#
Vallensbæk	21*	2.500	*	22	17#
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	15*	2.900	*	18#	12#
Dragør	13*	1.400	*	14	14
Furesø	15*	4.600	*	19#	16
Gentofte	13*	6.900	*	15#	11
Hørsholm	16*	3.100	*	19	15
Kbh Indre By	11*	4.600	*	11	10
Kbh Østerbro	13*	7.600	*	15	9#
Lyngby-Taarbæk	16*	6.800	*	17	13
Rudersdal	15*	6.400	*	16	13



Baseret på 55.348 besvarelser i 2021, 53.579 besvarelser i 2017 og 43.319 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på data indsamlet på CKFF i 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.2 Fysisk aktivitet ud fra WHO's minimumsanbefaling

WHO's anbefalinger omhandler ugentlig fysisk aktivitet (1) i modsætning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som omhandler daglig fysisk aktivitet (14). I nærværende rapport tages afsæt i WHO's anbefalinger for i højere grad at muliggøre internationale sammenligninger af fysisk aktivitet og stillesiddende tid. Det skal dog bemærkes, at de 16-17-årige er inkluderet i opgørelserne i denne rapport, selvom der gælder andre anbefalinger for denne aldersgruppe. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd i den seneste rapport fra WHO vedrørende anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesiddende tid (1).

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:

- På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat til hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges? (Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter), ½ til 1½ time (30-89 minutter), 1½ til 2½ timer (90-149 minutter), 2½ til 5 timer (150-299 minutter), 5 timer eller mere (300 minutter eller mere).
- Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale? (Mindre end ½ time (mindre end 30 minutter), ½ til 1 time (30-59 minutter), 1 til 1½ time (60-189 minutter), 1½ til 2½ time (90-149 minutter), 2½ time eller mere (150 minutter eller mere).

WHO's anbefalinger skelner ikke mellem fysisk aktivitet på arbejde og i fritiden. Det har ikke været muligt at identificere et velegnet spørgsmål til monitorering af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, der inkluderer fysisk aktivitet på arbejdet (33). I 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen er det derfor valgt, at spørgsmålene knyttet til monitorering af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet kun omfatter fysisk aktivitet i fritiden. Derudover er effekten af fysisk aktivitet på arbejde ikke entydig positiv (34).

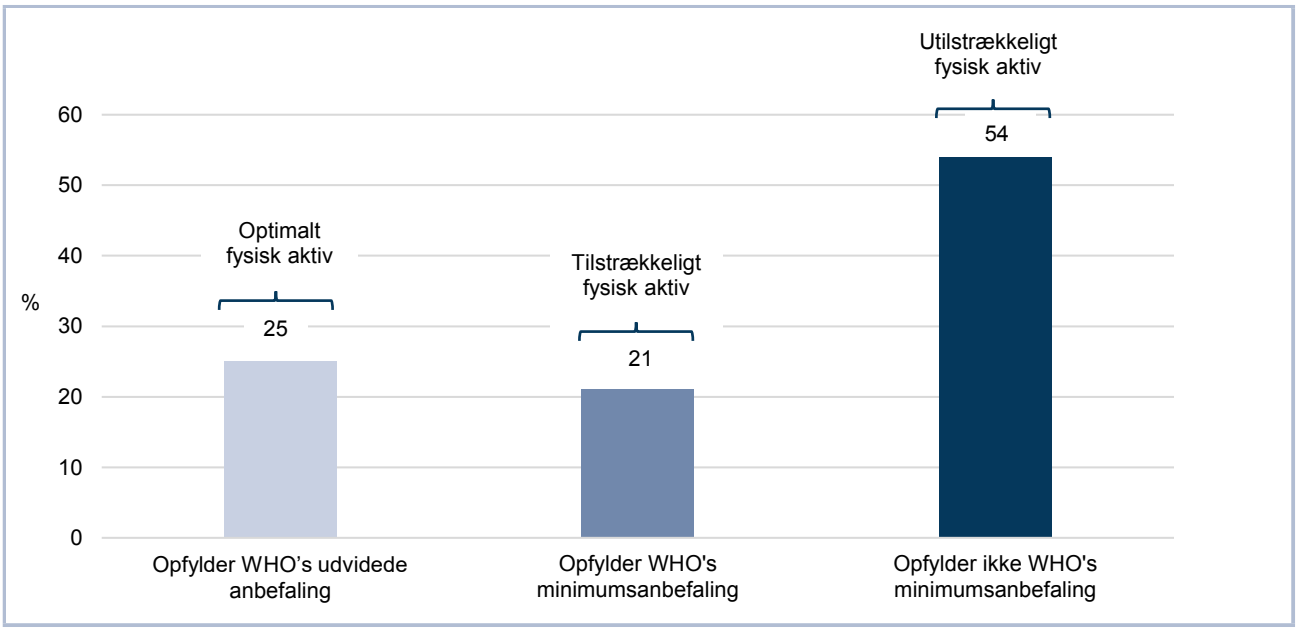
Ændring i metode og terminologi siden Sundhedsprofil 2017

Det spørgsmål, som ligger til grund for opgørelser af fysisk aktivitet ud fra WHO's minimumsanbefaling i Sundhedsprofil 2021, giver ikke mulighed for at måle udviklingen over tid, da spørgsmålsformulering og svarkategorier er anderledes end i 2017. Dette skyldes, som beskrevet indledningsvis, at der i 2020 er sket ændringer i WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet, hvorfor krav om *kun at medtage aktiviteter, der varer i mindst 10 minutter ad gangen* er udeladt af spørgsmålet i 2021. Endvidere er svarkategorierne ændret fra åbne svarkategorier i 2017 til lukkede svarkategorier i 2021. Ændring i svarkategorier kan have betydning for borgernes svar og deltagelse, da det er nemmere og hurtigere at svare på lukkede kategorier fremfor åbne. Resultater fra en tidligere undersøgelse indikerer, at opgørelser baseret på lukkede svarkategorier medfører en større andel, som er utilstrækkeligt fysisk aktive sammenlignet med opgørelser baseret på åbne svarkategorier (33). Derfor kan andelen, som er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling i 2021 ikke sammenlignes med den gruppe, som i tidligere år er klassificeret som utilstrækkeligt fysisk aktive. Af denne grund opgøres kun resultater for 2021 i det pågældende afsnit.

I nærværende rapport benyttes begrebet *utilstrækkeligt* fysisk aktiv til at beskrive den gruppe af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet. Samme udtryk blev brugt i Sundhedsprofil 2017, men her inkluderede denne gruppe ikke de borgere, som var helt fysisk inaktive, dvs. havde 0 minutters moderat til hård fysisk aktivitet. Tilsvarende Sundhedsprofil 2013 har vi i Sundhedsprofil 2021 opdelt borgere som opfylder WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet i to grupper: tilstrækkeligt fysisk aktive og optimalt fysisk aktive. De tre kategorier af fysisk aktivitet som benyttes i Sundhedsprofil 2021 fremgår af figur 8.3.

Figur 8.3 viser fordelingen af Region Hovedstadens borgere i forhold til WHO's anbefaling for fysisk aktivitet. I 2021 er der 54 %, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og dermed er utilstrækkeligt fysisk aktive. Denne andel er mindre end i øvrige regioner i landet (29). Blandt de borgere i Region Hovedstaden, som opfylder WHO's minimumsanbefaling, lever størstedelen også op til den udvidede anbefaling og er dermed optimalt fysisk aktive. Det vil sige, at hver fjerde borger i Region Hovedstaden har mere end 300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mere end 150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en tilsvarende kombination heraf.

Figur 8.3 Fysisk aktivitet ud fra WHO's minimumsanbefaling



Baseret på 54.542 besvarelser indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.

Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet – region

Tabel 8.3 viser andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, dvs. som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. I 2021 er denne andel 54 % svarende til 743.000 personer.

Køn og alder: Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd. For begge køn er andelen mindst blandt de 16-24-årige (mænd: 42 %; kvinder: 50 %), mens andelen er størst blandt de ældste på 80+ år (≥76 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (66 %) sammenlignet med dansk (53 %) og anden vestlig baggrund (51 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (67 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (45 %).

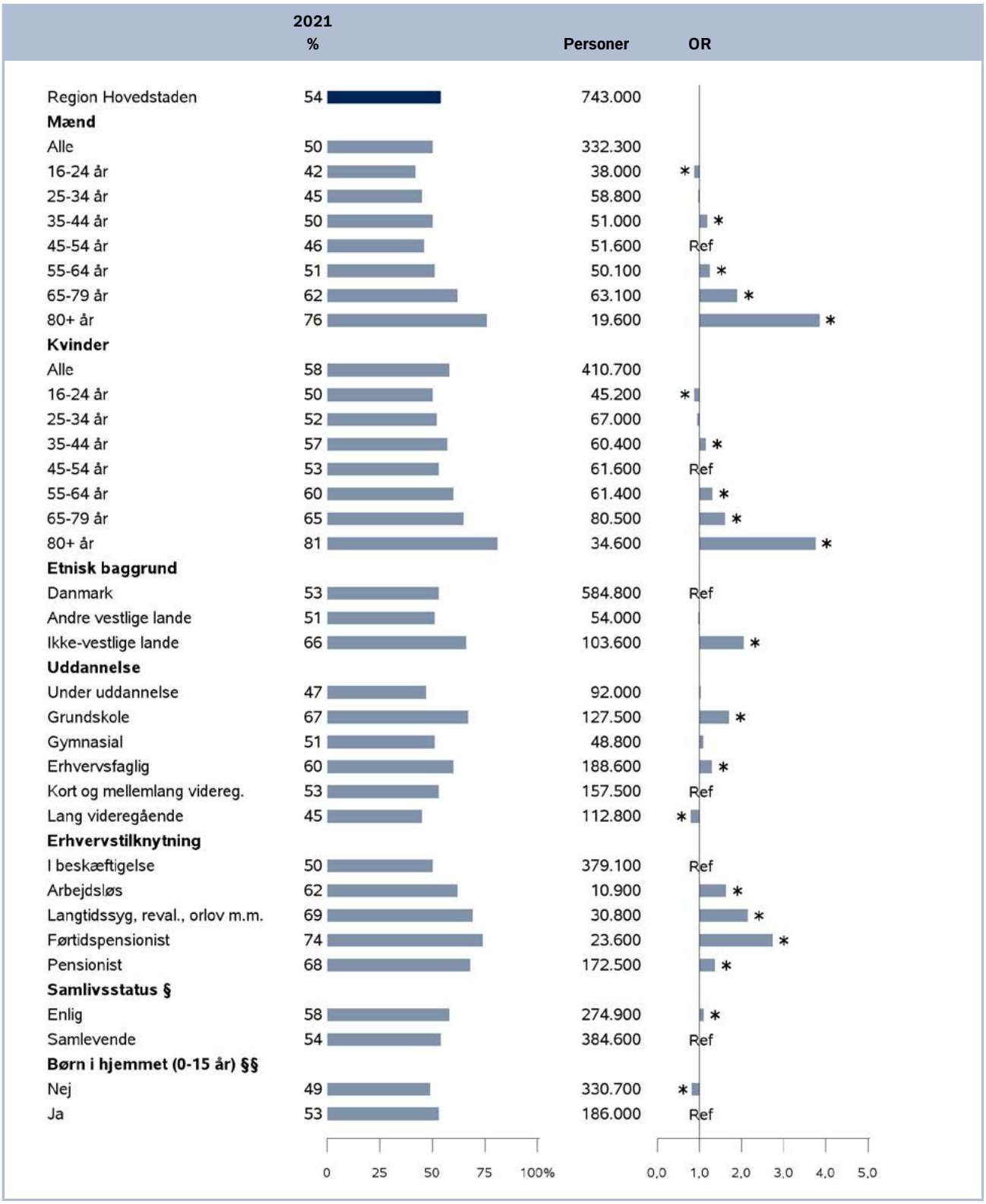
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet og størst blandt førtidspensionister (74 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (50 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, er større blandt enlige (58 %) sammenlignet med samlevende (54 %). Ligeledes er andelen større blandt borgere, som har børn i hjemmet (53 %) sammenlignet med borgere, som ikke har børn i hjemmet (49 %).

Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet – kommuner

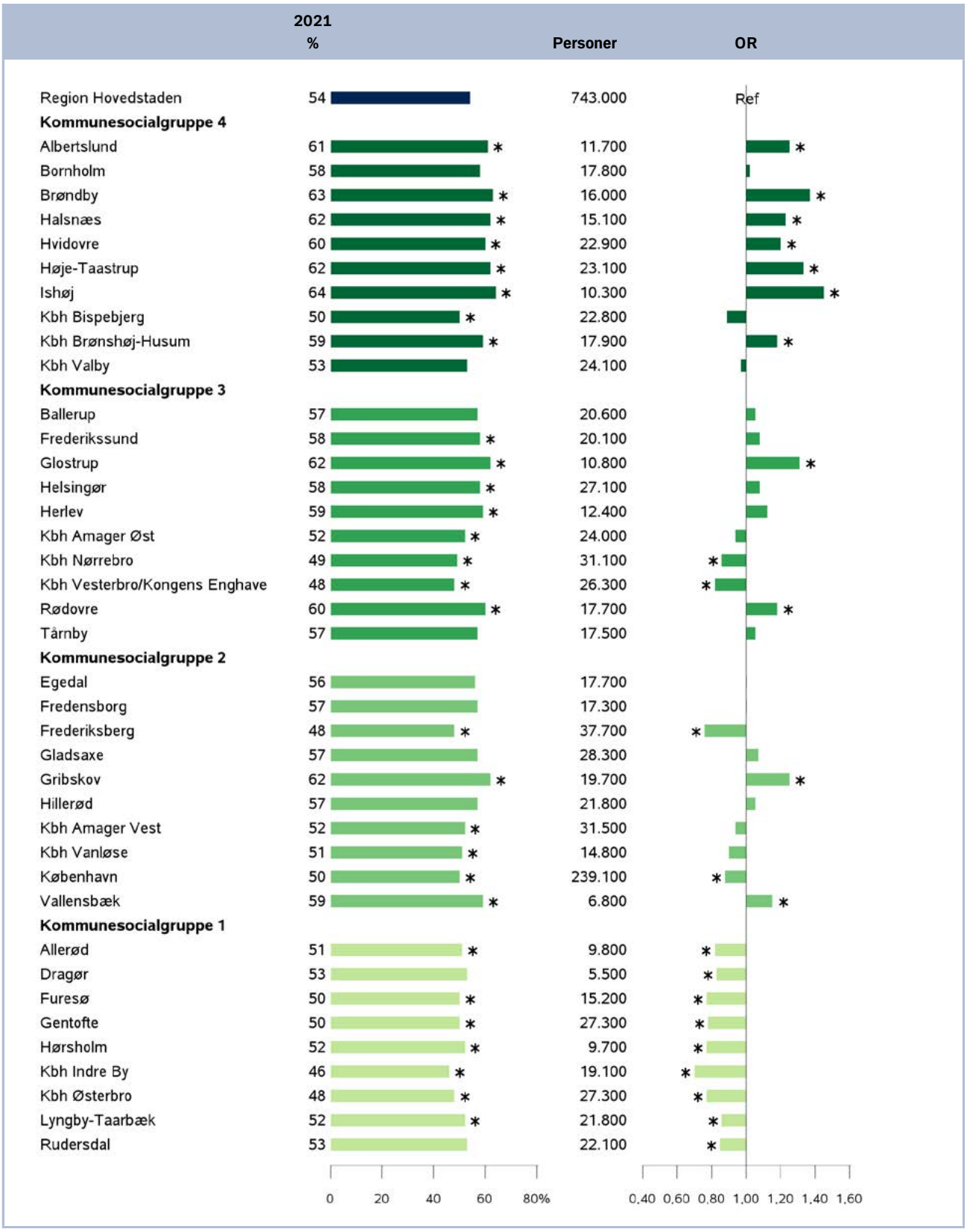
Andelen af borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 46 % i bydelen Indre by til 64 % i Ishøj Kommune (Tabel 8.4). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver lidt tydeligere efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 8.3 **Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet – region**



Baseret på 54.542 besvarelser.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Tabel 8.4 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet – kommuner



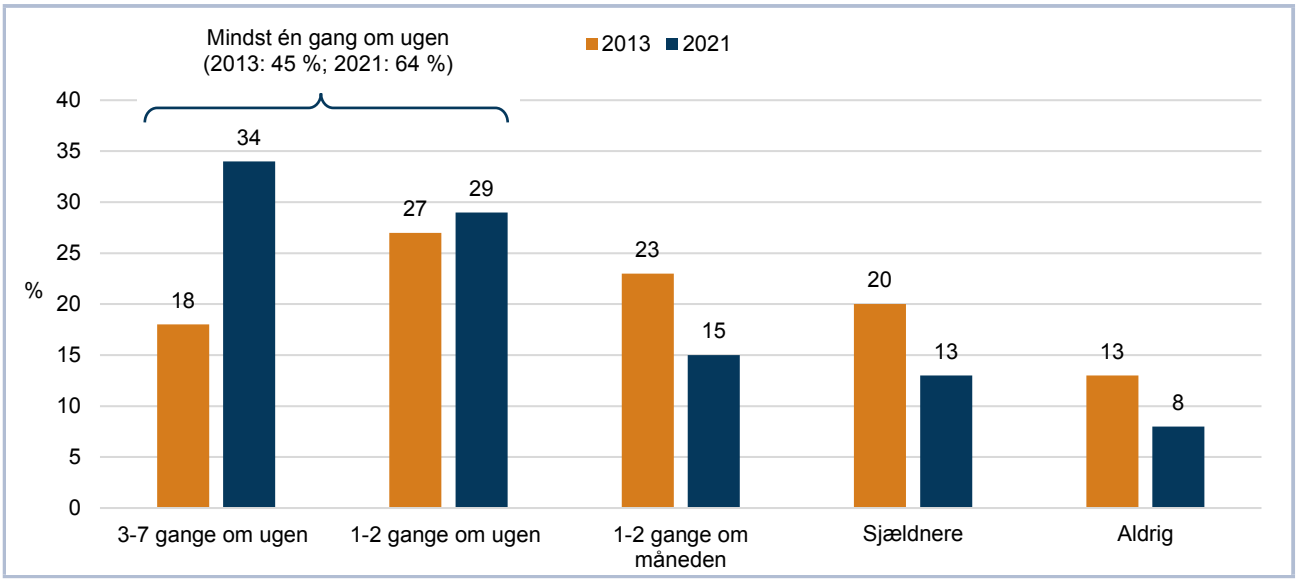
Baseret på 54.542 besvarelser.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref).

8.3 Fysisk aktivitet i grønne områder

I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder (skov, strand, park). Afsnittet tager udgangspunkt i et spørgsmål, som også blev stillet i 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen i 2013.

Figur 8.4 viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder. Andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder mindst én gang om ugen, er steget i perioden fra 45 % i 2013 til 64 % i 2021. Det er især andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder 3-7 gange om ugen, der er steget til næsten det dobbelte siden 2013. Dermed er cirka hver tredje borger i 2021 fysisk aktiv i grønne områder 3-7 gange om ugen. Tilsvarende ses et fald i andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder henholdsvis 1-2 gange om måneden, sjældnere end 1-2 gange om måneden eller aldrig. Yderligere opgørelser vedrørende fysisk aktivitet i grønne områder kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W8.1-W8.2).

Figur 8.4 Andelen af borgere, som er fysisk aktive i grønne områder
Spørgsmål: "Hvor ofte er du fysisk aktiv følgende steder i din fritid? – grønne områder (f.eks. skov, stand, park)"



Baseret på 51.762 besvarelser i 2021 og 39.292 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2013.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

8.4 Stillesiddende tid og skærmtid

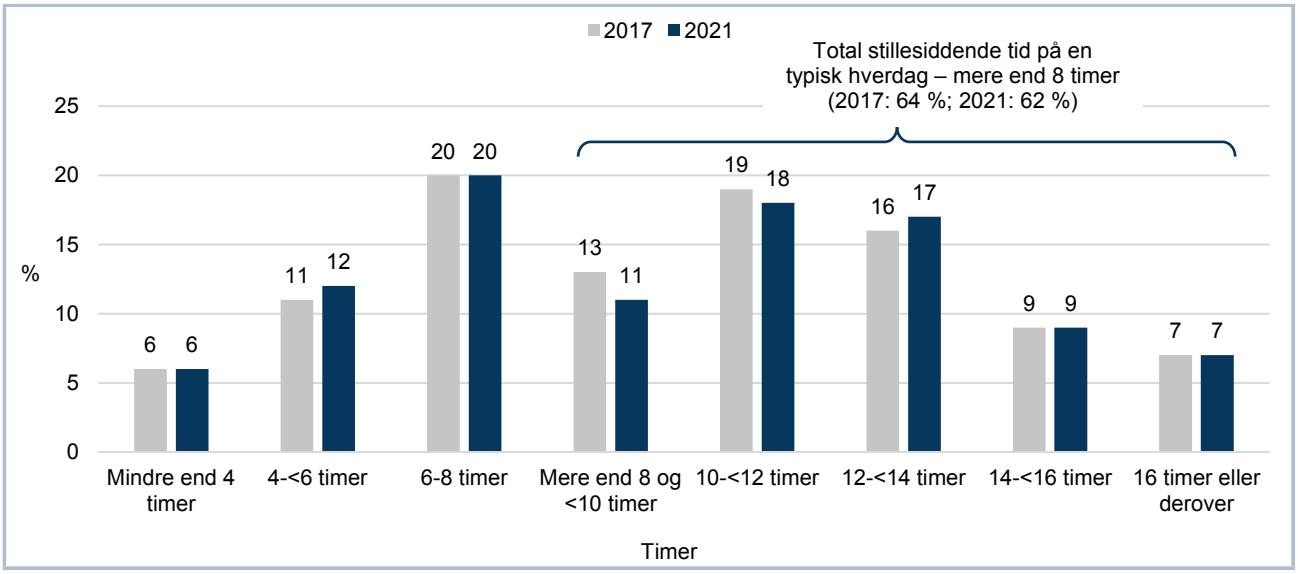
Stillesiddende tid måles i denne rapport ved at spørge til tid (timer og minutter) anvendt på at sidde ned i forskellige situationer på en typisk hverdag/arbejdsdag. I dette afsnit er der især fokus på andelen af borgere, som har total stillesiddende tid i mere end 8 timer på en typisk hverdag og andelen af borgere, som har mindst fire timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag. Afslutningsvis beskrives andelen af borgere, som har mindst én times stillesiddende tid i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse samt andelen med mindst 6 timers stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse. Yderligere opgørelser vedrørende stillesiddende transport og stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabeller: W8.3-W8.6). For andelen, som har mindst 4 timers stillesiddende tid ved måltider, læsning og socialt samvær, henvises til figur 8.1. Spørgsmålet, der danner grundlag for disse opgørelser er valideret og stillet for første gang i 'Hvordan har du det?'-undersøgelsen i 2017 (4).

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:
- På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af følgende situationer? (Transport; arbejde/skole/uddannelse; fritid: ved skærm; fritid: andet).

8.4.1 Total stillesiddende tid på en typisk hverdag

Figur 8.5 viser udviklingen fra 2017 til 2021 i total stillesiddende tid på en typisk hverdag, det vil sige den samlede mængde af stillesiddende tid, der er brugt på henholdsvis transport, arbejde/skole/uddannelse, skærm i fritiden samt andet, f.eks. måltider, læsning og socialt samvær i fritiden. I 2021 har i alt 62 % af borgerne stillesiddende tid i mere end 8 timer på en typisk hverdag. Dette er lidt færre end i 2017, hvor andelen var 64 %. Faldet ses primært i grupperne, som har mellem 8 og 12 timers stillesiddende tid. Der ses små eller ingen ændringer over tid blandt de grupper, som har 8 eller færre timers stillesiddende tid.

Figur 8.5 Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – 8 timer eller mere



Baseret på 48.842 besvarelser i 2021 og 53.909 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.

Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer – region

Tabel 8.5 viser, at 62 % af borgerne i Region Hovedstaden i 2021 har total stillesiddende tid i mere end 8 timer på en typisk hverdag svarende til 814.800 borgere.

Køn og alder: Andelen af borgere, som har mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag, er større blandt mænd (65 %) sammenlignet med kvinder (60 %). For begge køn falder andelen med stigende alder. Således er andelen flere gange større blandt de 16-24-årige mænd og kvinder (>80 %) sammenlignet med mænd og kvinder på 65 år eller derover (30-38 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag er mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og størst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke forskel mellem borgere med dansk og anden vestlig baggrund, mens OR er signifikant lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag, er størst blandt borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse (80-87 %) og mindst blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse (44-47 %). Der er således tendens til en omvendt social gradient.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag, er størst blandt borgere i beskæftigelse (67 %) og mindst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, især pensionister (32 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af enlige og samlevende borgere med mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag. Derimod ses det, at andelen er større blandt borgere uden børn i hjemmet (72 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (67 %).

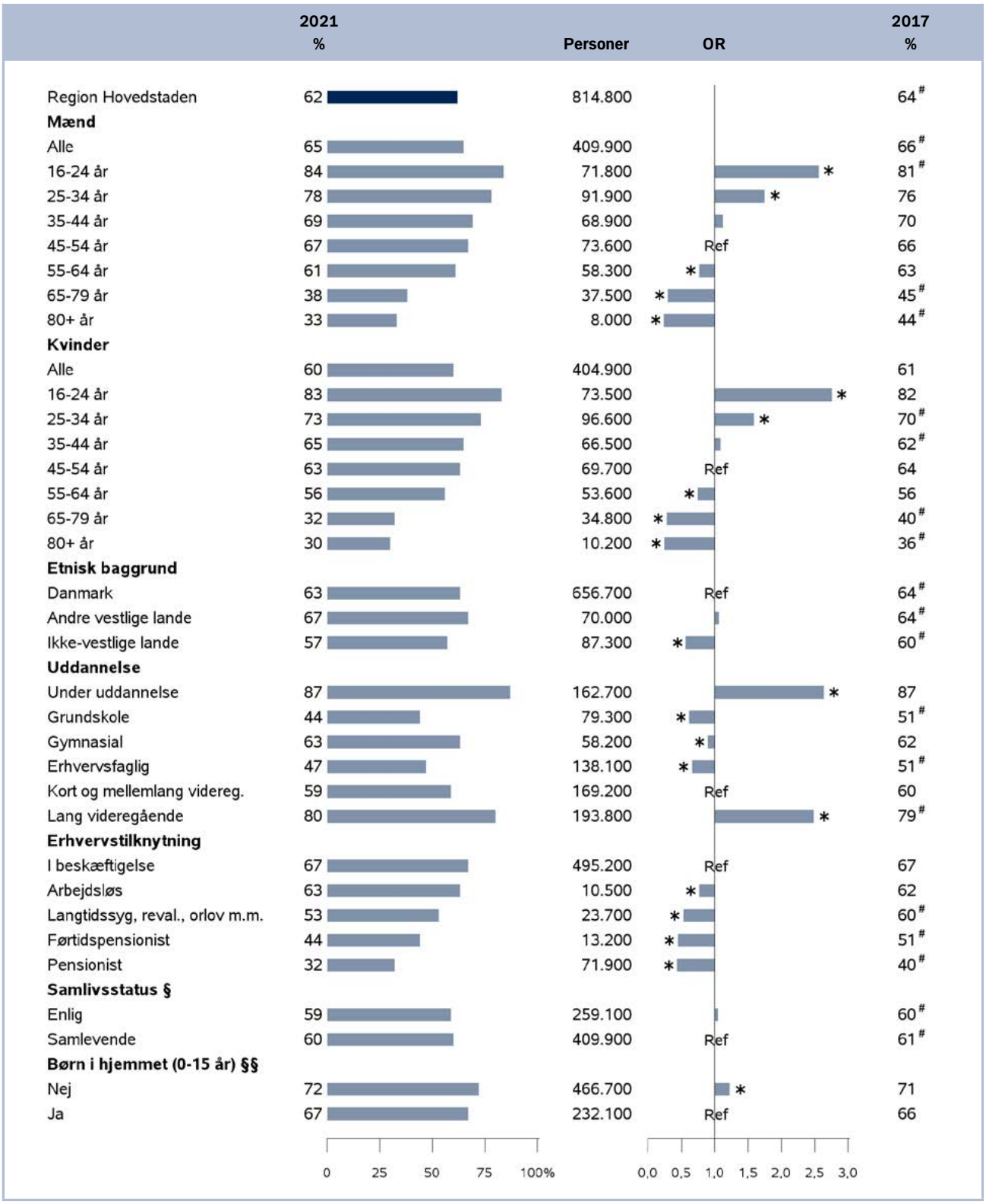
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag, som nævnt faldet fra 64 % i 2017 til 62 % i 2021. På tværs af sociodemografiske grupper er tendensen faldende, selvom alle ændringer ikke er statistisk signifikante. For både mænd og kvinder ses det største signifikante fald blandt borgere på 65 år eller derover, men der ses også store signifikante fald for borgere med grundskoleuddannelse, borgere som er langtidssyge, førtidspensionister og pensionister. Modsat ses en signifikant stigning blandt de unge mænd mellem 16-24 år og blandt kvinder mellem 25-44 år.

Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer – kommuner

Andelen af borgere, som har mere end 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag, varierer mellem kommuner og bydele fra 43 % i Bornholms Regionskommune til 73 % i bydelene Nørrebro og Vesterbro (Tabel 8.6). Der ses en tendens til en omvendt social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 under regionsgennemsnittet, mens flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger over regionsgennemsnittet. Den omvendte sociale gradient bliver tydeligere efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: På tværs af kommuner og bydele ses en faldende tendens fra 2017 til 2021 i andelen af borgere, som har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Dog er kun få ændringer signifikante. Det største signifikante fald ses for Helsingør og Tårnby kommuner.

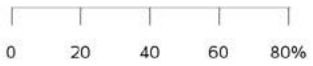
Tabel 8.5 **Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer – region**

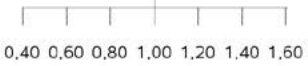


Baseret på 48.842 besvarelser i 2021 og 53.909 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.6 Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %
Region Hovedstaden	62	814.800	Ref	64 #
Kommunesocialgruppe 4				
Albertslund	55 *	10.200	*	59 #
Bornholm	43 *	12.300	*	48 #
Brøndby	56 *	13.200	*	59
Halsnæs	49 *	11.200	*	51
Hvidovre	60	22.000		60
Høje-Taastrup	55 *	19.500	*	58 #
Ishøj	53 *	8.000	*	57
Kbh Bispebjerg	69 *	27.500		68
Kbh Brønshøj-Husum	60	17.900		64
Kbh Valby	68 *	29.900		67
Kommunesocialgruppe 3				
Ballerup	57 *	19.400		58
Frederikssund	53 *	17.400	*	55
Glostrup	58	9.500	*	57
Helsingør	52 *	23.000	*	58 #
Herlev	59	11.900		60
Kbh Amager Øst	69 *	30.100	*	67
Kbh Nørrebro	73 *	42.600	*	73
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	73 *	39.100	*	70
Rødovre	57 *	15.800	*	58
Tårnby	54 *	15.600	*	60 #
Kommunesocialgruppe 2				
Egedal	58 *	17.600		63 #
Fredensborg	58 *	16.500		59
Frederiksberg	68 *	51.200	*	71
Gladsaxe	63	29.300		63
Gribskov	49 *	14.900	*	53 #
Hillerød	59	21.200		60
Kbh Amager Vest	69 *	40.100		69
Kbh Vanløse	66 *	19.200		67
København	70 *	317.800	*	69
Vallensbæk	61	6.700		61
Kommunesocialgruppe 1				
Allerød	63	11.500	*	64
Dragør	58	5.800		60
Furesø	61	17.500	*	66 #
Gentofte	65 *	33.800	*	65
Hørsholm	59	10.500	*	62
Kbh Indre By	70 *	29.200	*	70
Kbh Østerbro	72 *	42.100	*	69
Lyngby-Taarbæk	67 *	26.400	*	67
Rudersdal	63	25.100	*	65



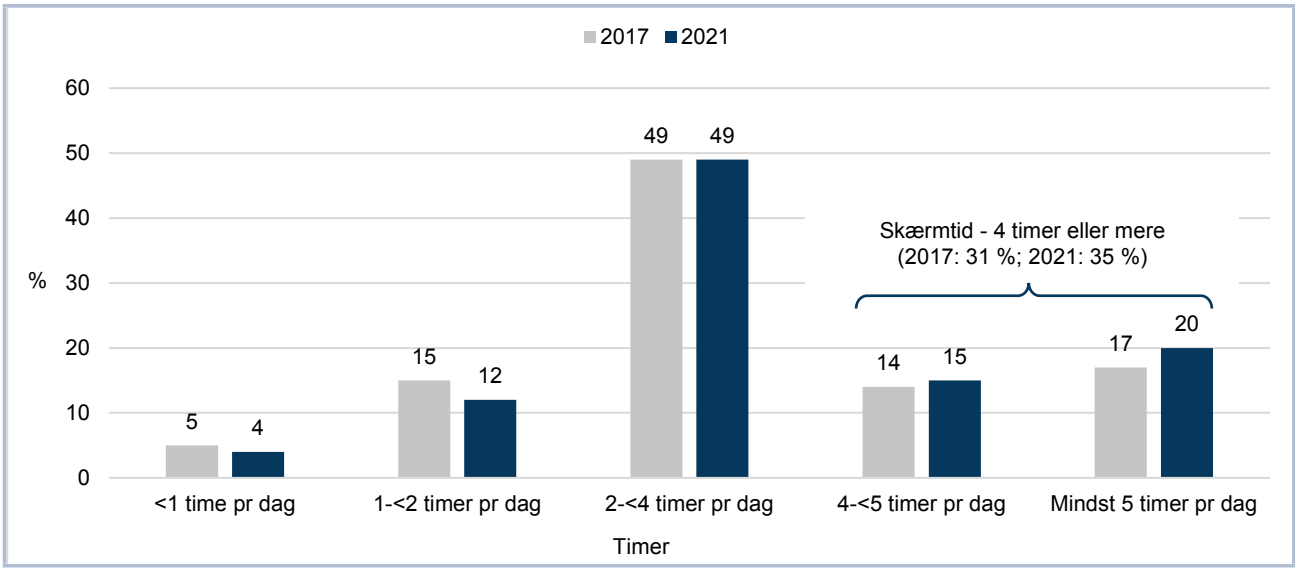


Baseret på 48.842 besvarelser i 2021 og 53.909 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.4.2 Skærmtid i fritiden

Figur 8.6 viser udviklingen i stillesiddende tid brugt ved en skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone) i fritiden på en typisk hverdag. I 2021 sammenlignet med 2017 har flere borgere skærmtid i mindst 4 timer i fritiden, og færre har skærmtid i mindre end 2 timer. I gruppen af borgere med mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag ses den største stigning blandt borgere med mindst 5 timers skærmtid.

Figur 8.6 Skærmtid i fritiden



Baseret på 47.986 besvarelser i 2021 og 53.077 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.

Skærmtid i fritiden – mindst 4 timer – region

Tabel 8.7 viser, at 35 % af borgerne har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag i 2021 svarende til 446.000 personer.

Køn og alder: Andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder. For begge køn er andelen størst blandt de 16-24-årige, dog især for mænd (60 %). Herefter falder andelen, og er mindst blandt de 35-54-årige (29-27 %).

Etnisk baggrund: Mellem etniske grupper er der ikke forskel i forekomsten af mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen en smule, da OR er lidt højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag, er størst blandt borgere, som er under uddannelse (47 %) og borgere med grundskoleuddannelse (45 %). Når der ses på odds ratio justeret for køn og alder, er det især grundskoleuddannelse, som adskiller sig fra kort og mellemlang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, hvor de største andele ses blandt langtidssyge og førtidspensionister (>50 %), sammenlignet med borgere i beskæftigelse (26 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag er større blandt enlige (40 %) sammenlignet med samlevende (27 %). Ligeledes er andelen større blandt borgere, som ikke har børn i hjemmet (39 %) sammenlignet med borgere, som har børn i hjemmet (22 %).

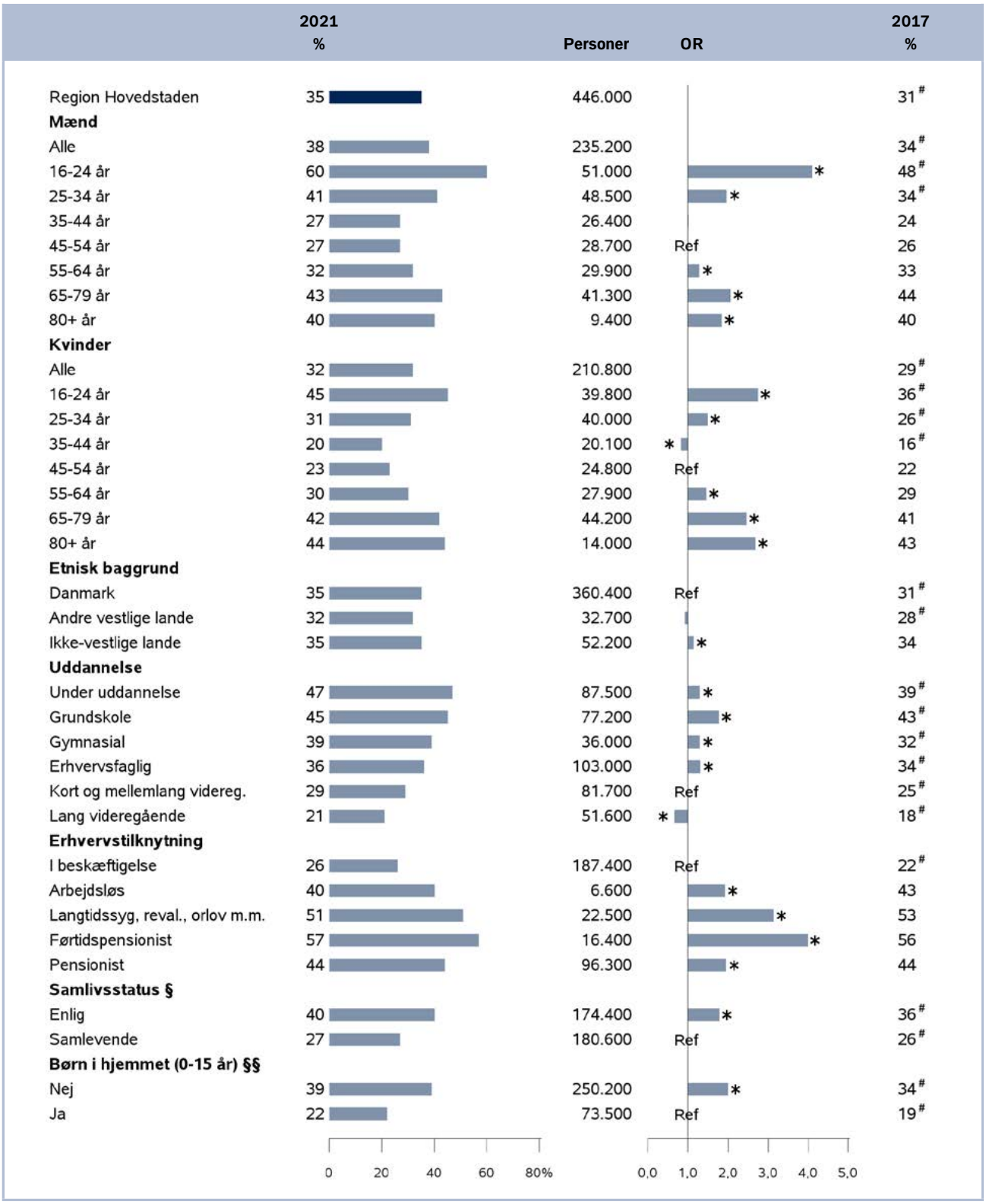
Udvikling: Der ses en stigende tendens i andelen med mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag for alle sociodemografiske grupper, men den er ikke signifikant i alle grupper. Stigningen gør sig specielt gældende i de unge aldersgrupper (16-34 år). Den største stigning ses blandt mænd i alderen 16-24 år efterfulgt af kvinder i samme aldersgruppe. Stigningen betyder således, som nævnt, at det i 2021 er 60 % af unge mænd, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden mod 48 % i 2017.

Skærmtid i fritiden – mindst 4 timer – kommuner

Andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag, varierer mellem kommuner og bydele fra 28 % i Rudersdal Kommune til 41 % i Albertslund, Ishøj og Glostrup kommuner (Tabel 8.8). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, som er modsatrettet 'total stillesiddende tid – mere end 8 timer'. Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere, når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

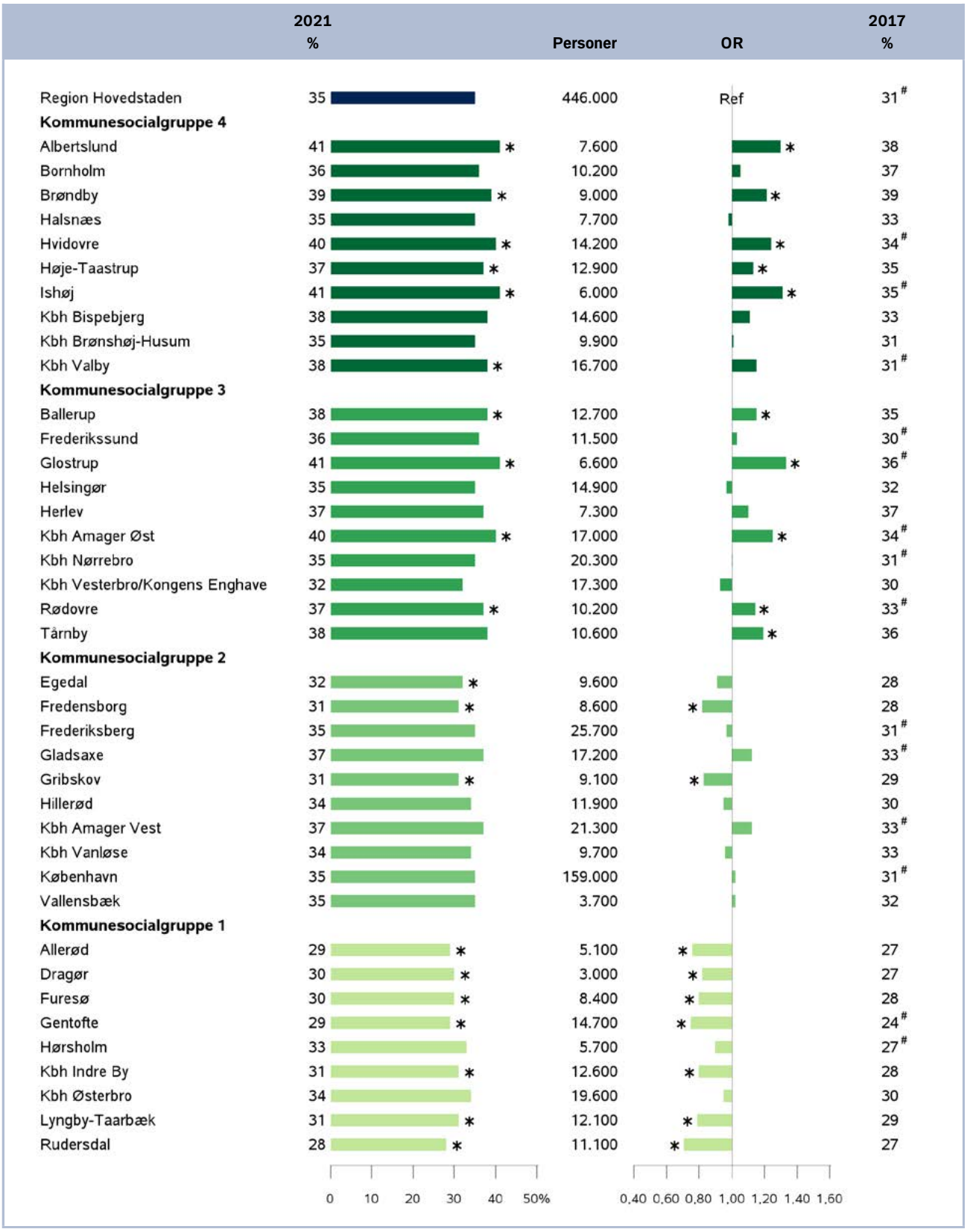
Udvikling: I mange kommuner er der en stigende tendens i andelen af borgere, som har mindst 4 timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag fra 2017 til 2021. Store stigninger ses især i kommunesocialgruppe 3 og 4, hvor bydelen Valby har den største stigning.

Tabel 8.7 Skærmtid i fritiden på en typisk hverdag – mindst 4 timer – region



Baseret på 47.986 besvarelser i 2021 og 53.077 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.8 **Skærmtid i fritiden på en typisk hverdag – mindst 4 timer – kommuner**



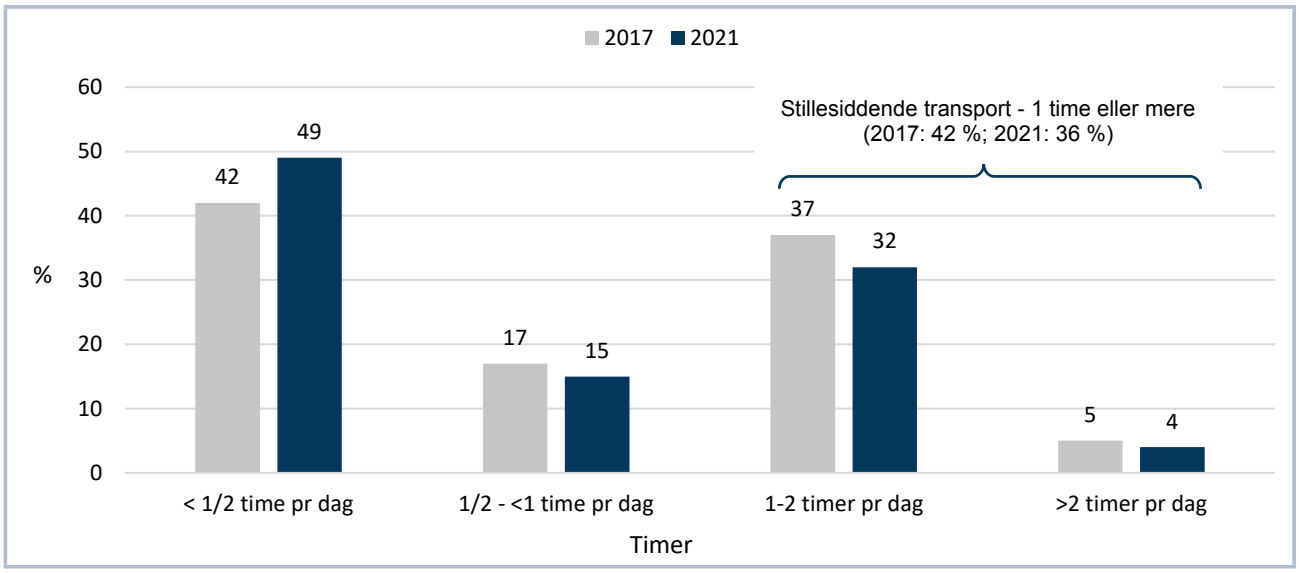
Baseret på 47.986 besvarelser i 2021 og 53.077 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.4.3 Stillesiddende transporttid

Figur 8.7 viser udviklingen i stillesiddende tid brugt på transport på en typisk hverdag/arbejdsdag (f.eks. i bil, bus eller tog). Der er sket en stigning i andelen med kortvarig stillesiddende transporttid, dvs. andelen som har mindre end en halv time på en typisk hverdag. Således har knap halvdelen af borgerne i 2021 stillesiddende transport i mindre end en halv time.

Samtidig ses det, at færre borgere har stillesiddende transport i én time eller mere i 2021 (36 %) sammenlignet med 2017 (42 %). Yderligere opgørelser vedrørende stillesiddende transport mindst én time om dagen på en typisk hverdag (Webtabel W8.3-W8.4) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 8.7 Stillesiddende tid brugt på transport på en typisk hverdag/arbejdsdag

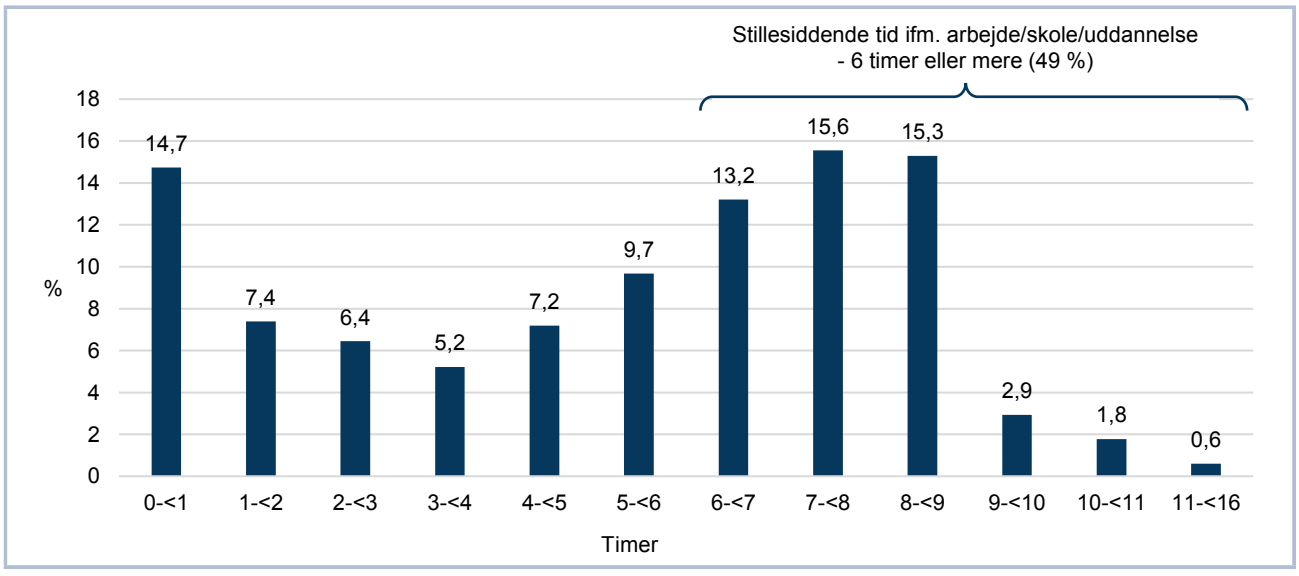


Baseret på 46.706 besvarelser i 2021 og 51.710 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og på CKFF og SIF i 2017.

8.4.4 Stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse

Figur 8.8 viser stillesiddende tid i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse blandt borgere under 65 år, som er i arbejde eller under uddannelse. I 2021 har knap halvdelen af borgerne stillesiddende tid i mindst 6 timer, hvoraf de fleste har mellem 6-9 timers stillesiddende tid. Yderligere opgørelser vedrørende stillesiddende tid mindst 6 timer om dagen i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W8.5-W8.6).

Figur 8.8 Stillesiddende tid ifm. arbejde/skole/uddannelse



Opgjort blandt borgere under 65 år, som er i arbejde eller under uddannelse.
Baseret på 29.863 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.

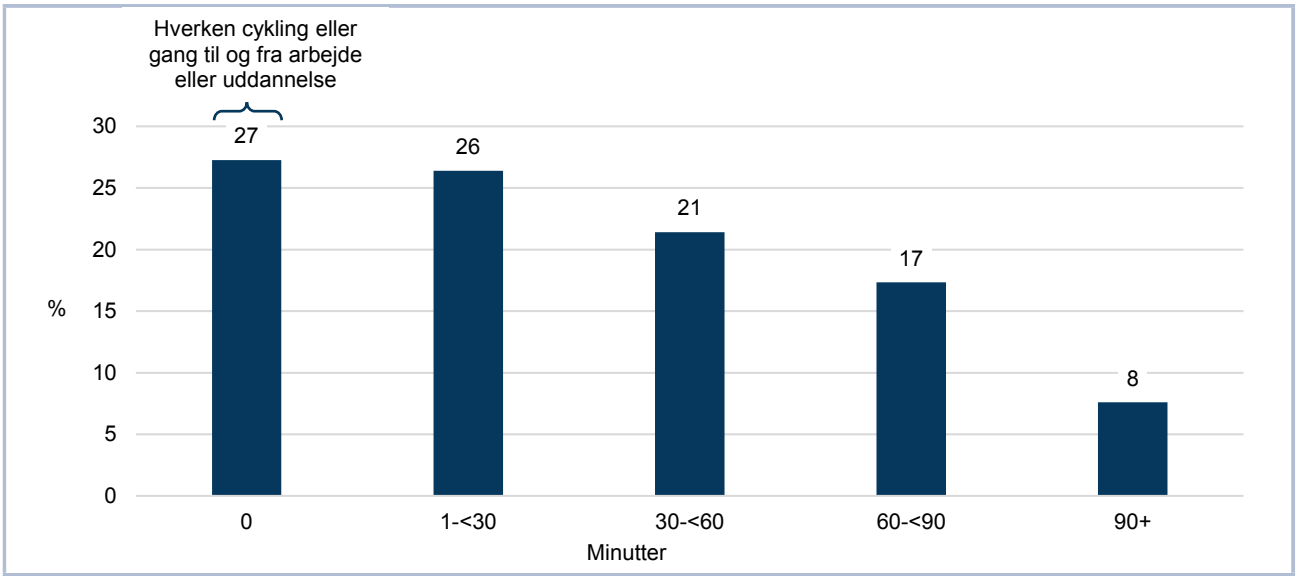
8.5 Cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse

Dette afsnit beskriver, hvor meget tid borgerne bruger på aktiv transport, dvs. cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse. Størstedelen af borgerne under 65 år, som er i arbejde eller under uddannelse, har aktiv transport i større eller mindre omfang (Figur 8.9). Det ses af figur 8.9, at 26 % har 1-30 minutters aktiv transport, mens 8 % har mindst 90 minutters aktiv transport. Endelig ses det, at 27 % hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse i 2021.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse?
- Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Figur 8.9 Daglig tid brugt på cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse blandt borgere, som er i arbejde eller under uddannelse og er under 65 år



Opgørelser er lavet blandt borgere under 65 år, som er i arbejde eller under uddannelse.
Baseret på 30.274 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.

Hverken cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse – region

Tabel 8.9 viser andelen af borgerne, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse. Dette gælder for 27 % af borgerne svarende til 242.300 personer.

Køn og alder: En større andel mænd (29 %) hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse sammenlignet med kvinder (25 %). For begge køn stiger andelen med stigende alder. Således er andelen hhv. 38 % og 32 % for 55-64 årige mænd og kvinder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, er større blandt borgere med dansk baggrund (29 %) sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund (21 %) og ikke-vestlig baggrund (20 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (36 %). Den mindste andel ses blandt borgere med lang videregående uddannelse (26 %), når der ses bort fra borgere under uddannelse (17 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, er større blandt samlevende (32 %) end enlige (26 %). Ligeledes er andelen større blandt borgere med børn i hjemmet sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet.

Afstand til arbejde eller uddannelse: I 2021 er andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, størst blandt borgere med mere end 10 kilometer til arbejde eller uddannelse (34 %) og mindst blandt borgere med 5-9 kilometer til arbejde eller uddannelse (18 %). Dette mønster er lidt anderledes end i tidligere år, hvor andelen for 0-4 km og 5-9 km har været mere ens (13-14 %), og betydeligt mindre end for borgere med mere end 10 kilometers afstand til arbejde eller uddannelse (28-30 %).

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse, større i 2021 (27 %) sammenlignet med tidligere år (2013: 22 %; 2017: 20 %). Der ses således en faldende tendens fra 2013 til 2017, efterfulgt af en stigning fra 2017 til 2021. Denne tendens ses også i de fleste sociodemografiske grupper, dog med undtagelse af kvinder og borgere under uddannelse, hvor der overordnet er sket en gradvis stigning fra 2013 til 2021. I alle grupper er andelen i 2021 større sammenlignet med tidligere år

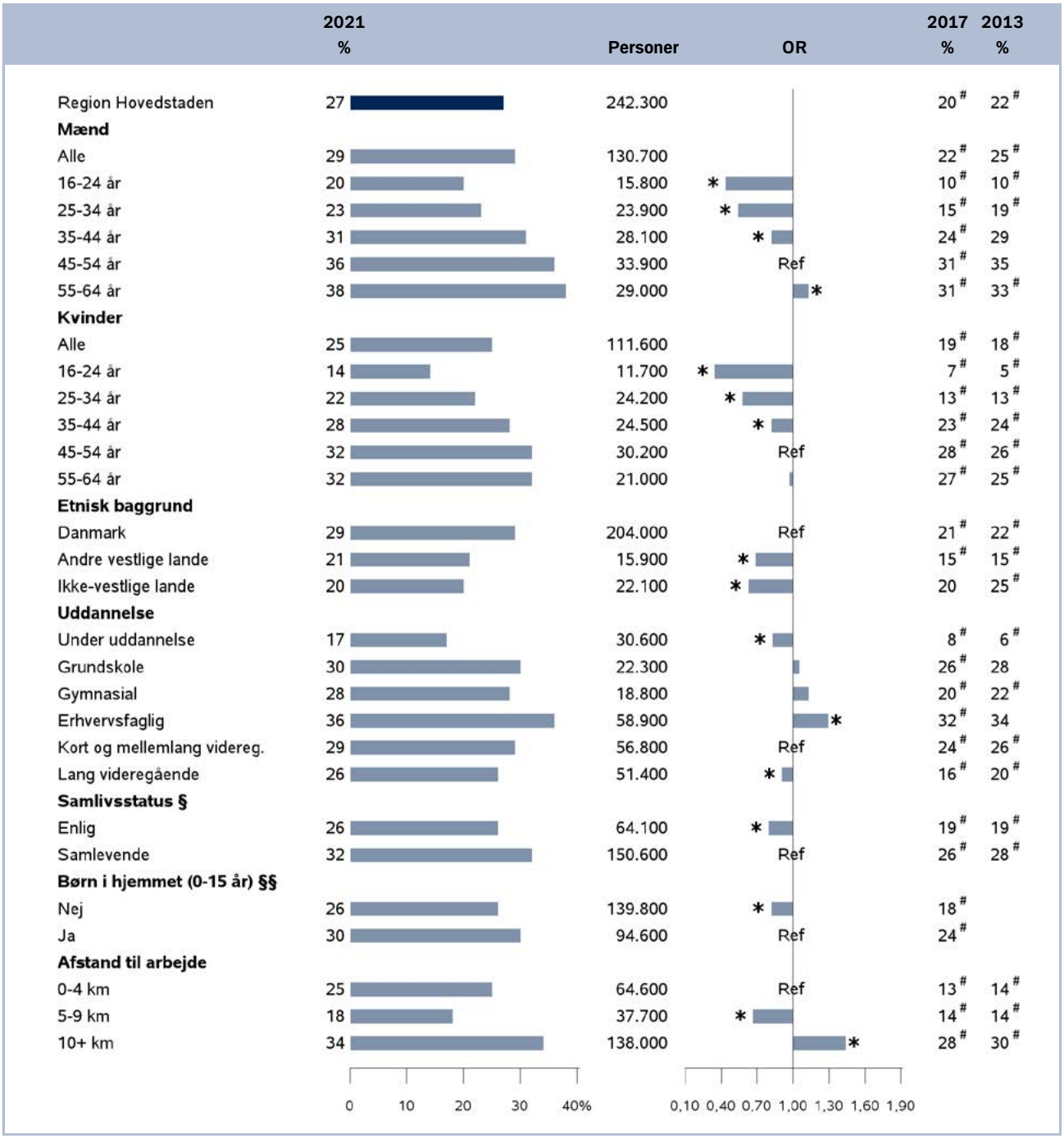
bortset fra borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor andelen er uændret fra 2017 til 2021. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses blandt borgere, som har 0-4 kilometers afstand til arbejde eller uddannelse.

Hverken cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse – kommuner

Andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse varierer på tværs af kommuner og bydele fra 15 % i bydelen Indre by til 48 % i Gribskov Kommune (Tabel 8.10). Der ses ingen social gradient mellem de fire kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Derimod ses det, at andelen af borgere, som hverken cykler eller går, er mindst i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune.

Udvikling: I de fleste kommuner og bydele ses en faldende tendens fra 2013 til 2017 i andelen af borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse. Denne tendens er brudt frem mod 2021, og således har de fleste kommuner og bydele fået en signifikant større andel borgere, som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse fra 2017 til 2021. Den største stigning fra 2017 til 2021 ses i Gentofte Kommune.

Tabel 8.9 Hverken cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år – region



Baseret på 30.274 besvarelser i 2021, 32.432 besvarelser i 2017 og 23.048 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021, 2017 og 2013.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.10 Hverken cykling eller gang til og fra arbejde eller uddannelse blandt borgere i arbejde eller under uddannelse, som er under 65 år – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	27	242.300	Ref	20 #	22 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	30	3.400		22 #	24 #
Bornholm	42 *	6.100	*	32 #	37
Brøndby	28	4.200		22 #	27
Halsnæs	42 *	5.400	*	41	42
Hvidovre	30	7.200		24 #	23 #
Høje-Taastrup	32	7.100		26 #	32
Ishøj	30	3.000		27	30
Kbh Bispebjerg	17 *	5.000	*	11 #	12 #
Kbh Brønshøj-Husum	20 *	4.100	*	16	19
Kbh Valby	20 *	6.800	*	13 #	15 #
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	32	7.000		24 #	25 #
Frederikssund	43 *	8.600	*	35 #	39
Glostrup	30	3.300		29	29
Helsingør	38 *	10.100	*	31 #	31 #
Herlev	33 *	4.300	*	27 #	25 #
Kbh Amager Øst	20 *	6.600	*	13 #	10 #
Kbh Nørrebro	16 *	7.100	*	7 #	7 #
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	18 *	7.700	*	10 #	11 #
Rødovre	29	5.500		22 #	23 #
Tårnby	29	5.400		25	21 #
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	43 *	8.800	*	35 #	38 #
Fredensborg	40 *	7.100	*	35	35
Frederiksberg	18 *	9.300	*	13 #	11 #
Gladsaxe	27	8.600		19 #	24
Gribskov	48 *	8.300	*	40 #	46
Hillerød	36 *	8.900	*	32	33
Kbh Amager Vest	20 *	9.000	*	13 #	11 #
Kbh Vanløse	22 *	4.600	*	13 #	13 #
København	18 *	63.100	*	11 #	11 #
Vallensbæk	34 *	2.500	*	28 #	29
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	38 *	4.700	*	31 #	30 #
Dragør	39 *	2.400	*	30 #	29 #
Furesø	35 *	6.600	*	25 #	28 #
Gentofte	32	10.800		21 #	23 #
Hørsholm	43 *	4.200	*	34 #	35 #
Kbh Indre By	15 *	4.300	*	8 #	9 #
Kbh Østerbro	18 *	7.900	*	11 #	6 #
Lyngby-Taarbæk	28	7.700		21 #	23 #
Rudersdal	35 *	8.600	*	30 #	33

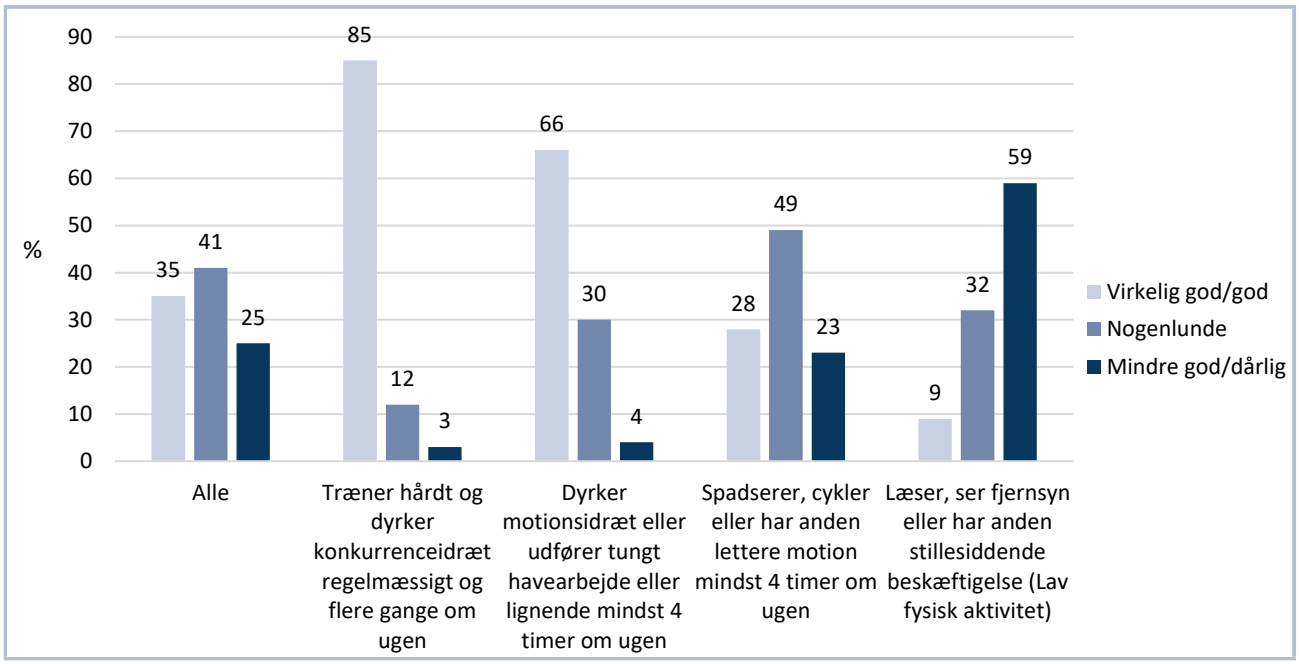
Baseret på 30.274 besvarelser i 2021, 32.432 besvarelser i 2017 og 23.048 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021, 2017 og 2013.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.6 Selvvurderet fysisk form

Tabel 8.10 viser andelen af borgere i 2021, som vurderer deres fysiske form som virkelig god/god, nogenlunde eller mindre god/dårlig inden for kategorier af bevægelsesvaner.

Blandt alle borgere er der 35 %, som vurderer, at de har virkelig god/god fysisk form, 41 % som vurderer, at de har nogenlunde fysisk form, mens 25 % vurderer, at deres fysiske form er mindre god/dårlig. Andelen af borgere, som vurderer, at de har mindre god/dårlig fysisk form, er størst blandt borgere med lav fysisk aktivitet (59 %), mens den er mindst blandt borgere med størst fysisk aktivitetsniveau (dvs. som træner hårdt eller dyrker motionsidræt) (3-4 %). Omvendt vurderer størstedelen i disse grupper (hhv. 85 % og 66 %), at de har en virkelig god/god fysisk form, mens det blandt borgere med lav fysisk aktivitet kun er 9 %. Samme mønster ses, når opgørelserne laves for kategorier af fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling (resultater ikke vist).

Figur 8.10 Selvvurderet fysisk form og bevægelsesvaner
Spørgsmål: "Hvordan vurderer du din fysiske form?"



Baseret på 51.672 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet af CKFF i 2021.

8.7 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives den samlede andel af borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og/eller total stillesiddende tid på en hverdag/arbejdsdag. Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, dvs. som er utilstrækkeligt fysisk aktive.

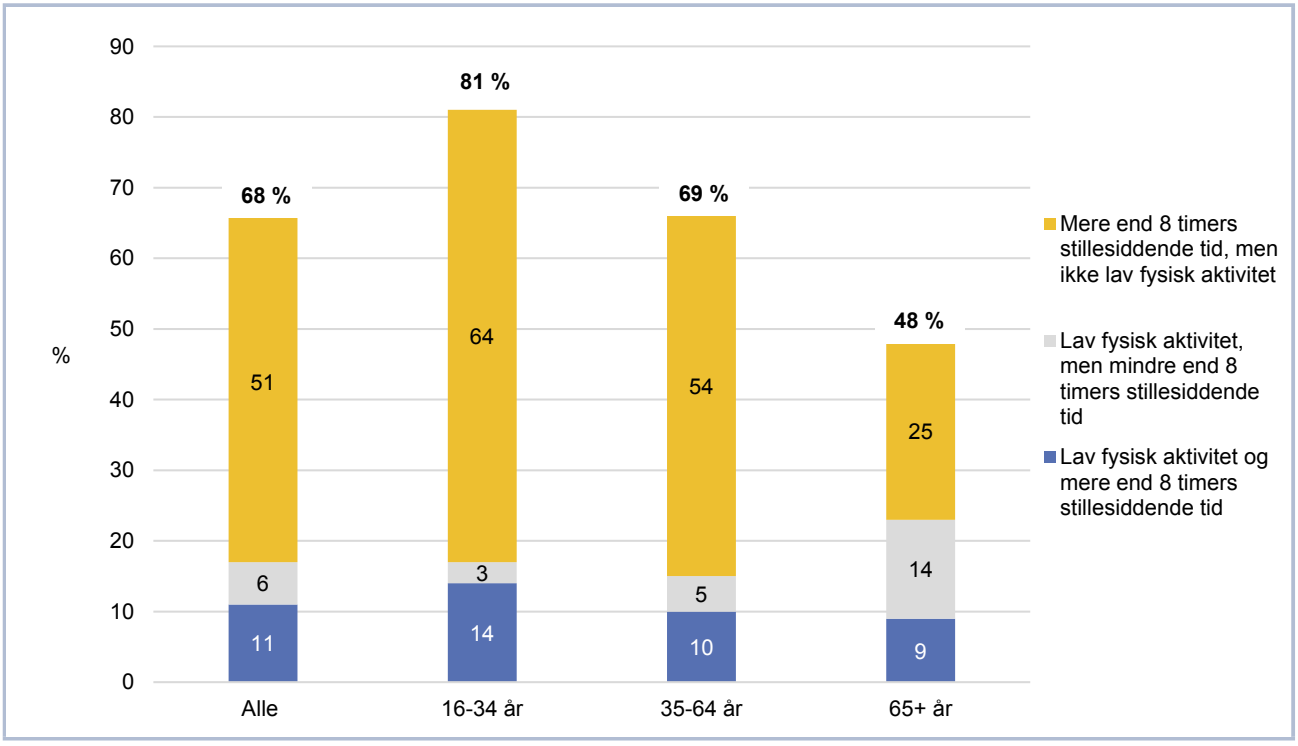
8.7.1 Lav fysisk aktivitet og/eller stillesiddende tid

Figur 8.11 viser, at 68 % af alle borgere har lav fysisk aktivitet i fritiden (læser, ser fjernsyn etc.) og/eller har stillesiddende tid i mere end 8 timer på en typisk hverdag. For de 16-34-årige er andelen større (81 %), mens den er mindre for de ældste borgere (48 %).

Blandt alle borgere har 11 % en særlig stor helbredsmæssig risiko, fordi de både har lav fysisk aktivitet i fritiden og har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Denne andel er størst blandt de 16-34-årige (14 %) og mindst blandt borgere på 65 år og derover (9 %). Samtidig ses det, at andelen som har mere end 8 timers stillesiddende tid, men samtidig er fysisk aktive i større eller mindre udstrækning i deres fritid, er mindst i den ældste gruppe (25 %) og større i de andre grupper, især i den yngste gruppe (64 %). Andelen af borgere, som har mere end 8 timers stillesiddende tid, men samtidig er fysisk aktive i større eller mindre grad i deres fritid, er således mindst blandt borgere på 65+ år, og større blandt borgere under 65 år. Det kan forklares med, at mange borgere i den erhvervsaktive alder (16-65 år) har meget stillesiddende tid i forbindelse med uddannelse og arbejde, men samtidig, og i højere grad end ældre, dyrker motion og idræt i deres fritid. Den yngste og den ældste gruppe adskiller sig således væsentligt fra hinanden.

Det ses endvidere af webfigur W8.1, at blandt alle borgere er det kun 2 %, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, men som alligevel lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (dvs. er tilstrækkeligt fysisk aktive). Det fremgår således også af webfigur W8.1, at næsten alle borgere, som har lav fysisk aktivitet i fritiden, også er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Af denne grund er det netop borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden, som er det primære fokus i afsnit 8.8 om motivation, da det vurderes, at forebyggelsespotentialet for denne gruppe af borgere er stort. Webfigur W8.1 kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 8.11 Lav fysisk aktivitet, stillesiddende tid og kombinationer af disse



Baseret på 48.654 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet af CKFF i 2021.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på begge indikatorer.

8.7.2 Lav- og utilstrækkelig fysisk aktivitet og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, dvs. er utilstrækkeligt fysisk aktive (Tabel 8.11). Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed.

Borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden og borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive jf. WHO's minimumsanbefaling har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og et dårligere helbred end borgere i regionen som helhed. Den højere forekomst af risikofaktorer er mest udtalt blandt borgere med lav fysisk aktivitet i fritiden. Det ses f.eks., at andelen med dårlig livskvalitet er næsten tre gange større blandt borgere med lav fysisk aktivitet sammenlignet med regionen som helhed. Det ses også, at forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, usundt kostmønster og svær overvægt er cirka dobbelt så stor blandt borgere, der har lav fysisk aktivitet sammenlignet med alle borgere i regionen. Derudover har mere end 40 % af borgere med lav fysisk aktivitet en høj score på stressskalaen, er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og har kroniske smerter, hvilket er mindst 10 procentpoint højere end i regionen som helhed.

Tabel 8.11 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med lav fysisk aktivitet og borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Lav fysisk aktivitet %	Utilstrækkelig fysisk aktivitet %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	14*	7*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	23*	19*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	33*	21*	16
Ensomhed	21*	15*	13
Høj score på stressskala	44*	34*	30
Daglig rygning	20*	15*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	8*	8*	7
Usundt kostmønster	28*	18*	14
Svær overvægt	27*	19*	15
Meget generet af søvnproblemer	22*	17*	14
Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet	41*	34*	29
Kroniske smerter	42*	37*	32

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

8.8 Motivation for at være mere fysisk aktiv

I dette afsnit beskrives antallet og andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive, og som ønsker hjælp hertil. Figur 8.12 viser *antallet* af borgere med en given bevægelsesvane, samt *antallet*, som gerne vil være mere fysisk aktive og *antallet*, som ønsker hjælp dertil. Denne figur giver yderligere en indikation af andelene, som gerne vil være mere fysisk aktive, og som ønsker hjælp dertil. For de præcise antal og andele henvises til webtabel W8.7 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

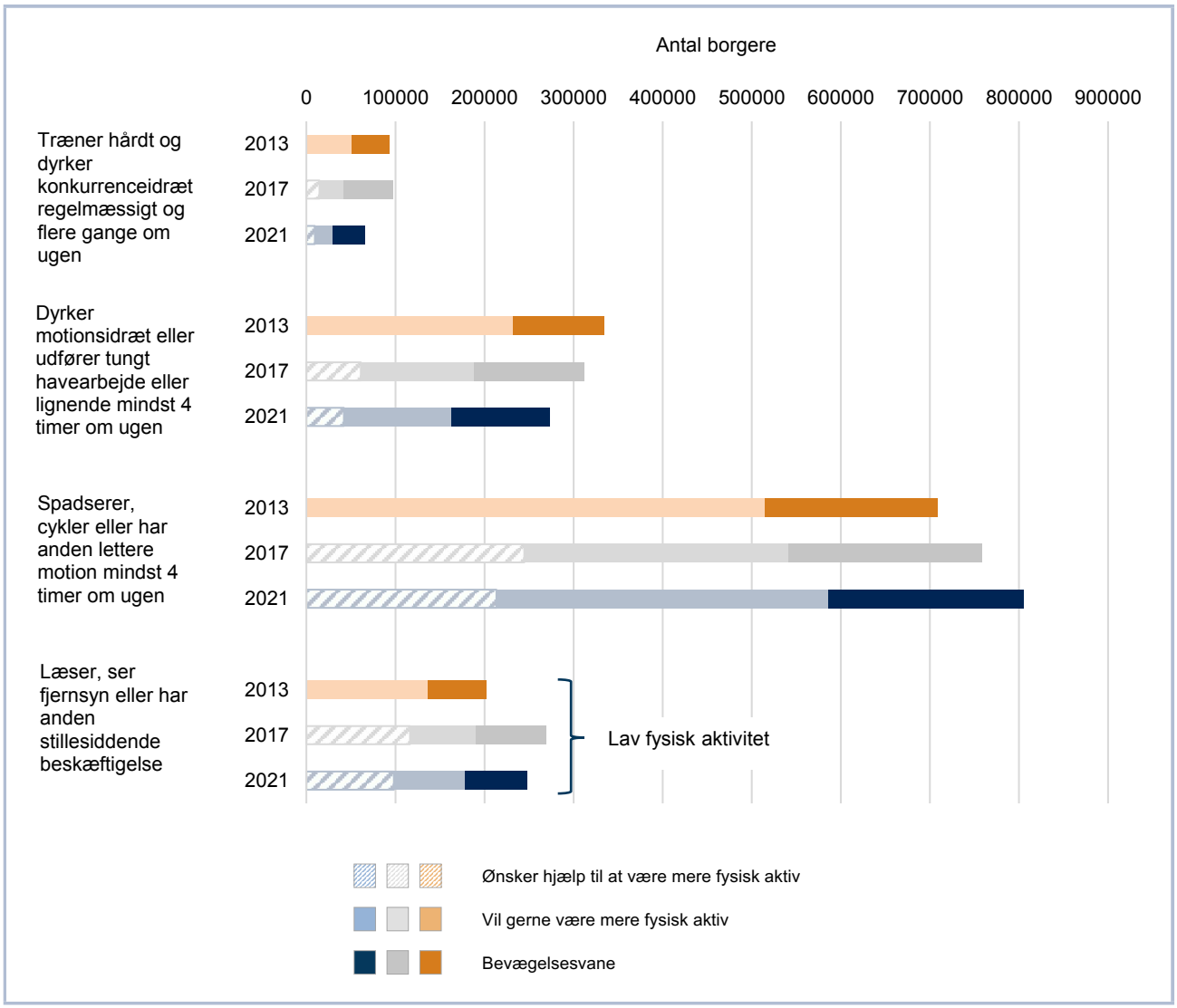
I 2021 vil 178.400 borgere, svarende til 73 % af de 248.500 borgere med lav fysisk aktivitet, gerne være mere fysisk aktive. Det skal bemærkes, at antallet af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive blandt dem, som spadserer, cykler eller har anden lettere motion, er ca. tre gange større (586.500 borgere). Tilsvarende er antallet af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, dobbelt så stort i denne gruppe (213.400 borgere) sammenlignet med gruppen med lav fysisk aktivitet (98.300 borgere). Da en stor del af de borgere, som spadserer, cykler eller har anden lettere motion, ikke vurderer, at de har en god fysisk form (Figur 8.10), er det relevant at medtænke denne store gruppe af borgere, når der planlægges forebyggelsesindsatser.

Det, som også kan ses af figur 8.12 og webtabel W8.7 er, at for grupperne, som i fritiden spadserer, cykler eller har anden lettere motion eller har lav fysisk aktivitet, er det over 70 %, som gerne vil være mere fysisk aktive i 2021 sammenlignet med 45 % blandt dem, som træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen. For ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt dem, som gerne vil være mere fysisk aktive, er andelen størst for borgere med lav fysisk aktivitet (55 %), mens den for alle andre grupper af bevægelsesvaner er under 40 % i 2021. Der er således et særligt behov og forebyggelsespotentiale blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet.

Webtabel W8.7 viser desuden, at blandt borgere med lav fysisk aktivitet og borgere som spadserer, cykler eller har anden lettere motion er andelen, som gerne vil være mere fysisk aktiv ret stabil over tid med ca. 70 % i begge grupper. Til gengæld ses et fald i begge grupper i andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive og have hjælp hertil.

Figur 8.12 Antal, som gerne vil være mere fysisk aktive, og som ønsker hjælp hertil blandt borgere med forskellige bevægelsesvaner

Spørgsmål: "Vil du gerne være mere fysisk aktiv?" og "Hvis du gerne vil være mere fysisk aktiv, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?"



Forekomsten af bevægelsesvaner og forekomsten af ønske om at være mere fysisk aktiv er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på data indsamlet på CKFF i 2017.
Forekomsten af ønsker hjælp til at være mere fysisk aktiv er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017. Data findes ikke for 2013.

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet – region

Blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet, er der 73 %, som i 2021 gerne vil være mere fysisk aktive svarende til 178.400 personer (Tabel 8.12).

Køn og alder: Andelen af borgere, som har lav fysisk aktivitet, men som gerne vil være mere fysisk aktive, er mindre blandt mænd (71 %) end blandt kvinder (75 %). For begge køn ses, at andelen falder med stigende alder efter 44 år, og den er således mindst blandt de 80+ årige (48-50 %).

Etnisk baggrund: Der er ikke signifikant forskel mellem etniske grupper for ønsket om at være mere fysisk aktiv. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig og OR er signifikant lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive, stiger med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse (59 %) og størst blandt borgere med lang videregående uddannelse (87 %).

Erhvervstilknytning: Blandt borgere uden for arbejdsmarkedet ses en mindre andel, som gerne vil være mere fysisk aktive sammenlignet med borgere i beskæftigelse (81 %). Den mindste andel ses for pensionister (55 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder er der ikke signifikant forskel mellem arbejdsløse og borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive, er mindre blandt enlige (68 %) sammenlignet med samlevende (75 %). Ligeledes er andelen mindst blandt borgere, som ikke har børn i hjemmet sammenlignet med borgere med børn i hjemmet. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder er der ikke signifikant forskel mellem borgere med eller uden børn i hjemmet.

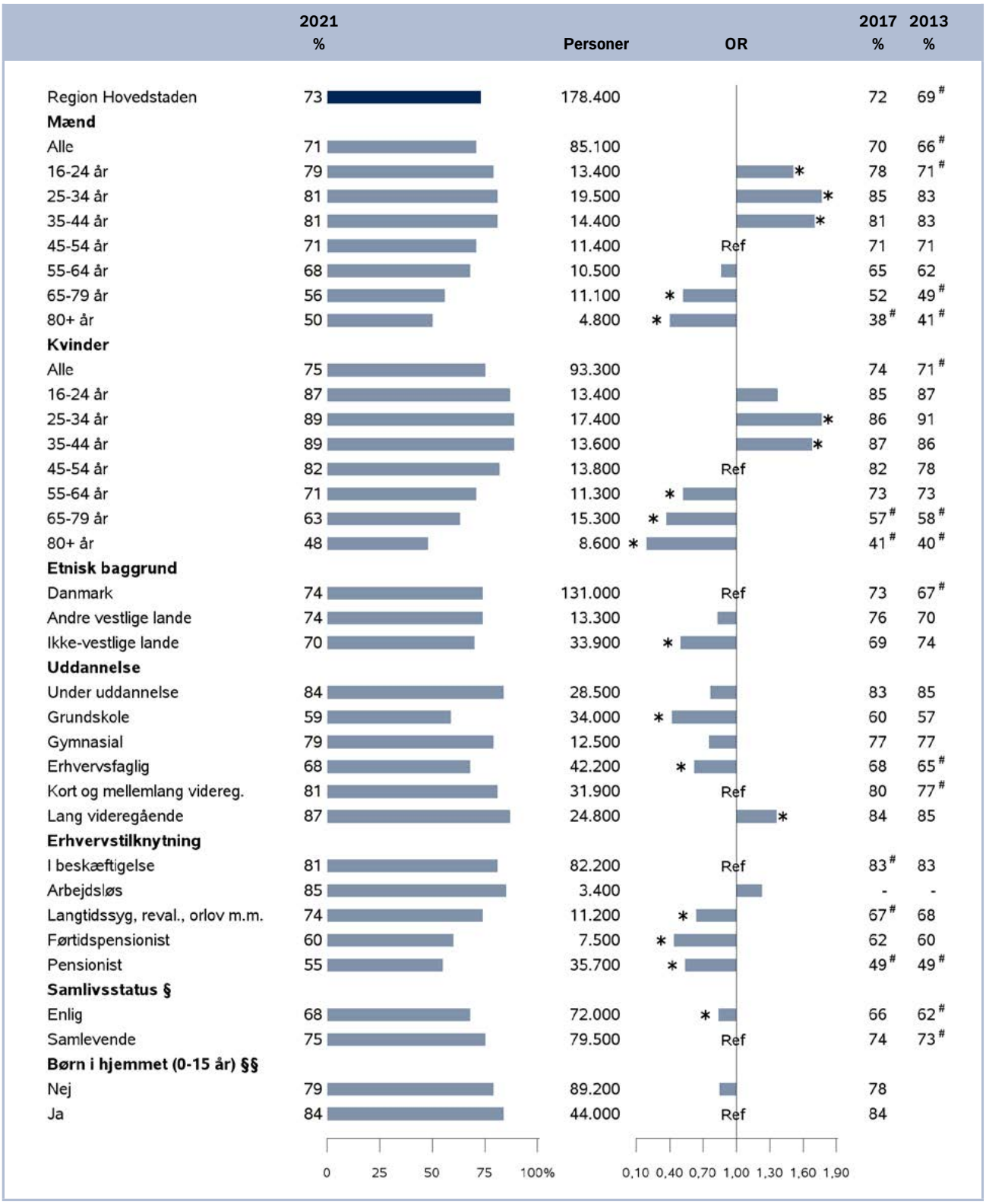
Udvikling: I regionen som helhed er der fra 2013 til 2017 sket en stigning i andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive, efterfulgt af en stabil andel fra 2017 til 2021. I 2021 er andelen således signifikant højere end i 2013 og samme billede ses for flere af de sociodemografiske grupper. Fra 2017 til 2021 ses dog overvejende små ændringer, og kun få ændringer er signifikante. De største signifikante stigninger ses blandt 80+ årige kvinder og 65+ årige mænd og blandt pensionister er andelen også steget siden 2017. Derimod ses der blandt borgere i beskæftigelse et lille fald i andelen af borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive.

Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet – kommuner

Andelen af borgere med lav fysisk aktivitet, som gerne vil være mere fysisk aktive, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 59 % i Bornholms Regionskommune til 86 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (Tabel 8.13). For langt de fleste kommuner er andelen ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet, imidlertid ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 signifikant under regionsgennemsnittet. Der ses en svag tendens til en social gradient, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

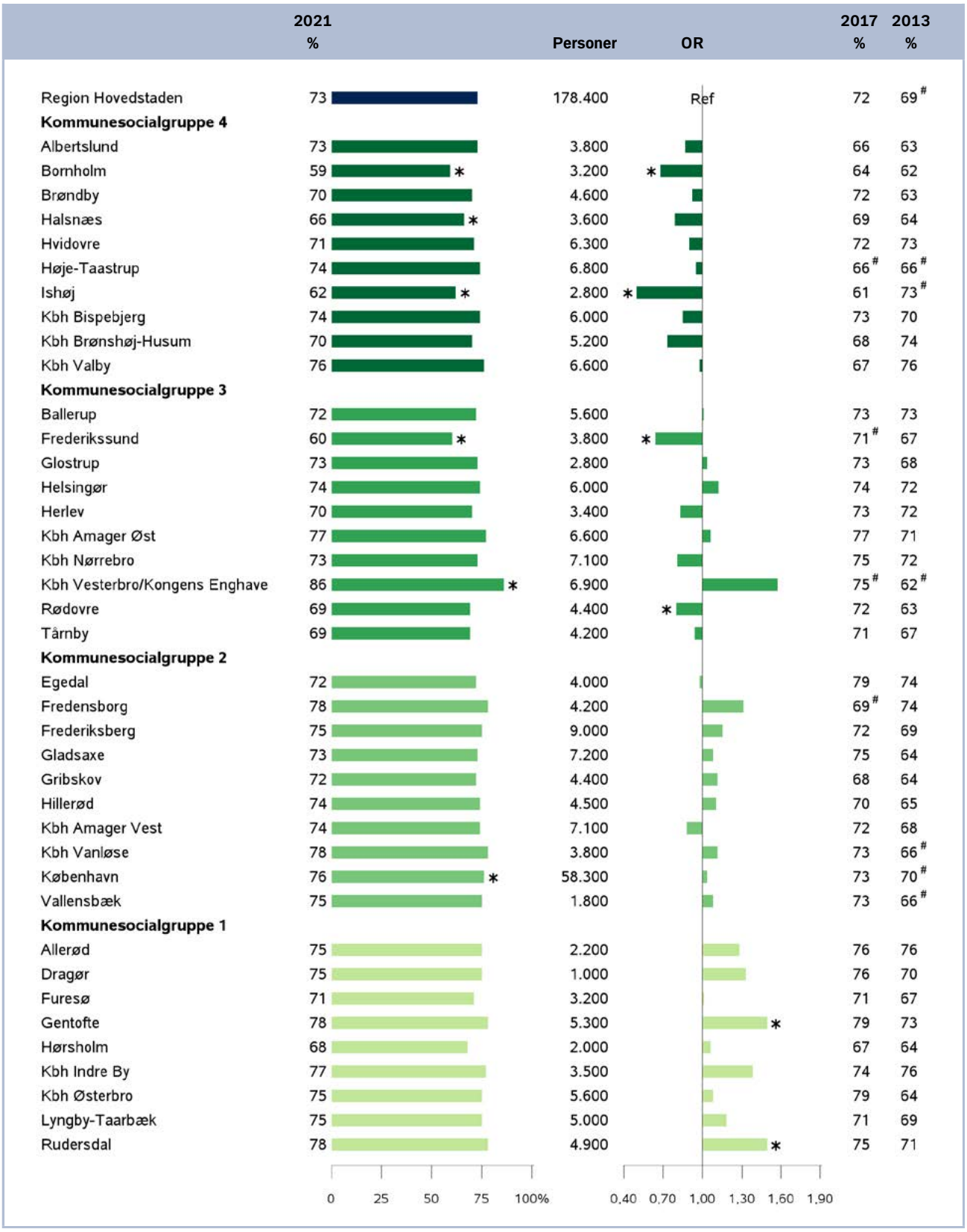
Udvikling: Kun et fåtal af kommuner har signifikante ændringer for andelen af borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive. I de fleste af disse tilfælde er andelen i 2021 større end i 2013 med undtagelse af Ishøj Kommune, hvor andelen er faldet i perioden. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses for bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. Yderligere ses stigninger for Vanløse, Vallensbæk og Høje-Taastrup kommuner fra 2013 til 2021. Fra 2017 til 2021 ses endvidere en signifikant stigning i andelen for bydelen Vesterbro/Kongens Enghave, Fredensborg og Høje-Taastrup kommuner, mens der ses et fald for Frederikssund Kommune.

Tabel 8.12 Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet – region



Baseret på 9.148 besvarelser i 2021, 9.229 besvarelser i 2017 og 6.107 besvarelser i 2013.
Data er indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på CKFF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.13 Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet – kommuner



Baseret på 9.148 besvarelser i 2021, 9.229 besvarelser i 2017 og 6.107 besvarelser i 2013.
Data er indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på CKFF i 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Ønske om hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet og ønsker at være mere fysisk aktive – region

Blandt de borgere, som har lav fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktive, er der 55 % som i 2021 ønsker hjælp til at gennemføre det svarende til 98.300 personer (Tabel 8.14).

Køn og alder: Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er større blandt kvinder (60 %) sammenlignet med mænd (50 %). Der er ikke aldersforskel i andele blandt mænd, mens der for kvinder er tendens til, at andelen som ønsker hjælp, er større blandt de 25-34-årige og 80+ årige, end de øvrige aldersgrupper.

Etnisk baggrund: En større andel borgere med ikke-vestlig baggrund (65 %) ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive end borgere med dansk baggrund (52 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er størst blandt borgere med en grundskoleuddannelse (61 %) og mindst blandt borgere med en lang videregående uddannelse (49 %).

Erhvervstilknytning: En større andel blandt borgere, som er langtidssyge eller førtidspensionister, ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive (≥65 %) end blandt borgere i beskæftigelse (53 %). Andelen blandt arbejdsløse kan ikke opgøres på grund af for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er større blandt enlige (61 %) sammenlignet med samlevende (52 %), mens der ikke er signifikant forskel på andelen blandt borgere med eller uden børn i hjemmet.

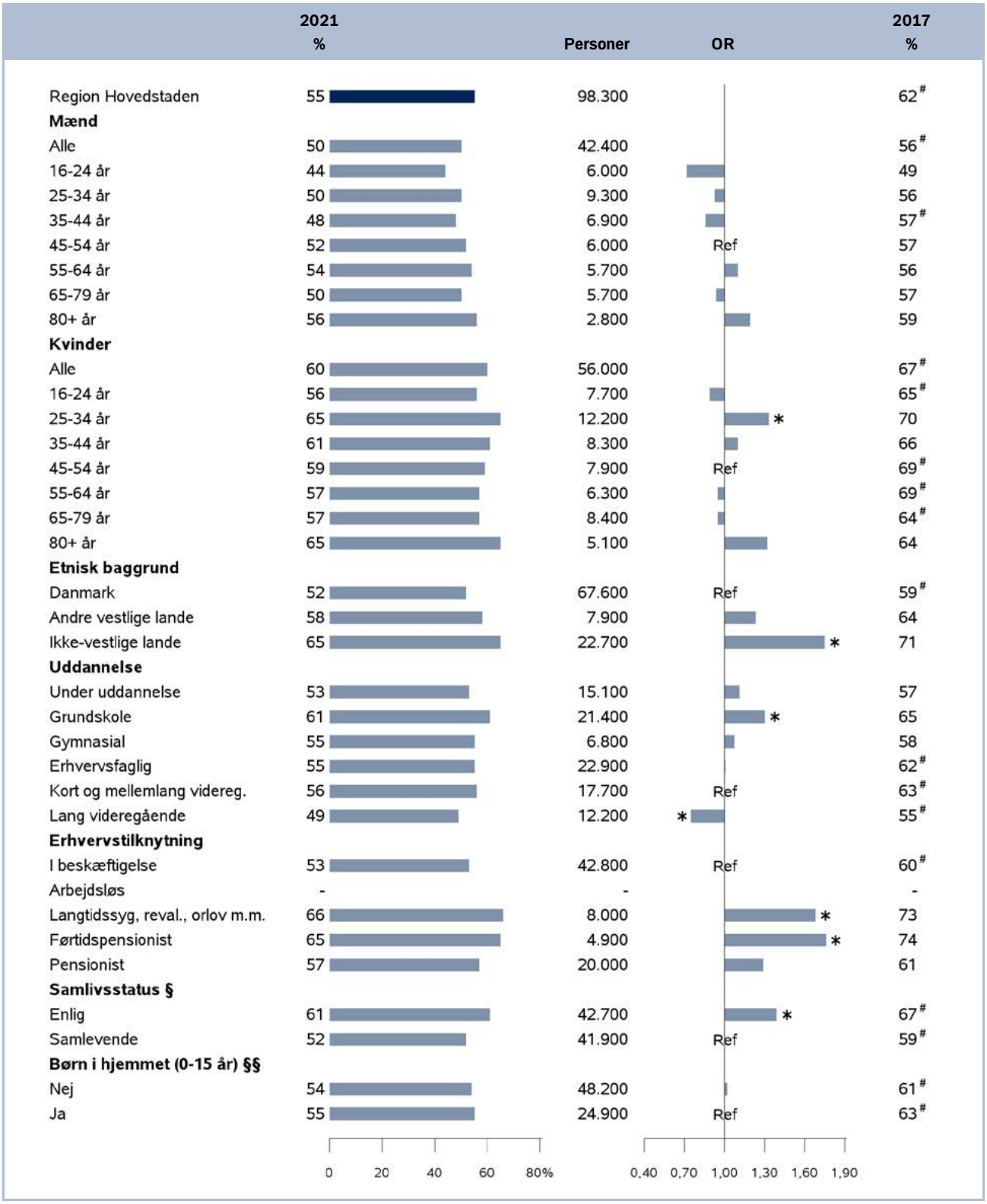
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, faldet fra 62 % i 2017 til 55 % i 2021. Generelt er tendensen tilsvarende nedadgående på tværs af sociodemografiske grupper med signifikante fald i næsten halvdelen af grupperne. Det største fald ses blandt kvinder i alderen 55-64 år.

Ønske om hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet og ønsker at være mere fysisk aktive – kommuner

Andelen af borgere med lav fysisk aktivitet, som ønsker at være mere fysisk aktive, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 44 % i bydelen Vanløse til 66 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 8.15). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper.

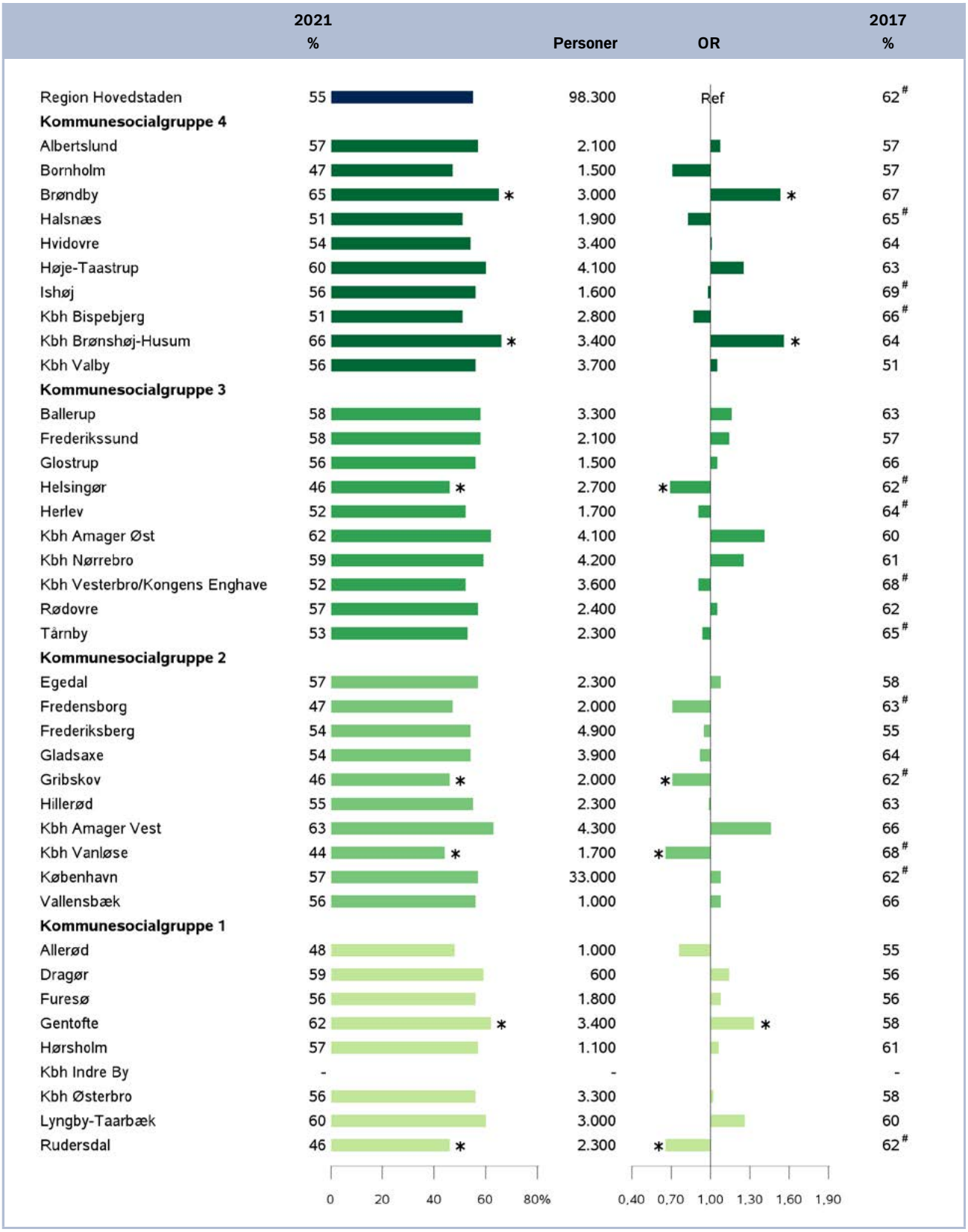
Udvikling: I flere kommuner ses fra 2017 til 2021 en nedadgående tendens i andelen, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, men faldet er kun signifikant i få tilfælde.
Det største fald ses for bydelen Vanløse.

Tabel 8.14 Ønske om hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet og ønsker at være mere fysisk aktive – region



Baseret på 6.199 besvarelser i 2021 og 6.586 besvarelser i 2017.
Data er indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.15 Ønske om hjælp til at være mere fysisk aktiv blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet og ønsker at være mere fysisk aktive – kommuner



Baseret på 6.199 besvarelser i 2021 og 6.586 besvarelser i 2017.
Data er indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.9 Forebyggelse af lav fysisk aktivitet

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd bl.a. den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individrettede forebyggelse og har fokus på borgere, som har fået råd fra egen læge til at dyrke motion og på borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner inden for det seneste år.

8.9.1 Råd om at dyrke motion fra egen læge

Råd om at dyrke motion fra egen læge opgøres blandt borgere med lav fysisk aktivitet, som har været ved egen læge inden for det seneste år.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

Råd fra egen læge om motion til borgere, som har lav fysisk aktivitet – region

I 2021 er 28 % af borgerne med lav fysisk aktivitet, som har været til lægen inden for det seneste år, blevet rådet til at dyrke motion. Dette svarer til 47.700 personer (Tabel 8.16).

Køn og alder: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, er større blandt mænd (30 %) sammenlignet med kvinder (26 %). Når der ses på odds ratio (OR) for mænd, er OR signifikant lavere blandt aldersgrupperne mellem 16-44 år og 80+ år sammenlignet med mænd i alderen 45-54 år. Når der ses på OR for kvinder er OR signifikant lavere blandt de 80+ årige, mens der ikke er signifikant forskel mellem de andre aldersgrupper sammenlignet med 45-54-årige kvinder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, er større blandt borgere med anden vestlig baggrund (37 %) og ikke-vestlig baggrund (32 %) end blandt borgere med dansk baggrund (25 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (33 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (19 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, er størst blandt borgere, som er langtidssyge (37 %) og mindst blandt pensionister (19 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (27 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke signifikant forskel mellem pensionister, førtidspensionister og borgere i beskæftigelse. Andelen for arbejdsløse kan ikke opgøres på grund af for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke signifikant forskel mellem enlige og samlevende eller mellem borgere med og uden børn i hjemmet for andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge.

Udvikling: I regionen som helhed har andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion været stabil fra 2013 til 2021. Tilsvarende ses der stort set ingen signifikante ændringer i andelen i de sociodemografiske grupper. Fra 2017 og 2021 ses kun signifikante ændringer i to grupper med den største stigning blandt borgere med anden vestlig baggrund. Det eneste signifikante fald i andelen ses fra 2013 til 2021 for borgere med lang videregående uddannelse.

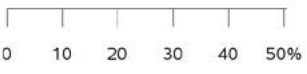
Råd fra egen læge om motion til borgere, som har lav fysisk aktivitet – kommuner

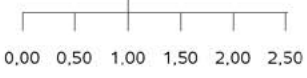
Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, varierer fra 17 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 38 % i Albertslund Kommune (Tabel 8.17).
Det er kun i kommunesocialgruppe 4, at der er kommuner, hvor andelen er signifikant over regionsgennemsnittet. Der ses ikke nogen social gradient.

Udvikling: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke motion, er uændret i kommuner og bydele. Kun få undtagelser ses for bydelen Bispebjerg og Glostrup Kommune, som i 2021 har signifikant større andel end i 2017, og Rødovre Kommune, som i 2021 har signifikant større andel end i 2013.

Tabel 8.16 Råd fra egen læge om motion til borgere, som har lav fysisk aktivitet – region

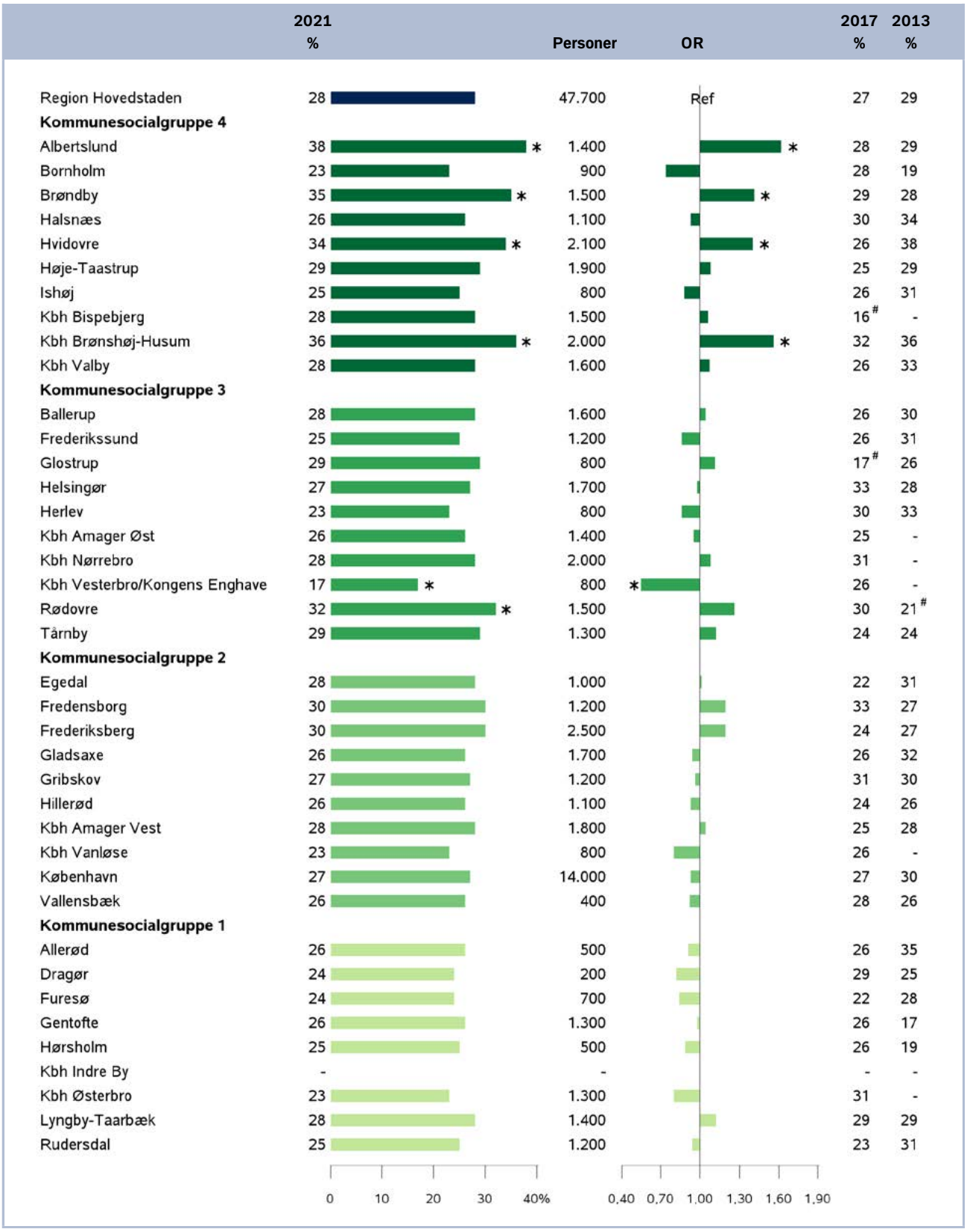
	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	28	47.700		27	29
Mænd					
Alle	30	23.000		29	33
16-24 år	27	2.200	*	19	27
25-34 år	17	2.000	*	19	25
35-44 år	27	2.900	*	30	33
45-54 år	40	4.300	Ref	33 #	39
55-64 år	37	4.200		39	41
65-79 år	34	5.400		34	33
80+ år	25	1.900	*	22	19
Kvinder					
Alle	26	24.700		25	26
16-24 år	24	2.700		25	31
25-34 år	27	3.800		23	23
35-44 år	23	2.800		24	25
45-54 år	28	3.600	Ref	26	29
55-64 år	31	4.000		33	32
65-79 år	28	5.500		27	26
80+ år	18	2.400	*	16	12 #
Etnisk baggrund					
Danmark	25	31.300	Ref	26	26
Andre vestlige lande	32	4.000	*	18 #	27
Ikke-vestlige lande	37	12.300	*	35	41
Uddannelse					
Under uddannelse	24	4.800		22	26
Grundskole	33	14.000	*	30	31
Gymnasial	27	3.000		32	23
Erhvervsfaglig	29	13.500		27	29
Kort og mellemlang videreg.	25	7.400	Ref	26	29
Lang videregående	19	3.600	*	24	26 #
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	27	18.300	Ref	26	28
Arbejdsløs	-	-		-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	37	4.500	*	36	41
Førtidspensionist	34	3.300		35	36
Pensionist	26	13.600		26	24
Samlivsstatus §					
Enlig	27	20.000		27	27
Samlevende	29	22.900	Ref	28	30
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	28	20.900		28	
Ja	27	9.800	Ref	25	





Baseret på 6.821 besvarelser i 2021, 7.479 besvarelser i 2017 og 4.678 besvarelser i 2013.
Data er indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på CKFF i 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 8.17 **Råd fra egen læge om motion til borgere, som har lav fysisk aktivitet – kommuner**



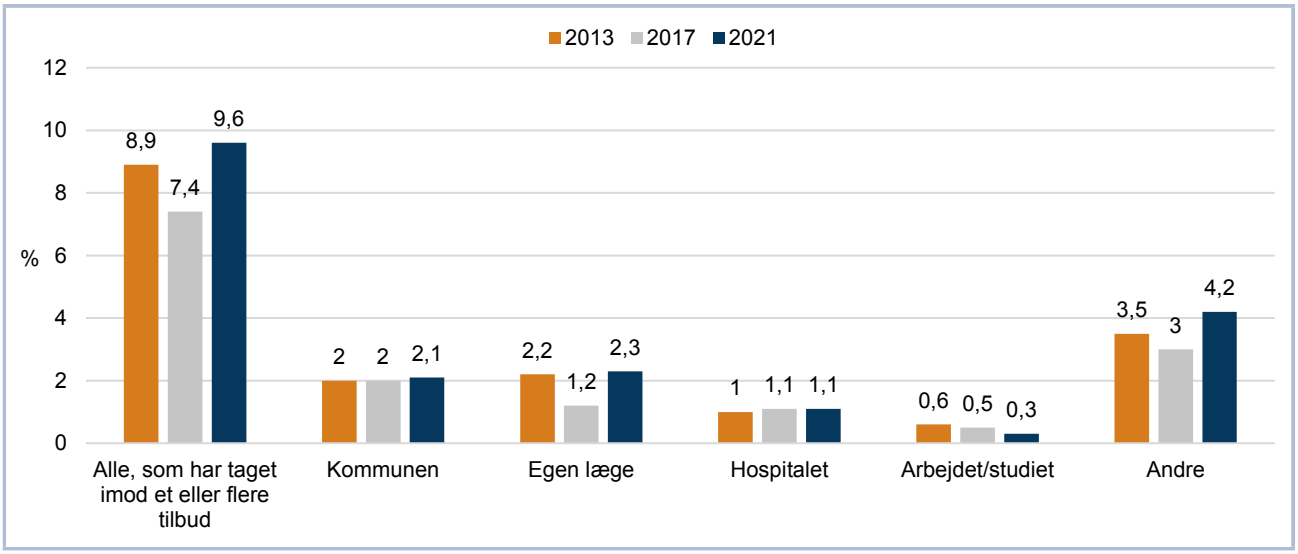
Baseret på 6.821 besvarelser i 2021, 7.479 besvarelser i 2017 og 4.678 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021 og 2013 og på CKFF i 2017.
Tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

8.9.2 Tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner

Borgerne i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, om de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner fra forskellige instanser i samfundet. Den samme borger kan således have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i figur 8.13. Forekomsten opgøres blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet.

I 2021 er der flest, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner fra andre instanser end dem som specifikt er nævnt, efterfulgt af egen læge og kommunen. Andelen, som har taget imod tilbud fra kommunen har været ret stabil siden 2013, mens der for egen læge og andre instanser ses mindre forskelle i andelen over tid. I 2021 har i alt 9,6 % af borgerne, som har lav fysisk aktivitet, taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner svarende til 23.095 personer (resultater ikke vist). Denne andel er større end i tidligere år (Figur 8.13).

Figur 8.13 Taget imod tilbud om hjælp til at ændre motionsvaner blandt borgere, som har lav fysisk aktivitet
Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner?"



Baseret på 8.483 besvarelser i 2021, 9.032 besvarelser i 2017 og 5.177 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 2017 og 2013.
Andelen for 'alle, som har taget imod et eller flere tilbud' er mindre end summen af øvrige kategorier. Dette skyldes, at den samme borger kan have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i tabellen. I 'alle'-kategorien tæller hver person kun én gang.

8.10 Litteratur

1. World Health Organization. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization; 2020.

2. Klarlund B, Andersen LB. Fysisk aktivitet Håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

3. Tremblay MS, Aubert S, Barnes JD, Saunders TJ, Carson V, Latimer-Cheung AE, m.fl. Sedentary Behavior Research Network (SBRN) – Terminology Consensus Project process and outcome. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 10. juni 2017;14(1):75.

4. Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

5. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2016.

6. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

7. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, Bull FC. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. The Lancet Global Health. 2018;6(10):e1077–86.

8. Allesøe K, Lau CJ, Buhelt LP, Aadahl M. Physical activity, self-rated fitness and stress among 55,185 men and women in the Danish Capital Region Health survey 2017. Prev Med Rep. 3. april 2021;22.

9. Physical activity: applying All Our Health [Internet]. GOV.UK. [henvist 11. november 2021]. Tilgængelig hos: https://www.gov.uk/government/publications/physical-activity-applying-all-our-health/physical-activity-applying-all-our-health

10. Bailey DP, Hewson DJ, Champion RB, Sayegh SM. Sitting Time and Risk of Cardiovascular Disease and Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Prev Med. september 2019;57(3):408–16.

11. Ekelund U, Brown WJ, Steene-Johannessen J, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, m.fl. Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants. Br J Sports Med. juli 2019;53(14):886–94.

12. Ekelund U, Tarp J, Steene-Johannessen J, Hansen BH, Jefferis B, Fagerland MW, m.fl. Dose-response associations between accelerometry measured physical activity and sedentary time and all cause mortality: systematic review and harmonised meta-analysis. BMJ. 21. august 2019;366:l4570.

13. World Health Organization. Global recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organization; 2010.

14. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet [Internet]. [henvist 21. oktober 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/da/viden/fysisk-aktivitet/anbefalinger-om-fysisk-aktivitet

15. Sorić M, Meh K, Rocha P, Wendel-Vos W, de Hollander E, Jurak G. An inventory of national surveillance systems assessing physical activity, sedentary behaviour and sport participation of adults in the European Union. BMC Public Health. 7. oktober 2021;21(1):1797.

16. Tremblay MS, Esliger DW, Tremblay A, Colley R. Incidental movement, lifestyle-embedded activity and sleep: new frontiers in physical activity assessment. Can J Public Health. 2007;98 Suppl 2:S208-217.

17. Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, m.fl. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. The Lancet. september 2016;388(10051):1302–10.

18. O'Donovan G, Lee I-M, Hamer M, Stamatakis E. Association of "Weekend Warrior" and Other Leisure Time Physical Activity Patterns With Risks for All-Cause, Cardiovascular Disease, and Cancer Mortality. JAMA Intern Med. 1. marts 2017;177(3):335–42.

19. Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC, m.fl. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. Lancet. 24. september 2016;388(10051):1337–48.

20. Kaczynski AT, Henderson KA. Parks and recreation settings and active living: a review of associations with physical activity function and intensity. J Phys Act Health. juli 2008;5(4):619–32.

21. Wengel TTT, Troelsen J. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

22. Toxværd CG, Lau CJ, Lykke M, Schneller MB, Andreasen AH, Aadahl M. Temporal changes in active commuting from 2007 to 2017 among adults living in the Capital Region of Denmark. Journal of Transport & Health. september 2019;14:100608.

23. Jakobsen GS, Sølvhøj IN, Homberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

24. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

25. Rask S. Danskernes brug af faciliteter og steder til idræt-Notat 3 i Danskernes motions- og sportsvaner 2020. Aarhus: Idrættens Analyseinstitut; 2021.

26. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Danskernes bevægelsesvaner og motiver for bevægelse. Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU; 2021.

27. Center for forskning i idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU. Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner i alle danske kommuner [Internet]. Danmark i bevægelse. [henvist 29. november 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/forskning/danmark_i_bevaegelse/publikationer/kommunerapporter

28. Ibsen B, Elmose-Østerlund K, Høyer-Kruse J. 'Kommunale forskelle på danskernes bevægelsesvaner – årsager og forklaringer'. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU; 2021.

29. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [henvist 16. december 2021]. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

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

31. Grimby G, Börjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. The "Saltin–Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports. 2015;25(S4):119–25.

32. Sagelv EH, Hopstock LA, Johansson J, Hansen BH, Brage S, Horsch A, m.fl. Criterion validity of two physical activity and one sedentary time questionnaire against accelerometry in a large cohort of adults and older adults. BMJ Open Sport Exerc Med. februar 2020;6(1):e000661.

33. 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.

34. Holtermann A, Krause N, van der Beek AJ, Straker L. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. British Journal of Sports Medicine. 2018;52(3):149–50.

Kapitel 9

Vægt

- Forekomsten af overvægt (BMI: ≥25) er 47 % i 2021, hvilket betyder, at næsten hver anden borger i Region Hovedstaden har overvægt. Derudover har godt og vel én ud af tre borgere med overvægt svær overvægt (BMI: ≥30), mens to ud af tre har moderat overvægt (BMI: 25,0-29,9).

- Andelen af borgere med overvægt er steget siden 2010, hvilket især er båret af, at andelen med svær overvægt er steget (fra 11 % i 2010 til 13 % i 2017 og 15 % i 2021). Yderligere ses det, at forekomsten af svær overvægt er steget for alle tre klasser af svær overvægt (klasse I (BMI: 30,0-34,9), klasse II (BMI: 35,0-39,9) og klasse III (BMI: ≥40)). Uanset overvægtsgrad, så er 35-44-årige kvinder blandt de grupper med størst stigning i andelen fra 2017 til 2021.

- Andelen med undervægt har til gengæld ligget på omtrent samme niveau siden 2010 (ca. 3 %). Det er særligt blandt unge kvinder på 16-24 år, at der ses en høj forekomst af undervægt (9,5 %).

- I alt 32 % af borgerne har moderat overvægt i 2021. Forekomsten er højere blandt mænd (38 %) end kvinder (26 %). Til gengæld er forekomsten af svær overvægt den samme hos mænd og kvinder (15 %), mens der for svær overvægt klasse II og klasse III ses en højere forekomst blandt kvinder end mænd.

- For svær overvægt ses en aldersgradient, hvor andelen stiger med stigende alder indtil 64 år for begge køn. Således er andelen med svær overvægt størst blandt mænd og kvinder i alderen 55-64 år (omkring hver femte borger).

- Der ses en tydelig social ulighed i forekomsten af svær overvægt, mens der ikke fremstår tydelig social ulighed i forekomsten af moderat overvægt eller undervægt. For svær overvægt er forekomsten 24 % blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med 8 % blandt borgere med lang videregående uddannelse. Det ses også, at der blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister er en stor andel med svær overvægt (28-29 %). For svær overvægt ses også store forskelle i forekomsten mellem kommunerne, hvor der bl.a. ses en social gradient på tværs af kommune-socialgrupperne.

- Omkring hver anden borger vurderer, at deres vægt er for høj, mens det blandt borgere med overvægt er mere end otte ud at ti. Tilsvarende er det langt størstedelen af borgere med overvægt, som ønsker at tabe sig. For borgere med svær overvægt er det 93 %, som ønsker at tabe sig, og mere end hver anden af dem ønsker hjælp til at tabe sig.

- Blandt borgere med svær overvægt er 35 % blevet rådet til at tabe sig af egen læge. Desuden har 15 % af borgere med svær overvægt taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller motionsvaner.

Indledning

Overvægt udgør en betydelig risikofaktor for borgernes sundhed i størstedelen af verden (1). I Danmark er forekomsten af overvægt steget markant inden for de seneste årtier, og denne udvikling ses også globalt (1). Stigningen er i høj grad sket i takt med ændringer i vores samfundsstrukturer, som har medført øget indtag af energitætte fødevarer og en stigende grad af fysisk inaktivitet.

Som mål for overvægt benyttes ofte body mass index (BMI), hvor en persons vægt og højde (kg/m^2) bruges til at vurdere vægtstatus og herunder graden af undervægt og overvægt. I denne rapport anvendes Verdenssundhedsorganisationens (WHO) grænseværdier for BMI hos voksne til klassifikation af undervægt, normalvægt og overvægt (2). Overvægt inddeles yderligere i moderat og svær overvægt samt klasser af svær overvægt, da der er forskellig risiko for følgesygdomme i disse grupper (1). BMI siger ikke noget om fordelingen af fedt og muskler i kroppen, og to personer med samme BMI kan derfor have vidt forskellig fedtprocent (1). BMI er imidlertid et brugbart og udbredt mål for under- og overvægt på populationsniveau.

WHO's grænseværdier for BMI hos voksne (2), som anvendes i rapporten:

Klassifikation	BMI (kg/m^2)	Risiko for følgesygdomme
Undervægt	<18,5	
Normalvægt	18,5 - 24,9	
Overvægt	≥25	
Moderat overvægt	25,0 - 29,9	Let øget
Svær overvægt	≥30	
- klasse I	30,0 - 34,9	Moderat øget
- klasse II	35,0 - 39,9	Meget øget
- klasse III	≥40	Voldsomt øget

Udvikling af overvægt kan ikke udelukkende tilskrives for meget mad og for lidt bevægelse, da det eksakte årsagsmønster er komplekst (3). Andre faktorer såsom medicin, hormoner, psykologiske og arvelige faktorer samt faktorer i den tidlige barndom og gennem livet spiller også ind (3). Derudover har omgivelserne og de sociale strukturer i samfundet også betydning (4). Der har generelt været stor interesse i prædiktorer for overvægt, men det er svært at vurdere den relative betydning af hver af disse pga. det komplekse samspil mellem genetiske, miljømæssige og psykosociale faktorer for udviklingen af overvægt (5). Der har i de senere år været debat om, hvorvidt (svær) overvægt bør ses som en kronisk sygdom fremfor en risikofaktor. Der kan være fordele og ulemper ved begge dele, og der er endnu ikke enighed, hvilket f.eks. illustreres af, at WHO, men ikke Sundhedsstyrelsen, anser svær overvægt som en sygdom (6).

Konsekvenser af overvægt

Overvægt har adskillige helbredsmæssige konsekvenser, som stiger i takt med øget grad af overvægt (1,7). Overvægt kan blandt andet medføre en række følgesygdomme som f.eks. type 2-diabetes, hjertekarsygdom, visse kræftformer, non-alkoholisk fedtleversygdom (NAFLD), muskelskeletsygdomme og søvnapnø (8,9). Derudover er overvægt også forbundet med højere dødelighed (10). Faktisk placeres overvægt og svær overvægt som den femtestørste risikofaktor for tidlig død af WHO (11). Den seneste tid er der herudover kommet øget fokus på de psykosociale problemer forbundet med overvægt og svær overvægt. Disse problemer skyldes især omgivelsernes diskrimination og stigmatisering af borgere med (svær) overvægt, som kan medføre lavere selvværd, psykiske problemer og dårlig livskvalitet (12). Dette kan være med til at gøre det sværere for borgere med overvægt at initiere eller fastholde hensigtsmæssig adfærd så som at være fysisk aktiv, spise sundt og deltage i sociale aktiviteter. Dette uhensigtmæssige mønster kan således være med til at fastholde overvægten hos disse borgere eller ligefrem føre til vægtøgning.

Overvægt har også betydelige samfundsøkonomiske konsekvenser. Der er direkte omkostninger forbundet med øget brug af sundhedsydelser og medicin, hvor behandling og pleje af borgere med svær overvægt i Danmark er forbundet med en ekstra årlig omkostning på 1,8 mia. kroner (13). Størstedelen af disse omkostninger skyldes udgifter til sekundærsektoren (66 %) og herunder især indlæggelser. Derudover har svær overvægt også indirekte omkostninger for samfundet som følge af produktionstab på grund af øget sygefravær, førtidspensioner og tidlig død. De årlige omkostninger til tabt produktion blandt borgere med svær overvægt beløber sig til 10,4 mia. kroner, hvoraf omkostninger til førtidspensioner udgør størstedelen af det samlede beløb (51 %) (14). Nationale data fra sundhedsprofilen bekræfter denne sammenhæng mellem overvægt og en øget risiko for sygefravær og manglende beskæftigelse (15).

Forebyggelse af overvægt

Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man gennem hele livet holder sin normalvægt (16), men det komplekse årsagsnetværk gør forebyggelsen af overvægt vanskelig. Forebyggelsesarbejdet er imidlertid vigtigt på grund af de betydelige helbreds- og samfundsmæssige konsekvenser. Behandling og forebyggelse af overvægt består i høj grad af regelmæssig fysisk aktivitet og vejledning om sund og varieret kost (1). Tilbud om livsstilsinterventioner ved svær overvægt er således centrale, og i 2021 udgav Sundhedsstyrelsen anbefalinger målrettet kommuner, som ønsker at kvalificere deres tilbud (17). Ifølge rapporten indeholder effektive tilbud elementer af kost, fysisk aktivitet, trivsel og livskvalitet, og der er tale om en helhedsorienteret indsats, hvor målet er at opnå vægttab eller bevare vægten og øge borgerens livskvalitet og trivsel. Det individuelle mål nås især gennem implementering af sundere vaner, primært relateret til kost og fysisk aktivitet, men andre vaner som f.eks. søvn, stillesiddende tid, stress, rygning, alkohol, trivsel og livskvalitet kan også være væsentlige. Udover tilbud om livsstilsinterventioner er det vigtigt at understrege, at omgivelserne også spiller en vigtig rolle for overvægt (4). Fremme af omgivelser, der støtter borgerne til at gøre sund mad og fysisk aktivitet til det lette valg, er således også en vigtig del af forebyggelsen af overvægt.

Til støtte for den kommunale forebyggende indsats findes forebyggelsespakken vedrørende overvægt, sidst opdateret i 2018 (16). Generelt er forebyggelsespakkerne for hhv. kost, rygning, alkohol, motion og mental sundhed højere prioriteret i kommunerne end forebyggelsespakken for overvægt (18). Ikke desto mindre har to ud af tre kommuner i 2019 etableret tilbud om forebyggelse af overvægt blandt børn og unge jf. Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke om overvægt (18). På Nationalt Center for Overvægts hjemmeside (www.ncfo.dk) kan der desuden findes en oversigt over de gratis sundhedstilbud for børn, unge og voksne, som kommuner og regioner udbyder til borgere med overvægt eller svær overvægt.

Der har den seneste tid været stort fokus på tidlige indsatser hos børn med overvægt, som f.eks. i KL's udspil om sundhedsfremme og forebyggelse (19). I rapporten fremhæves budskabet om, at sunde vaner grundlægges i barndommen, hvilket er afgørende for forebyggelsen af overvægt, da både sunde vaner og overvægt har en tendens til at fortsætte ind i voksenlivet (19). Konklusionen i en rapport fra 2021 fra Vidensråd for Forebyggelse omhandlende forebyggelse af overvægt blandt børn og unge var imidlertid, at det i praksis kan være svært at forebygge udvikling af overvægt blandt børn (20). Der er således behov for mere viden om effektive forebyggelsestilbud relateret til overvægt blandt børn.

Undervægt

Undervægt får mindre opmærksomhed i forebyggelsesarbejdet, hvilket kan skyldes, at der generelt i befolkningen ses en lav andel med undervægt. De nyeste nationale tal viser en samlet forekomst af undervægt i den danske befolkning på 2,4 % i 2021, som er lig andelen i 2017 (21). Imidlertid er tallene af en anden størrelsesorden, hvis der zoomes ind på grupper i befolkningen. Nationale tal viser f.eks., at andelen er større blandt kvinder sammenlignet med mænd i alle aldersgrupper, og for begge køn er andelen større i aldersgruppen 16-24 år (kvinder: 8,5 %; mænd: 5,8 %) sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (22). Derudover ses det, at op imod 40 % af alle patienter og ældre på plejehjem er i risiko for underernæring som følge af uplanlagt vægttab (23). Således står plejehjem i høj grad overfor en dobbelt byrde med problemer relateret til både undervægt og overvægt. Undervægt har betydelige konsekvenser for patienterne og de ældre borgere i form af dårligere livskvalitet, lavt socialt engagement, hyppigere infektioner og flere indlæggelser (25). Undervægt har desuden også vist sig at være associeret med en næsten to gange højere dødelighed sammenlignet med normalvægt (26). I takt med, at andelen af ældre borgere stiger i årene fremover, må byrden relateret til undervægt desuden også forventes at stige. Der er således et potentiale i at behandle og forebygge undervægt, ikke mindst blandt ældre borgere.

Nyeste tal for overvægt

Der er siden 2010 sket en stigning i andelen med overvægt såvel som svær overvægt i Danmark (22). De nyeste nationale tal fra 2021 viser, at andelen af danskere med overvægt er 52,6 % og i alt 18,5 % af alle danskere har svær overvægt (BMI: ≥ 30). Forekomsten af svær overvægt blandt voksne svarer nu til EU-gennemsnittet, mens forekomsten blandt unge fortsat er lavere end i de fleste andre EU-lande (27). Stigningen er i overensstemmelse med tidligere fremskrivninger, som viser, at der globalt kan forventes en forekomst af overvægt blandt voksne på 58 % i 2030 (3). Et tidligere studie har vist, at stigningen i overvægt ser ud til at være sket som følge af en *gennemsnitlig* stigning i BMI (28). En gennemsnitlig stigning i BMI forventes at medføre en stigning i andelen i alle overvægt-grupper, og det er derfor vigtigt at følge udviklingen i forekomsten af både moderat og svær overvægt, men også forekomsten af klasse II og III af svær overvægt, fordi risikoen for følgesygdomme er meget eller voldsomt øget i disse klasser (2,7).

COVID-19 pandemien og nedlukningen af samfundet i foråret og igen i efteråret 2020 og frem til 'Hvordan har du det? 2021'-undersøgelsen, som danner grundlag for denne rapport, ændrede for mange danskere deres daglige vaner og rutiner. En undersøgelse, der sammenligner danskernes kost- og aktivitetsvaner før og under første nedlukning indikerer, at danskerne generelt spiste mere usundt og var mindre fysisk aktive under nedlukningen (29). Disse vaneændringer og den psykiske belastning, pandemien har medført for mange borgere, kan have bidraget til en øget andel af borgere med overvægt. I tråd med dette har studier vist, at COVID-19 nedlukningen af samfundet har medvirket til en vægtøgning i befolkningen. Dette findes både i studier, hvor vægten blev objektivt målt (30,31) og i studier, hvor borgerne selv har rapporteret, om de har haft en vægtøgning (32,33). Det er med metodikken i nærværende sundhedsprofil dog ikke muligt at vurdere, i hvilken grad COVID-19 pandemien kan forklare de udviklingstendenser, der ses.

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives forekomsten af undervægt, normalvægt, moderat og svær overvægt, samt klasser af svær overvægt. I kapitlet findes også en opgørelse af selvvurderet vægt fordelt på vægtgrupper. Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med svær overvægt. Dernæst beskrives borgernes motivation for vægttab og ønske om hjælp hertil, hovedsageligt blandt borgere med svær overvægt. Endeligt belyses forebyggelse af svær overvægt i opgørelser vedrørende borgere, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, og borgere, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller motionsvaner.

Da højde og vægt er selvrapporteret, må undersøgelsens tal for overvægt betragtes som minimumstal. Det skyldes, at flere undersøgelser har vist en tendens til, at der selvrapporteres en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål (34).

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af vægtgrupper:

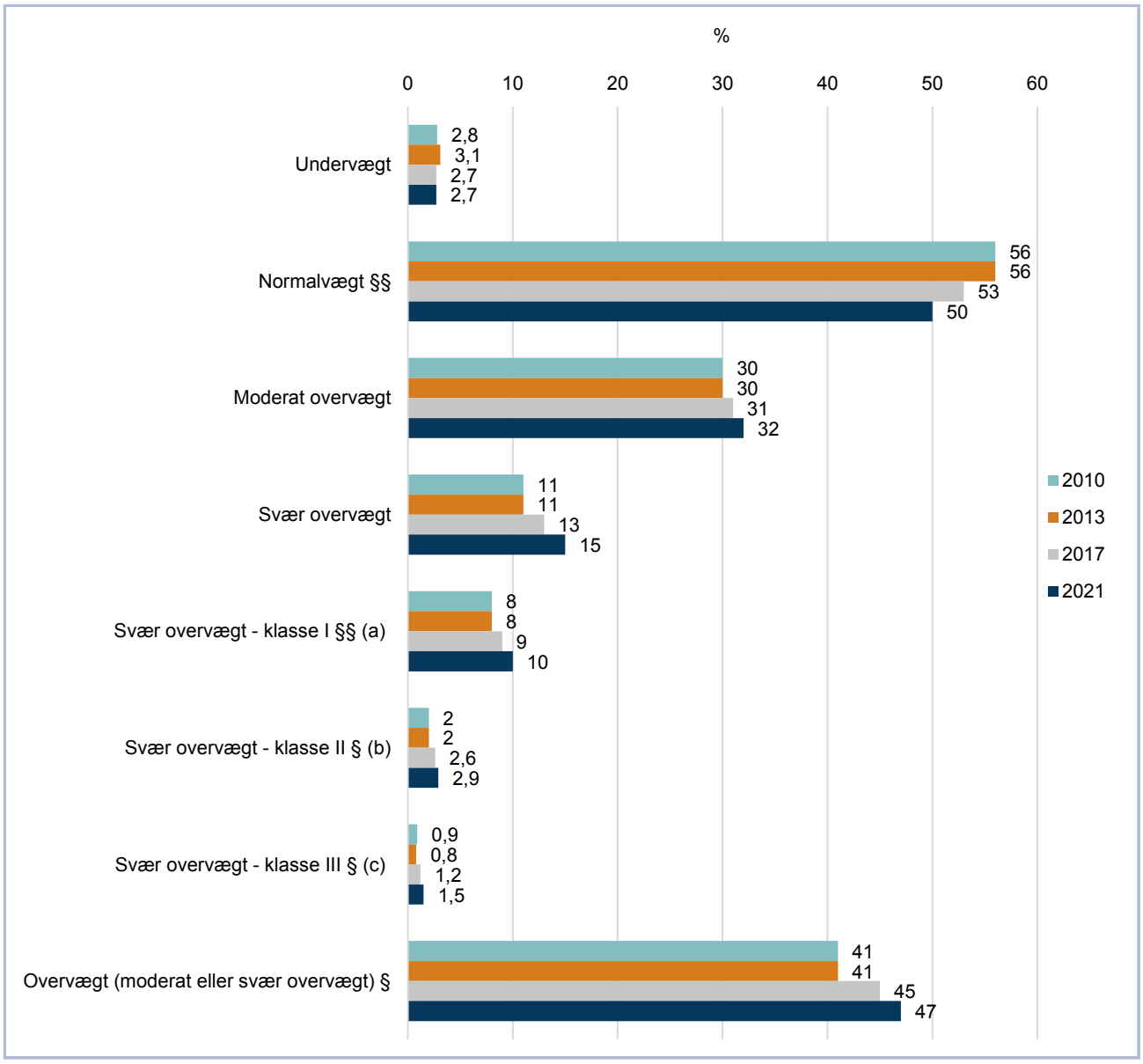
- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Ud over de opgørelser, som fremgår i rapporten, findes der på sundhedsprofilens hjemmeside supplerende opgørelser af overvægt (moderat eller svær overvægt) (Webtabel W9.1 og W9.2), svær overvægt klasse II (Webtabel W9.3 og W9.4) og svær overvægt klasse III (Webtabel W9.5 og W9.6). På hjemmesiden findes også en tabel, som viser andel og antal borgere i forskellige vægtgrupper, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp hertil (Webtabel W9.7). Derudover findes opgørelser, som viser antallet og andelen af borgere i de tre klasser af svær overvægt, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp dertil (Webtabel W9.8). De nævnte webtabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Resultatoverblik

Figur 9.1 viser et overblik over udviklingen i forekomsten af de vægtgrupper, som bliver belyst i dette kapitel. I 2021 har halvdelen af borgerne i regionen normalvægt (50 %). Denne andel er faldet siden 2010, hvor lidt mere end hver anden borger havde normalvægt (56 %). Udviklingen er et resultat af, at den samlede andel med overvægt (moderat eller svær overvægt) er steget fra 41 % til 47 % i samme periode. Mere specifikt er andelen med moderat overvægt steget fra 30 % til 32 %, og endvidere er andelen med svær overvægt steget fra 11 % til 15 %. Yderligere ses det, at forekomsten af svær overvægt er steget for alle tre overvægtsklasser (klasse I, klasse II og klasse III) siden 2010. Forekomsten af undervægt har til gengæld ikke haft en bestemt udviklingstendens siden 2010.

Figur 9.1 Resultatoverblik for vægt



§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.
(a) BMI: 30-34,9.
(b) BMI: 35,0-39,9.
(c) BMI: ≥40.

9.1 Undervægt

Undervægt – region

Andelen af borgere i Region Hovedstaden med undervægt er 2,7 % i 2021 svarende til 37.400 personer (Tabel 9.1). Denne andel er større end i de øvrige regioner (21).

Køn og alder: Andelen af borgere med undervægt i Region Hovedstaden er større blandt kvinder (3,9 %) end mænd (1,5 %), hvilket er et mønster, der ses på tværs af alle aldersgrupper. For begge køn falder andelen med stigende alder op til 54 år, hvorefter den stiger med stigende alder. Andelen er dog størst blandt de 16-24-årige (kvinder: 9,5 %; mænd: 6,8 %).

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel mellem etniske grupper i forekomsten af undervægt. Samme tendens ses for odds ratio (OR), når der justeres for køn og alder.

Uddannelse: Andelen af borgere med undervægt er størst blandt borgere under uddannelse (6,4 %) og mindst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (1,5 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen imidlertid, og der er ikke signifikant forskel mellem uddannelsesgrupperne.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med undervægt er større blandt førtidspensionister (3,3 %) end blandt borgere i beskæftigelse (1,4 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med undervægt er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Ligeledes er andelen større blandt borgere, som ikke har børn i hjemmet, sammenlignet med borgere, som har børn i hjemmet. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der imidlertid ikke signifikant forskel mellem borgere med eller uden børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med undervægt i 2021 uændret siden 2017 (2,7 %), mens andelen er signifikant mindre end i 2013 (3,1 %). Tilsvarende ses der ingen signifikante ændringer i andelen i de sociodemografiske grupper i perioden fra 2017 til 2021. Fra 2013 til 2021 ses signifikante fald i enkelte grupper heriblandt kvinder, men det største fald ses blandt langtidssyge borgere.

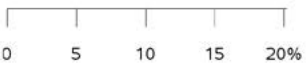
Undervægt – kommuner

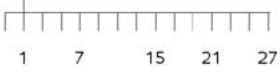
Andelen af borgere med undervægt varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,3 % i Ballerup Kommune til 4,6 % i bydelen Amager Vest (Tabel 9.2). Enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 har signifikant højere forekomst end regionsgennemsnittet. Der ses dog ingen klar social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I tråd med den overordnede tendens i regionen ses der for enkelte kommuner et signifikant fald i andelen med undervægt fra 2013 til 2021. Det største fald ses i bydelen Nørrebro. Kun Egedal Kommune har haft en sigfinikant stigning i denne periode. Fra 2017 til 2021 er andelen af borgere med undervægt uændret i størstedelen af kommuner og bydele. Dog ses et fald i Ballerup Kommune, men også en stigning i andelen i enkelte kommuner og bydele; den største stigning ses i Glostrup Kommune.

Tabel 9.1 **Undervægt – region**

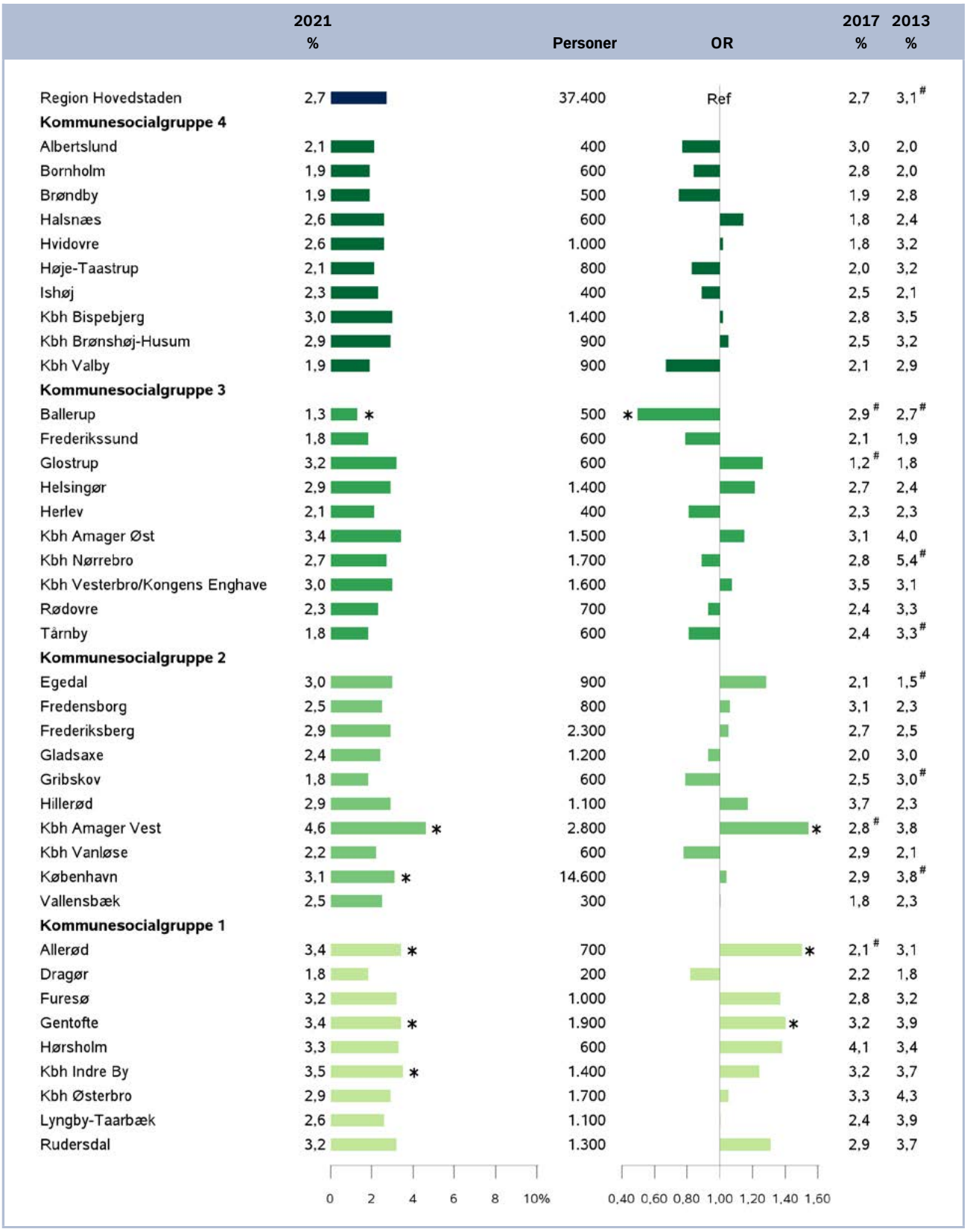
	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	2,7	37.400		2,7	3,1#
Mænd					
Alle	1,5	10.100		1,3	1,5
16-24 år	6,8	6.100	*	5,6	6,6
25-34 år	1,1	1.400	*	1,1	1,0
35-44 år	0,7	700	*	0,8	0,3
45-54 år	0,3	300	Ref	0,3	0,7
55-64 år	0,3	300		0,5	0,5
65-79 år	0,7	700	*	0,6	0,5
80+ år	1,8	500	*	1,4	1,0
Kvinder					
Alle	3,9	27.300		3,9	4,6#
16-24 år	9,5	8.500	*	9,3	10,9
25-34 år	4,7	5.900	*	4,3	6,5#
35-44 år	2,6	2.800	*	2,9	2,9
45-54 år	1,6	1.900	Ref	2,0	2,0
55-64 år	2,2	2.200		2,3	2,1
65-79 år	3,1	3.800	*	3,1	3,7
80+ år	5,0	2.200	*	4,5	4,6
Etnisk baggrund					
Danmark	2,7	30.000	Ref	2,6	3,0
Andre vestlige lande	2,8	3.000		3,0	3,5
Ikke-vestlige lande	2,7	4.200		2,8	4,6#
Uddannelse					
Under uddannelse	6,4	12.500		6,2	7,8#
Grundskole	2,6	5.100		2,8	3,4#
Gymnasial	3,3	3.100		2,6	2,7
Erhvervsfaglig	1,5	4.800		1,6	1,4
Kort og mellemlang videreg.	2,0	6.000	Ref	1,8	1,9
Lang videregående	2,0	5.000		2,2	2,1
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	1,4	10.800	Ref	1,6	1,6
Arbejdsløs	1,5	300		1,8	4,1#
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	2,8	1.300	*	3,2	5,5#
Førtidspensionist	3,3	1.100	*	3,5	2,3
Pensionist	2,6	6.700	*	2,3	2,5
Samlivsstatus §					
Enlig	2,6	12.300	*	2,5	3,0
Samlevende	1,5	10.500	Ref	1,5	1,7
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	3,0	20.600		3,1	
Ja	2,2	7.700	Ref	2,2	





Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.2 **Undervægt – kommuner**



Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

9.2 Moderat overvægt

I dette afsnit beskrives moderat overvægt. Tilsvarende opgørelser for overvægt (moderat eller svær overvægt) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W9.1-9.2).

Moderat overvægt – region

Andelen af borgere i Region Hovedstaden med moderat overvægt er 32 % i 2021 svarende til 440.000 personer (Tabel 9.3). Denne andel er mindre end i de øvrige regioner (21).

Køn og alder: Andelen af borgere med moderat overvægt i Region Hovedstaden er større blandt mænd (38 %) end kvinder (26 %). For kvinder stiger andelen med stigende alder indtil aldersgruppen på 65-79 år, hvorefter den falder. For mænd stiger andelen med stigende alder indtil aldersgruppen på 55-64 år, hvorefter den falder igen. Hos mænd er der dog begrænset variation i forekomsten for aldersgrupperne mellem 45 og 79 år (44-47 %). Andelen med moderat overvægt er således størst blandt kvinder på 65-79 år (33 %) og mænd på 45-79 år (44-47 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med moderat overvægt er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (35 %) og mindre blandt borgere med anden vestlig baggrund (28 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (32 %).

Uddannelse: Andelen af borgere med moderat overvægt er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (39 %) og mindst blandt borgere under uddannelse (19 %), mens forekomsten blandt borgere med lang videregående uddannelse ligeledes er forholdsvis lav (29 %), især når der ses på odds ratio (OR), hvor der er justeret for køn og alder.

Erhvervstilknytning: For erhvervstilknytning ses kun små forskelle i forekomsten mellem grupperne. Andelen med moderat overvægt er størst blandt pensionister (36 %) og mindst blandt langtidssyge borgere (30 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der imidlertid ingen forskel mellem hhv. pensionister og langtidssyge borgere og borgere i beskæftigelse. Førtidspensionister er efter justering for alder og køn den eneste gruppe, hvor der ses signifikant forskel ift. borgere i beskæftigelse, idet der her ses signifikant lavere odds for moderat overvægt.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med moderat overvægt er større blandt samlevende (36 %) sammenlignet med enlige (31 %). Ligeledes er andelen lidt større blandt borgere med børn i hjemmet (32 %) sammenlignet med borgere, som ikke har børn i hjemmet (30 %).

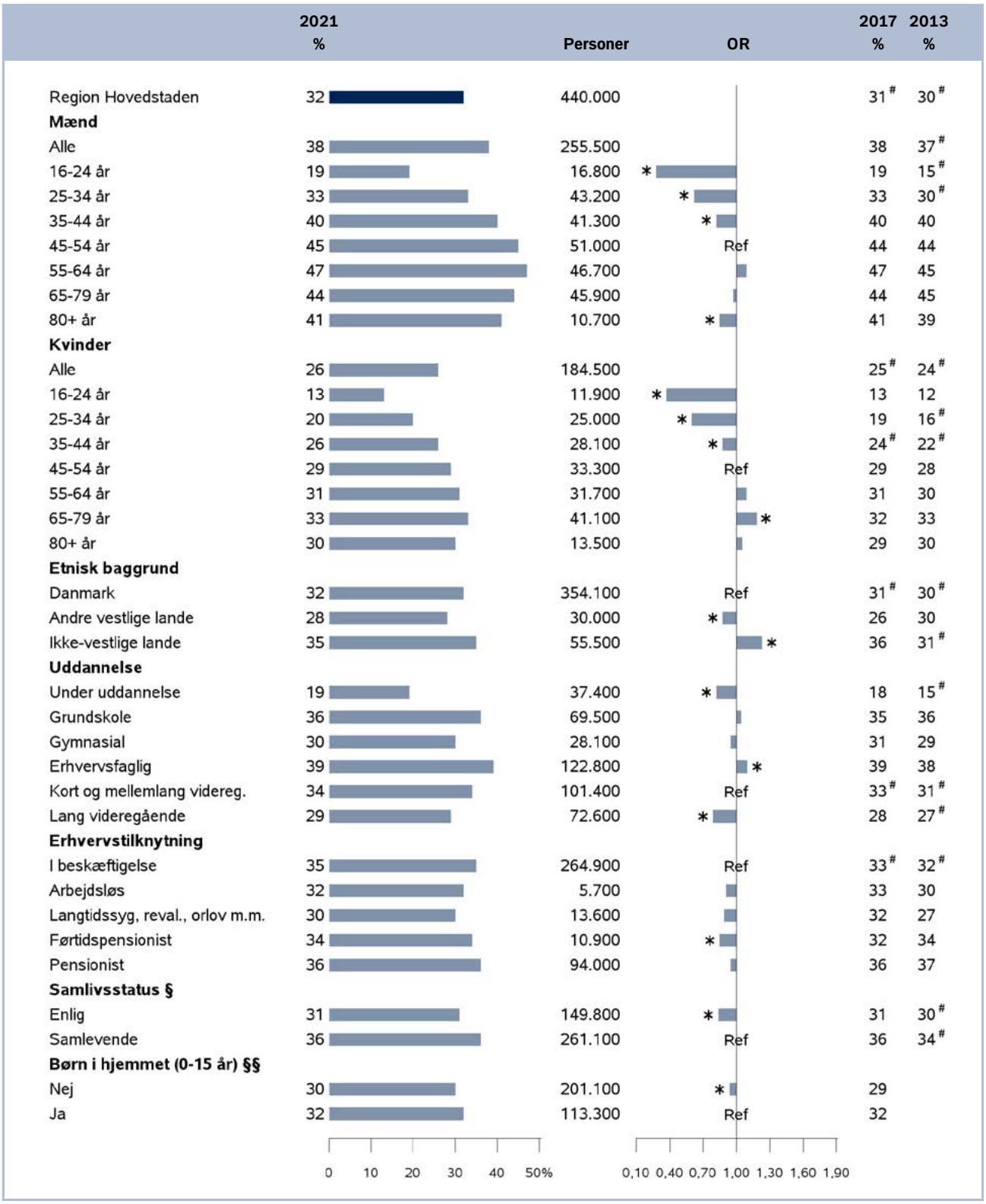
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med moderat overvægt steget gradvist fra 30 % i 2013 til 32 % i 2021. Fra 2013 til 2021 ses signifikante stigninger i flere af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 25-44-årige kvinder, borgere med ikke-vestlig baggrund og borgere under uddannelse. Fra 2017 til 2021 ses kun statistisk signifikante stigninger i et fåtal af de sociodemografiske grupper, men igen er de 35-44-årige kvinder blandt dem med den største stigning.

Moderat overvægt – kommuner

Andelen af borgere med moderat overvægt varierer fra 26 % i bydelene Amager Øst og Indre By til 39 % i Gribskov Kommune (Tabel 9.4). Nogle kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der synes dog ikke at være en social gradient. Andele under regionsgennemsnittet ses primært i Frederiksberg Kommune og i de københavnske bydele. Tilsvarende tendens ses, når der justeres for fordelingen af køn og alder.

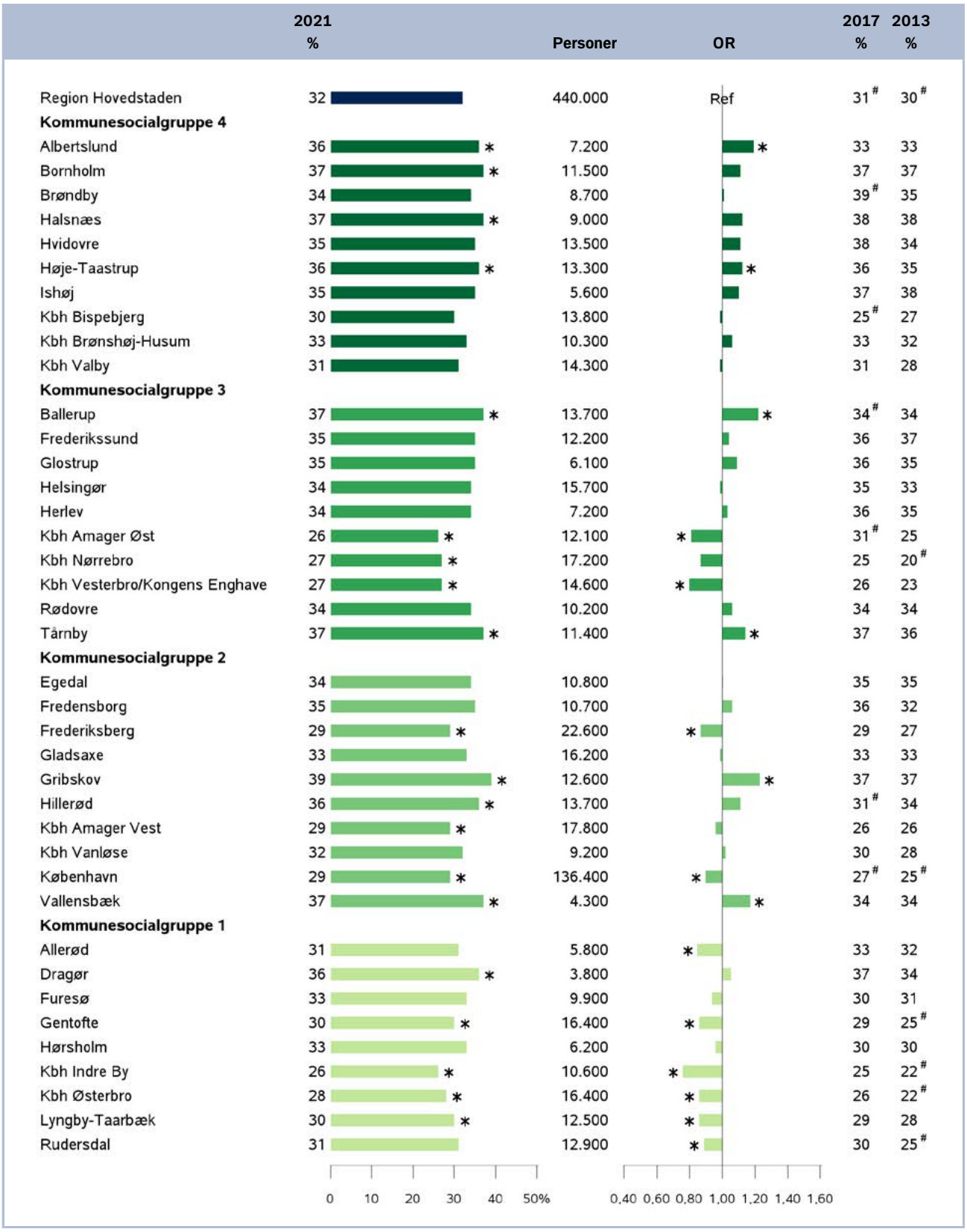
Udvikling: I tråd med den overordnede tendens i regionen ses der for et fåtal af kommuner og bydele også signifikante stigninger i forekomsten af moderat overvægt fra 2013 til 2021. Den største stigning ses i bydelen Nørrebro. Fra 2017 til 2021 er der også sket statistisk signifikante stigninger i enkelte kommuner og bydele, især i bydelen Bispebjerg og Hillerød Kommune. Men det bør også bemærkes, at der i enkelte kommuner og bydele er sket et fald i forekomsten siden 2017. Dette gælder i Brøndby Kommune og bydelen Amager Øst.

Tabel 9.3 **Moderat overvægt – region**



Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.4 **Moderat overvægt – kommuner**



Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

9.3 Svær overvægt

I dette afsnit beskrives svær overvægt. Tilsvarende opgørelser for overvægt (moderat eller svær overvægt) og svær overvægt klasse II (BMI: 35,0-39,9), samt svær overvægt klasse III (BMI: >40) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W9.1-9.6).

For svær overvægt klasse II og klasse III ses det, at der er en højere forekomst blandt kvinder end blandt mænd (Webtabel W9.3+W9.5). Derudover ses der for svær overvægt klasse II og klasse III stort set samme mønster for fordeling af forekomst på tværs af sociodemografiske grupper som for svær overvægt samlet (Tabel 9.5).

Svær overvægt – region

Andelen af borgere i Region Hovedstaden med svær overvægt er 15 % i 2021 svarende til 203.400 personer (Tabel 9.5). Denne andel er mindre end i de øvrige regioner (21).

Køn og alder: Andelen med svær overvægt er den samme for mænd og kvinder (15 %). For begge køn ses en aldersgradient, hvor andelen stiger med stigende alder indtil 64 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. Således er andelen med svær overvægt størst blandt mænd og kvinder på 55-64 år (20-21 %).

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med svær overvægt er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (17 %) og mindre blandt borgere med anden vestlig baggrund (11 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (15 %).

Uddannelse: Andelen af borgere med svær overvægt falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasiel uddannelse. Andelen er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse (24 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (8 %). Den mindste andel ses imidlertid blandt borgere, som er under uddannelse (7 %). Den samme tendens ses ved odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med svær overvægt er større blandt langtidssyge borgere (28 %) og førtidspensionister (29 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (15 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med svær overvægt er lidt større blandt enlige (17 %) sammenlignet med samlevende (16 %). Ligeledes er andelen lidt større blandt borgere, som ikke har børn i hjemmet (15 %), sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (14 %).

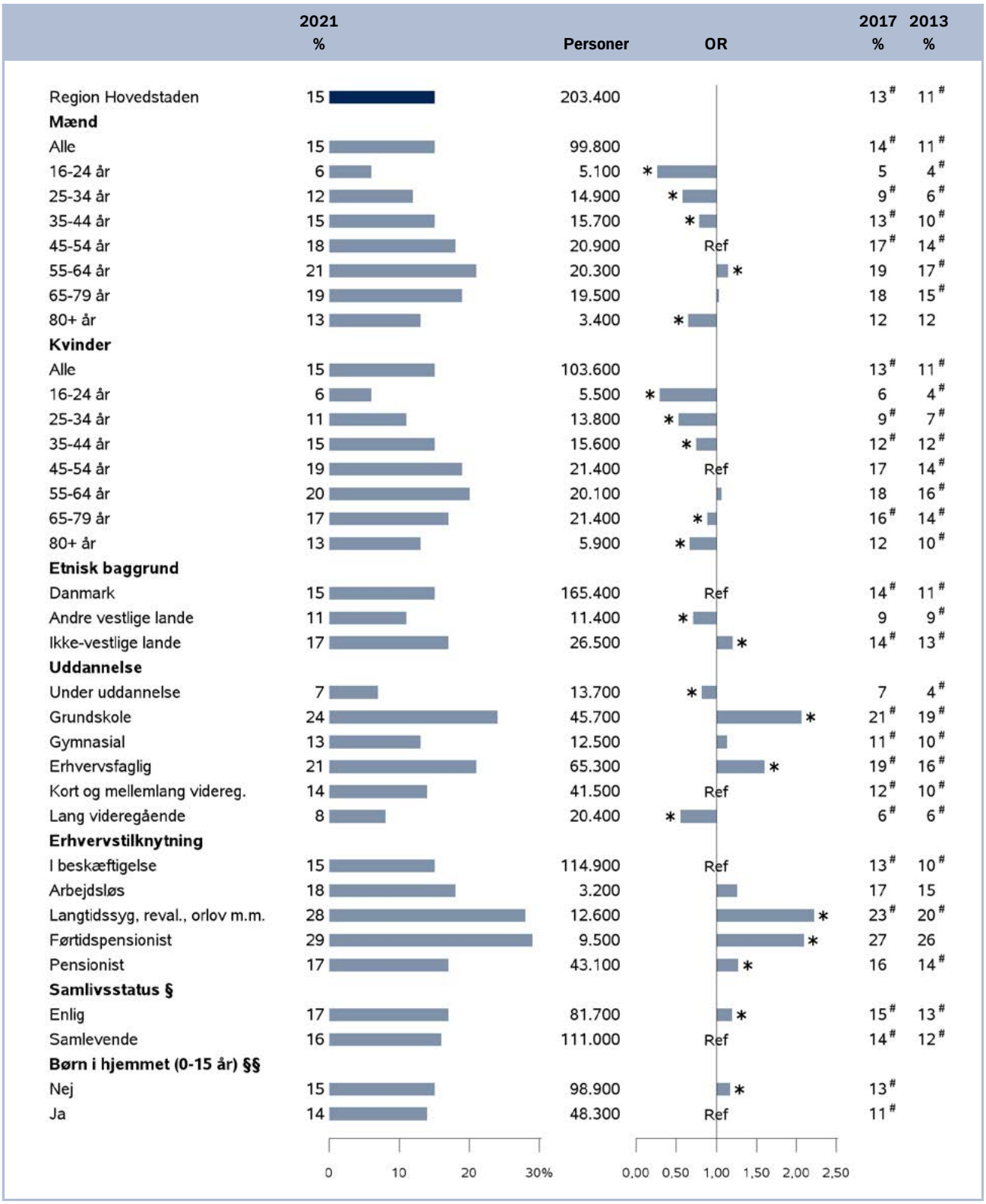
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med svær overvægt steget gradvist fra 11 % i 2013 til 15 % i 2021. I de fleste sociodemografiske grupper ses ligeledes en gradvis stigning i andelen fra 2013 til 2021. Det skal bemærkes, at der blandt mænd i alderen 25-34 år er sket en fordobling i andelen med svær overvægt fra 6 % i 2013 til 12 % i 2021. Det skal også bemærkes, at det i flere sociodemografiske grupper enten udelukkende eller især er fra 2017 til 2021, at der ses en stigning i forekomsten af svær overvægt. Det gælder især blandt langtidssyge borgere, men også for 35-44-årige kvinder, borgere med ikke-vestlig baggrund, borgere med grundskoleuddannelse og borgere med børn i hjemmet.

Svær overvægt – kommuner

Andelen af borgere med svær overvægt varierer fra 8 % i bydelen Østerbro til 25 % i Ishøj Kommune (Tabel 9.6). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. De fleste kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Derudover kan det bemærkes, at andelen i Frederiksberg Kommune og i alle de københavnske bydele, uanset kommunesocialgruppe, ligger ved eller under regionsgennemsnittet. Denne tendens er dog mindre tydelig, når der ses på odds ratio (OR), hvor der er justeret for fordelingen af alder og køn i kommuner og bydele.

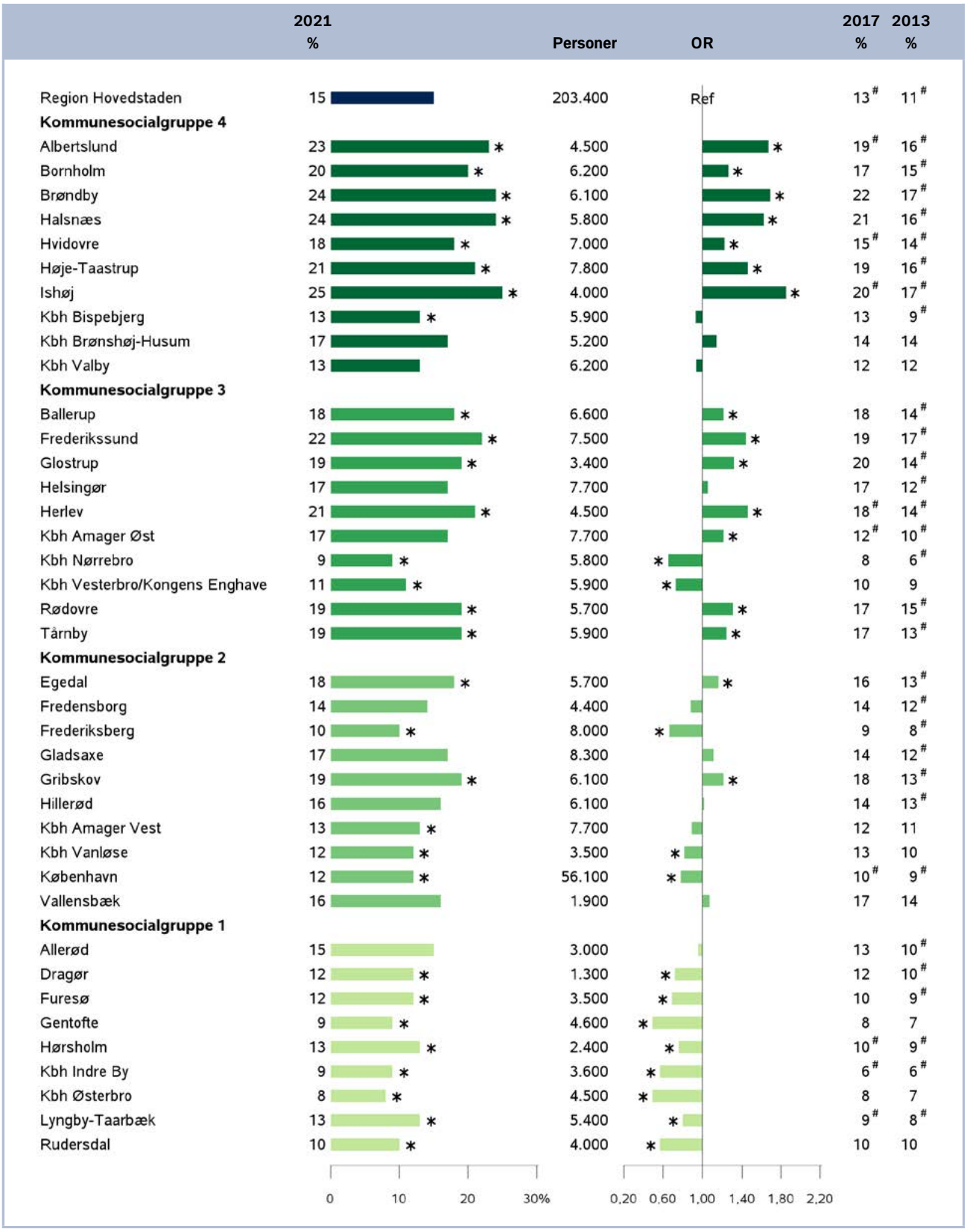
Udvikling: Fra 2013 til 2021 ses stigninger i næsten alle kommuner og i nogle bydele. I langt de fleste tilfælde er denne stigning sket gradvist, og de største stigninger ses i Halsnæs og Ishøj kommuner. Det skal bemærkes, at det i nogle kommuner og enkelte bydele enten udelukkende eller især er fra 2017 til 2021, at der ses en stigning i forekomsten af svær overvægt. Det gælder især for Ishøj og Albertslund kommuner.

Tabel 9.5 Svær overvægt – region



Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.6 **Svær overvægt – kommuner**



Baseret på 54.666 besvarelser i 2021, 57.407 besvarelser i 2017 og 43.845 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

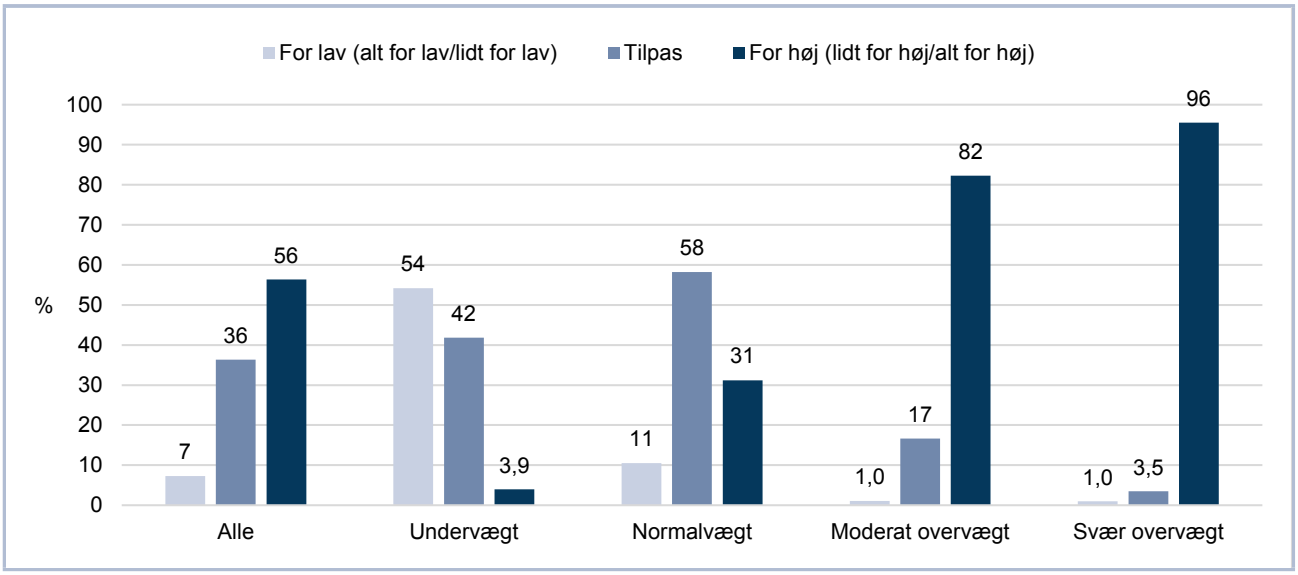
9.4 Selvvurderet vægt

Figur 9.2 viser andelen af borgere i 2021, som vurderer deres vægt som for lav (alt for lav/lidt for lav), tilpas eller for høj (lidt for høj/alt for høj), for alle borgere i regionen og fordelt på vægtgrupperne: undervægt, normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt.

Samlet set er det mere end halvdelen af borgerne (56 %), som vurderer, at deres vægt er for høj, mens 36 % vurderer, at deres vægt er tilpas, og 7 % vurderer, at deres vægt er for lav. En endnu større andel af borgerne med hhv. moderat og svær overvægt (82 % og 96 %) vurderer, at deres vægt er for høj, mens det gælder for 31 % af borgere med normalvægt og 4 % af borgere med undervægt. Blandt borgere med normalvægt er det lidt mere end halvdelen (58 %), som vurderer, at deres vægt er tilpas, mens det blandt borgere med undervægt er mindre end halvdelen (42 %). Blandt borgere med moderat og svær overvægt er det hhv. 17 % og 3 %, som vurderer deres vægt som tilpas. Blandt borgere med undervægt er det mere end halvdelen (54 %), som vurderer, at deres vægt er for lav.

Der er lidt flere kvinder med moderat overvægt, som vurderer, at deres vægt er for høj (89 %) sammenlignet med mænd med moderat overvægt (77 %), mens lige mange mænd og kvinder med svær overvægt vurderer, at deres vægt er for høj (96 %) (resultater ikke vist).

Figur 9.2 Selvvurderet vægt og vægtgrupper
Spørgsmål: "Hvordan vurderer du selv din vægt?"



Baseret på 54.606 besvarelser i 2021.
Baseret på data indsamlet af CKFF i 2021.

9.5 Flere samtidige risikofaktorer

9.5.1 Svær overvægt og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med svær overvægt (Tabel 9.7). Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Det ses, at forekomsten af de fleste af risikofaktorerne er højere blandt borgere med svær overvægt sammenlignet med regionen som helhed. For eksempel er forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred over halvanden gang højere blandt borgere med svær overvægt sammenlignet med hele regionen. Det ses også, at andelen med usundt kostmønster og lav fysisk aktivitet er cirka halvanden gang større blandt borgere med svær overvægt sammenlignet med regionen som helhed. Derudover er mere end 40 % af borgere med svær overvægt meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet eller har vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter sammenlignet med ca. 30 % i regionen som helhed.

Tabel 9.7 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med svær overvægt sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Svær overvægt %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	9*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	19*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	28*	16
Meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet	42*	29
Vedvarende eller hyppigt tilbagevendende smerter	46*	32
Ensomhed	15*	13
Høj score på stressskala	34*	30
Daglig rygning	14*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	7	7
Usundt kostmønster	21*	14
Lav fysisk aktivitet	32*	18
Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer	60*	62
Meget generet af søvnproblemer	19*	14

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

9.6 Motivation for vægttab

I dette afsnit beskrives antallet og andelen af borgere, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp hertil.

Ændring i opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2017 blev ønske om vægttab og hjælp til vægttab opgjort blandt borgere med overvægt, dvs. moderat eller svær overvægt. Dette er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor motivation for vægttab opgøres for flere forskellige vægtgrupper, mens de fleste af opgørelserne fokuserer på borgere med svær overvægt.

Figur 9.3 viser *antallet* af borgere i en given vægtgruppe, *antallet*, som gerne vil tabe sig og *antallet*, som ønsker hjælp dertil. Denne figur giver yderligere en indikation af *andelen*, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp dertil. For de præcise antal og andele henvises til webtabel W9.7, og tilsvarende opgørelse blandt borgere med svær overvægt klasse I, II og III (Webtabel W9.8) kan også findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

I 2021 vil 189.200 borgere med svær overvægt gerne tabe sig svarende til 93 % af de 203.400 borgere med svær overvægt. I alt 355.200 borgere med moderat overvægt ønsker at tabe sig svarende til 81 % af dem med moderat overvægt. For ønske om hjælp til vægttab blandt borgere, som ønsker at tabe sig, er antallet lidt større for borgere med moderat overvægt (129.500 borgere) end for borgere med svær overvægt (108.200 borgere).

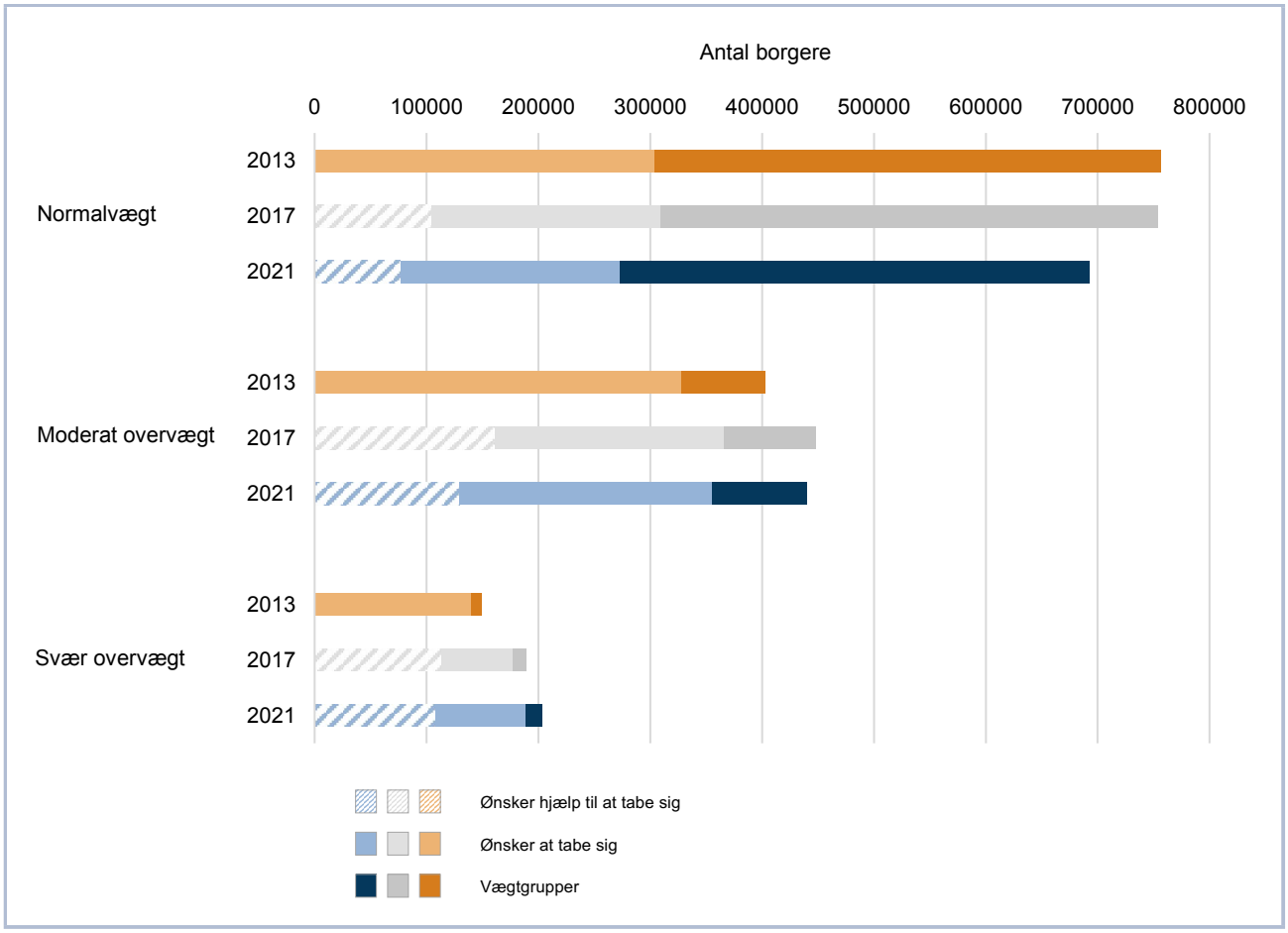
Af figur 9.3 og webtabel W9.7 kan det dog også ses, at andelen i 2021, som ønsker at tabe sig, er over 80 % blandt borgere med hhv. moderat og svær overvægt sammenlignet med 40 % blandt borgere med normalvægt. For ønske om hjælp til vægttab er andelen størst for borgere med svær overvægt (58 %), mens den er mindre blandt borgere med moderat overvægt (37 %) og endnu mindre blandt borgere med normalvægt (28 %). Der

er således et særligt behov og forebyggelsespotentiale blandt borgere med svær overvægt.

Webtabel W9.7 viser desuden, at andelen, som gerne vil tabe sig blandt borgere med hhv. moderat og svær overvægt, er ret stabil i perioden 2013 til 2021. Til gengæld ses et fald i andelen, som ønsker hjælp til vægttab, blandt borgere, som gerne vil tabe sig. Det skal bemærkes, at blandt borgere med svær overvægt er antallet, som ønsker hjælp til vægttab stort set uændret fra 2017 til 2021.

Undervægt er ikke med i figur 9.3, da forekomsten af ønske om vægttab og ønske om hjælp dertil er så lav, at den ikke kan vises i figuren.

Figur 9.3 Antal, som gerne vil tabe sig, og som ønsker hjælp hertil, blandt borgere i forskellige vægtgrupper
Spørgsmål: "Vil du gerne tabe dig?" og "Hvis du vil tabe dig, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?"



Forekomsten af vægtgrupper og forekomsten af ønske om at tabe sig er baseret på data indsamlet på CKFF og SIF i 2021, 2017 og 2013.
Forekomsten af ønske om hjælp til at tabe sig er baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017. Der er ikke data for ønske om hjælp for 2013.
Uoverensstemmelse mellem udvikling i estimeret andel og antal med moderat overvægt fra 2017 til 2021 skyldes, at antal besvarelser uden oplysning om BMI er højere i 2021 end i de andre år, hvilket især påvirker beregningen af estimerede antal personer.

Ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt – region

Blandt borgere med svær overvægt er der 93 %, som i 2021 gerne vil tabe sig svarende til 189.200 personer (Tabel 9.8).

Køn og alder: Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er ens for mænd og kvinder (93 %). For begge køn ses kun små variationer i andelen for aldersgrupperne mellem 16 og 64 år (mænd: 91-97 %; kvinder: 96-98 %). Herefter falder andelen for begge køn med stigende alder. Således ses den laveste forekomst blandt de 80+ årige (mænd: 70 %; kvinder: 61 %).

Etnisk baggrund: Der er ikke signifikant forskel mellem etniske grupper i andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændrer tendensen sig imidlertid, idet der ses signifikant lavere odds blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse (87 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er mindre blandt førtidspensionister (91 %) og pensionister (83 %) end blandt borgere i beskæftigelse (97 %). Andelen kan ikke opgøres for arbejdsløse pga. for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er større blandt samlevende (95 %) sammenlignet med enlige (91 %), mens der ikke er signifikant forskel i andelen mellem borgere med eller uden børn i hjemmet.

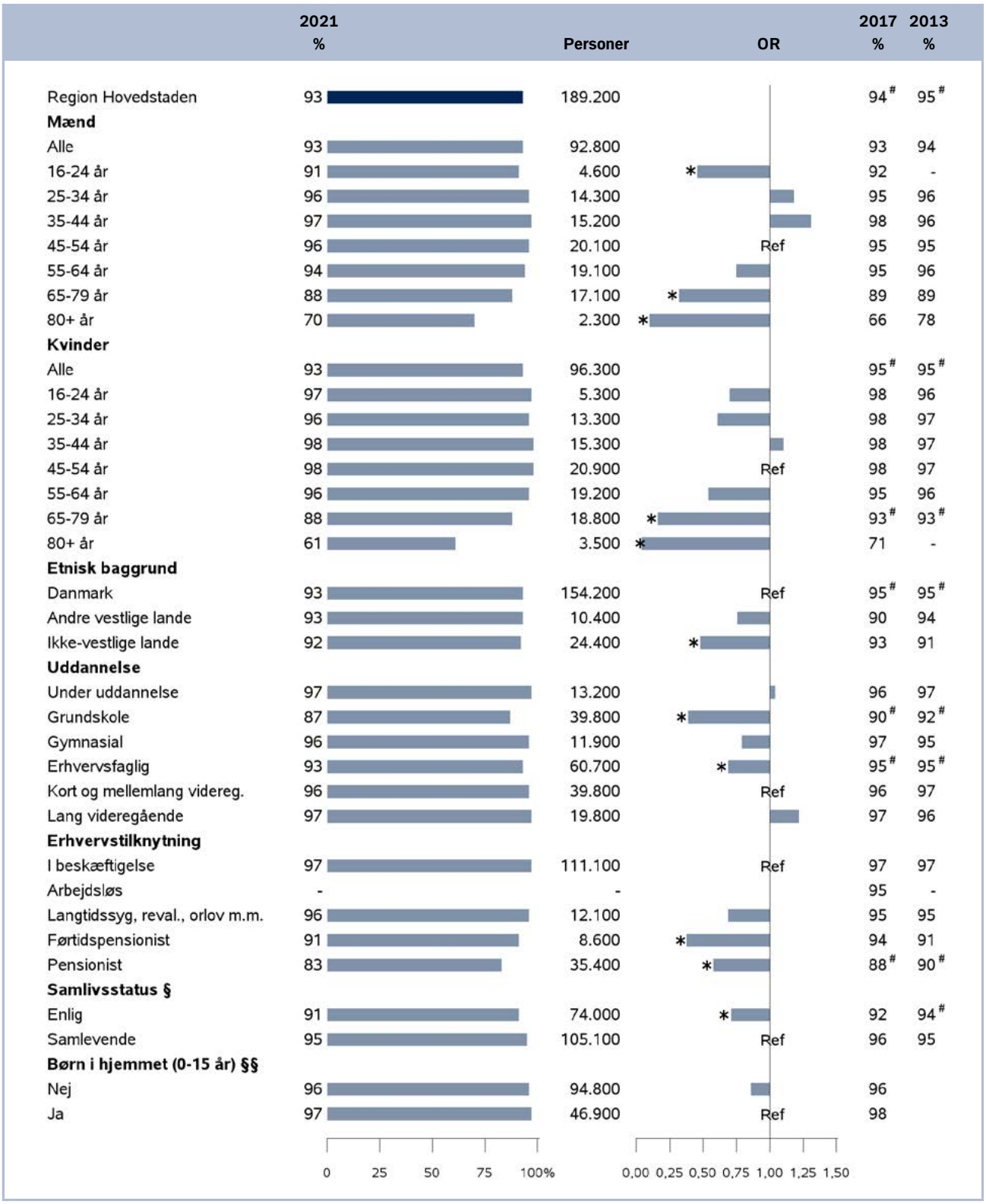
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, faldet fra 95 % i 2013 og 94 % i 2017 til 93 % i 2021. Der ses et fald i nogle af de sociodemografiske grupper, og for flere af disse grupper er faldet sket fra 2017 til 2021. De største signifikante fald ses blandt kvinder på 65-79 år og pensionister.

Ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt – kommuner

Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, varierer ganske lidt på tværs af kommuner og bydele fra 89 % i Ishøj Kommune til 96 % i bydelen Valby samt i Frederiksberg og Gentofte kommuner (Tabel 9.9).

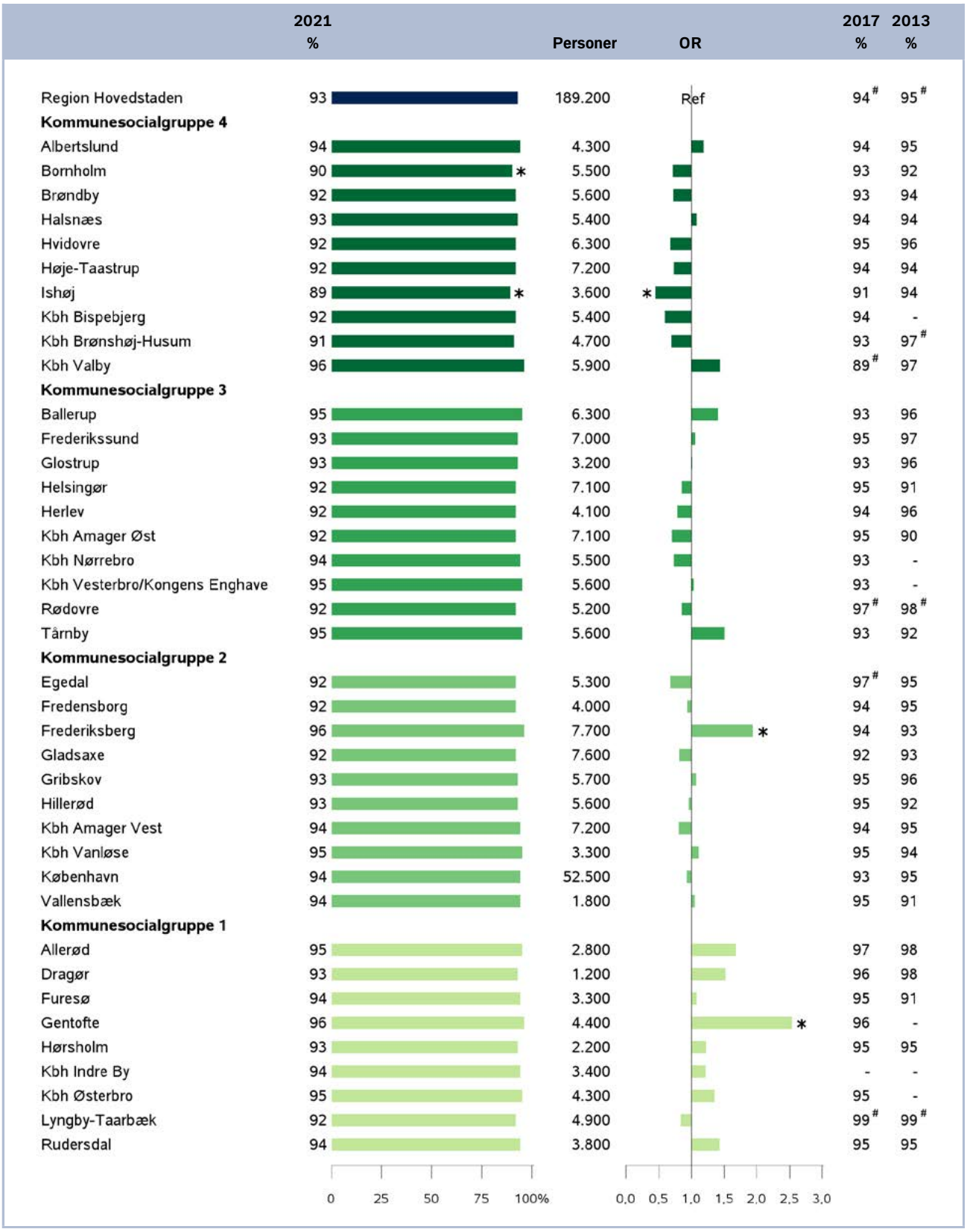
Udvikling: Andelen af borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er ikke statistisk signifikant ændret i størstedelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2021. I de få kommuner og bydele, hvor der er sket signifikante ændringer, ses det overvejende i form af et fald fra 2017 til 2021, hvor det det største fald ses i Lyngby-Taarbæk Kommune, som var den kommune med den største andel i 2017 (99 %). Der ses en enkelt signifikant stigning i andelen fra 2017 til 2021 i bydelen Valby, som dog også var den bydel med det største fald mellem 2013 og 2017. Således er andelen i bydelen Valby næsten den samme i 2021 som i 2013.

Tabel 9.8 Ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt – region



Baseret på 8.576 besvarelser i 2021, 8.182 besvarelser i 2017 og 5.217 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.9 Ønske om vægttab blandt borgere med svær overvægt – kommuner



Baseret på 8.576 besvarelser i 2021, 8.182 besvarelser i 2017 og 5.217 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Ønske om hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker vægttab – region

I 2021 er der 58 %, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig svarende til 108.200 personer (Tabel 9.10).

Køn og alder: Andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er større blandt kvinder (64 %) sammenlignet med mænd (51 %). Blandt både mænd og kvinder er andelen størst i aldersgrupperne 25-44 år (mænd: 61 %; kvinder: 70-72 %). Hos kvinder er der dog kun små variationer i andelen mellem 16 og 54 år (68-72 %). For begge køn falder andelen med stigende alder fra 45 år.

Etnisk baggrund: Andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (66 %) og anden vestlig baggrund (62 %) sammenlignet med borgere med dansk baggrund (56 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der dog ikke statistisk signifikant forskel mellem borgere med anden vestlig baggrund og borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Der ses generelt kun mindre forskelle mellem uddannelsesgrupperne i andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig. Imidlertid er andelen størst blandt borgere under uddannelse (65 %) og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse (54 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke længere statistisk signfikant forskel mellem uddannelsesgrupperne. Det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den højere forekomst, som ses blandt borgere under uddannelse, og noget af den lavere forekomst, som ses blandt borgere med grundskoleuddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er størst blandt langtidssyge borgere (69 %) og mindst blandt pensionister (44 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er det imidlertid kun langtidssyge borgere, som adskiller sig signifikant fra borgere i beskæftigelse. Andelen for arbejdsløse kan ikke opgøres på grund af for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke signifikant forskel mellem enlige og samlevende i andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig. Der ses en større andel blandt borgere med børn i hjemmet (65 %) sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet, men når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er der ikke længere forskel mellem disse grupper.

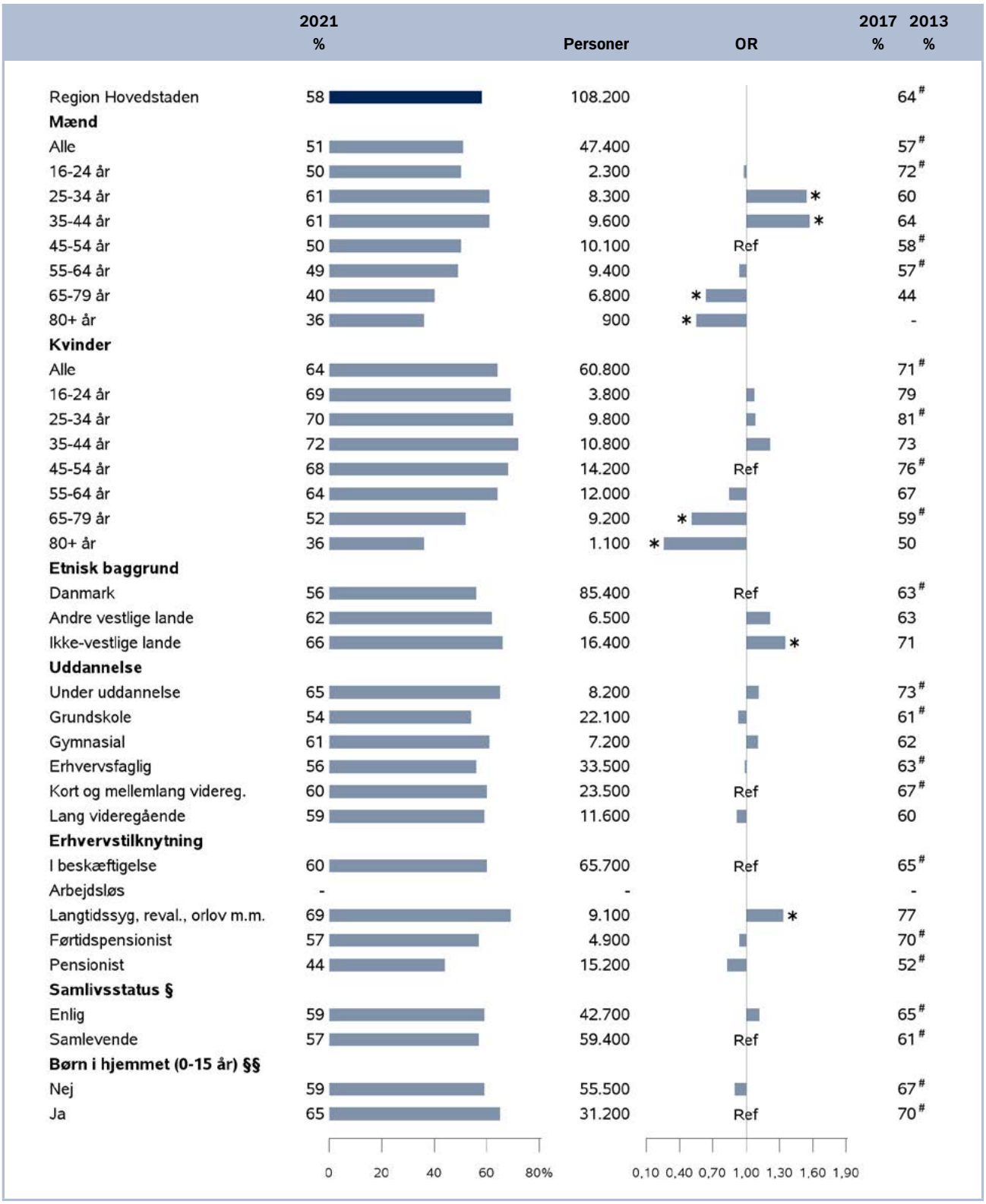
Udvikling: Andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, er faldet fra 64 % i 2017 til 58 % i 2021. Som nævnt indledningsvist i beskrivelsen, svarer de 58 % i 2021 til 108.200 personer. I 2017 svarer 64 % til 113.500 personer (Webtabel W.9.7). Dette viser, at selvom andelen er faldet markant, er selve antallet af personer, som ønsker hjælp til vægttab, ikke ændret nævneværdigt. Ligesom for regionen som helhed ses signifikante fald i andelen i mere end halvdelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt de 16-24-årige mænd.

Ønske om hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker vægttab – kommuner

Andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, varierer fra 46 % i Bornholms Regionskommune til 66 % i bydelen Bispebjerg, som begge indgår i kommunesocialgruppe 4 (Tabel 9.11). Der ses ikke en social gradient på tværs af kommuner og bydele, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

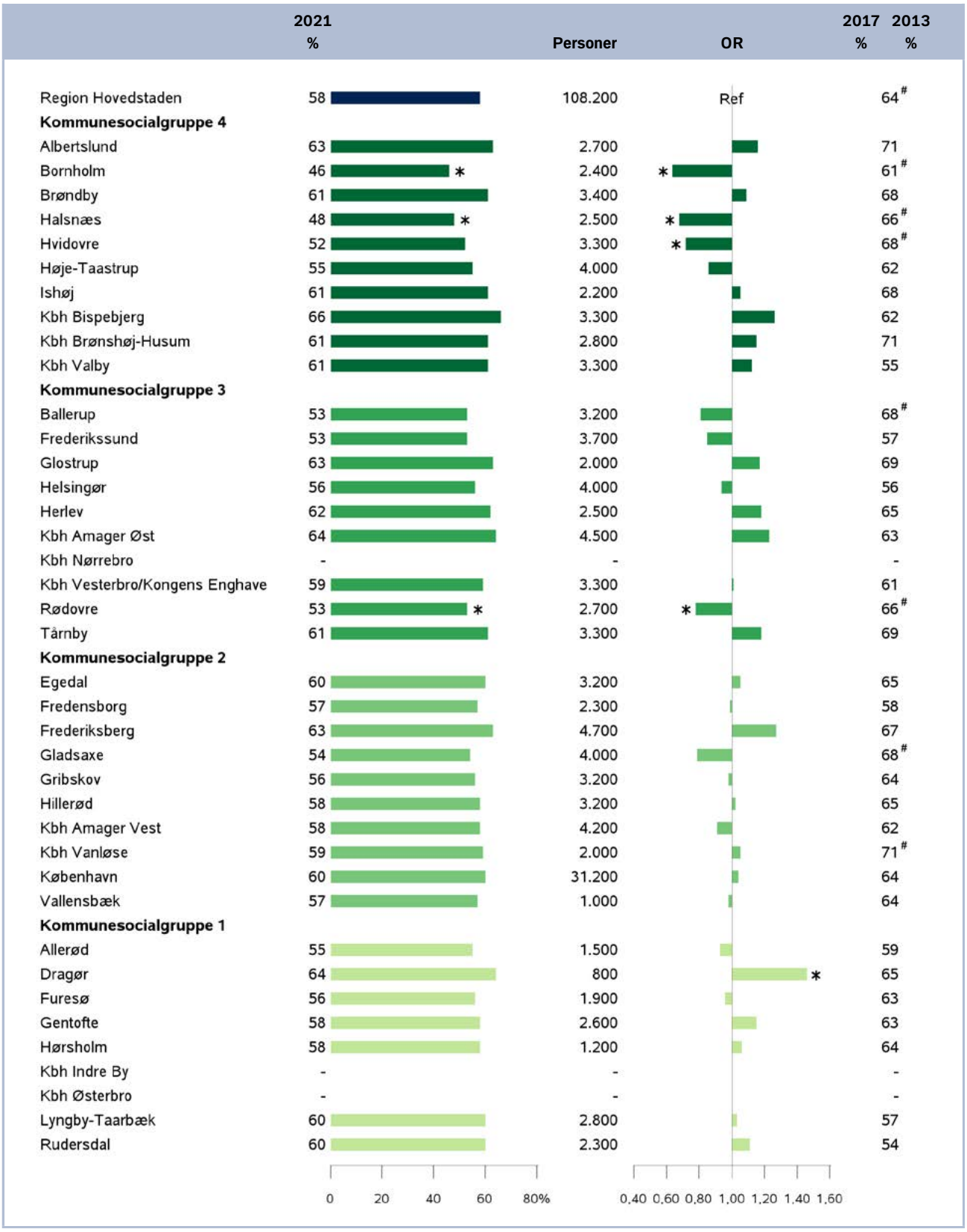
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen, som ønsker hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker at tabe sig, ikke statistisk signifikant ændret fra 2017 til 2021. Der ses imidlertid tendens til et fald i flere kommuner og bydele, men faldet er kun signifikant i enkelte kommuner og bydele. Signifikante fald ses udelukkende i kommunesocialgruppe 2-4 med det største fald i Halsnæs Kommune. Selvom der ses et fald i andelen, som ønsker hjælp til vægttab, skal det bemærkes, at antallet af borgere med svær overvægt, som ønsker hjælp til vægttab i en given kommune/bydel, ikke nødvendigvis er faldet. Dette kan bl.a. forekomme i de kommuner/bydele, hvor forekomsten af svær overvægt er steget i samme periode.

Tabel 9.10 **Ønske om hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker vægttab – region**



Baseret på 7.517 besvarelser i 2021 og 7.238 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.11 Ønske om hjælp til vægttab blandt borgere med svær overvægt, som ønsker vægttab – kommuner



Baseret på 7.517 besvarelser i 2021 og 7.238 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

9.7 Forebyggelse af svær overvægt

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd bl.a. den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individrettede forebyggelse og har fokus på borgere med svær overvægt, som har fået råd fra egen læge om at tabe sig og på borgere med svær overvægt, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner og/eller motionsvaner inden for det seneste år.

Ændring i opgørelser siden Sundhedsprofil 2017:
I Sundhedsprofil 2017 blev råd om vægttab fra egen læge opgjort blandt borgere med overvægt, dvs. dem med moderat eller svær overvægt. Dette er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor råd om vægttab opgøres blandt borgere med svær overvægt.

Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kost- og motionsvaner, blev ikke opgjort for overvægt i Sundhedsprofil 2017. I Sundhedsprofil 2021 opgøres dette blandt borgere med svær overvægt, fordi behandling og forebyggelse af overvægt i høj grad består af regelmæssgig fysisk aktivitet og sund/varieret kost.

9.7.1 Råd om vægttab fra egen læge

Råd om vægttab fra egen læge opgøres blandt borgere med svær overvægt, som har været ved egen læge inden for det seneste år.

Spørgsmål, som danner baggrund for afsnittet:
- Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

Råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt – region

I 2021 er 35 % af borgerne med svær overvægt blevet rådet til at tabe sig af egen læge svarende til 53.600 personer (Tabel 9.12).

Køn og alder: Blandt borgere med svær overvægt er andelen, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge, større blandt mænd (41 %) sammenlignet med kvinder (30 %). Blandt både mænd og kvinder er andelen størst i alderen 55-64 år (mænd: 49 %; kvinder: 36 %). Hos kvinder ses den mindste andel blandt de 80+ årige, mens den mindste andel hos mænd ses blandt de 80+ årige og de 25-34-årige. Resultater for mænd mellem 16-24 år kan ikke vises pga. for få besvarelser.

Etnisk baggrund: Andelen, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (42 %) og mindst blandt borgere med dansk baggrund (33 %).

Uddannelse: Andelen, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, er større blandt borgere med hhv. grundskole, gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse (36-40 %) sammenlignet med andelen blandt borgere under uddannelse og borgere med videregående uddannelse (28-30 %).

Erhvervstilknytning: Andelen, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, er størst blandt langtidssyge borgere (47 %) og mindst blandt pensionister og borgere i beskæftigelse (31-34 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er det kun langtidssyge borgere, som adskiller sig signifikant fra borgere i beskæftigelse. Resultater for arbejdsløse er ikke vist pga. for få besvarelser.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Der er ikke forskel på andelen af enlige og samlevende, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt. Til gengæld ses en større andel blandt borgere uden børn i hjemmet (37 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (32 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, er der imidlertid ikke længere forskel mellem borgere med og uden børn i hjemmet.

Udvikling: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, er faldet fra 43 % i 2013 til 35 % i 2021. Der ses et større fald fra 2013 til 2017 end fra 2017 til 2021. Fra 2013 til 2021 ses et fald i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Dette fald er, tilsvarende regionen som helhed, overvejende sket i perioden fra 2013 til 2017. I enkelte grupper ses der imidlertid også fald i andelen fra 2017 til 2021, som er størst blandt førtidspensionister. Det største fald fra 2013 til 2021 ses blandt pensionister.

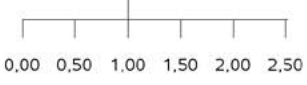
Råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt – kommuner

Andelen af borgere, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 28 % i Ishøj Kommune og bydelen Amager Vest til 43 % i Albertslund Kommune (Tabel 9.13). Selvom der tilsyneladende er betydelig variation i andelen på tværs af kommuner og bydele, så viser statistiske analyser, at variationen ikke er statistisk signifikant, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele (resultater ikke vist).

Udvikling: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge blandt borgere med svær overvægt, er ikke statistisk signifikant ændret i de fleste kommuner og bydele fra 2013 til 2021. I nogle kommuner og bydele ses der imidlertid et signifikant fald i andelen, som i flere tilfælde er sket mellem 2013 og 2017. Det største fald fra 2013 til 2021 ses i Rudersdal Kommune, som var den kommune med den største andel i 2013 (55 %). Fra 2017 til 2021 ses kun en signifikant ændring i andelen i Ishøj og Halsnæs kommuner, hvor der ses et fald.

Tabel 9.12 Råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt – region

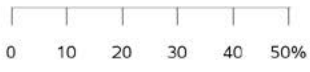
	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	35	53.600		37#	43#
Mænd					
Alle	41	29.200		41	49#
16-24 år	-	-		-	-
25-34 år	32	2.600	*	24	-
35-44 år	36	3.600		33	47#
45-54 år	42	6.400	Ref	49#	46
55-64 år	49	8.000	*	49	59#
65-79 år	41	6.800		46	53#
80+ år	31	900	*	24	-
Kvinder					
Alle	30	24.400		33#	38#
16-24 år	30	1.200		36	42
25-34 år	26	3.000		27	27
35-44 år	27	3.300		30	35#
45-54 år	31	5.300	Ref	35	39#
55-64 år	36	5.900		39	40
65-79 år	29	5.200		32	44#
80+ år	12	600	*	20	-
Etnisk baggrund					
Danmark	33	42.400	Ref	37#	43#
Andre vestlige lande	38	3.000		31	37
Ikke-vestlige lande	42	8.100	*	42	48
Uddannelse					
Under uddannelse	29	2.400		31	31
Grundskole	36	13.000	*	41#	48#
Gymnasial	40	3.500	*	36	43
Erhvervsfaglig	38	19.300	*	38	45#
Kort og mellemlang videreg.	30	9.800	Ref	35#	40#
Lang videregående	28	4.000		29	37#
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	34	29.300	Ref	35	40#
Arbejdsløs	-	-		-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	47	5.100	*	46	55
Førtidspensionist	40	3.100		50#	47
Pensionist	31	11.200		37#	47#
Samlivsstatus §					
Enlig	35	21.400		38	44#
Samlevende	35	30.000	Ref	36	43#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	37	26.800		39	
Ja	32	11.400	Ref	31	

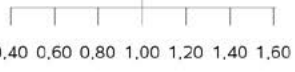


Baseret på 6.818 besvarelser i 2021, 6.901 besvarelser i 2017 og 4.374 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i den sociodemografiske gruppe (-).
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 9.13 **Råd fra egen læge om vægttab blandt borgere med svær overvægt – kommuner**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	35	53.600	Ref	37 #	43 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	43 *	1.500	*	43	39
Bornholm	35	1.700		41	46 #
Brøndby	39	1.900		36	45
Halsnæs	35	1.600		44 #	39
Hvidovre	36	1.800		39	44
Høje-Taastrup	32	1.900		30	36
Ishøj	28	900		41 #	38
Kbh Bispebjerg	33	1.500		27	-
Kbh Brønshøj-Husum	41	1.600		35	44
Kbh Valby	42	1.800		32	-
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	35	1.700		36	38
Frederikssund	36	2.100		35	47 #
Glostrup	32	900		28	42
Helsingør	37	2.400		41	47
Herlev	37	1.300		36	40
Kbh Amager Øst	30	1.600		31	-
Kbh Nørrebro	-	-		-	-
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	-	-		-	-
Rødovre	34	1.500		34	42
Tårnby	31	1.400		38	34
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	41 *	1.800		37	38
Fredensborg	35	1.200		44	49 #
Frederiksberg	39	2.300		43	41
Gladsaxe	36	2.200		40	42
Gribskov	37	1.700		40	42
Hillerød	37	1.700		30	46
Kbh Amager Vest	28	1.600		30	44 #
Kbh Vanløse	29	700		33	-
København	32 *	13.000	*	32	43 #
Vallensbæk	37	500		35	45
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	38	900		42	49
Dragør	30	300		28	-
Furesø	33	900		34	44
Gentofte	35	1.300		44	-
Hørsholm	35	600		44	-
Kbh Indre By	-	-		-	-
Kbh Østerbro	-	-		-	-
Lyngby-Taarbæk	35	1.400		47	-
Rudersdal	33	1.000		38	55 #





Baseret på 6.818 besvarelser i 2021, 6.901 besvarelser i 2017 og 4.374 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
Tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

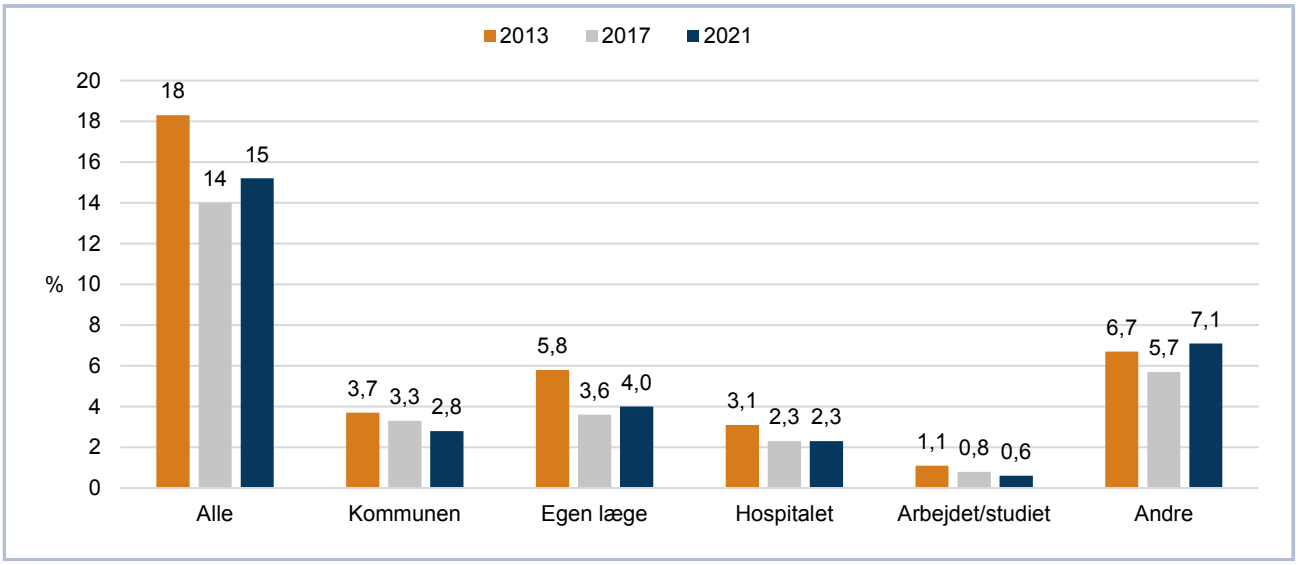
Tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller motionsvaner

Borgerne i Region Hovedstaden er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner eller motionsvaner fra forskellige instanser i samfundet. Den samme borger kan således have taget imod tilbud fra flere instanser og dermed indgå flere steder i figur 9.4. Andelen, som har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller ændring af motionsvaner, opgøres blandt borgere med svær overvægt.

Figur 9.4 viser, at i 2021 har i alt 15 % af borgere med svær overvægt taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller motionsvaner fra en eller flere instanser. Dette svarer til 30.200 personer (resultater ikke vist). Hvis der ses på de forskellige instanser, så er der flest borgere med svær overvægt, som har taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner og/eller motionsvaner fra andre instanser end dem, som specifikt er nævnt (7,1 %), efterfulgt af egen læge (4,0 %) og kommunen (2,8 %) (Figur 9.4). Andelen, som har taget imod tilbud fra en eller flere instanser, er lidt større i 2021 end i 2017, men stadig markant mindre end i 2013. Der ses også en tendens til et fald i andelen fra 2013 til 2021 for tilbud om hjælp fra kommunen, egen læge, hospitalet, og arbejdet/studiet; der er dog i flere tilfælde tale om små forskelle mellem årene.

Figur 9.4 Taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner og/eller ændring af motionsvaner blandt borgere med svær overvægt

Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner?" og "Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af motionsvaner?"



Baseret på 7.957 besvarelser i 2021, 7.494 besvarelser i 2017 og 4.509 besvarelser i 2013.
Baseret på data indsamlet på i 2021, 2017 og 2013.
Alle-kategorien er mindre end summen af de øvrige kategorier, fordi man kan svare ja til flere af spørgsmålene om at have taget mod tilbud om hjælp, f.eks. både fra kommune og egen læge, og dermed indgå i begge søjler. I alle-kategorien tæller hver person kun med én gang.

9.8 Litteratur

1. World Health Organization. Obesity and overweight [Internet]. Fact sheets. 2021 [henvist 13. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

2. World Health Organization Regional Office for Europe. Body mass index - BMI [Internet]. [henvist 13. januar 2021]. Tilgængelig hos: https://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi

3. González-Muniesa P, Mártinez-González M-A, Hu FB, Després J-P, Matsuzawa Y, Loos RJF, m.fl. Obesity. Nat Rev Dis Primers. 5. juni 2017;3(1):17034.

4. Pedersen CH, Norman K, Christensen S, Skov LR, Curtis T. 12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet - den gode kommunale model - Anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer. København: Sund By Netværket og Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2009.

5. Kim D. Predictors of obesity. I: Mehrzad R, redaktør. Obesity: global impact and epidemiology. 1. udg. San Diego: Elsevier; 2020.

6. Burki T. European Commission classifies obesity as a chronic disease. Lancet Diabetes Endocrinol. juli 2021;9(7):418.

7. Field AE, Coakley EH, Must A, Spadano JL, Laird N, Dietz WH, m.fl. Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10-year period. Arch Intern Med. 9. juli 2001;161(13):1581–6.

8. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: a systematic review and meta-analysis. JAMA. 2. januar 2013;309(1):71–82.

9. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. Diabetes Obes Metab. februar 2021;23 Suppl 1:3–16.

10. Sørensen TIA, Pedersen BK, Sandbæk A, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Videnråd for Forebyggelse; 2015 s. 1–76.

11. World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Tecnical Report Series; 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.

12. Puhl R, Suh Y. Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment. Curr Obes Rep. juni 2015;4(2):182–90.

13. Flachs EM, Eriksen L, Koch M, Ryd J, Dibba E, Skov-Ettrup L, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sundhedsstyrelsen; 2015.

14. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen; 2016.

15. Bramming M, Jørgensen MB, Christensen AI, Lau CJ, Egan KK, Tolstrup JS. BMI and Labor Market Participation: A Cohort Study of Transitions Between Work, Unemployment, and Sickness Absence. Obesity; Silver Spring. oktober 2019;27(10):1703–10.

16. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

17. Sundhedsstyrelsen. Livsstilsintervention ved svær overvægt - anbefalinger for tilbud til børn og voksne. Sundhedsstyrelsen; 2021.

18. Jakobsen G, Sølvhøj I, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. Center for Interventionsforskning, SDU, Statens Institut for Folkesundhed; 2020.

19. KL. Forebyggelse for fremtiden: KL's udspil om sundhedsfremme og forebyggelse. 1. udgave. København: KL; 2018.

20. Bruun J, Bjerregaard L, Due P, Heitmann B, Høy T, Kierkegaard L, m.fl. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. København: Videnråd for Forebyggelse; 2021 s. 1–220.

21. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

22. HAR Jensen, M Davidsen, O Ekholm, AI Christensen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

23. Socialstyrelsens Kontor for ældre og demens. Faglige anbefalinger og beskrivelser af god praksis for ernæringsindsats til ældre med uplanlagt vægttab. Odense: Socialstyrelsen; 2015.

24. Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, m.fl. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. Clin Nutr. december 2002;21(6):461–8.

25. Socialstyrelsen, Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse på ældreområdet: håndbog til kommunerne. Sundhedsstyrelsen; 2015.

26. Cao S, Moineddin R, Urquia ML, Razak F, Ray JG. J-shapedness: an often missed, often miscalculated relation: the example of weight and mortality. J Epidemiol Community Health. 1. juli 2014;68(7):683–90.

27. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark: Country Health Profile 2021. Paris: OECD Publishing; 2021.

28. NCD Risk Factor Collaboration (NCD-RisC). Heterogeneous contributions of change in population distribution of body

mass index to change in obesity and underweight. Friedenreich CM, Franco E, Capewell S, redaktører. eLife. 9. marts 2021;10:e60060.

29. Matthiessen J, Biltoft-Jensen AP, 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(3).

30. Lin AL, Vittinghoff E, Olgin JE, Pletcher MJ, Marcus GM. Body Weight Changes During Pandemic-Related Shelter-in-Place in a Longitudinal Cohort Study. JAMA Network Open. 22. marts 2021;4(3):e212536.

31. Mulugeta W, Desalegn H, Solomon S. Impact of the COVID-19 pandemic lockdown on weight status and factors associated with weight gain among adults in Massachusetts. Clinical Obesity. 2021;11(4):e12453.

32. Giacalone D, Frøst MB, Rodríguez-Pérez C. Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. Front Nutr. 8. december 2020;7.

33. Flanagan EW, Beyl RA, Fearnbach SN, Altazan AD, Martin CK, Redman LM. The Impact of COVID-19 Stay-At-Home Orders on Health Behaviors in Adults. Obesity (Silver Spring). februar 2021;29(2):438–45.

34. Maukonen M, Männistö S, Tolonen H. A comparison of measured versus self-reported anthropometrics for assessing obesity in adults: a literature review. Scand J Public Health. 1. juli 2018;46(5):565–79.

Kapitel 10

Søvn

- I 2021 er 14 % af borgerne i Region Hovedstaden meget generet af søvnproblemer, 13 % får aldrig eller næsten aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet, 19 % er meget generet af træthed, 6,0 % sover mindre end 6 timer i døgnet (kort søvnlængde), mens 3,6 % sover mere end 9 timer i døgnet (lang søvnlængde). Samlet set har 27 % af borgerne én eller flere af følgende søvnrelaterede symptomer og gener: søvnproblemer, kort søvnlængde og/eller træthed.

- I perioden fra 2010 til 2021 er forekomsten af flere af ovennævnte søvnrelaterede symptomer og gener steget. Det gælder bl.a. andelen, som er meget generet af søvnproblemer, hvor der ses store stigninger blandt 16-24-årige og borgere under uddannelse, og andelen, som har kort søvnlængde, hvor der ses en stor stigning blandt førtidspensionister. Omvendt er andelen med lang søvnlængde faldet i perioden, især blandt førtidspensionister. Fra 2017 til 2021 har andelen af borgere, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn og andelen, som er meget generet af træthed ikke ændret sig.

- Flere kvinder end mænd har søvnrelaterede symptomer og gener. Det gælder især for andelen, som er meget generet af hhv. træthed (kvinder: 22 %; mænd:14 %) og søvnproblemer (kvinder: 17 %; mænd 12 %).

- De 16-24-årige borgere har højere forekomst af træthed (kvinder 34 %; mænd: 19 %) og søvnproblemer (kvinder 21 %; mænd: 16 %) end den ældre del af befolkningen. Derimod har de ældste borgere høj forekomst af uhensigtsmæssig søvnlængde, især lang søvnlængde (kvinder 11 %; mænd: 14 %).

- Der er en social gradient i andelen af søvnrelaterede symptomer og gener. Det gælder især for kort søvnlængde, men også for søvnproblemer og træthed. Således er andelen størst blandt borgere med grundskoleuddannelse og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Det ses også, at der blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister er en relativ stor andel, som er meget generet af træthed (40-43 %), søvnproblemer (34-36 %) og kort søvnlængde (13-15%). For søvnrelaterede symptomer og gener ses også store forskelle i forekomsten mellem kommunerne, som bl.a. afspejles i en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne.

- Borgere, som er meget generet af søvnproblemer, har også andre risikofaktorer, f.eks. en højere forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet sammenlignet med regionen som helhed.

Indledning

Mennesket bruger omkring en tredjedel af livet på at sove (1,2). Søvn har stor betydning for borgernes overordnede helbred, trivsel og livskvalitet (3,4). Især hjernens normale funktion og restitution er påvirket af søvn (2,4).

Søvnrelaterede symptomer og gener er meget almindelige og opleves af de fleste fra tid til anden. Eksempelvis som kort (mindre end 6 timer i døgnet) og lang søvnlængde (mere end 9 timer i døgnet) samt dårlig søvnkvalitet (2). Dårlig søvnkvalitet omfatter bl.a. vanskelighed med at falde i søvn, natlige opvågninger og forstyrrelser, snorken, for tidlig opvågning trods tilstrækkelig mulighed for at sove mv. Man kan også lide af deciderede søvnsygdomme, som identificeres vha. objektive målinger (2).

Mange faktorer har indflydelse på søvnen. Eksempelvis kan brug af digitale skærme inden sengetid påvirke hjernens døgnrytmesystem og udskillelsen af melatonin – et hormon som fremkalder søvnighed (2,5). Der er eksempelvis fundet sammenhænge mellem brug af digitale skærme og hhv. senere sengetider, længere tid om at falde i søvn samt kortere søvnlængde blandt børn og unge (3). Herudover kan et arbejdsmiljø med høje arbejdskrav, psykisk anstrengende arbejde og skifteholdsarbejde også have en negativ effekt på søvnen. Lys, støj og soveværelsets temperatur, samt livsstilsfaktorer som rygning, indtag af koffein, alkohol og energi-/fedtrige fødevarer tæt på sengetid kan ligeledes påvirke søvnen negativt (2). Omvendt kan fysisk aktivitet i løbet af dagen forbedre søvnlængde og søvnkvalitet (6), ligesom indtag af mælkeprodukter, fisk, frugt og grøntsager kan have en søvn-fremmende effekt (7).

Både kort- og langvarig søvnmangel, men også for meget søvn eller et uregelmæssigt søvnmønster, kan have alvorlige konsekvenser for helbredet (2,8). Undersøgelser viser, at både søvnlængde og søvnkvalitet har sammenhæng med sygelighed og dødelighed. Risikoen for at dø tidligt (9,10) og for at udvikle f.eks. overvægt (4,11), type 2-diabetes (12), hjertekarsygdom (4,13,14) og stress (2) er således markant højere blandt personer med kort eller lang søvnlængde sammenlignet med personer, som sover den anbefalede søvnmængde (6-9 timer i døgnet).

Der er betydelige samfundsmæssige omkostninger forbundet med dårlig søvn. Eksempelvis i forbindelse med øget medicinforbrug og antal konsultationer hos egen læge, nedsat produktivitet og øget fravær fra arbejde, ringere beskæftigelse og større offentlige overførselsindkomster (2). De største indirekte udgifter forbundet med dårlig søvn vedrører nedsat arbejdsproduktivitet.

Der er geografiske forskelle i forekomsten af søvnproblemer. Et studie med data fra 2002-2014 blandt 11-15-årige i de nordiske lande viser, at Danmark (26 %) har en højere forekomst end Norge (17 %), men en lavere forekomst end Sverige (31 %) (15). Et studie med data fra 2011-2012 blandt ældre borgere (50+ år) i Europa finder til gengæld de laveste forekomster af søvnproblemer i Danmark og Italien (17 %) og de højeste i Polen og Estland (31 %) (16).

Nationale tal fra 2021 viser, at 49 % af den danske befolkning har været lidt eller meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, mens 15 % har været meget generet, hvilket er en stigning siden 2017 (17). Data til Sundhedsprofil 2021 blev indsamlet under anden bølge af COVID-19 pandemien. Studier baseret på data fra pandemiens første nedlukning indikerer, at COVID-19 pandemien og nedlukningen af samfundet var relateret til øget stress og ensomhed, som samlet set kan have påvirket søvnen (18–20). Det er dog svært at vurdere om, og i så fald i hvilken grad, pandemien kan forklare den seneste udvikling i søvnproblemer, eller om udviklingen i søvnproblemer er en fortsættelse af den udviklingstendens som sås før pandemien.

Søvnrelaterede symptomer og gener udgør et væsentligt folkesundhedsproblem, som der i mange tilfælde kan gøres noget ved. Søvneksperter anbefaler derfor, at et fokus på dårlig søvn inddrages i fremtidige forebyggelsesstrategier på lige fod med rygning, usund kost, dårlig mental sundhed og andre risikofaktorer (2). I Region Hovedstaden er der politisk opmærksomhed rettet mod søvnområdet, om end der i skrivende stund ikke er nogle konkrete initiativer, men i enkelte kommuner i regionen arbejdes der forebyggende med søvn (23). Videnråd for Forebyggelse har desuden samlet en række adfærdsmæssige og psykologiske råd om søvn, som kan hjælpe den enkelte med at forebygge og mindske søvnproblemer (2).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives først andelen af borgere, som har hhv. kort og lang søvnlængde. Dernæst beskrives andelen, der er meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer (herefter: søvnproblemer) og andelen, der er meget generet af træthed. Tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer belyses også: Først beskrives andelen, som har én eller flere af følgende søvnrelaterede symptomer og gener: søvnproblemer, kort søvnlængde og/eller træthed, og dernæst beskrives andelen med andre risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnproblemer.

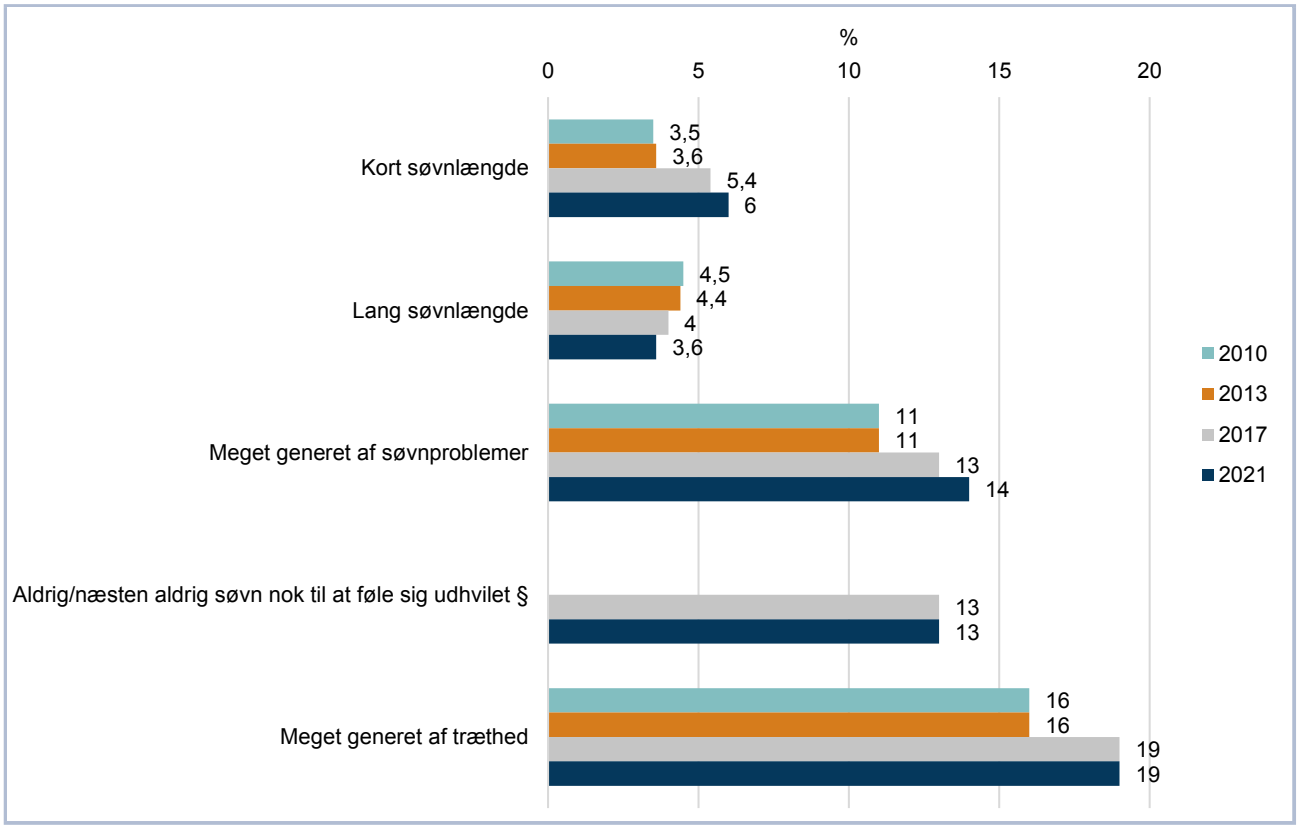
Udover de opgørelser, som indgår i rapporten, findes der på sundhedsprofilens hjemmeside opgørelser af andelen af borgere, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet (Webtabel W10.1 og W10.2). Se webtabeller på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Resultatoverblik

I figur 10.1 ses et overblik over udviklingen i forekomsten af de søvnrelaterede symptomer og gener, som belyses i dette kapitel og på sundhedsprofilens hjemmeside. Udviklingen vises for 2010 til 2021 i de år, hvor data haves og kan sammenlignes over tid.

Andelen af borgere med kort søvnlængde, andelen, som er meget generet af søvnproblemer samt andelen, som er meget generet af træthed, er steget i perioden fra 2010 til 2021. Der er flest, der er meget generet af træthed; næsten hver femte borger i 2021. Andelen, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet er uændret siden 2017. Derudover ses det, at andelen af borgere med lang søvnlængde er faldet siden 2010.

Figur 10.1 Resultatoverblik for søvn



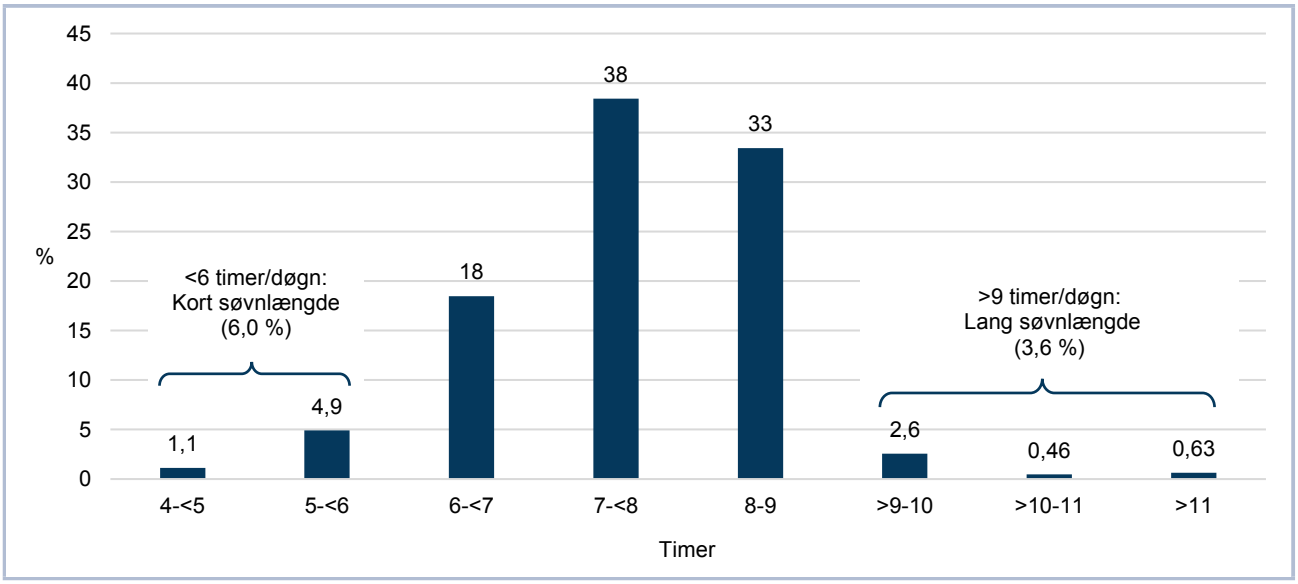
§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

10.1 Søvnlængde

Der er store individuelle forskelle i søvnmønstre, og behovet for søvn ændrer sig igennem livet. Søvn er dog af afgørende betydning i alle aldre. De fleste voksne har et søvnbehov på 6 til 9 timer i døgnet (2).

Figur 10.2 viser fordelingen af søvnlængde i Region Hovedstaden i 2021. Knap ni ud af ti sover de anbefalede 6 til 9 timer i døgnet. Andelen med kort søvnlængde (mindre end 6 timer/døgn) udgør 6,0 % i 2021, mens andelen med lang søvnlængde (mere end 9 timer/døgn) udgør 3,6 %. Den gennemsnitlige søvnlængde er 7,3 timer (resultater ikke vist).

Figur 10.2 Fordeling af søvnlængde
Spørgsmål: "Hvor mange timer og minutter sover du cirka på et almindeligt hverdagsdøgn?"



Baseret på 55.299 besvarelser. Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

10.1.1 Kort søvnlængde

I dette afsnit er fokus på borgere med kort søvnlængde, dvs. borgere som sover mindre end 6 timer i døgnet (se også figur 10.2).

Kort søvnlængde – region

I 2021 har 6,0 % af borgerne i Region Hovedstaden kort søvnlængde svarende til 82.400 personer (Tabel 10.1).

Køn og alder: En lidt større andel kvinder end mænd har kort søvnlængde. For begge køn ses den laveste forekomst blandt de 16-34-årige, hvorefter andelen stiger lidt med stigende alder indtil 55-64 år for mænd og indtil 80+ år for kvinder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (10,7 %) sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund (5,4 %).

Uddannelse: Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, falder med stigende uddannelseslængde, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er omkring fire gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse (10,4 %) sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (2,7 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, er større blandt langtidssyge borgere (13,2 %) og førtidspensionister (14,9 %) sammenlignet med borgere i beskæftigelse (5,1 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen med kort søvnlængde blandt borgere med eller uden børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som har kort søvnlængde, steget fra 3,6 % i 2013 til 5,4 % i 2017 til 6,0 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. For langt de fleste af disse sociodemografiske grupper er stigningen primært sket fra 2013 til 2017, mens der for en række grupper er tale om en gradvis stigning over årene. Den største stigning fra 2013 og 2017 til 2021 ses blandt førtidspensionister, og fra 2017 til 2021 ses desuden stigninger blandt kvinder i alderen 55+ år, mænd i alderen 65+ år, blandt pensionister og blandt borgere med grundskoleuddannelse. Sidstnævnte tyder på, at der er blevet større forskel mellem borgere med hhv. kort og lang uddannelse, dvs. større social ulighed over tid i forekomsten af kort søvnlængde.

Kort søvnlængde – kommuner

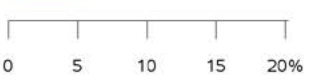
Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 3,7 % i bydelen Indre By til 9,7 % i Ishøj Kommune (Tabel 10.2). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, hvor enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens en række kommuner og bydele i

kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ses også, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af kort søvnlængde steget fra 2013 til 2021. I de fleste af disse kommuner og bydele er stigningen primært sket fra 2013 til 2017. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses i Herlev Kommune, mens den største stigning fra 2017 til 2021 ses i Egedal Kommune.

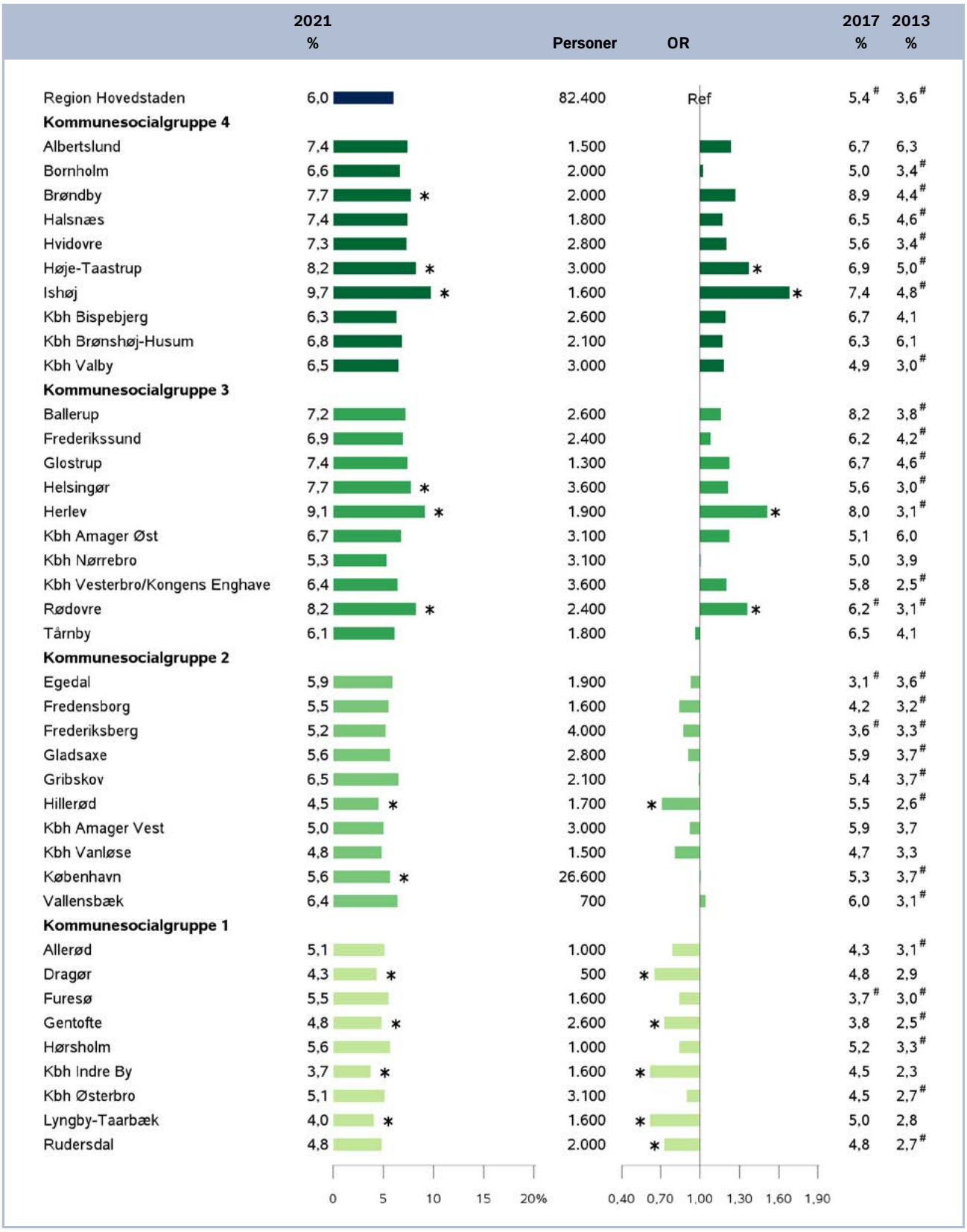
Tabel 10.1 Kort søvnlængde – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	6,0	82.400		5,4#	3,6#
Mænd					
Alle	5,7	37.300		5,6	3,6#
16-24 år	4,8	4.200	*	4,9	2,4#
25-34 år	4,0	4.800	*	4,9	2,5#
35-44 år	5,0	5.100	*	6,9#	3,9
45-54 år	6,9	7.800	Ref	6,7	4,9#
55-64 år	7,0	7.000		6,2	4,7#
65-79 år	6,2	6.600		4,5#	3,3#
80+ år	6,3	1.700		2,6#	3,5#
Kvinder					
Alle	6,4	45.100		5,2#	3,5#
16-24 år	4,9	4.500	*	4,0	2,0#
25-34 år	4,2	5.700	*	4,1	1,3#
35-44 år	5,5	5.700		4,4	2,8#
45-54 år	6,5	7.400	Ref	6,4	4,5#
55-64 år	8,4	8.300	*	6,4#	4,4#
65-79 år	8,1	9.700	*	6,1#	5,5#
80+ år	9,1	3.800	*	6,5#	6,9
Etnisk baggrund					
Danmark	5,4	59.600	Ref	5,0#	3,3#
Andre vestlige lande	5,4	5.700		4,7	3,0#
Ikke-vestlige lande	10,7	16.900	*	9,5	6,8#
Uddannelse					
Under uddannelse	4,4	8.500		4,2	2,0#
Grundskole	10,4	20.400	*	8,4#	6,3#
Gymnasial	6,2	5.900	*	5,1	3,3#
Erhvervsfaglig	7,7	24.200	*	6,7#	4,4#
Kort og mellemlang videreg.	5,0	14.700	Ref	4,4	2,7#
Lang videregående	2,7	6.600	*	3,1	2,1
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	5,1	38.700	Ref	5,1	3,2#
Arbejdsløs	6,3	1.100		7,3	4,1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	13,2	6.200	*	13,5	9,0#
Førtidspensionist	14,9	4.800	*	10,1#	5,5#
Pensionist	7,6	19.500	*	5,2#	4,8#
Samlivsstatus §					
Enlig	8,0	37.400	*	6,8#	5,0#
Samlevende	5,1	36.200	Ref	4,8	3,0#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	5,7	37.900		5,5	
Ja	5,4	19.200	Ref	5,5	



Baseret på 51.299 besvarelser i 2021, 52.973 besvarelser i 2017 og 39.609 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 10.2 Kort søvnlængde – kommuner



Baseret på 51.299 besvarelser i 2021, 52.973 besvarelser i 2017 og 39.609 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

10.1.2 Lang søvnlængde

I dette afsnit er fokus på borgere med lang søvnlængde, dvs. borgere, som sover mere end 9 timer i døgnet (se også figur 10.2).

Lang søvnlængde – region

I 2021 har 3,6 % af borgerne i regionen lang søvnlængde svarende til 49.700 personer (Tabel 10.3).

Køn og alder: En lidt større andel kvinder end mænd har lang søvnlængde. For begge køn ses den laveste forekomst blandt de 35-54-årige (1,7-2,3 %), hvorefter forekomsten stiger med stigende alder. Den største andel med lang søvnlængde ses således blandt borgere på 80+ år (kvinder: 10,9 %; mænd: 13,8 %).

Etnisk baggrund: Der er ingen statistisk signifikant forskel på forekomsten af lang søvnlængde mellem borgere med forskellig etnisk baggrund. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, er OR for lang søvnlængde dog signifikant højere for borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere med lang søvnlængde falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er således større blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,6 %) sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (1,4 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har lang søvnlængde, er markant større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister (11,6 %) end blandt borgere i beskæftigelse (1,3 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere med lang søvnlængde er større blandt enlige (4,8 %) end blandt samlevende (2,5 %). Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet (3,3 %) end blandt borgere med børn i hjemmet (1,6 %).

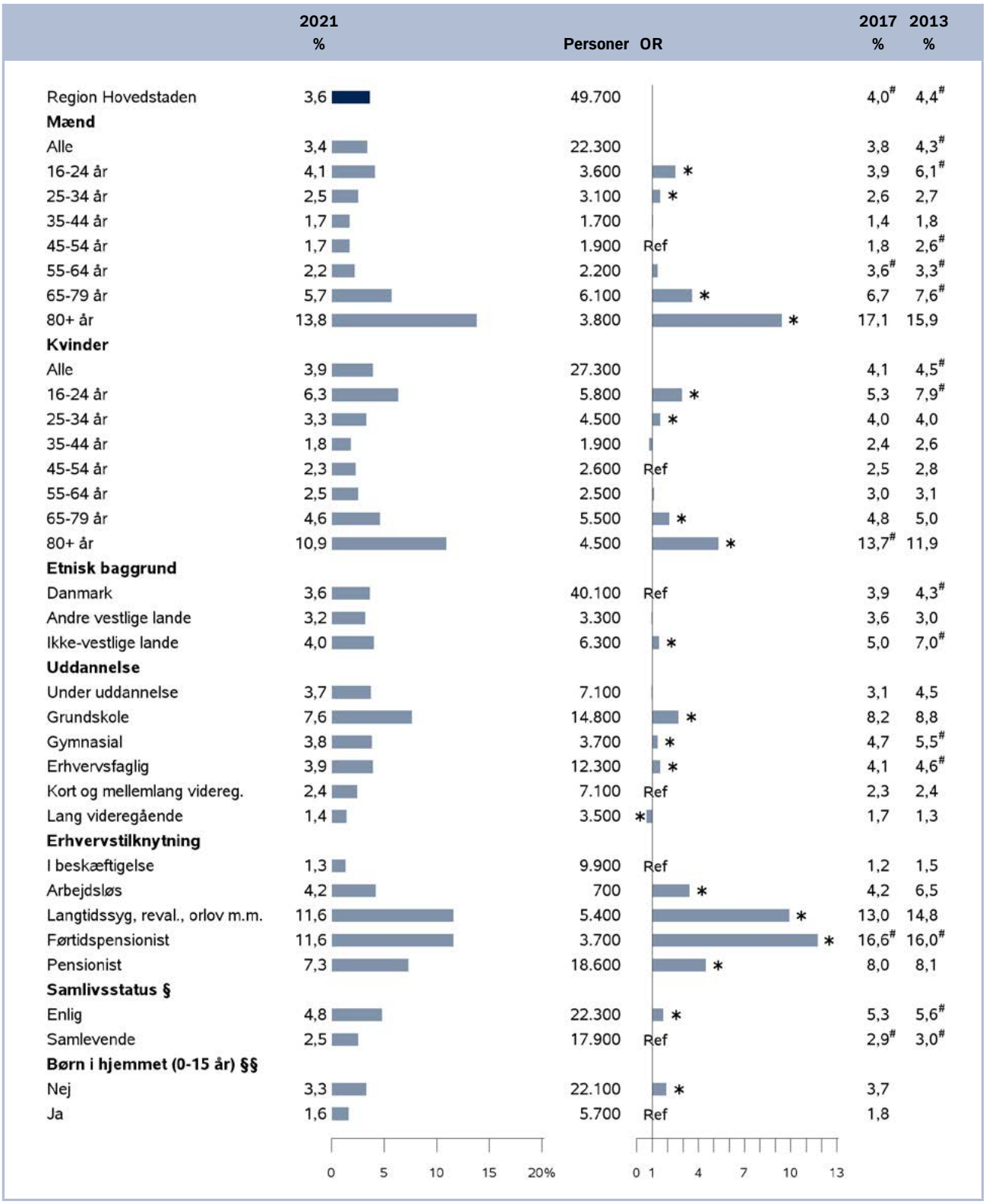
Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som har lang søvnlængde, faldet gradvist fra 4,4 % i 2013 til 3,6 % i 2021. I cirka halvdelen af de sociodemografiske grupper ses et signifikant fald fra 2013 til 2021, mens kun enkelte grupper har signifikante fald fra 2017 til 2021. Det største fald fra 2013 til 2021 ses blandt førtidspensionister.

Lang søvnlængde – kommuner

Andelen af borgere, som har lang søvnlængde, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,9 % i Egedal Kommune til 5,6 % i Albertslund Kommune (Tabel 10.4). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, hvor omkring en håndfuld kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 har en signifikant højere forekomst end regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient er lidt mindre tydelig, når der ses på odds ratio (OR) justeret for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

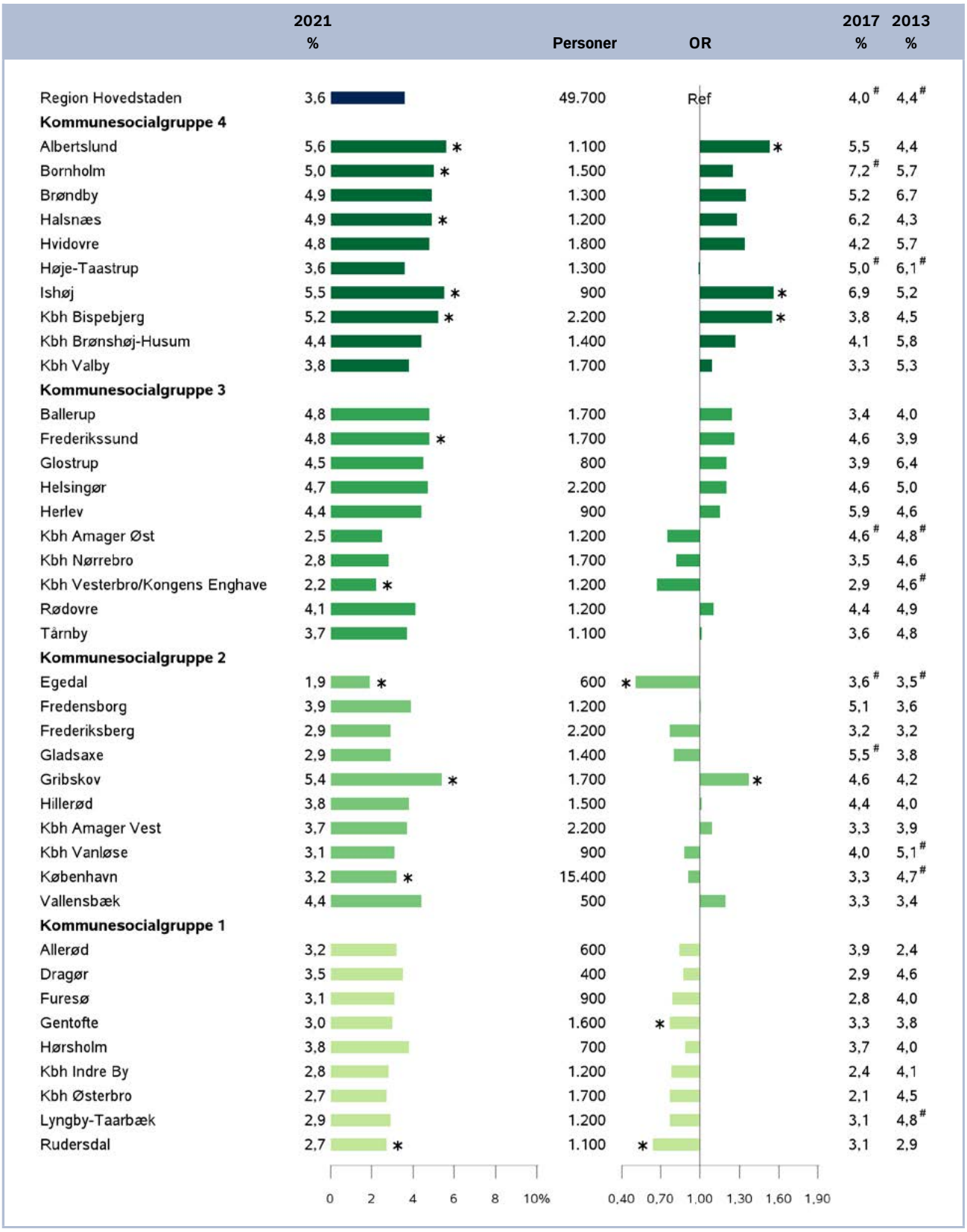
Udvikling: Andelen af borgere med lang søvnlængde er uændret i størstedelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2021. Dog ses fald i enkelte kommuner og bydele. Det største fald fra 2013 til 2021 ses i Høje-Taastrup Kommune, mens det største fald fra 2017 til 2021 ses i Gladsaxe Kommune.

Tabel 10.3 **Lang søvnlængde – region**



Baseret på 51.299 besvarelser i 2021, 52.973 besvarelser i 2017 og 39.609 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 10.4 Lang søvnlængde – kommuner



Baseret på 51.299 besvarelser i 2021, 52.973 besvarelser i 2017 og 39.609 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

10.2 Søvnkvalitet

Vedvarende søvnproblemer eller mangel på søvn har konsekvenser for den enkeltes helbred. Dette afsnit omhandler borgere med søvnproblemer, og hvorvidt borgerne får nok søvn til at føle sig udhvilet. Begge forhold er væsentlige aspekter af søvnkvalitet.

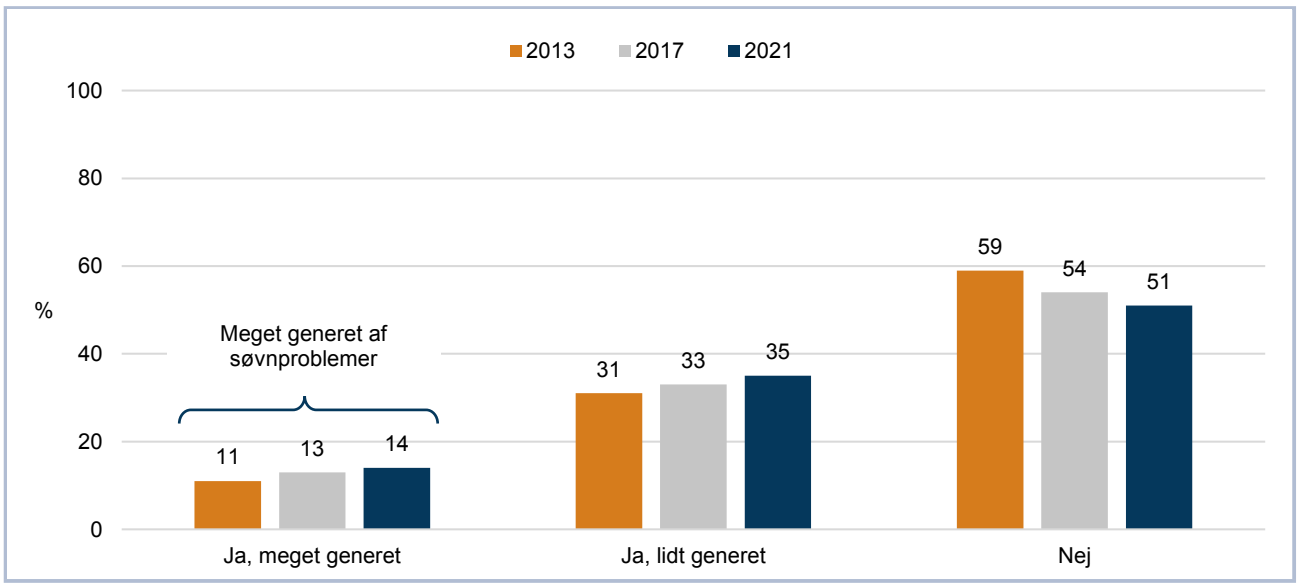
10.2.1 Søvnproblemer

Figur 10.3 viser andelen af borgerne i Region Hovedstaden som er meget, lidt eller slet ikke generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer (herefter: søvnproblemer) inden for de seneste 14 dage. I 2021 er 51 % ikke generet af søvnproblemer, hvilket er en mindre andel end i tidligere år. Omvendt er både andelen, som er lidt generet og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, steget over årene. Således er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 11 % i 2013 til 14 % i 2021.

I Region Hovedstaden er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, mindre end i de øvrige regioner og landsgennemsnittet på 15 % (17). Dette er anderledes end i 2017, hvor Region Hovedstadens andel ikke var forskellig fra landsgennemsnittet.

Figur 10.3 Søvnproblemer

Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag (søvnbesvær, søvnproblemer)? Var du meget eller lidt generet af det?"



Baseret på 56.297 besvarelser i 2021, 58.097 besvarelser i 2017 og 44.392 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

Meget generet af søvnproblemer – region

I 2021 har 14 % af borgerne i Region Hovedstaden været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage svarende til 203.800 personer (Tabel 10.5).

Køn og alder: En større andel kvinder end mænd er meget generet af søvnproblemer. For begge køn er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, størst blandt de 16-24-årige, og især blandt de 16-24-årige kvinder.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (20 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (9 %).

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er mere end tre gange større blandt langtidssyge borgere (36 %) og førtidspensionister (34 %) end blandt borgere i beskæftigelse (11 %).

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er større blandt enlige end blandt samlevende. Andelen er desuden større blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 11 % i 2013 til 13 % i 2017 til 14 % i 2021. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. For halvdelen af disse grupper er der tale om en stigning, som primært er sket fra 2013 til 2017. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt 16-24-årige kvinder og de største stigninger fra 2017 til 2021 ses blandt de 16-24-årige, borgere under uddannelse og borgere med gymnasial uddannelse.

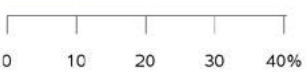
Meget generet af søvnproblemer – kommuner

Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 11 % i Furesø og Rudersdal kommuner til 18 % i Høje-Taastrup Kommune (Tabel 10.6). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens en håndfuld kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Samme tendens ses for odds ratio (OR), når der justeres for køn og alder.

Udvikling: I lidt over halvdelen af kommuner og bydele er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 2013 til 2021. For de fleste af disse kommuner og bydele er stigningen primært sket mellem 2013 og 2017. De fleste stigninger ses i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 heriblandt bydelen Indre By og Frederiksberg Kommune, som også er blandt dem med den største stigning fra 2013 til 2021. Derudover ses en stor stigning fra 2013 til 2021 i Høje-Taastrup og Glostrup kommuner.

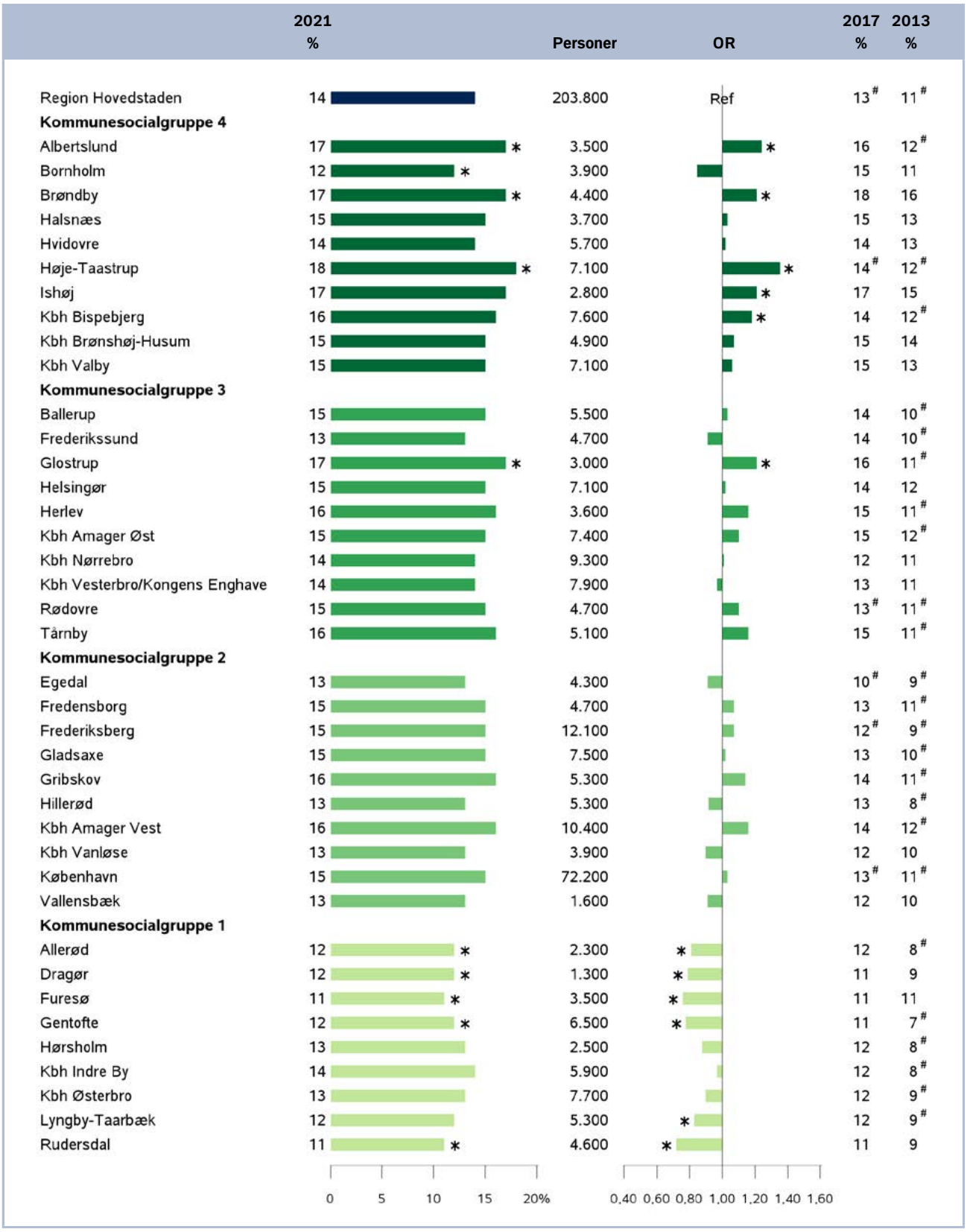
Tabel 10.5 Meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	14	203.800		13#	11#
Mænd					
Alle	12	79.900		11#	8#
16-24 år	16	15.200	*	12#	9#
25-34 år	11	14.900		10	6#
35-44 år	11	11.900		10	8#
45-54 år	11	12.900	Ref	12	10
55-64 år	12	12.000		12	9#
65-79 år	10	10.100	*	9	7#
80+ år	11	2.800		10	11
Kvinder					
Alle	17	123.900		16#	13#
16-24 år	21	19.900	*	18#	13#
25-34 år	15	19.600	*	14	10#
35-44 år	14	15.600	*	12#	10#
45-54 år	18	21.400	Ref	17	14#
55-64 år	19	20.200		18	16#
65-79 år	15	19.300	*	15	13#
80+ år	17	7.800		18	15
Etnisk baggrund					
Danmark	13	152.000	Ref	12#	10#
Andre vestlige lande	15	17.100	*	12#	11#
Ikke-vestlige lande	20	34.500	*	21	20
Uddannelse					
Under uddannelse	17	35.100	*	14#	10#
Grundskole	20	40.700	*	20	18#
Gymnasial	16	15.400	*	13#	11#
Erhvervsfaglig	14	46.700	*	13#	11#
Kort og mellemlang videreg.	12	37.800	Ref	11#	9#
Lang videregående	9	23.800	*	8#	6#
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	11	89.200	Ref	10#	8#
Arbejdsløs	17	3.100	*	17	18
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	36	17.200	*	39	33
Førtidspensionist	34	11.500	*	32	28#
Pensionist	14	35.800	*	13	11#
Samlivsstatus §					
Enlig	17	86.100	*	16#	13#
Samlevende	11	82.500	Ref	11	9#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	16	108.000	*	15#	
Ja	12	41.500	Ref	11	



Baseret på 56.297 besvarelser i 2021, 58.097 besvarelser i 2017 og 44.392 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 10.6 **Meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage – kommuner**



Baseret på 56.297 besvarelser i 2021, 58.097 besvarelser i 2017 og 44.392 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

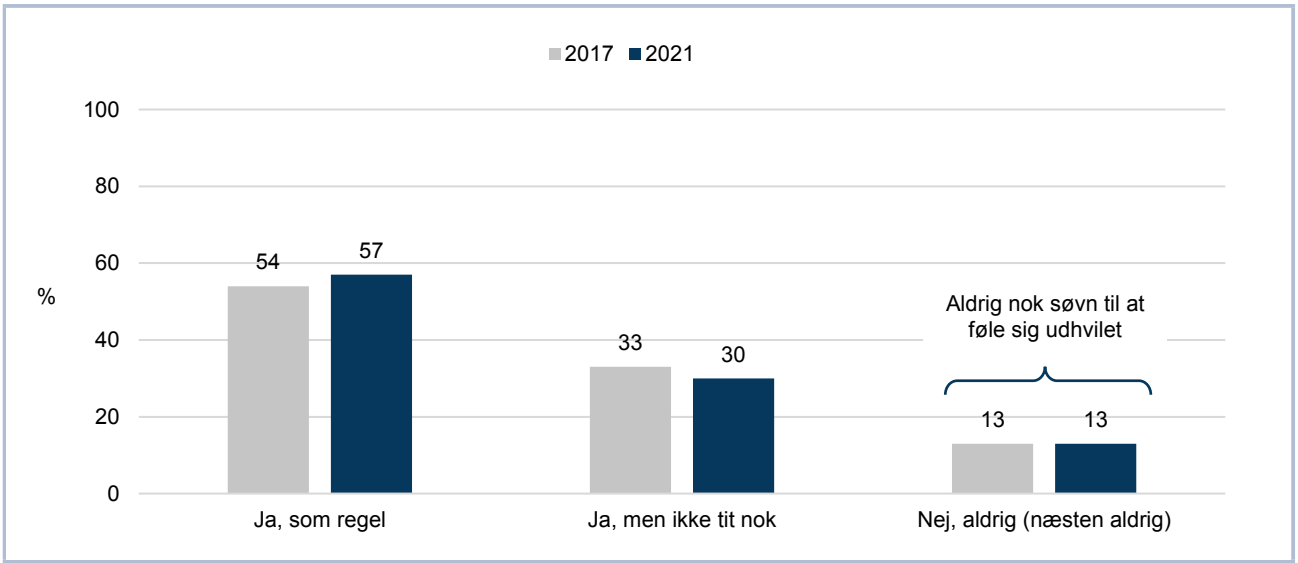
10.2.2 Nok søvn til at føle sig udhvilet

I 2021 får 57 % af borgerne som regel nok søvn til at føle sig udhvilet, hvilket er en større andel end i 2017 (Figur 10.4), mens andelen, som får nok søvn, men ikke tit nok, er faldet tilsvarende i perioden. Derimod er der ingen ændringer i andelen af borgere, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, hvilket gælder for 13 % af borgerne. Dette er i overensstemmelse med resultatet vedrørende andelen, som er meget generet af træthed, som også er uændret fra 2017 til 2021 (Figur 10.5).

I webtabel W10.1 ses det, at andelen, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er større for kvinder (15 %) end mænd (11 %) og for begge køn størst blandt de 35-44-årige (mænd: 15 %; kvinder: 19 %). Det ses desuden, at andelen, som ikke får søvn nok, er større blandt borgere med børn i hjemmet (18 %) end blandt borgere uden børn i hjemmet (13 %). Yderligere beskrivelse af opgørelser for 'nok søvn til at føle sig udhvilet' (Webtabel W10.1 og W10.2) kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 10.4 Nok søvn til at føle sig udhvilet

Spørgsmål: "Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?"



Baseret på 52.172 besvarelser i 2021 og 54.134 besvarelser i 2017.
For begge år baseret på data indsamlet på CKFF.

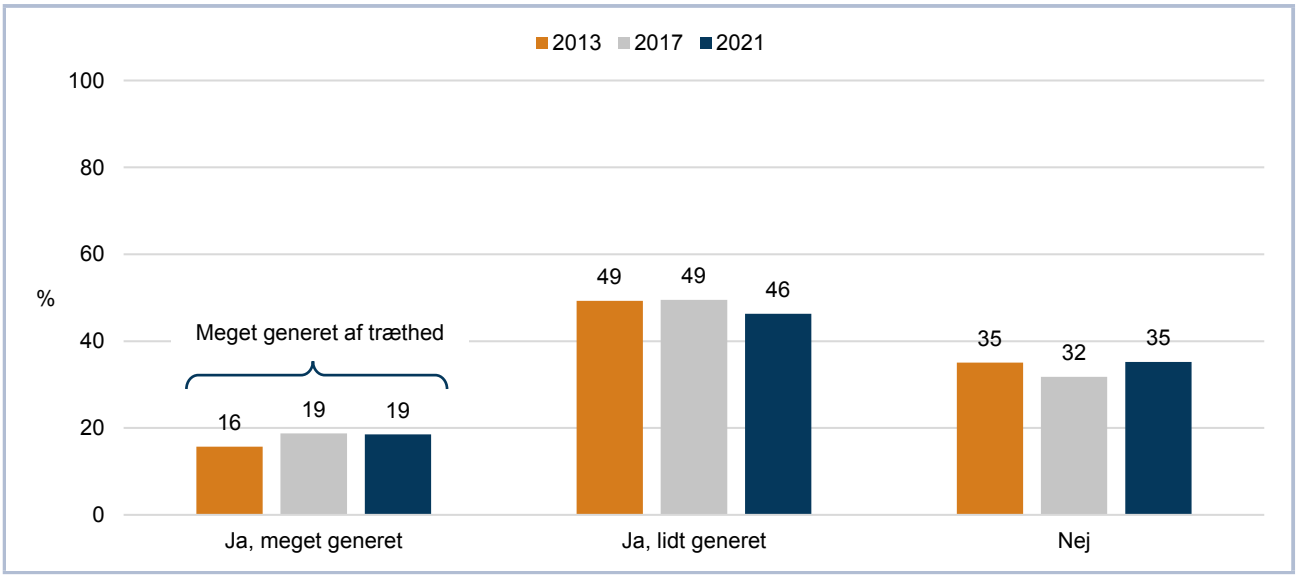
10.3 Træthed

I dette afsnit er fokus på borgere, som inden for de seneste 14 dage har været generet af træthed. Træthed kan bl.a. opstå som følge af dårlig søvnkvalitet og for lidt søvn.

Andelen, som er meget generet af træthed, er steget fra 2013 til 2017, men uændret fra 2017 til 2021, hvor ca. hver femte borger er meget generet af træthed (Figur 10.5). Det er næsten hver anden borger, som er lidt generet af træthed, og denne andel er faldet en smule fra 2017 til 2021. Omvendt ses i samme periode en lille stigning i andelen af borgere, som ikke er generet af træthed, og andelen i 2021 er dermed den samme som i 2013 (35 %). Så selvom andelen, der er meget generet af træthed, har været stabil fra 2017 til 2021, ses en positiv udvikling med den stigende andel af borgere, som ikke er generet af træthed. At flere borgere ikke er generet af træthed i 2021 sammenlignet med 2017 stemmer overens med, at andelen, som føler sig udhvilet, er steget (Figur 10.4).

Figur 10.5 Træthed

Spørgsmål: "Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag (træthed)? Var du meget eller lidt generet af det?"



Baseret på 56.231 besvarelser i 2021, 58.058 besvarelser i 2017 og 44.368 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.

Meget generet af træthed – region

I 2021 har 19 % af borgerne i Region Hovedstaden været meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage svarende til 263.700 personer (Tabel 10.7).

Køn og alder: En større andel kvinder (22 %) end mænd (14 %) er meget generet af træthed. For begge køn, men især for kvinder, er andelen størst blandt de 16-24-årige (kvinder: 34 %; mænd: 19 %), og falder med stigende alder, når der ses bort fra de 80+ årige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af træthed, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er meget generet af træthed, falder med stigende uddannelseslængde og er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse (23 %) og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (13 %). Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse (25 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ændres tendensen for borgere under uddannelse, og det tyder således på, at køn og alder kan forklare noget af den høje forekomst blandt borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af træthed, er større blandt langtidssyge borgere (43 %) og førtidspensionister (40 %) end blandt borgere i beskæftigelse (15 %). Når der ses på odds ratio (OR) justeret for alder og køn, er OR for meget generet af træthed højere i alle erhvervstilknytningsgrupper sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn i hjemmet: Andelen af borgere, som er meget generet af træthed, er større blandt enlige (21 %) end blandt samlevende (15 %). Andelen er lidt større blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet, men når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder ses der dog ingen statistisk signifikant sammenhæng.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af træthed, steget fra 16 % i 2013 til 19 % i 2017 og har siden været uændret. Samme udviklingsforløb gør sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning fra 2013 til 2021 ses blandt de 16-34-årige, især de 16-24-årige kvinder. Fra 2017 til 2021 ses desuden stigninger blandt mænd i alderen 16-24 år og 65-79 år, mens der ses fald blandt f.eks. langtidssyge borgere, 55-64-årige mænd, 35-44-årige kvinder, borgere fra ikke-vestlige lande og borgere med grundskoleuddannelse.

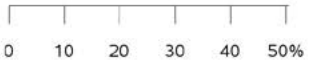
Meget generet af træthed – kommuner

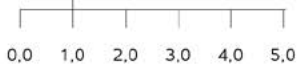
Andelen af borgere, som er meget generet af træthed, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 14 % i Gentofte Kommune til 23 % i Ishøj Kommune (Tabel 10.8). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Samme tendenser ses for odds ratio (OR), når der justeres for køn og alder.

Udvikling: Fra 2013 til 2021 er andelen af borgere, som er meget generet af træthed, steget i mange kommuner og bydele, mens andelen er uændret i de øvrige kommuner og bydele. Den største stigning fra 2013 og 2017 til 2021 ses i Gribskov Kommune, mens det største fald fra 2017 til 2021 ses i Brøndby Kommune.

Tabel 10.7 Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	19	263.700		19	16#
Mænd					
Alle	14	99.100		14	12#
16-24 år	19	18.600	*	17#	14#
25-34 år	16	21.800	*	15	10#
35-44 år	13	14.000		14	11#
45-54 år	13	15.500	Ref	15	13
55-64 år	12	12.400		14#	12
65-79 år	12	12.800		11#	9#
80+ år	15	4.000		18	16
Kvinder					
Alle	22	164.600		23	19#
16-24 år	34	32.300	*	33	25#
25-34 år	25	33.800	*	25	21#
35-44 år	22	24.600		24#	21
45-54 år	21	24.300	Ref	22	19
55-64 år	21	21.800		20	17#
65-79 år	14	17.900	*	14	12#
80+ år	22	9.900		24	26#
Etnisk baggrund					
Danmark	18	201.300	Ref	18	14#
Andre vestlige lande	18	20.500		17	16
Ikke-vestlige lande	25	41.600	*	27#	28#
Uddannelse					
Under uddannelse	25	52.400	*	24	19#
Grundskole	23	46.600	*	25#	22
Gymnasial	20	19.700	*	18	16#
Erhvervsfaglig	18	59.200	*	18	15#
Kort og mellemlang videreg.	16	48.300	Ref	16	14#
Lang videregående	13	32.100	*	13	10#
Erhvervstilknytning					
I beskæftigelse	15	119.900	Ref	16	13#
Arbejdsløs	22	4.100	*	20	21
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	43	20.600	*	48#	41
Førtidspensionist	40	13.400	*	43	41
Pensionist	15	40.500	*	15	14#
Samlivsstatus §					
Enlig	21	103.400	*	21	18#
Samlevende	15	109.300	Ref	16#	13#
Børn i hjemmet (0-15 år) §§					
Nej	20	135.100		20	
Ja	19	65.000	Ref	20#	

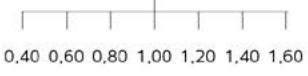




Baseret på 56.231 besvarelser i 2021, 58.058 besvarelser i 2017 og 44.368 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
§ kun opgjort blandt personer på 25 år og derover. §§ kun opgjort blandt personer på 16-64 år.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 10.8 **Meget generet af træthed inden for de seneste 14 dage – kommuner**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	19	263.700	Ref	19	16 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	22 *	4.500	*	24	16 #
Bornholm	18	5.700		21	14 #
Brøndby	21 *	5.700	*	26 #	21
Halsnæs	19	4.800		19	16
Hvidovre	20	8.000		21	20
Høje-Taastrup	22 *	8.500	*	21	17 #
Ishøj	23 *	4.000	*	23	20
Kbh Bispebjerg	21	9.900		19	17
Kbh Brønshøj-Husum	20	6.200		21	18
Kbh Valby	18	8.600		19	17
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	17	6.300		21 #	16
Frederikssund	17	6.200		18	17
Glostrup	21 *	3.800	*	22	20
Helsingør	21	10.100	*	20	17
Herlev	20	4.300		21	17
Kbh Amager Øst	19	9.100		20	18
Kbh Nørrebro	20	13.200		18	17
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	18	10.200		20	17
Rødovre	21 *	6.500	*	19	17 #
Tårnby	19	6.100		23	14 #
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	17	5.500		17	13 #
Fredensborg	20	6.200		18	16 #
Frederiksberg	18	14.200		17	14 #
Gladsaxe	19	9.800		18	16 #
Gribskov	21 *	7.000	*	18 #	13 #
Hillerød	19	7.600		17	14 #
Kbh Amager Vest	20	12.500		21	17
Kbh Vanløse	19	5.500		18	16
København	19	92.900	*	19	16 #
Vallensbæk	17	2.100		18	16
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	15 *	2.900	*	15	13
Dragør	15 *	1.600	*	14	12
Furesø	16 *	4.900		15	14
Gentofte	14 *	7.700	*	15	11
Hørsholm	16 *	3.100		15	12 #
Kbh Indre By	17	7.200	*	17	13 #
Kbh Østerbro	18	10.600		17	13 #
Lyngby-Taarbæk	16 *	6.900	*	17	16
Rudersdal	16 *	6.600	*	16	12 #



Baseret på 56.231 besvarelser i 2021, 58.058 besvarelser i 2017 og 44.368 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF og SIF.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

10.4 Flere samtidige risikofaktorer

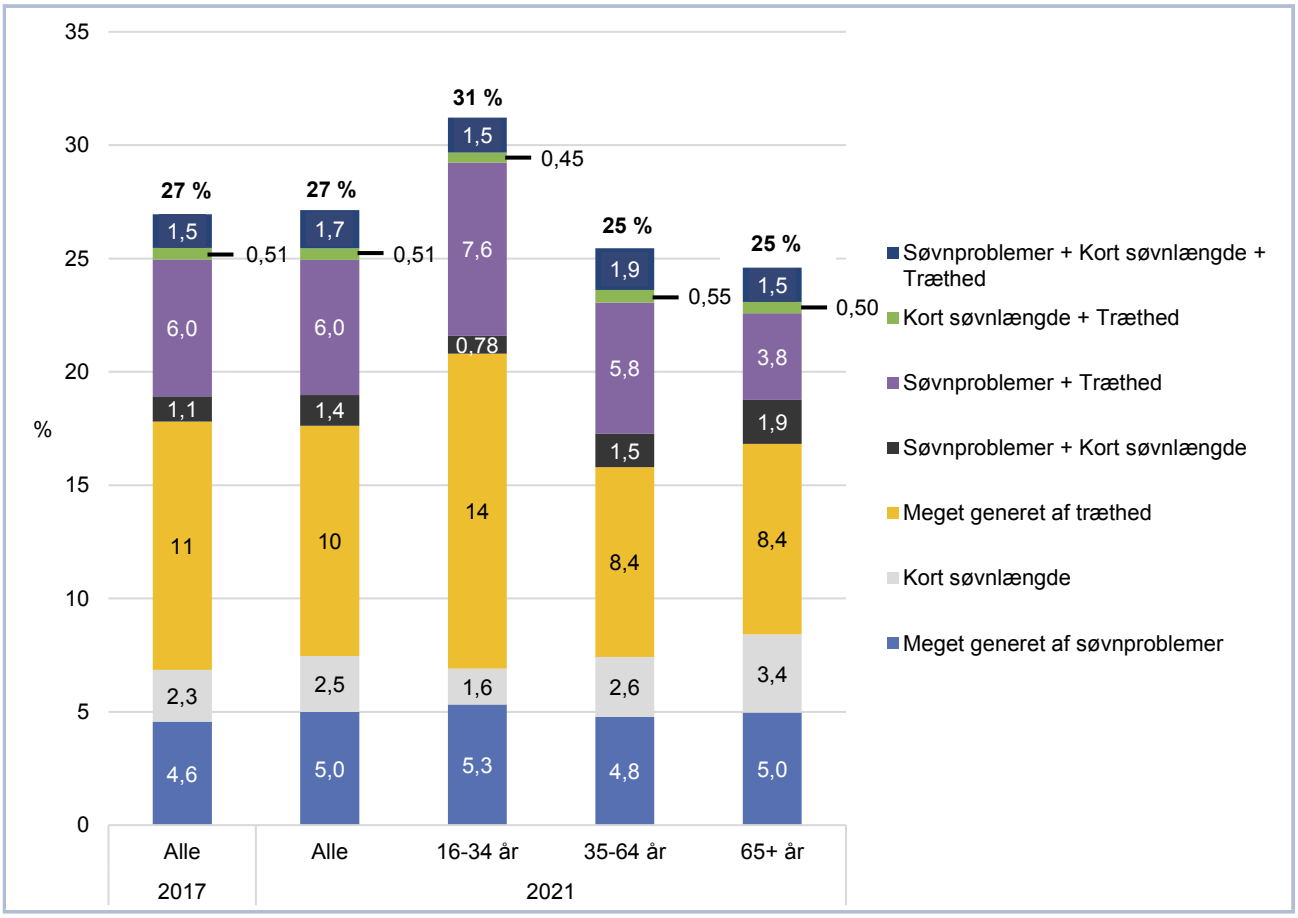
I dette afsnit beskrives andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, som har kort søvnlængde og/eller som er meget generet af træthed. Efterfølgende beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnproblemer.

10.4.1 Søvnproblemer, kort søvnlængde og/eller træthed

Figur 10.6 viser for 2017 og 2021, andelen af borgere, som har én eller flere af følgende risikofaktorer: meget generet af søvnproblemer, kort søvnlængde og/eller meget generet af træthed. Udover den samlede andel for 2017 og 2021 vises andelen for tre forskellige aldersgrupper i 2021.

I 2021 har i alt 27 %, ligesom i 2017, én eller flere af de nævnte risikofaktorer. For de 16-34-årige er andelen større (31 %), mens den er lidt mindre for de 35-64-årige og 65+ årige borgere (25 %). I alle aldersgrupper udgøres den største andel af borgere, som er meget generet af træthed uden at have søvnproblemer eller kort søvnlængde. Dette er særlig udtalt for de 16-34-årige (14 %). Andelen, som både er meget generet af søvnproblemer og træthed, er størst for de 16-34-årige (7,6 %) og falder med stigende alder. Omvendt ses det, at andelen med kort søvnlængde, og andelen med kort søvnlængde som samtidigt er meget generet af søvnproblemer, stiger med stigende alder. Andelen, som er meget generet af søvnproblemer uden at være generet af andre søvnrelaterede symptomer og gener inkluderet i denne opgørelse, varierer meget lidt på tværs af aldersgrupper.

Figur 10.6 Meget generet af søvnproblemer, kort søvnlængde, meget generet af træthed og kombinationer af disse



Baseret på 50.484 besvarelser i 2021, 52.517 besvarelser i 2017 og 38.955 besvarelser i 2013. For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele. Herudover medfører afrundinger af tal, at søjlerne for borgere i alderen 35-64 år og 65 år ikke syner lige høje til trods for at den samlede andel for begge søjler er 25 %.

10.4.2 Søvnproblemer og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnproblemer. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed (Tabel 10.9).

Borgere, som er meget generet af søvnproblemer, har generelt en dårligere livskvalitet, et dårligere helbred og en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Det ses f.eks. at borgere, som er meget generet af søvnproblemer, har ca. tre gange så høj forekomst af dårlig eller meget dårlig livskvalitet sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Desuden ses en mere end dobbelt så høj forekomst af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, ensomhed og høj score på stressskalaen sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Tabel 10.9 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med alle borgere i Region Hovedstaden

	Meget generet af søvnproblemer %	Region Hovedstaden %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	16*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	32*	18
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	40*	16
Ensomhed	29*	13
Høj score på stressskala	65*	30
Daglig rygning	18*	13
Drikker over 14/21 genstande om ugen	9*	7
Usundt kostmønster	18*	14
Fastfood mindst én gang om ugen	32*	28
Energidrik mindst tre gange om ugen	5*	3
Lav fysisk aktivitet	28*	18
Stillesiddende skærmtid - mindst 4 timer	46*	35
Svær overvægt	20*	15

Baseret på data indsamlet på CKFF eller CKFF og SIF i 2021 afhængig af de enkelte faktorer.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

10.5 Litteratur

1. Bonke J, Rockwool Foundation Research Unit, Rockwool Fonden. Søvn: ægteskab, indkomst og helbred. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Gyldendal; 2011.

2. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, m.fl. Søvn og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

3. Lund L, Sølvhøj IN, Danielsen D, Folker AP, Andersen S. Digitale enheders betydning for søvn hos 0-15-årige børn og unge. Et systematisk review. København: Statens Insititut for Folkesundhed, SDU; 2020.

4. Chattu V, Manzar Md, Kumary S, Burman D, Spence D, Pandi-Perumal S. The Global Problem of Insufficient Sleep and Its Serious Public Health Implications. Healthcare. 20. december 2018;7(1):1.

5. Chinoy ED, Duffy JF, Czeisler CA. Unrestricted evening use of light-emitting tablet computers delays self-selected bedtime and disrupts circadian timing and alertness. Physiol Rep. maj 2018;6(10):e13692.

6. Kelley GA, Kelley KS. Exercise and sleep: a systematic review of previous meta-analyses: Exercise and sleep. Journal of Evidence-Based Medicine. februar 2017;10(1):26–36.

7. St-Onge M-P, Mikic A, Pietrolungo CE. Effects of Diet on Sleep Quality. Advances in Nutrition. 1. september 2016;7(5):938–49.

8. Bonke J. Trends in short and long sleep in Denmark from 1964 to 2009, and the associations with employment, SES (socioeconomic status) and BMI. Sleep Medicine. marts 2015;16(3):385–90.

9. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep Duration and All-Cause Mortality: A Systematic Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. Sleep. maj 2010;33(5):585–92.

10. Liu T-Z, Xu C, Rota M, Cai H, Zhang C, Shi M-J, m.fl. Sleep duration and risk of all-cause mortality: A flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. Sleep Medicine Reviews. april 2017;32:28–36.

11. Reutrakul S, Van Cauter E. Sleep influences on obesity, insulin resistance, and risk of type 2 diabetes. Metabolism. juli 2018;84:56–66.

12. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and Quality of Sleep and Incidence of Type 2 Diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. 1. februar 2010;33(2):414–20.

13. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. European Heart Journal. juni 2011;32(12):1484–92.

14. Huang B-H, Duncan MJ, Cistulli PA, Nassar N, Hamer M, Stamatakis E. Sleep and physical activity in relation to all-cause, cardiovascular disease and cancer mortality risk. Br J Sports Med. 29. juni 2021;bjsports-2021-104046.

15. Thorsteinsson EB, Potrebny T, Arnarsson ÁM, Tynjälä J, Välimaa R, Eriksson C. Trends in sleeping difficulty among adolescents in five Nordic countries 2002-2014. Nordisk välfärdsforskning | Nordic Welfare Research. 11. november 2019;4(02):77–87.

16. van de Straat V, Bracke P. How well does Europe sleep? A cross-national study of sleep problems in European older adults. Int J Public Health. september 2015;60(6):643–50.

17. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes Sundhed - Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. 2022. Tilgængelig hos: danskernessundhed.dk

18. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

19. Rajkumar RP. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. Asian Journal of Psychiatry. august 2020;52:102066.

20. Didriksen M, Werge T, Nissen J, Schwinn M, Sørensen E, Nielsen KR, m.fl. Impact of COVID-19 Pandemic on Sleep Quality, Stress Level and Health-Related Quality of Life—A Large Prospective Cohort Study on Adult Danes. IJERPH. 17. juli 2021;18(14):7610.

21. Silva E de SM e, Ono BHVS, Souza JC. Sleep and immunity in times of COVID-19. Rev Assoc Med Bras. 2020;66(suppl 2):143–7.

22. Santini ZI, Koyanagi A. Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the COVID-19 pandemic. Acta Neuropsychiatrica. juni 2021;33(3):160–3.

23. Gentofte Kommune. Unge og søvn [Internet]. 2021 [henvist 28. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://www.gentofte.dk/det-lokale-demokrati/budget-planer-og-politikker/planer-politikker-og-indsatser/et-godt-boerne-og-ungeliv/ungepolitik-og-indsatser-for-og-med-unge/unge-og-soevn-genvej-til-trivsel-og-bedre-indlaering/

Kapitel 11

Ubeskyttet sex

- I Region Hovedstaden er sex uden kondom og forskellige seksualpartnere over fire gange så udbredt blandt de 16-34-årige som blandt de 35+ årige borgere. Andelen, som har haft sex uden prævention, selvom de ikke ønsker et barn, er derimod mindre blandt de 16-34-årige end blandt de 35+ årige, hvilket skal ses i lyset af, at risikoen for uønsket graviditet mindskes med alderen som følge af nedsat fertilitet.

- I 2021 har størstedelen af de 16-34-årige (78 %) haft mindst én seksualpartner det seneste år (dvs. har haft sex det seneste år), men andelen er faldet i forhold til tidligere år.

- Blandt 16-34-årige, som har haft sex det seneste år, har 24 % haft sex uden prævention, selvom de ikke ønsker et barn, og 10 % har haft sex uden kondom og haft forskellige seksualpartnere (tre eller flere). Andelene har ligget stabilt siden 2017.

- Andelen, som har haft sex uden kondom og har haft forskellige seksualpartnere, er størst blandt de helt unge på 16-24 år (16 %) uanset køn og blandt unge med etnisk dansk baggrund (11 %). Derimod har flere unge mænd (28 %) end kvinder (20 %) haft sex uden prævention, selvom de ikke ønsker et barn, og for begge køn er andelen størst blandt de 25-34-årige.

- Andelen af borgere, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere, er større i Københavns Kommune og i flere af de københavnske bydele sammenlignet med regionen som helhed.

- Unge, som har haft sex uden kondom og har haft forskellige seksualpartnere, har en mere risikabel sundhedsadfærd, hvad angår rygning, alkohol, brug af hash og røgfri tobak/nikotinposer sammenlignet med unge, som har haft sex det seneste år, i regionen som helhed.

Indledning

Seksualitet er tæt forbundet med sundhed og trivsel, og er for størstedelen af den danske befolkning en vigtig del af tilværelsen (1,2). Ifølge Verdenssundhedsorganisationen (WHO) er seksuel sundhed en tilstand af fysisk, følelsesmæssig, mental og social trivsel relateret til seksualitet (3). Sundhed og seksualitet påvirker hinanden i både positiv og negativ retning (2). For eksempel er et velfungerende sexliv gavnligt for helbred og trivsel, hvorimod seksuelt overførte sygdomme (herefter: sexsygdomme) og uønskede graviditeter kan føre til fysisk og psykosocial mistrivsel (4).

I dette kapitel er fokus på ubeskyttet sex, dvs. sex uden brug af prævention. Ubeskyttet sex er ofte et fokuspunkt i forebyggelse og fremme af seksuel sundhed, men ønskes et mere fuldkomment billede af den seksuelle sundhed, henvises der til rapporten 'Seksualitet & sundhed' (2) og til Projekt SEXUS, som er en omfattende befolkningsundersøgelse af danskernes seksualitet i perioden 2017-2018 (1).

Borgere i den fertile alder, som har ubeskyttet sex, selvom de ikke ønsker at få børn, er i øget risiko for uønsket graviditet, mens sex uden kondom med forskellige seksualpartnere øger risikoen for sexsygdomme. Uønsket graviditet kan være forbundet med fysisk ubehag samt svære følelser og overvejelser (5). Helbredskonsekvenserne af sexsygdomme spænder bredt fra umiddelbare, kortsigtede gener til langsigtede mere alvorlige følger (6). Klamydia kan f.eks. medføre underlivsbetændelse og ufrivillig barnløshed (6,7), mens HIV og livmoderhalskræft kan være livstruende (6,8,9). Sexsygdomme kan også påvirke det psykosociale helbred negativt ved bl.a. at være forbundet med skam, nedsat selvværd og stigmatisering (4,6). Sexsygdomme er mest udbredt blandt unge, hvor hhv. 16 % af 15-24-årige og 39 % af 25-34-årige angiver at have haft en sexsygdom, hvoraf klamydia er den mest udbredte (10). For de nyeste tal på sexsygdomme henvises der til Statens Serum Instituts hjemmeside (11).

Samlet set fører ubeskyttet sex, herunder provokerede aborter, livmoderhalskræft, sexsygdomme og HIV/aids, til ca. 160 årlige dødsfald, hvilket svarer til omkring 770 og 1500 tabte leveår for hhv. mænd og kvinder (12). De tabte leveår skyldes i langt størstedelen af tilfældene HPV-relaterede kræftformer, og på sigt forventes det derfor, at antallet af tabte leveår falder som følge af HPV-vaccinen, som er en del af det danske børnevaccinationsprogram (10). Ubeskyttet sex medfører desuden omkostninger for samfundet i form af blandt andet behandling og tabt produktion. Omkostninger forbundet med sexsygdomme og uønskede graviditeter anslås årligt at være 270 mio. kr., mens omkostninger ved tabt produktion estimeres at være 370 mio. kr. (12).

Flere faktorer hænger sammen med ubeskyttet sex, bl.a. socioøkonomisk og etnisk baggrund, dårlig trivsel og lavt selvværd, indtag af rusmidler, tidlig seksuel debut og øget seksuel erfaring, mange spontane seksuelle kontakter og viden om prævention (13–18). Fravalg af kondom hænger også sammen med at kende seksualpartneren, og at kondomet kan opleves som en intimitetsbarriere eller frygt for negativ respons, hvis det foreslås (13).

Kondom er den hyppigst brugte præventionsform i Danmark (48 %) efterfulgt af p-piller (42 %) og hormonspiral (23 %) (1). Samtidig er kondom også den mest udbredte præventionsform til at beskytte mod sexsygdomme f.eks. klamydia og gonorré, mens andre præventionsformer som p-piller og spiral kun beskytter mod uønsket graviditet (6,19). Brug af kondom beskytter dog ikke fuldstændigt mod sexsygdomme som herpes ved kønsorganerne, syfilis og kønsvorter (kondylomer) (20). Ansvaret for forebyggelse og fremme af seksuel sundhed er delt mellem kommuner og regioner. Kommunerne står bl.a. for screeningstiltag, sundhedspleje og seksualundervisning, mens regionerne er ansvarlige for arbejdet i almen praksis og sygehuse med bl.a. rådgivning, udredning og behandling (21). Samarbejde på nationalt, regionalt og kommunalt niveau er dog væsentligt for effektiv forebyggelse af ubeskyttet sex og relateret behandling (21). To tredjedele af kommunerne vurderer, at de har indsatser målrettet seksuel sundhed, men samtidig tyder det på, at der fra 2017 til 2019 er kommet mindre fokus på implementering af disse indsatser (22). Sundhedsstyrelsen har i 2018 udgivet en ny udgave af forebyggelsespakken 'Seksuel sundhed' (10), som kan inspirere til, hvordan indsatsen kan styrkes. I rapporten 'Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed?' giver Sex & Samfund desuden anbefalinger til, hvordan kommunerne kan styrke arbejdet om seksuel sundhed (23). Kommunerne kan bl.a. sikre og forbedre seksuel sundhed ved at gøre det til en del af deres sundhedspolitikker og ved at indarbejde seksuelle sundhedsmål inden for relevante områder såsom unge-, udsatte- og integrationsområdet (21,23).

I Danmark er ubeskyttet sex især udbredt blandt unge. Halvdelen af 15-24-årige seksuelt aktive danskere har haft ubeskyttet sex med en ikke fast partner inden for det seneste år, hvilket gælder for ca. en tredjedel af hele befolkningen (1). Herudover er Region Hovedstaden den region i Danmark med den største andel af borgere med ubeskyttet sex (1).

COVID-19 pandemien kan have påvirket borgernes seksualvaner inkl. forekomsten af ubeskyttet sex, men det er vanskeligt at vurdere i hvilken retning. En kvalitativ undersøgelse har f.eks. vist, at for nogle unge resulterede COVID-19 pandemien i seksuel inaktivitet som følge af mangel på fysiske møder, mens den for andre medførte nye (og bedre) muligheder for at kunne udforske egen seksualitet ved brug af digitale forbindelser/sociale medier (24).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives en række indikatorer vedrørende ubeskyttet sex og indledningsvist antal seksualpartnere og brug af prævention. Kapitlets primære fokus er på de 16-34-årige, da forekomsten af sex uden kondom og forskellige seksualpartnere er højest i denne aldersgruppe. Hvor det vurderes relevant, vil der blive sammenlignet med opgørelser blandt borgere på 35+ år. Derefter følger en beskrivelse af andelen af unge, som har haft sex uden brug af prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker at få et barn. Efterfølgende beskrives andelen af unge, som har haft sex uden kondom og har haft forskellige seksualpartnere det seneste år. Afslutningsvis beskrives forekomsten af andre risikofaktorer blandt unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere sammenlignet med gennemsnittet blandt alle unge i Region Hovedstaden.

Udover de tabeller, som indgår i rapporten, findes opgørelser af følgende: mindst én seksualpartner det seneste år blandt unge 16-34-årige (Webtabel W11.1) og borgere på 35+ år (Webtabel W11.2), sex uden kondom og forskellige seksualpartnere blandt borgere på 35+ år (Webtabel W11.3 og W11.4), og en figur, der viser brug af prævention og antal seksualpartnere for borgere på 35+ år (Webfigur 11.1). Disse tabeller og figur kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

I opgørelserne om unge er der ikke sociodemografiske opgørelser vedr. uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus og hjemmeboende børn, da en stor del af de 16-34-årige endnu ikke har færdiggjort uddannelse eller etableret familie.

Ændring i opgørelsesmetode og terminologi siden Sundhedsprofil 2017

I Sundhedsprofil 2017 blev ubeskyttet sex opgjort blandt alle borgere, hvilket er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor ubeskyttet sex opgøres blandt borgere, som har haft mindst én seksualpartner det seneste år (har haft sex det seneste år).

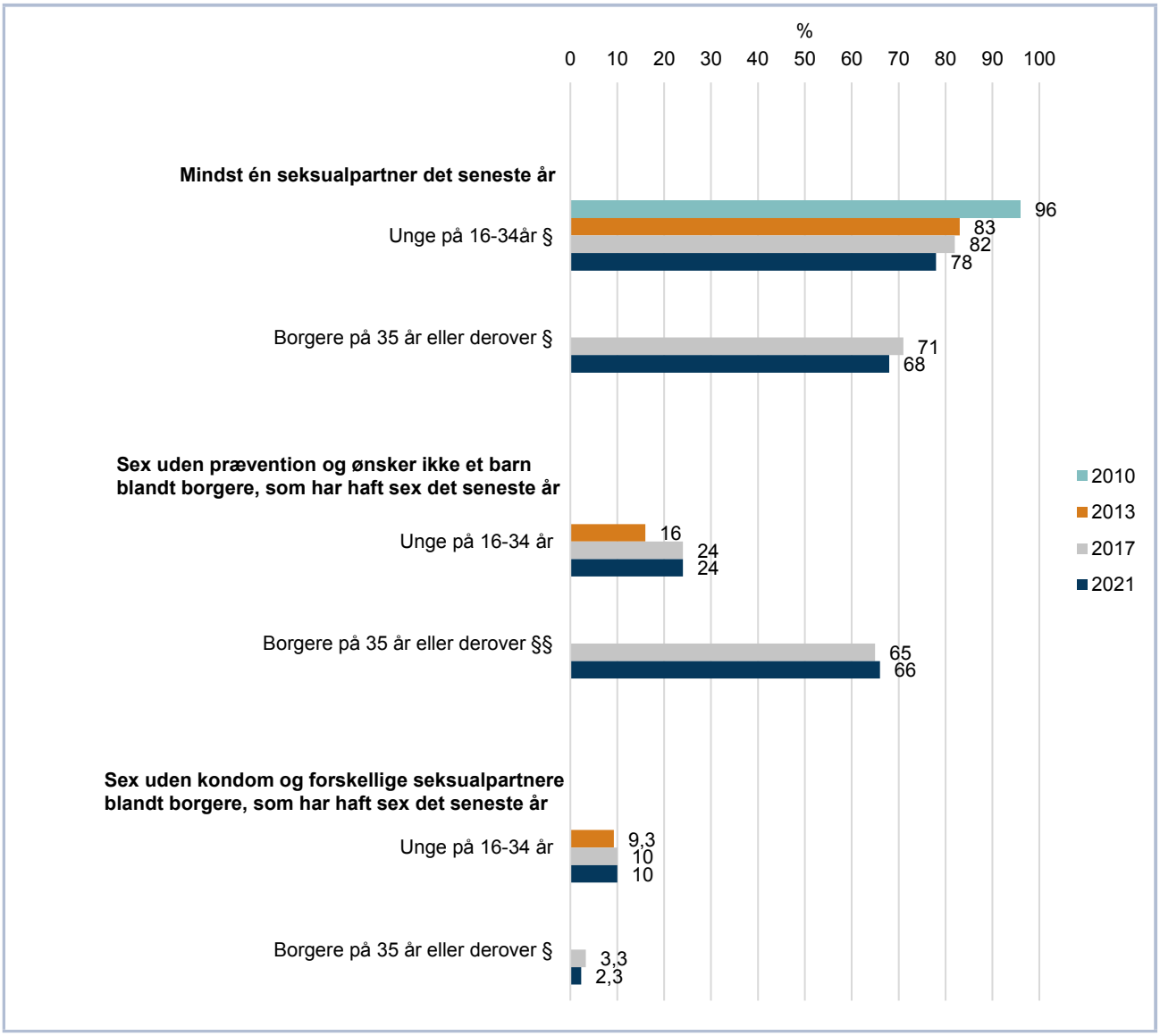
I Sundhedsprofil 2017 blev dét at have haft sex uden kondom ved seneste samleje og have haft tre eller flere seksualpartnere inden for det seneste år kaldt 'sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere'. Det er i Sundhedsprofil 2021 ændret til en mere præcis benævnelse i form af 'sex uden kondom og forskellige seksualpartnere'.

Det skal desuden bemærkes, at seksualpartnere både kan være fra faste parforhold og uformelle forhold.

Resultatoverblik

Figur 11.1 viser forekomsten af de indikatorer, der er inkluderet i dette kapitel. Størstedelen (78 %) af de 16-34-årige har haft mindst én seksualpartner det seneste år, hvilket er et stødt fald siden 2010. Blandt borgere på 35 år eller derover er andelen ligeledes faldet fra 2017 til 2021, og sammenlignet med de 16-34-årige er andelen mindre. Hver fjerde af de 16-34-årige har haft sex uden prævention, selvom de ikke ønsker et barn. Blandt borgere på 35+ år er dette tilfældet for to ud af tre, hvilket dog skal ses i lyset af, at en stor del i denne aldersgruppe ikke er i den fertile alder og dermed ikke er i risiko for uønsket graviditet (25). For både de 16-34-årige og borgere på 35 år eller derover er andelen, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, uændret fra 2017 til 2021. I alt 10 % af de unge, som har haft sex det seneste år, har haft sex uden kondom og haft forskellige seksualpartnere (tre eller flere), hvilket er uændret siden 2010. Til sammenligning er andelen 2,3 % blandt borgere på 35 år eller derover i 2021, hvilket er et lille fald siden 2017.

Figur 11.1 Resultatoverblik for ubeskyttet sex

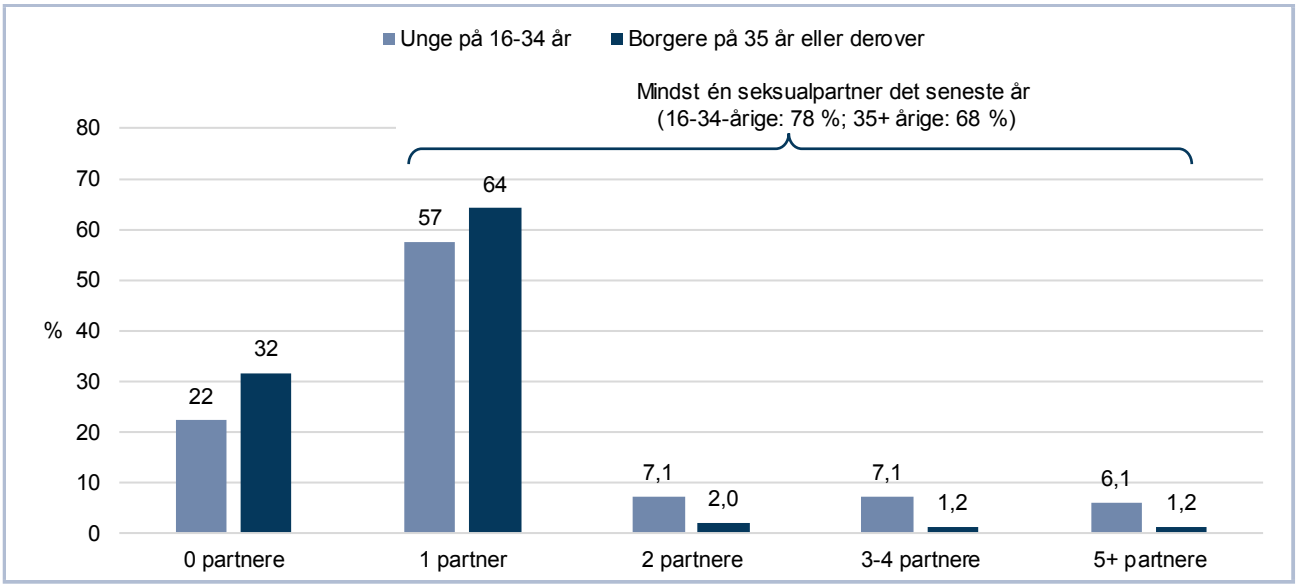


§ Yderligere opgørelser kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.
For borgere på 35+ år vises udvikling kun fra 2017 til 2021, da de ikke er blevet spurgt ind til seksualpartnere og prævention i 2013 og 2010.

11.1 Antal seksualpartnere og brug af prævention

Af figur 11.2 fremgår det, at over halvdelen af både de 16-34-årige (57 %) og 35+ årige (64 %) har haft én seksualpartner det seneste år. En større andel af de 16-34-årige har haft flere seksualpartnere sammenlignet med borgere på 35 år eller derover. For eksempel har ca. seks gange så mange unge haft 3-4 seksualpartnere det seneste år sammenlignet med borgere på 35+ år. Samlet set har i alt 78 % af de unge og 68 % af de 35+ årige haft mindst én seksualpartner det seneste år. Yderligere opgørelser af borgere, som har haft sex det seneste år, for hhv. unge 16-34-årige (Webtabel W11.1) og borgere på 35+ år (Webtabel W11.2), kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

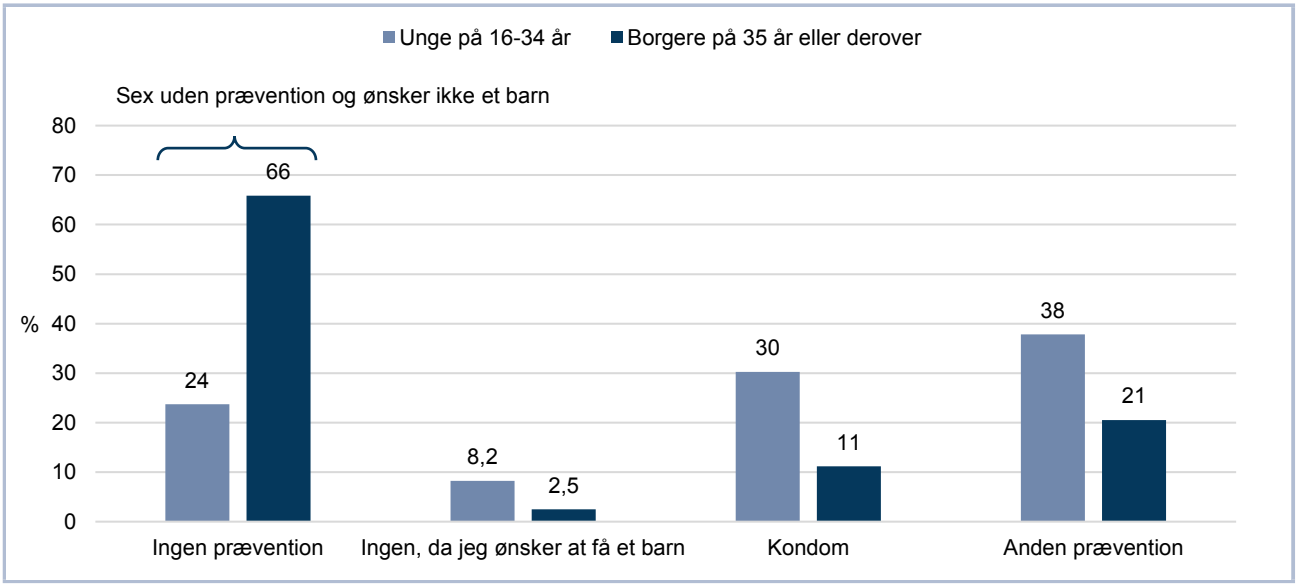
Figur 11.2 Antal seksualpartnere det seneste år blandt unge på 16-34 år og borgere på 35+ år
Spørgsmål: "Hvor mange seksualpartnere har du haft det seneste år?"



Baseret på 11.201 besvarelser fra unge på 16-34 år og 39.080 besvarelser fra borgere på 35+ år, og data indsamlet på CKFF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

Figur 11.3 viser brug af prævention ved seneste samleje blandt borgere, som har haft sex det seneste år. Hver fjerde af de unge 16-34-årige, som har haft sex det seneste år, har ikke brugt prævention, selvom de ikke ønsker barn (24 %). Andelen, som ikke har brugt prævention ved seneste samleje, er imidlertid større blandt borgere på 35 år eller derover, hvilket kan skyldes, at mange ikke er fertile i denne aldersgruppe (25), og flere er i faste forhold. Derimod er andelen af borgere, som har brugt kondom eller anden prævention ved seneste samleje, størst blandt de 16-34-årige (68 %), hvor færrest bruger kondom (30 % af alle unge).

Figur 11.3 Brug af prævention blandt unge på 16-34 år og borgere på 35+ år, som har haft sex det seneste år
Spørgsmål: "Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?"

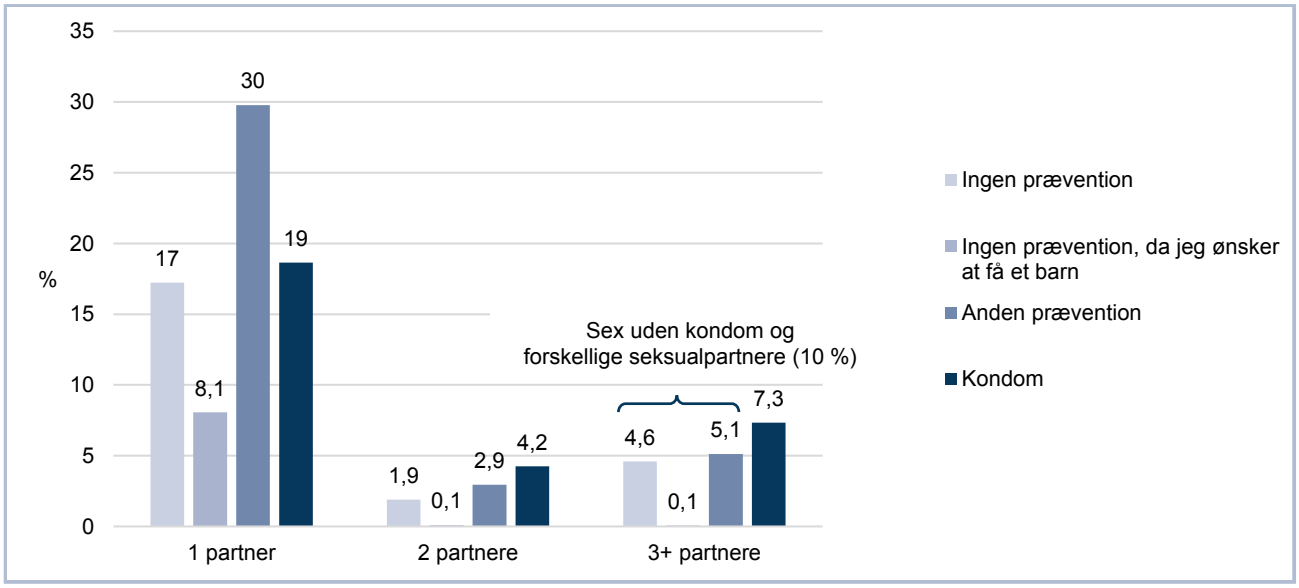


Baseret på 8.570 besvarelser for unge på 16-34 år og 25.264 besvarelser for borgere på 35+ år, og data indsamlet på CKFF i 2021.
'Ingen prævention' dækker over hverken brug af kondom eller anden prævention, 'anden prævention' kan f.eks. omfatte p-piller, spiral, pessar, fortrydelsespille (men ikke kondom), og 'kondom' dækker over brug af kondom med eller uden anden prævention.

Figur 11.4 viser unges brug af prævention og antal seksualpartnere blandt alle unge, som har haft sex det seneste år. Det ses, at mønsteret i præventionsbrug afhænger af antal seksualpartnere.

Blandt unge med én seksualpartner det seneste år har de fleste brugt anden prævention (30 %), mens omtrent lige mange har brugt hhv. kondom og ingen prævention. Det er kun få unge med én seksualpartner, som ikke har brugt prævention, fordi de ønsker et barn (8,1 % af alle unge). Modsat har unge med flere seksualpartnere (2 og 3+) i højere grad brugt kondom i stedet for anden prævention. Andelen af de unge med flere seksualpartnere, som har brugt hhv. anden prævention og ikke brugt prævention, er nogenlunde den samme. I alt har 10 % af de unge, som har haft sex det seneste år, ikke brugt kondom, selvom de har haft 3+ seksualpartnere. Af disse har omkring halvdelen ikke brugt nogen former for prævention (4,6 % af alle unge, som har haft sex det seneste år), mens den anden halvdel har brugt anden prævention end kondom og er hermed beskyttet mod uønsket graviditet, men ikke mod sexsygdomme (5,1 % af alle unge, som har haft sex det seneste år). Tilsvarende opgørelse af brug af prævention og antal seksualpartnere for borgere på 35+ år (Webfigur 11.1) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Figur 11.4 Brug af prævention og antal seksualpartnere blandt unge på 16-34 år, som har haft sex det seneste år
Spørgsmål: "Hvor mange forskellige seksualpartnere har du haft inden for de seneste 12 måneder?" og "Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?"



Baseret på 8.570 besvarelser, og data indsamlet på CKFF i 2021.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.
'Ingen prævention' dækker over hverken brug af kondom eller anden prævention, 'anden prævention' kan f.eks. omfatte p-piller, spiral, pessar, fortrydelsespille (men ikke kondom), og 'kondom' dækker over brug af kondom med eller uden anden prævention.

11.2 Sex uden prævention og ønsker ikke et barn

Opgørelserne af sex uden prævention og ønsker ikke et barn omfatter borgere, som ved seneste samleje ikke har brugt prævention, og som ikke ønsker at få et barn. Dette opgøres blandt alle unge, som har haft sex det seneste år. Prævention omfatter kondom og anden prævention, såsom p-piller, spiral og pessar.

Opgørelser for borgere på 35+ år vises ikke, da borgere i denne aldersgruppe ikke er i samme risiko for uønsket graviditet pga. reduceret fertilitet med stigende alder (25). Således ses det også, at forekomsten af sex uden prævention og uden ønske om barn stiger med stigende alder og er markant højere blandt borgere på 55+ år (83-96 %; resultater ikke vist) end blandt de unge.

Sex uden prævention og ønsker ikke et barn blandt unge, som har haft sex det seneste år – region

I 2021 har 24 % af de 16-34-årige, som har haft sex det seneste år, haft sex uden prævention, selvom de ikke ønsker et barn, svarende til 79.700 personer (Tabel 11.1).

Køn og alder: Andelen af unge, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, er større blandt mænd (28 %) end kvinder (20 %). For kvinder er andelen større blandt de 25-34-årige sammenlignet med de 16-24-årige, mens der for mænd ikke er nogen signifikant forskel på andelen i de to aldersgrupper.

Etnisk baggrund: Andelen af unge, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, er størst blandt borgere med ikke vestlig-baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Når der ses på odds ratio (OR) justeret for køn og alder, ses der dog ingen forskel mellem borgere med ikke-vestlig baggrund og dansk baggrund.

Udvikling: I regionen som helhed er andelen af borgere, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, steget fra 16 % i 2013 til 24 % i 2021, men det ses at stigningen fandt sted fra 2013 til 2017. For de fleste sociodemografiske grupper er der, ligesom for regionen som helhed, tale om en stigning fra 2013 til 2017. For de 16-24-årige mænd er der også sket en stigning fra 2017 til 2021, og de udgør dermed den gruppe med den største stigning fra 2013 til 2021. Derimod ses der et fald i forekomsten for de 25-34-årige mænd og borgere med ikke-vestlig baggrund fra 2017 til 2021, hvilket har medvirket til, at forekomsten i disse grupper i 2021 ikke er lige så forskellig fra andre sociodemografiske grupper som i tidligere år.

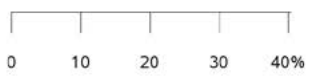
Sex uden prævention og ønsker ikke et barn blandt unge, som har haft sex det seneste år – kommuner

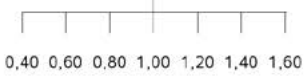
Andelen af unge, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, varierer fra 18 % i Gladsaxe Kommune til 36 % i Glostrup Kommune (Tabel 11.2). Der ses ingen social gradient i forekomsten på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for køn og alder. Yderligere justering for etnisk baggrund ændrer heller ikke på tendenserne (resultater ikke vist).

Udvikling: I mange kommuner og bydele er der ikke sket statistisk signifikante ændringer fra 2013 til 2021 i andelen af unge, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje og ikke ønsker et barn. I perioden ses dog en stigning i ca. hver tredje kommune og bydel, som hovedsageligt er sket fra 2013 til 2017. Fra 2017 til 2021 er forekomsten stabil med undtagelse af bydelen Nørrebro, hvor der ses en signifikant stigning i andelen, og Ishøj Kommune, hvor der ses et signifikant fald. De største stigninger fra 2013 til 2021 ses i Glostrup og Lyngby-Taarbæk kommuner.

Tabel 11.1 Sex uden prævention og ønsker ikke et barn blandt unge (16-34-årige), som har haft sex det seneste år – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	24	79.700		24	16 #
Mænd					
Alle	28	42.700		29	18 #
16-24 år	26	14.200		23 #	11 #
25-34 år	28	28.500	Ref	32 #	22 #
Kvinder					
Alle	20	36.900		20	15 #
16-24 år	16	10.100	*	15	7 #
25-34 år	23	26.800	Ref	22	20 #
Etnisk baggrund					
Danmark	24	62.500	Ref	24	16 #
Andre vestlige lande	20	7.400	*	16	19
Ikke-vestlige lande	26	9.700		32 #	20 #

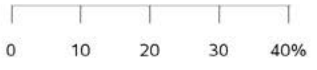


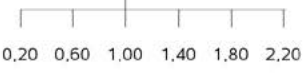


Baseret på 8.570 besvarelser i 2021, 9.760 besvarelser i 2017 og 6.931 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 11.2 Sex uden prævention og ønsker ikke et barn blandt unge (16-34-årige), som har haft sex det seneste år – kommuner

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	24	79.700	Ref	24	16 #
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	30	1.100		28	24
Bornholm	26	1.100		19	17
Brøndby	30	1.300		33	27
Halsnæs	35 *	1.300	*	36	-
Hvidovre	27	2.100		29	17 #
Høje-Taastrup	24	1.700		27	21
Ishøj	22	700		35 #	23
Kbh Bispebjerg	21	3.800		22	10 #
Kbh Brønshøj-Husum	25	1.800		27	20
Kbh Valby	27	4.400		27	15 #
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	25	1.700		28	19
Frederikssund	30	1.500		22	20
Glostrup	36 *	1.300	*	28	22 #
Helsingør	26	1.800		26	-
Herlev	22	900		24	14
Kbh Amager Øst	19 *	3.200	*	23	14
Kbh Nørrebro	27	7.600		20 #	17 #
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	22	4.800		25	17
Rødovre	26	1.600		27	18 #
Tårnby	28	1.400		25	18
Kommunesocialgruppe 2					
Egedal	22	1.100		23	13
Fredensborg	28	1.200		25	-
Frederiksberg	21	4.900		21	16
Gladsaxe	18 *	1.900	*	23	17
Gribskov	32	1.200		24	-
Hillerød	25	1.900		19	12 #
Kbh Amager Vest	24	5.200		22	18
Kbh Vanløse	19 *	1.700	*	20	19
København	23 *	40.500	*	23	15 #
Vallensbæk	26	600		25	19
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	22	600		22	10 #
Dragør	-	-		23	-
Furesø	27	1.100		23	14 #
Gentofte	19 *	1.700	*	20	23
Hørsholm	29	600		27	-
Kbh Indre By	23	3.500		24	11 #
Kbh Østerbro	20	4.400	*	21	14
Lyngby-Taarbæk	25	2.000		23	11 #
Rudersdal	21	1.100		25	17





Baseret på 8.570 besvarelser i 2021, 9.760 besvarelser i 2017 og 6.931 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

11.3 Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere

Opgørelserne af sex uden kondom og forskellige seksualpartnere omfatter borgere, som ved seneste samleje ikke brugte kondom og som har haft 3 eller flere seksualpartnere det seneste år. Det opgøres blandt alle unge, som har haft sex det seneste år. Tilsvarende tabeller for borgere på 35 år eller derover (Webtabel W11.3 og W11.4) kan ses på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere blandt unge, som har haft sex det seneste år – region

I 2021 har 10 % af de 16-34-årige, som har haft sex det seneste år, haft sex uden kondom og haft forskellige seksualpartnere, svarende til 32.800 personer (Tabel 11.3). Andelen er fire gange større blandt unge end blandt borgere på 35 år eller derover, og herudover ses der et andet mønster i forhold til køn og etnisk baggrund blandt borgere på 35+ år (Webtabel W11.3).

Køn og alder: Der er ingen kønsforskel i andelen af 16-34-årige, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år. For begge køn er forekomsten højest blandt de 16-24-årige (16 %) sammenlignet med de 25-34-årige (6-7 %).

Etnisk baggrund: Andelen, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, er større blandt unge med etnisk dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig baggrund og ikke-vestlig baggrund.

Udvikling: Andelen af unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, er uændret fra 2013 til 2017 og 2021 i regionen som helhed. Dog ses en stigning blandt 16-24-årige kvinder.

Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere blandt unge, som har haft sex det seneste år – kommuner

Andelen af unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, varierer fra 5 % i Gladsaxe, Vallensbæk og Furesø kommuner til 17 % i bydelen Indre By (Tabel 11.4). Det skal bemærkes, at der i flere kommuner er få svarpersoner, hvormed tallene er behæftet med usikkerhed.

Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommune-socialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Yderligere justering for etnisk baggrund ændrer ikke herved. I stedet ses det, at andelen af unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, er større i Københavns Kommune og i flere af de københavnske bydele sammenlignet med regionen som helhed.

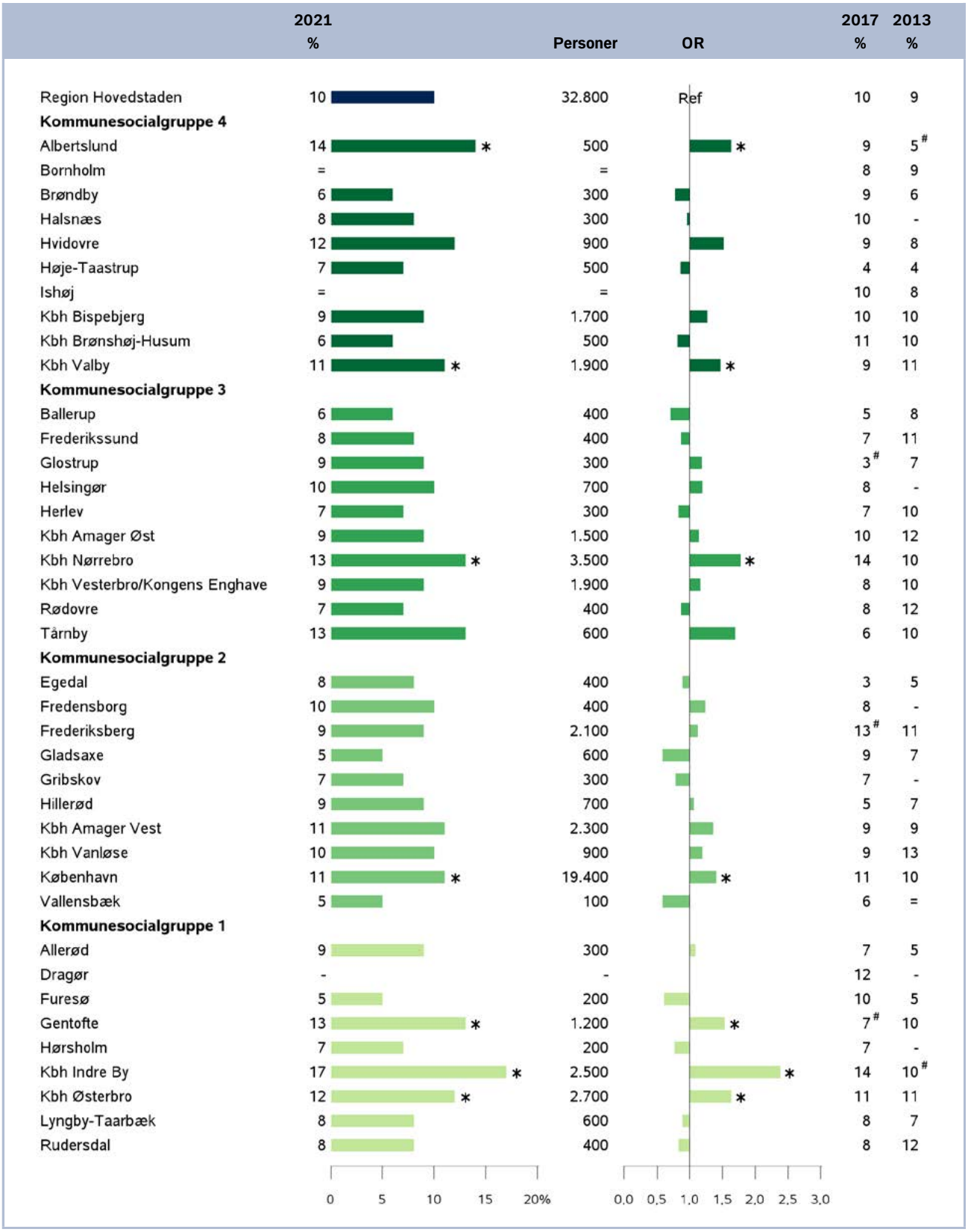
Udvikling: Fra 2013 til 2021 er andelen af unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, ikke signifikant ændret i nogen kommuner eller bydele, bortset fra Albertslund Kommune og bydelen Indre by, hvor der er sket en stigning. Fra 2017 til 2021 ses stigninger i Glostrup og Gentofte kommuner og et fald i Frederiksberg Kommune.

Tabel 11.3 **Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere blandt unge (16-34-årige), som har haft sex det seneste år – region**

	2021 %	Personer	OR	2017 %	2013 %
Region Hovedstaden	10	32.800		10	9
Mænd					
Alle	10	15.300		10	9
16-24 år	16	8.400	*	13	13
25-34 år	7	7.000	Ref	8	7
Kvinder					
Alle	10	17.400		9	9
16-24 år	16	10.300	*	14	13 #
25-34 år	6	7.100	Ref	6	7
Etnisk baggrund					
Danmark	11	28.700	Ref	11	10
Andre vestlige lande	6	2.100	*	5	5
Ikke-vestlige lande	5	1.800	*	6	6

Baseret på 8.570 besvarelser i 2021, 9.760 besvarelser i 2017 og 6.928 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 11.4 Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere blandt unge (16-34-årige), som har haft sex det seneste år – kommuner



Baseret på 8.570 besvarelser i 2021, 9.760 besvarelser i 2017 og 6.928 besvarelser i 2013.
For alle år baseret på data indsamlet på CKFF.
De tomme felter skyldes for få besvarelser i kommunen (-) eller for få besvarelser med denne adfærd i kommunen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

11.4 Flere samtidige risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen af unge med udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har haft sex uden kondom og haft forskellige seksualpartnere det seneste år. Til sammenligning vises også andelen af unge med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed.

11.4.1 Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere og andre risikofaktorer

Unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere, har generelt en dårligere livskvalitet, et dårligere helbred og en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med alle unge i regionen (Tabel 11.5).

Forekomsten af brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer, højt forbrug af alkohol inklusiv rusdrikning og brug af hash 10+ gange det seneste år er over dobbelt så udbredt blandt unge, som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere, sammenlignet med unge i hele regionen.

Tabel 11.5 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt unge (16-34-årige), som har haft sex uden kondom og forskellige seksualpartnere det seneste år, sammenlignet med alle unge i Region Hovedstaden, som har haft sex det seneste år

	Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere (16-34-årige) %	Region Hovedstaden (16-34-årige) %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	6*	4
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	30*	19
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	12*	9
Ensomhed	20*	16
Daglig rygning	17*	11
Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer	20*	9
Drikker over 14/21 genstande om ugen	22*	8
Rusdrikker ugentligt	38*	17
Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år	14*	6

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF.
Opgøres blandt unge på 16-34 år, som har haft sex det seneste år.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

11.5 Litteratur

1. Frisch M, Moseholm E, Andersson M, Bernhard Andresen J, Graugaard C. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet; 2019.

2. Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og Sundhed. 2. udg. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

3. World Health Organization. Sexual health - Definitions [Internet]. World Health Organization. 2021 [henvist 27. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

4. Graugaard C, Giraldi A. Kapitel 18 Sundhed, sygdom og seksualitet - et overblik. I: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, redaktører. Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. 1. udg. København: Munksgaard; 2019. s. 409–27.

5. Christiansen Carøe C, Schmidt G, Nygaard Christoffersen M. Provokeret abort - Undersøgelse af baggrund og virkninger. København: Socialforskningsinstituttet; 2003.

6. Kiellberg Larsen H. Kapitel 29 Seksuelt overførbare infektioner. I: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, redaktører. Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. 1. udg. København: Munksgaard; 2019. s. 641–64.

7. Statens Serum Institut. Klamydia [Internet]. Sygdomsleksikon. 2021 [henvist 30. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/k/klamydia

8. Statens Serum Institut. Hiv - Human immundefekt virus [Internet]. Sygdomsleksikon. 2020 [henvist 13. december 2021]. Tilgængelig hos: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/h/aids---hiv

9. Statens Serum Institut. Human Papillomavirus (HPV) infektion [Internet]. Sygdomsleksikon. 2019 [henvist 13. december 2021]. Tilgængelig hos: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsleksikon/h/human-papilloma-virus-infektion

10. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Seksuel sundhed. 2. udg. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

11. Statens Serum Institut. Sygdomsovervågning [Internet]. Sygdomme, beredskab og forskning. Tilgængelig hos: https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning

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

13. Sex & Samfund. Unges viden om og holdninger til prævention - En vidensopsamling af Sex & Samfund. København: Sex & Samfund; 2020.

14. Jørgensen MJ, Andersen B, Terkildsen Maindal H, Olesen F. Usikker sex blandt unge danskere. Månedsskrift for almen praksis - Sexologi. september 2011;89(09):726–32.

15. Stryhn JG, Graugaard C. Alderen ved første samleje har ligget stabilt siden 1960'erne, og tidlig debut er associeret med seksuelle risikosituationer. Ugeskrift for Læger. 8. september 2014;176:1–8.

16. Kirby D. Emerging answers 2007: New Research Findings on programs to Reduce Teen Pregancy and Sexually Transmitted Diseases. Washington, DC: Power to decide (formerly The National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy); 2007.

17. Dahl KM, Vernstrøm Østergaard S, Birch Lauridsen J, Jakobsen M. Kortlægning af seksuel sundhed i kommunerne. VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018.

18. Jørgensen MJ, Andersen B, Olesen F, Maindal HT. Young Danes' experiences with unsafe sex. Danish Medical Journal. januar 2013;60(1).

19. Sex & Samfund. Sikker sex indsats 2020 - Håndbog til kommuner. København: Sex & Samfund; 2020.

20. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

21. Fouchard J. Kapitel 30 Forebyggelse og sundhedsfremme på seksualitetens felt. I: Graugaard C, Giraldi A, Møhl B, redaktører. Sexologi: Faglige perspektiver på seksualitet. 1. udg. København: Munksgaard; 2019. s. 665–84.

22. Jakobsen G, Sølvhøj I, Holmberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. Center for Interventionsforskning, SDU, Statens Institut for Folkesundhed; 2020.

23. Aavang Poulsen C, Nebelong S. Hvordan arbejder kommunerne med seksuel sundhed? - en undersøgelse af forebyggelse og sundhedsfremme inden for seksuel sundhed. København: Sex & Samfund; 2019.

24. Ernst Toldam N. Ung seksualitet i en coronatid - En kvalitativ undersøgelse af danske unges seksualitet og kærlighedsliv under corona-pandemien. Masterafhandling i sexologi, Aalborg Universitet; 2021.

25. Miljø- og Fødevareministeriet, Sundheds- og Ældreministeriet. Vidensark: Min krop [Internet]. [henvist 14. december 2021]. Tilgængelig hos: www.maybebaby.dk.

Kapitel 12

Euforiserende stoffer

- I Region Hovedstaden er brug af hash og andre stoffer mest udbredt blandt de 16-34-årige unge sammenlignet med borgere på 35 år eller derover, og brug af hash er mere udbredt (19 % unge har brugt hash det seneste år) end brug af andre stoffer (7,7 % unge har brugt andre stoffer det seneste år).

- Der ses i perioden 2017 til 2021 generelt et fald i forekomsten af brug af euforiserende stoffer hos unge, især for brug af hash. Dog ses ikke et fald blandt unge mænd i alderen 16-24 år, der dermed forsat er den gruppe, som har den højeste forekomst af brug af hash det seneste år (29 %).

- Brug af hash og andre stoffer er generelt mere udbredt blandt unge mænd sammenlignet med unge kvinder, og forekomsten er generelt størst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

- Brug af hash og andre stoffer er især forekommende i Frederiksberg Kommune og Københavns Kommune og bydele (især i bydelen Nørrebro), mens brug af hash 10 eller flere gange det seneste år er mest udbredt i Hvidovre Kommune.

- En yngre debutalder for at prøve hash eller andre stoffer er forbundet med et mere regelmæssigt forbrug.

- Brug af euforiserende stoffer har sammenhæng med andre risikofaktorer og i særdeleshed med et stort indtag af alkohol.

Indledning

Brug af euforiserende stoffer øger risikoen for fysiske og mentale helbredsproblemer (1). Problemer med euforiserende stoffer har været stigende de seneste 10 år, hvor f.eks. antal behandlinger af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser som følge af euforiserende stoffer er steget (2).

Euforiserende stoffer (herefter: stoffer) omfatter en række stoffer, som virker sløvende (f.eks. hash og heroin), stimulerende (f.eks. amfetamin, kokain og ecstasy) eller hallucinerende (f.eks. LSD og svampe) (3).

Det at prøve stoffer er typisk et ungdomsfænomen, og brugen skyldes ofte en kombination af sociale, psykologiske og kulturelle faktorer (4). Det eksperimenterende brug topper typisk i 16-19-årsalderen, og kun få prøver det første gang efter 20-årsalderen (4–6). Jo yngre personen er, når stoffer prøves første gang, jo højere er risikoen for et egentligt forbrug eller misbrug senere i livet (5,7,8). Der ses på tværs af lande en større andel af unge mænd sammenlignet med kvinder, som bruger stoffer (9).

Hash er det mest brugte stof efterfulgt af kokain, amfetamin og ecstasy (6), og unge, som prøver andre stoffer end hash, har næsten alle prøvet hash først (10). En dansk undersøgelse fra 2019 har vist, at 37 % af alle unge på gymnasiale uddannelser har prøvet hash (nogensinde), mens 16 % af de unge i Region Hovedstaden har brugt hash den seneste måned. Dette er hyppigere end i andre regioner (5). En europæisk rapport fra 2020 har yderligere vist, at ca. 15 % af de 16-34-årige i Danmark har brugt hash det seneste år, hvilket er højere end i andre skandinaviske lande (11).

Forekomsten af brug af hash og andre stoffer i 2020-2021 kan være påvirket af COVID-19 pandemien. Rejserestriktioner og grænselukninger kan f.eks. have medført forsyningsvanskeligheder og dermed stigende priser på nogle stoffer (12). Derudover kan de lokale restriktioner have medvirket til mindre social kontakt samt øget ensomhed og stress blandt nogle (13), hvilket kan have påvirket forbruget i både en positiv og negativ retning. Der findes dog ikke studier med entydige svar herpå.

Unge, som har erfaring med at bruge hash og andre stoffer, vil oftere også ryge og have et højt forbrug af alkohol (3,11,12,16). Tidlig alkoholdebut eller storforbrug af alkohol blandt unge øger dermed også sandsynligheden for at eksperimentere med stoffer (4,17). Derudover er der sammenhæng mellem brug af hash/andre stoffer og dårlig mental sundhed såsom ensomhed og tristhed (16) samt seksuel adfærd. Risikoen for ubeskyttet sex, uønsket graviditet og seksuelt overførte sygdomme er således højere blandt unge, som bruger stoffer sammenlignet med unge, som ikke gør (18).

Brug af stoffer øger yderligere risikoen for produktionstab, konflikter med kolleger og uddannelsesstop (16,19). I Danmark er brug af stoffer årsag til omkring 140 førtidspensioner årligt og et produktionstab på ca. 2.821 mio. kr. og 717 mio. kr. for henholdsvis mænd og kvinder grundet førtidspension og tidlig død relateret til stofmisbrug (1). Stofmisbrug kan medføre ulykker, forgiftninger, akutte psykotiske symptomer og i værste fald død. Det skønnes, at der årligt er ca. 1000 dødsfald relateret til misbrug af stoffer svarende til 2 % af alle dødsfald (1).

I Danmark er det ulovligt at bruge, sælge, besidde og opbevare stoffer (20). Målet med den danske narkotikapolitik er overordnet at begrænse tilgangen af nye stofbrugere og udbredelsen af stoffer mest muligt. Derudover er målet at tilbyde behandling og mindske skader af den brug, der trods alt finder sted (21). Da udbredelsen af stofbrug er størst blandt unge, er forebyggelsesindsatsen især målrettet dem, efterfulgt af forældre og professionelle, som arbejder med unge (4,22). Det er kommunernes ansvar at udarbejde politikker med tilhørende handleplan til forebyggelse af brug af stoffer, som går på tværs af sektorer og forvaltninger, fokuserer bredt på trivsel samt involverer flere parter (bl.a. familie, skole/uddannelse og udsatte boligområder). Derudover skal der sikres et systematisk samarbejde med behandlingsområdet (4). Den seneste monitorering af forebyggelsesindsatsen i kommunerne viser imidlertid, at kun halvdelen af kommunerne arbejder målrettet med stofforebyggende tiltag (23). For at få flere kommuner med har Sundhedsstyrelsen i 2020 bl.a. igangsat et forebyggelsesprojekt, "Fælles om ungelivet". Projektet tager udgangspunkt i den islandske model, som fokuserer på beskyttende faktorer i forhold til unges brug af rusmidler inden for domænerne familie, venner og fritid (8).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives først andelen af unge, som har brugt hash hhv. mindst én gang og 10 eller flere gange det seneste år, efterfulgt af unges brug af andre stoffer mindst én gang og 10 eller flere gange det seneste år. Debutalderen for brug af hash og andre stoffer blandt unge præsenteres også. Afslutningsvis findes et afsnit om tilstedeværelsen af flere samtidige risikofaktorer herunder den samlede andel af unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer det seneste år og andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange og har andre udvalgte risikofaktorer. Opgørelser for borgere på 35+ år, svarende til de opgørelser der findes i rapporten, kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Ændring i opgørelsesmetode og terminologi siden Sundhedsprofil 2017

I Sundhedsprofil 2017 blev hash og andre stoffer opgjort samlet, hvilket er ændret i Sundhedsprofil 2021, hvor hash og andre stoffer opgøres hver for sig. Dette skyldes, at der er stor forskel på brugen af hhv. hash og andre stoffer, samt at de to grupper vurderes at være for forskellige til at samle.

I Sundhedsprofil 2017 blev dét at have brugt hash eller andre stoffer 10 eller flere gange inden for det seneste år defineret som et 'højt forbrug'. Det er i Sundhedsprofil 2021 ændret til en mere præcis benævnelse i form af 'brugt hash (hhv. andre stoffer) 10 eller flere gange det seneste år'.

Resultatoverblik

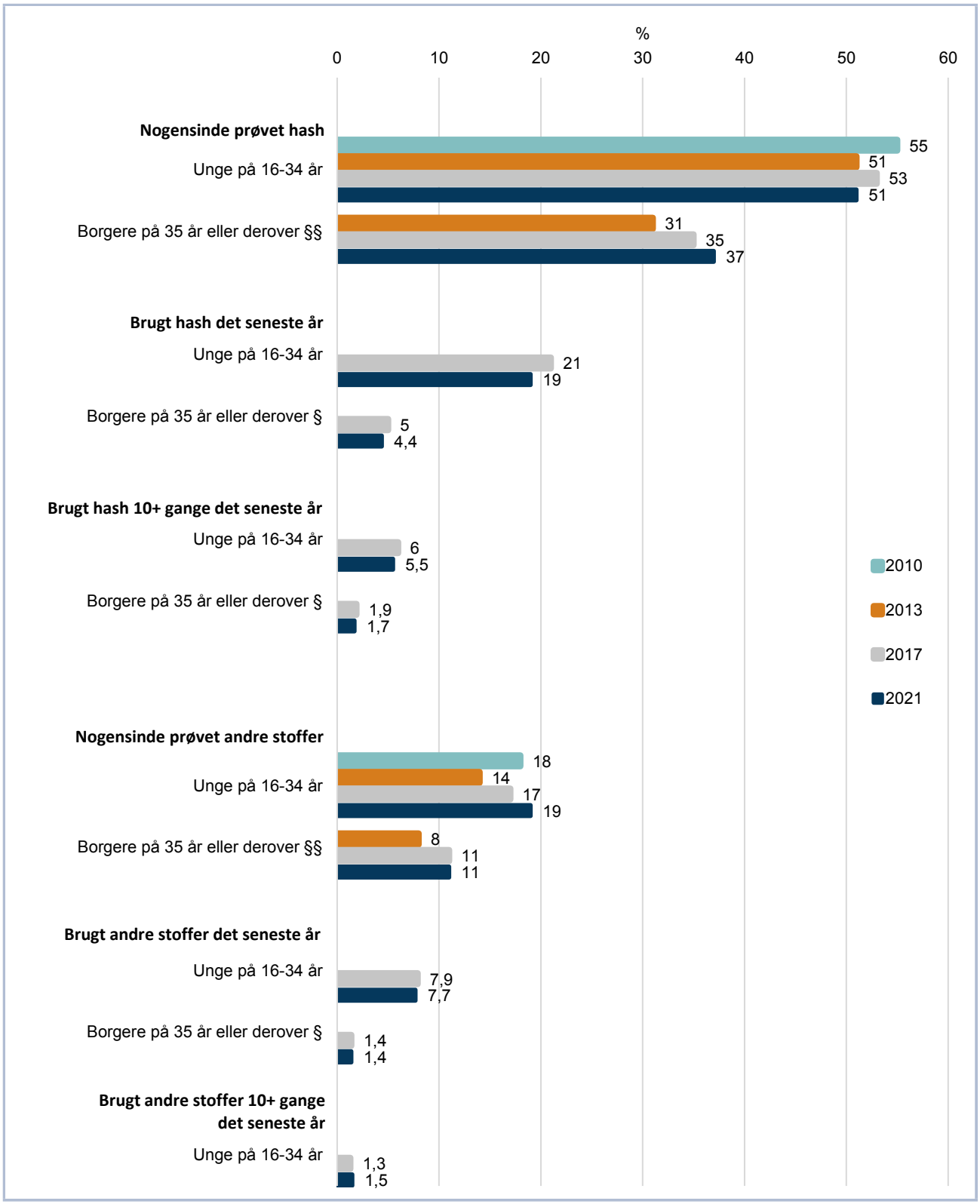
Figur 12.1 viser udvikling i forekomsten af indikatorer vedrørende brug af hash og andre stoffer blandt borgere på 16-34 år (herefter: unge) og blandt borgere på 35 år eller derover.

Generelt er brug af hash og andre stoffer mest udbredt blandt de unge sammenlignet med borgere på 35 år eller derover i Region Hovedstaden, og brug af hash er mere udbredt end brug af andre stoffer.

Der ses overordnet et fald i de unges brug af hash frem til 2021. Det ses både for andelen, som nogensinde har prøvet hash (2010: 55 %; 2021: 51 %) og for andelen, som har brugt hash det seneste år (2017: 21 %; 2021: 19 %). Imidlertid er andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, ikke faldet signifikant, men har ligget omkring 6 % i både 2017 og 2021. For borgere på 35 år eller derover ses der, modsat de unge, en stigning frem til 2021 i andelen, som nogensinde har prøvet hash (2013: 31 %; 2021: 37 %). Der ses imidlertid et lille fald i andelen af borgere på 35+ år, som har brugt hash det seneste år, mens andelen, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, ikke er ændret signifikant siden 2017.

Andelen af unge, som nogensinde har prøvet andre stoffer end hash, er steget fra 2010 til 2021, og især siden 2013, hvor forekomsten var lavest. Der er dog ikke forskel mellem 2017 og 2021 i andelen, som har brugt andre stoffer det seneste år, heller ikke når der ses på brug af stoffer 10 eller flere gange seneste år. Samme tendenser ses for borgere på 35 år eller derover.

Figur 12.1 Resultatoverblik for euforiserende stoffer

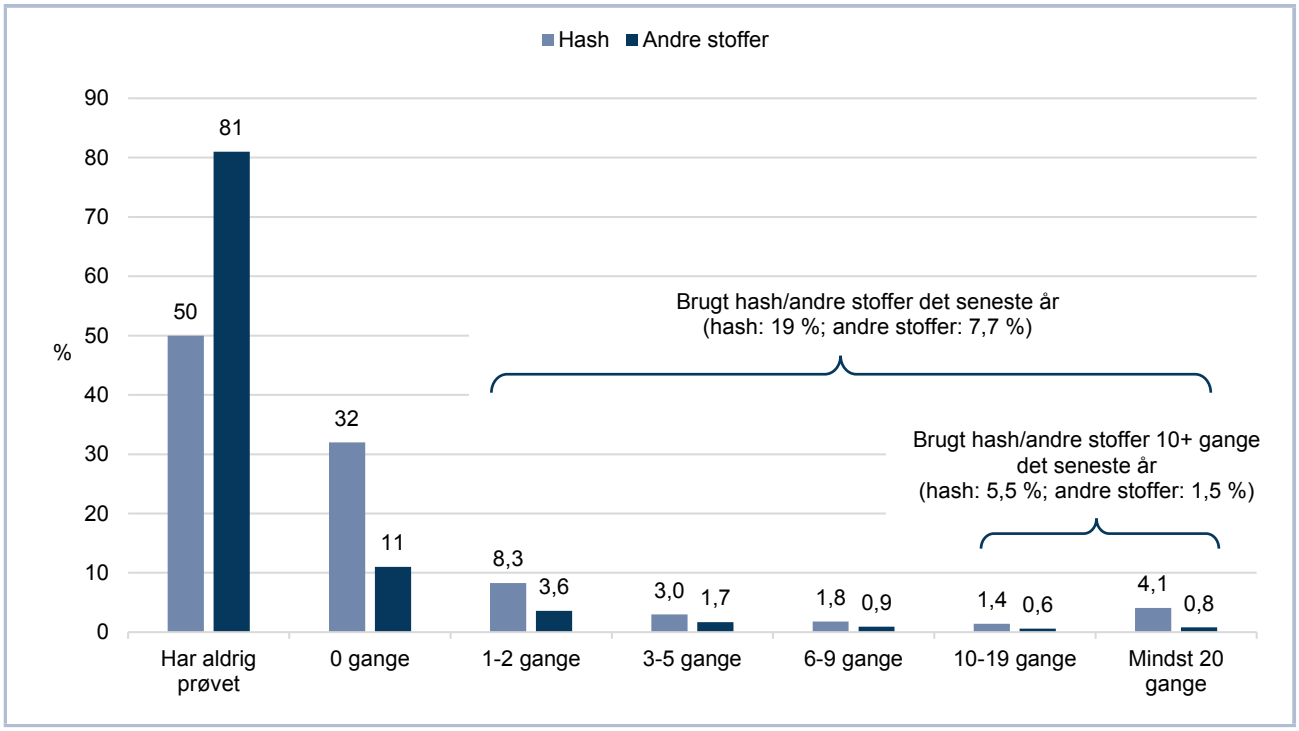


§ Yderligere opgørelser kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.
§§ Der findes ikke yderligere opgørelser.

12.1 Brug af hash og andre stoffer

Figur 12.2 viser hyppigheden af unges brug af henholdsvis hash og andre stoffer i 2021 inklusiv andelen, som aldrig har prøvet det. Otte ud af ti har aldrig prøvet andre stoffer, mens halvdelen aldrig har prøvet hash. Generelt har en stor del af de unge prøvet hash, og det er hyppigere brugt end andre stoffer. Knap hver femte (19 %) af de unge har brugt hash det seneste år, mens 7,7 % har brugt andre stoffer det seneste år. Den største andel af unge, som har brugt hhv. hash eller stoffer det seneste år, har brugt det 1-2 gange (hash: 8,3 %; andre stoffer: 3,6 %). Ser man på andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, har flest brugt det mindst 20 gange (4,1 %).

Figur 12.2 Brug af hash og andre stoffer blandt unge (16-34-årige)
Spørgsmål: "Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?" Hvis ja: "Hvor mange gange inden for de seneste 12 måneder har du røget hash eller indtaget andre stoffer end hash?"



Opgørelser for hash er baseret på 11.606 besvarelser, og opgørelser for andre stoffer er baseret på 11.552 besvarelser i 2021 indsamlet på CKFF.
Som følge af afrundinger af tal kan der være uoverensstemmelse mellem samlede andele og summen af enkelte andele.

12.1.1 Hash

I dette afsnit beskrives andelen af unge, som har brugt hash det seneste år og andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år.

Brug af hash det seneste år – region

I 2021 har i alt 19 % af de unge i regionen brugt hash inden for det seneste år svarende til 83.900 personer (Tabel 12.1). Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W12.1).

Køn og alder: Andelen af unge, som har brugt hash inden for det seneste år, er næsten dobbelt så stor blandt mænd (24 %) sammenlignet med kvinder (13 %). For begge køn er andelen størst blandt de 16-24-årige sammenlignet med de 25-34-årige.

Etnisk baggrund: Andelen af unge, som har brugt hash inden for det seneste år, er størst blandt unge med anden vestlig baggrund og mindst blandt unge med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling: Fra 2017 til 2021 ses der i regionen som helhed et fald fra 21 % til 19 % i andelen af unge, som har brugt hash det seneste år. Faldet er statistisk signifikant for de fleste socio-demografiske grupper. Der ses imidlertid ikke en signifikant ændring blandt de 16-24-årige mænd og borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

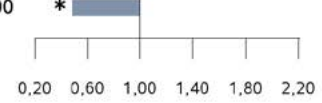
Brug af hash det seneste år – kommuner

Andelen af unge, som har brugt hash inden for det seneste år, varierer fra 7 % i Ishøj Kommune til 29 % i den københavnske bydel Nørrebro (Tabel 12.2). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Der ses dog en tendens til, at brug af hash inden for det seneste år er mere udbredt i Frederiksberg og Københavns kommuner inklusiv de fleste af de københavnske bydele. Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W12.2).

Udvikling: For få kommuner og bydele ses signifikante ændringer i andelen af unge, som har brugt hash det seneste år, alle i form af fald i forekomsten. Det største fald ses i Furesø Kommune efterfulgt af Brøndby, Rødovre og Københavns kommuner samt de københavnske bydele Vesterbro/Kongens Enghave og Indre By. Tendensen i de fleste andre kommuner er også faldende, men er ikke statistisk signifikante. Det kan her bemærkes, at resultaterne er baseret på få besvarelser og dermed behæftet med en vis usikkerhed.

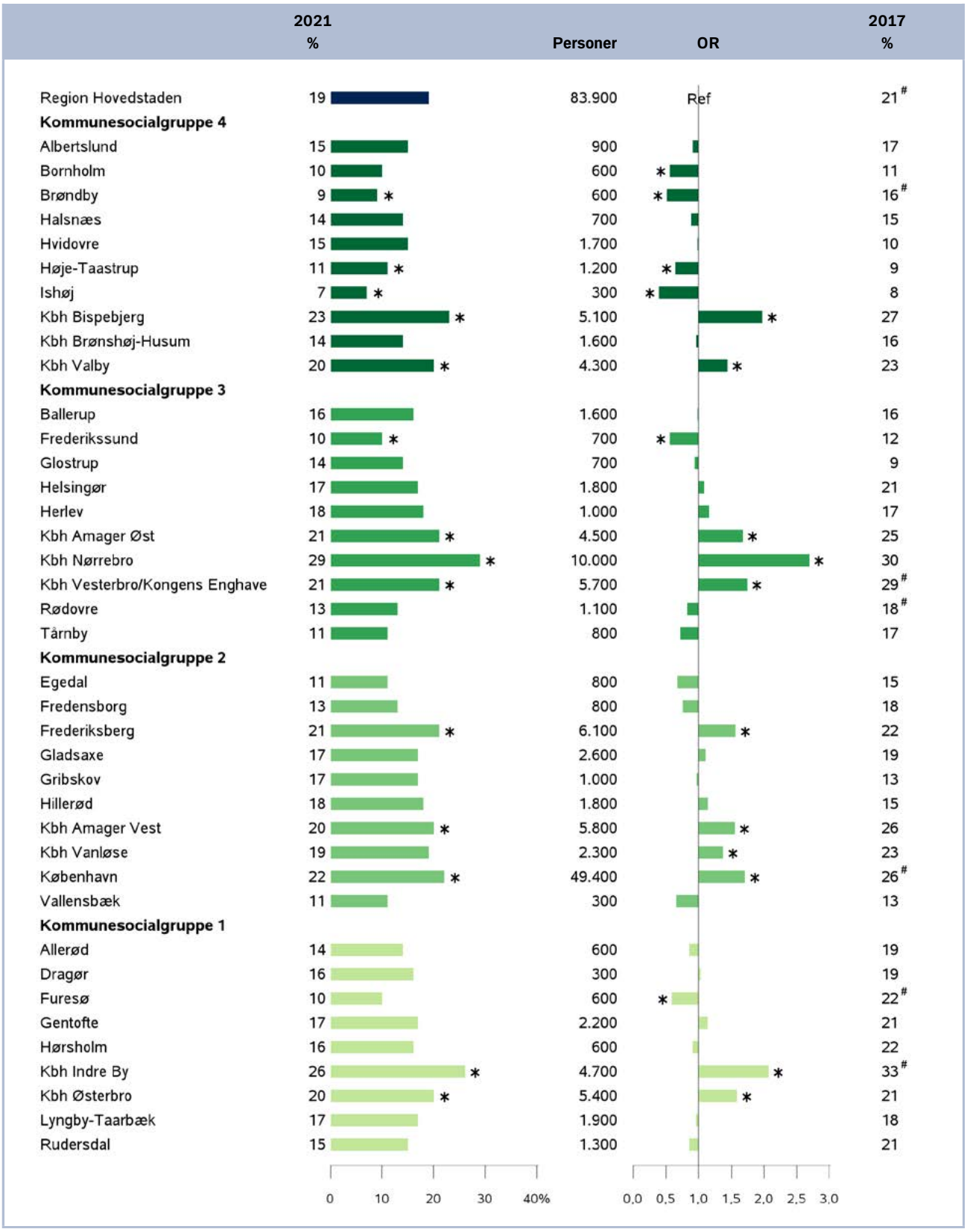
Tabel 12.1 Brug af hash det seneste år blandt unge (16-34-årige) – region

	2021 %	Personer	OR	2017 %
Region Hovedstaden	19	83.900		21 #
Mænd				
Alle	24	52.400		27 #
16-24 år	29	26.100	*	30
25-34 år	21	26.300	Ref	24 #
Kvinder				
Alle	13	31.500		16 #
16-24 år	18	17.500	*	21 #
25-34 år	10	14.000	Ref	12 #
Etnisk baggrund				
Danmark	19	66.200	Ref	22 #
Andre vestlige lande	24	10.700	*	26
Ikke-vestlige lande	10	6.800	*	13



Baseret på 11.606 besvarelser i 2021 og 12.003 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 12.2 **Brug af hash det seneste år blandt unge (16-34-årige) – kommuner**



Baseret på 11.606 besvarelser i 2021 og 12.003 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år – region

I alt 5,5 % af de unge i Region Hovedstaden har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år svarende til 25.000 personer (Tabel 12.3). Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år kan findes i webtabel W12.3 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Køn og alder: Andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, er mere end tre gange så stor blandt mænd (8,7 %) sammenlignet med kvinder (2,6 %). For begge køn ses der ikke en statistisk signifikant forskel på aldersgrupperne ift. brug af hash 10 eller flere gange det seneste år.

Etnisk baggrund: Andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, er størst blandt unge med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

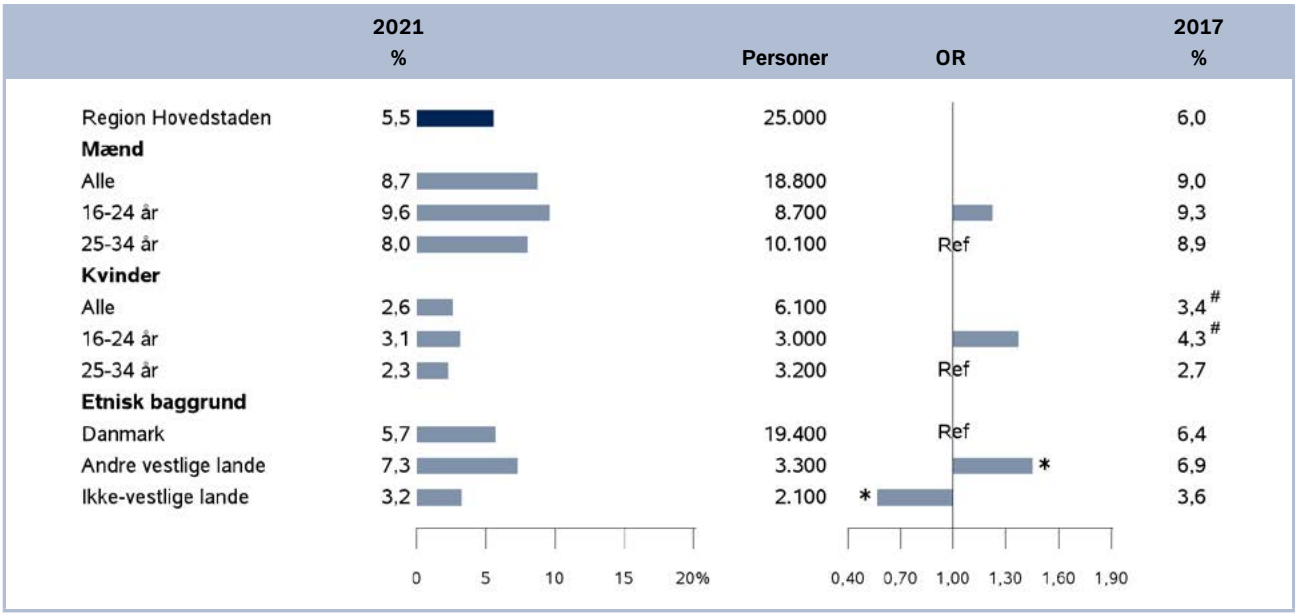
Udvikling: Fra 2017 til 2021 ses der ikke en signifikant ændring i andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, bortset fra kvinder i alderen 16-24 år, hvor andelen er faldet.

Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år – kommuner

Andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år, varierer fra 2,5 % i Egedal Kommune til 8,1 % i Hvidovre Kommune (Tabel 12.4). Der er imidlertid nogle få kommuner, hvor andelen ikke kan opgøres pga. for få svarpersoner. Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder. Ligesom for brug af hash det seneste år, ses der også en tendens til, at brug af hash 10 eller flere gange det seneste år er mest udbredt i Frederiksberg og Københavns kommuner samt i flere af de københavnske bydele, men også i Hvidovre Kommune, som har den højeste forekomst. Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år (Webtabel W12.4) kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

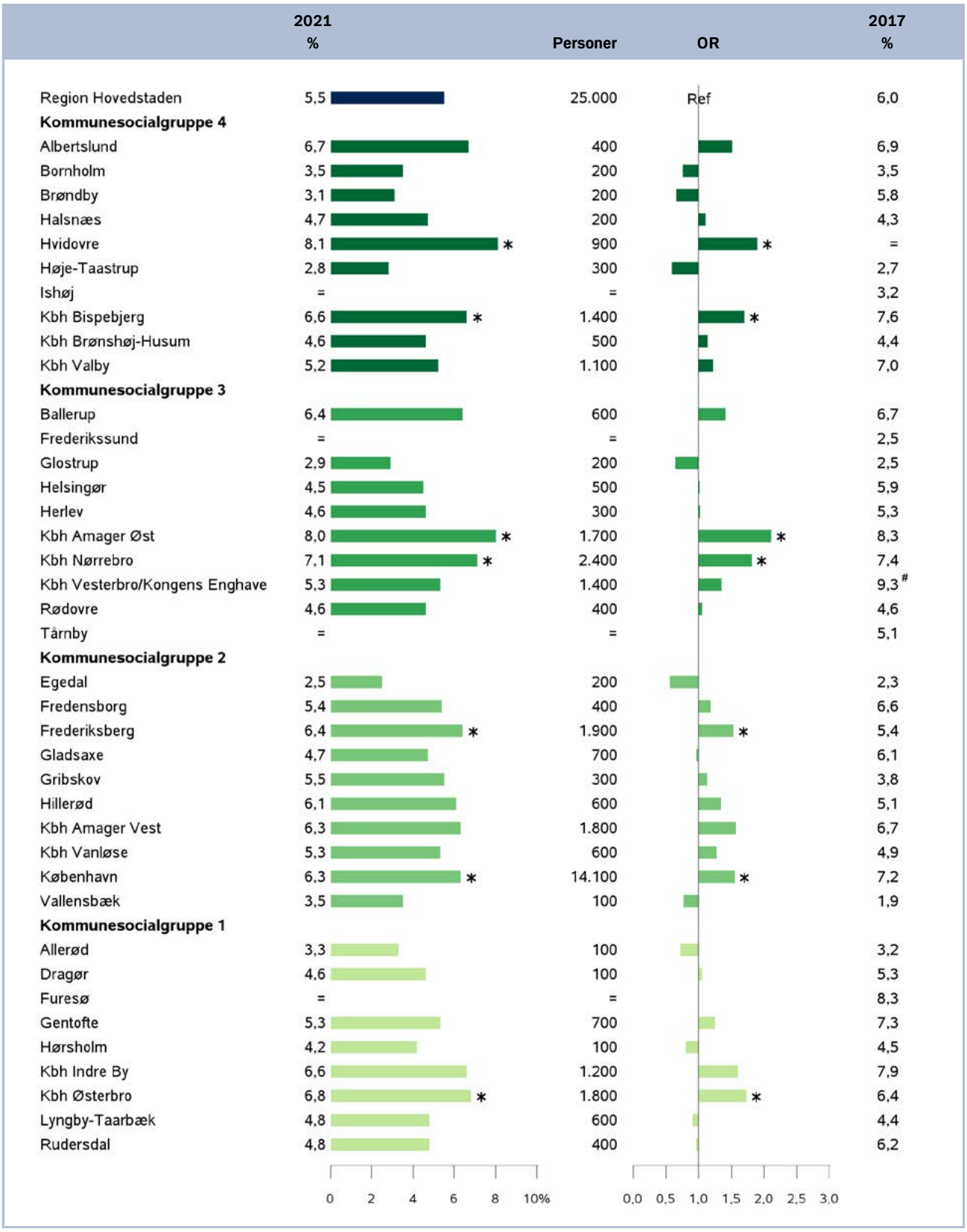
Udvikling: I størstedelen af kommuner og bydele ses ingen signifikante ændringer fra 2017 til 2021 i andelen af unge, som har brugt hash 10 eller flere gange det seneste år. Dog ses fald i den københavnske bydel Vesterbro/Kongens Enghave.

Tabel 12.3 **Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år blandt unge (16-34-årige) – region**



Baseret på 11.606 besvarelser i 2021 og 12.003 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 12.4 Brug af hash 10 eller flere gange det seneste år blandt unge (16-34-årige) – kommuner



Baseret på 11.606 besvarelser i 2021 og 12.003 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Tomme felter skyldes for få besvarelser med brug af hash 10 eller flere gange det seneste år blandt unge i kommunen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskelligt fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

12.1.2 Andre stoffer

I dette afsnit beskrives andelen af unge, som har brugt andre stoffer end hash det seneste år og andelen, som har brugt andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år. Sidstnævnte opgøres dog ikke på kommuneniveau grundet for få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele.

Brug af andre stoffer end hash det seneste år – region

I alt 7,7 % af de unge i Region Hovedstaden har brugt andre stoffer inden for det seneste år svarende til 34.700 personer (Tabel 12.5). Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år kan findes i webtabel W12.5 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Køn og alder: Andelen af unge, som har brugt andre stoffer det seneste år, er mere end dobbelt så stor for mænd (11,0 %) som for kvinder (4,6 %). For begge køn er der ikke statistisk signifikant forskel på andelen af 16-34-årige og 25-34-årige, som har brugt andre stoffer det seneste år.

Etnisk baggrund: Andelen af unge, som har brugt andre stoffer det seneste år, er mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, mens den ikke er signifikant forskellig mellem unge med anden vestlig baggrund og dansk baggrund.

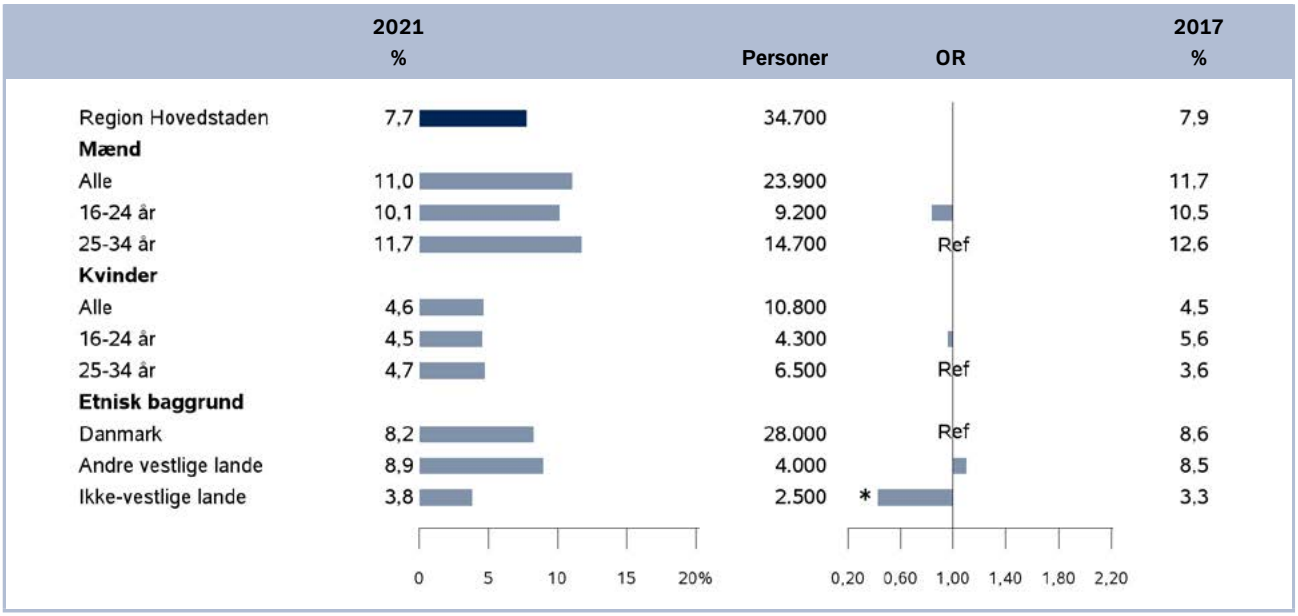
Udvikling: Fra 2017 til 2021 ses der hverken i regionen som helhed eller på tværs af sociodemografiske grupper signifikante ændringer i andelen af unge, som har brugt andre stoffer det seneste år.

Brug af andre stoffer end hash det seneste år – kommuner

Andelen af unge, som har brugt andre stoffer end hash det seneste år, varierer fra 2,9 % i Høje-Taastrup Kommune til 12,5 % i den københavnske bydel Nørrebro (Tabel 12.6). Bydelen Nørrebro har som nævnt også den største andel af unge, som har brugt hash det seneste år (Tabel 12.2). Der er imidlertid et par kommuner, hvor andelen ikke kan opgøres pga. for få svarpersoner. Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Ligesom for brug af hash, ses der en tendens til, at brug af andre stoffer det seneste år er mest udbredt i Gentofte, Frederiksberg og Københavns kommuner og i flere af de københavnske bydele. Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år (Webtabel W12.6) kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

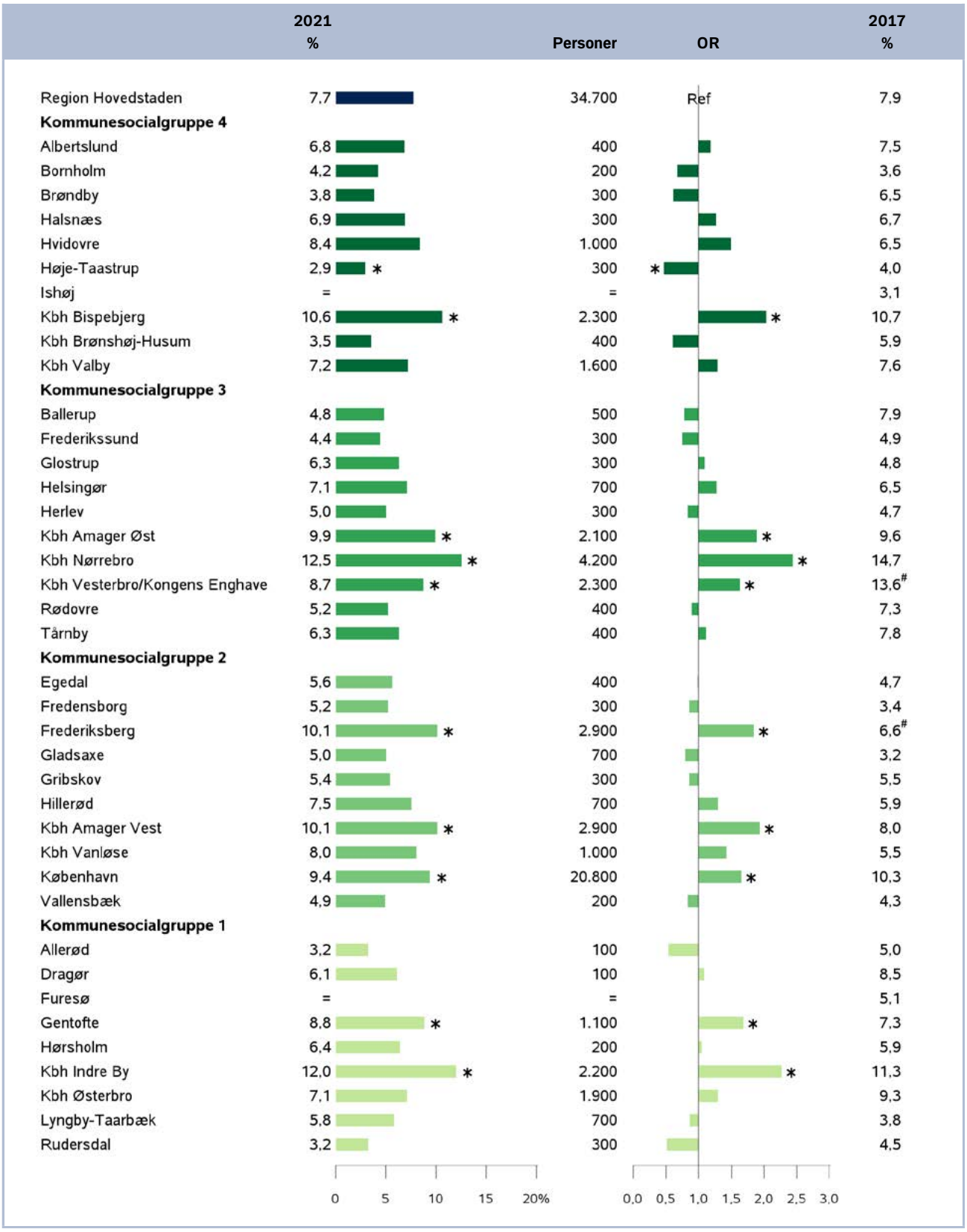
Udvikling: Fra 2017 til 2021 ses der på tværs af kommuner og bydele generelt ikke signifikante ændringer i andelen, som har brugt andre stoffer end hash det seneste år (Tabel 12.6). Dog ses et signifikant fald i forekomsten i den københavnske bydel Vesterbro/Kongens Enghave, mens forekomsten er steget i Frederiksberg Kommune.

Tabel 12.5 Brug af andre stoffer end hash det seneste år blandt unge (16-34-årige) – region



Baseret på 11.552 besvarelser i 2021 og 11.987 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Tabel 12.6 Brug af andre stoffer end hash det seneste år blandt unge (16-34-årige) – kommuner



Baseret på 11.552 besvarelser i 2021 og 11.987 besvarelser i 2017
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
De tomme felter skyldes for få besvarelser med brug af andre stoffer end hash det seneste år blandt unge i kommunen (=).
OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

Brug af andre stoffer end hash 10 eller flere gange det seneste år – region

I alt har 1,5 % af de unge i Region Hovedstaden brugt andre stoffer end hash 10 eller flere gange det seneste år svarende til 6.700 personer (Tabel 12.7).

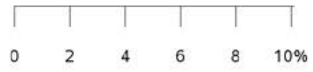
Køn og alder: Andelen af unge, som har brugt andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år, er mere end dobbelt så stor blandt mænd (2,2 %) sammenlignet med kvinder (0,8 %). Blandt kvinder er andelen større blandt de 16-24-årige sammenlignet med de 25-34-årige. Blandt unge mænd ses ingen statistisk signifikant forskel mellem de to aldersgrupper.

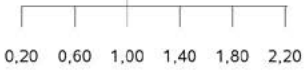
Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen, som har brugt andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år blandt unge med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling: Fra 2017 til 2021 er der ikke sket ændringer i andelen af unge, som har brugt andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år, hverken i regionen som helhed eller på tværs af sociodemografiske grupper.

Tabel 12.7 **Brug af andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år blandt unge (16-34-årige) – region**

	2021 %	Personer	OR	2017 %
Region Hovedstaden	1,5	6.700		1,3
Mænd				
Alle	2,2	4.700		2,3
16-24 år	1,8	1.700		1,8
25-34 år	2,4	3.100	Ref	2,6
Kvinder				
Alle	0,8	1.900		0,5
16-24 år	1,1	1.100	*	0,6
25-34 år	0,6	800	Ref	0,5
Etnisk baggrund				
Danmark	1,6	5.500	Ref	1,7
Andre vestlige lande	1,1	500		=
Ikke-vestlige lande	0,9	600		=





Baseret på 11.552 besvarelser i 2021 og 11.987 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref). # Statistisk signifikant forskellig fra 2021.

12.2 Debutalder

I dette afsnit beskrives debutalderen for brug af henholdsvis hash og andre stoffer for 2017 og 2021. Forekomsten opgøres blandt unge i alderen 16-34 år. Tilsvarende opgørelser for borgere på 35+ år kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater (Webtabel W12.7)

Debutalderen blandt unge er generelt lavere for brug af hash end for brug af andre stoffer (Tabel 12.8). Derudover er debutalderen lavest blandt dem med hyppigst brug af hhv. hash og andre stoffer. Således er debutalderen omkring et år lavere blandt unge, som har brugt hhv. hash eller andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år sammenlignet med alle unge, som nogensinde har prøvet hhv. hash og andre stoffer. Debutalderen i de forskellige grupper har ikke ændret sig fra 2017 til 2021 med undtagelse af en øget debutalder for unge, som nogensinde har prøvet andre stoffer.

Tabel 12.8 Debutalder for brug af hash og andre stoffer blandt unge (16-34-årige)
Spørgsmål: "Hvis ja (til at have prøvet hash eller andre stoffer), hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?"

	2021	2017
Debutalder for hash		
Nogensinde prøvet hash	17,1 år	17,1 år
Brugt hash det seneste år	16,6 år	16,7 år
Brugt hash 10 eller flere gange det seneste år	15,9 år	15,8 år
Debutalder for andre stoffer		
Nogensinde prøvet andre stoffer	19,7 år	19,4 år #
Brugt andre stoffer det seneste år	19,6 år	19,6 år
Brugt andre stoffer 10 eller flere gange det seneste år	18,7 år	18,7 år

Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Statistisk signifikant forskelligt fra 2021.

12.3 Flere samtidige risikofaktorer

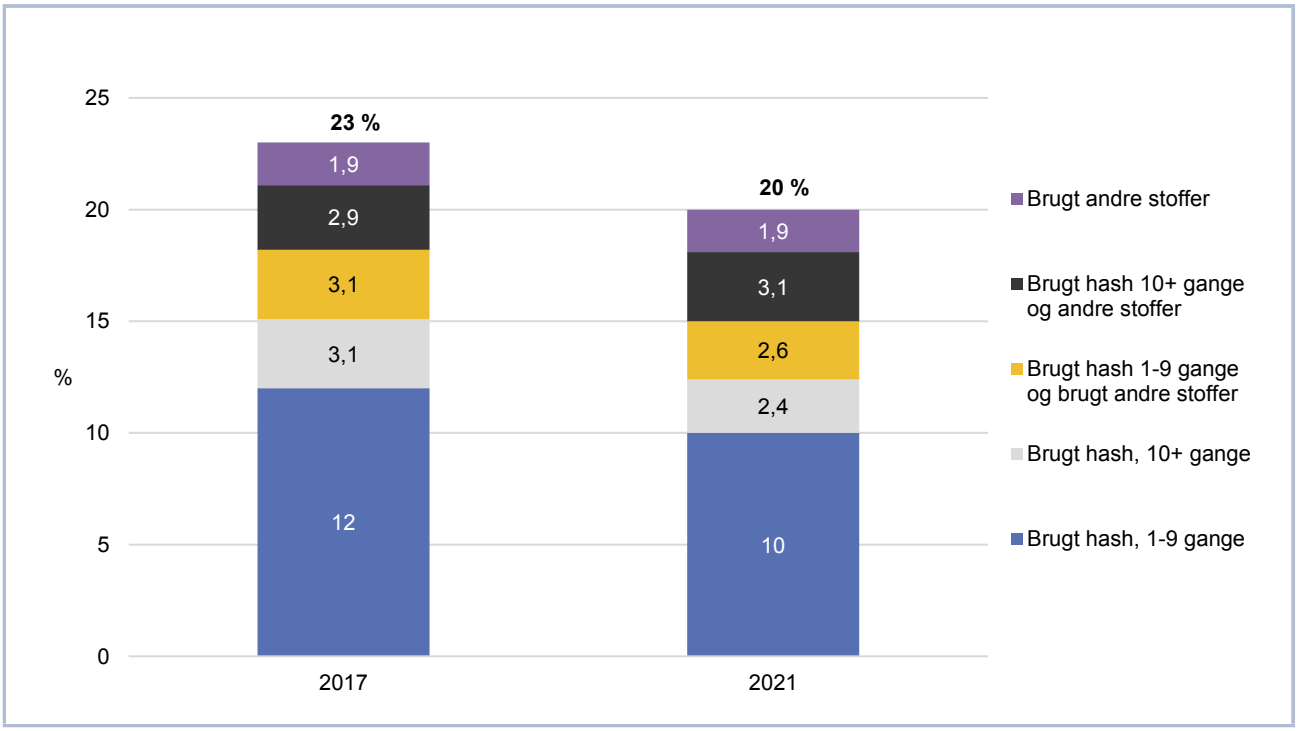
I dette afsnit beskrives den samlede andel af unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer det seneste år. Derefter beskrives forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt unge, som det seneste år har brugt henholdsvis hash eller andre stoffer 10 eller flere gange.

12.3.1 Brug af hash og/eller andre stoffer det seneste år blandt unge

Figur 12.3 viser for 2017 og 2021 andelen af unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer det seneste år. Den samlede andel er delt op efter forbrug det seneste år ud fra kombinationer af: brugt hash 1-9 gange, brugt hash 10 eller flere gange samt brugt andre stoffer minimum 1 gang. Yderligere opgørelser af brug af både hash og andre stoffer det seneste år findes i webtabel W12.8-10 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

I 2021 har 20 % af de unge brugt hash og/eller andre stoffer det seneste år, hvilket er et fald fra 23 % i 2017. Dette forklares af en lavere prævalens af brug af hash 1-9 gange sammen med et fald i andelen som udelukkende har brugt hash 10 eller flere gange. Trods den lavere samlede forekomst ses det, at andelen som udelukkende har brugt andre stoffer ikke er faldet og andelen, som har brugt andre stoffer og brugt hash 10 eller flere gange det seneste år er steget en anelse fra 2017 til 2021.

Figur 12.3 Brug af hash og/eller brug af andre stoffer det seneste år blandt unge (16-34-årige)



Baseret på 11.533 besvarelser i 2021 og 11.939 besvarelser i 2017.
Baseret på data indsamlet på CKFF i 2021 og 2017.
Kun opgjort blandt personer på 16-34 år.
Opgørelsen dækker over borgere, som har svaret på alle tre indikatorer.

12.3.2 Brug af hash og andre stoffer og andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har brugt henholdsvis hash 10 eller flere gange og brugt andre stoffer det seneste år. Til sammenligning vises andelen af unge med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Tilsvarende opgørelse for borgere på 35+ år kan findes i webtabel W12.11 på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Der er blandt unge, som bruger stoffer, generelt en højere forekomst af risikofaktorer sammenlignet med alle unge i regionen (Tabel 12.9). Det ses således, at andelen, som hhv. ryger dagligt, bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer, har et stort alkoholforbrug inklusiv rusdrikkeri samt har ubeskyttet sex, er to til tre gange større blandt de unge, som bruger stoffer sammenlignet med alle unge i regionen.

Tabel 12.9 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har brugt hash 10 eller flere gange eller brugt andre stoffer inden for det seneste år sammenlignet med alle unge i Region Hovedstaden

	Brugt hash 10 eller flere gange det seneste år (16-34-årige) %	Brugt andre stoffer det seneste år (16-34-årige) %	Region Hovedstaden (16-34-årige) %
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	10*	9*	5
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	24*	28*	20
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	16*	15*	10
Ensomhed	20	20	19
Høj score på stressskala	52*	53*	38
Daglig rygning	36*	30*	10
Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer	26*	24*	8
Drikker over 14/21 genstande om ugen	16*	22*	7
Rusdrikker ugentligt	35*	44*	15
Meget generet af søvnproblemer	25*	23*	15
Sex uden kondom og forskellige seksualpartnere	20*	22*	8

Baseret på data indsamlet i 2021 på CKFF eller CKFF og SIF afhængig af de enkelte faktorer.
Kun opgjort blandt personer på 16-34 år.
* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

12.4 Litteratur

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

2. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser - Narkotikasituationen i Danmark 2021 - Delrapport 4. København: Sundhedsstyrelsen; 2021.

3. Sundhedsstyrelsen. Oversigt over stoffer [Internet]. 2021 [henvist 2. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/da/Viden/Stoffer/Oversigt-over-stoffer

4. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Stoffer. 2. udg. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

5. Pisinger V, Anne Thorsted, Andrea Huber Jezek, Andreas Jørgensen, Anne Illemann Christensen, Lau Caspar Thygesen. Sundhed og trivsel på gymnasiale uddannelser 2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

6. Sundhedsstyrelsen. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 1. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

7. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.

8. Kjeld SG, Lund L, Andersen S. Kortlægning af den islandske model: Familie, venner og fritid som beskyttende faktorer for unges rusmiddelbrug. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.

9. Rosendahl Jensen HA, Holt Udesen C, Ekholm O. Den Europæiske Rusmiddelundersøgelse (ESPAD) 2019: Rusmiddeladfærd blandt skoleelever i 9. klasse i Danmark og udviklingen siden 1995. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

10. Ola Ekholm, Knud Juel. National Sundhedsprofil Unge 2011. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

11. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. European drug report: trends and developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2020.

12. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction and Europol, European Police Office. European Drug Markets: Impact of COVID-19. Luxemboug: Publications Office of the European Union; 2020.

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

14. Merrin GJ, Thompson K, Leadbeater BJ. Transitions in the use of multiple substances from adolescence to young adulthood. Drug and Alcohol Dependence. 2018;189:147–53.

15. Järvinen M, redaktør. Unge, alkohol og stoffer – et 10-årigt forløbsstudie. København: Sociologiske Institut, Københavns Universitet; 2018.

16. Møller SP, Jespersgaard N, Hjarnaa L, Tolstrup JS. Unges brug af cannabis og andre euforiserende stoffer. Relaterede faktorer og konsekvenser for gennemførsel af ungdomsuddannelse. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen; 2020.

17. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.

18. Clayton HB, Lowry R, August E, Everett Jones S. Nonmedical Use of Prescription Drugs and Sexual Risk Behaviors. Pediatrics. januar 2016;137(1):e20152480.

19. Lambrechts M-C, Vandersmissen L, Godderis L. Alcohol and other drug use among Belgian workers and job-related consequences. Occup Environ Med. september 2019;76:652–9.

20. Sundheds- og ældreministeriet. Bekendtgørelse om euforiserende stoffer [Internet]. Retsinformation. 2011 [henvist 4. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2011/557

21. Sundhedsstyrelsen. Stoffer [Internet]. 2021 [henvist 4. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/narkotika

22. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse af stofbrug [Internet]. 2019 [henvist 4. august 2021]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/da/viden/stoffer/forebyggelse-af-stofbrug

23. Jakobsen GS, Sølvhøj IN, Homberg T. Monitorering af kommunernes forebyggelsesindsats 2019. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2019.

Kapitel 13

Social ulighed

- Sundhed og sygdom er ikke lige fordelt i samfundet. Dette er med til at forklare forskelle i dødelighed, og det er forbundet med samfundsøkonomiske konsekvenser. Social ulighed i sundhed og dets udvikling over tid er derfor væsentligt at belyse.

- I 2021 ses der social ulighed i forekomsten af langt de fleste risikofaktorer beskrevet i dette kapitel blandt både mænd og kvinder, hvilket vil sige, at forekomsten af risikofaktorerne falder med stigende uddannelseslængde. Dette gælder for forekomsten af dårlig livskvalitet og helbred, dårlig mental sundhed, daglig rygning, brug af e-cigaretter, usundt kostmønster, begrænset fysisk aktivitet, søvnproblemer og svær overvægt. For de fleste af disse risikofaktorer ses en høj grad af social ulighed blandt begge køn, særligt for daglig rygning, brug af e-cigaretter og usundt kostmønster.

- I 2021 ses også omvendt social ulighed, det vil sige højere forekomst med stigende uddannelseslængde, for enkelte risikofaktorer. For både mænd og kvinder ses dette for tegn på problematisk alkoholforbrug og i høj grad for mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag.

- Det generelle billede er, at der ikke er forskel i retningen på den sociale ulighed blandt mænd og kvinder. For alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen ses dog modsatrettede tendenser i form af social ulighed blandt mænd og omvendt social ulighed blandt kvinder.

- For mange faktorer ses ændringer i den sociale ulighed over tid. I langt de fleste tilfælde er udviklingstendensen i forekomsten af risikofaktoren dog ens for grundskoleuddannelse og videregående uddannelse. Ændringer i den sociale ulighed over tid forklares derfor især af, at der er sket en større stigning eller et større fald i den ene uddannelsesgruppe end i den anden. Dette er vigtigt at have for øje, når der ses på ændringer i den sociale ulighed.

- For både mænd og kvinder er den sociale ulighed mindre i 2021 sammenlignet med tidligere år for hhv. mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og høj score på stressskalaen. Dette forklares primært af en større stigning i forekomsten blandt borgere med videregående uddannelse end blandt borgere med grundskoleuddannelse. For brug af e-cigaretter, ugentlig rusdrikning, tegn på problematisk alkoholforbrug, lav fysisk aktivitet i fritiden og søvnproblemer er den sociale ulighed ikke ændret over tid for hverken mænd eller kvinder.

- Der er også risikofaktorer, hvor udviklingstendensen afhænger af, om der ses på relative eller absolutte ændringer. Dette gælder bl.a. for udviklingen i den sociale ulighed i daglig rygning, alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen og usundt kostmønster.

- Resultaterne kan forklares af flere forhold. Udover størrelsen på ændringen i forekomsten af risikofaktoren har det bl.a. også betydning, hvor hyppig risikofaktoren er i de enkelte uddannelsesgrupper. Det er derfor vigtigt at benytte forskellige metoder til at undersøge social ulighed og især udvikling i social ulighed over tid og som nævnt have forklaringen for øje, når resultaterne tolkes.

Indledning

Sundhed og sygdom er stadig ikke lige fordelt i samfundet. I Danmark og i resten af verden ses en systematisk forskel i forekomst og konsekvenser af sygdom afhængigt af uddannelse, erhverv og indkomst; jo lavere socioøkonomisk position en borger har, jo højere er risikoen for sygdom og død (1). Disse systematiske forskelle mellem grupper i samfundet betegnes social ulighed.

Social ulighed ses blandt andet i forventet levetid, hvor uligheden er størst blandt mænd (2). I Danmark er forskellen i forventet levetid mellem borgere med hhv. lav og høj uddannelse blandt kvinder større end gennemsnittet i Europa, mens forskellen er mindre for mænd. Størstedelen af voksne danskere angiver at have et godt helbred, men også her ses der en stor forskel mellem personer med hhv. lav og høj indkomst; denne forskel er i Danmark tilsvarende den forskel, som ses i Europa som helhed (3).

En række determinanter har betydning for den sociale ulighed i sundhed og sygdom, hvoraf nogle allerede ses i børne- og ungdomslivet. Eksempler på determinanter er skolegang, arbejdsmiljø og tilknytning, boligforhold og sundhedsadfærd. Ulighed i eksponering for risikofaktorer og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er nogle af de centrale årsager til ulighed i sundhed og sygdom (1). Flere studier har bl.a. vist, at social ulighed i rygning og alkohol kan forklare omkring 50 % af omfanget og stigningen i den sociale ulighed i dødelighed, som vi ser i Danmark (4,5). Udover ulighed i sundhedsadfærd, trivsel og andre risikofaktorer, ses der også ofte ulighed i *sårbarheden* blandt befolkningen, idet borgere med lav socioøkonomisk position har flere alvorlige og negative konsekvenser af deres uhensigtsmæssige adfærd end borgere med høj socioøkonomisk position (1). Dette skyldes bl.a., at flere typer af uhensigtsmæssig adfærd og sygdom ophobes hos borgere med lav socioøkonomisk position, hvilket medfører, at disse risikofaktorer og sygdomme interagerer og forstærker de negative konsekvenser.

Social ulighed i sundhed og sygdom har ikke kun betydning for den enkelte borgers sociale og økonomiske velfærd, men er også forbundet med samfundsøkonomiske konsekvenser i form af øget brug af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og brug af sociale ydelser (6). For eksempel har borgere med kort uddannelse sammenlignet med borgere med lang uddannelse betydeligt større risiko for førtidspension og for forebyggelige indlæggelser, dvs. indlæggelser, som potentielt kunne være forebygget ved hjælp af en tidlig kommunal indsats eller en indsats fra den almenpraktiserende læge (7).

En ny dansk undersøgelse af indsatser mod social ulighed fra 2020 lægger vægt på, at der er behov for universelle og strukturelle indsatser for at reducere den sociale ulighed i sundhed (8). For sundhedsadfærd kan sådanne indsatser f.eks. inkludere højere afgifter på tobak, alkohol og usund mad og etablering af fysiske rammer, som fremmer fysisk aktivitet. De to prisstigninger på tobaksvarer, som blev vedtaget ved finansloven for 2020 og implementeret i hhv. 2020 og 2022 (9), kan således være et skridt på vejen i forhold til at mindske den sociale ulighed i sundhed og sygdom i fremtiden.

I Danmark har der i mere end to årtier været politisk fokus på at reducere den sociale ulighed i sundhed, hvor lighed i sundhed har været helt centrale mål både i regionale sundhedsaftaler og i nationale mål og strategier for folkesundheden (10–13). Derfor følges udviklingen i den sociale ulighed også tæt, og i 2020 udgav Sundhedsstyrelsen en rapport med opdaterede tal for udviklingen frem til 2017 i den sociale ulighed i Danmark (7). På trods af, at lighed i sundhed længe har været et politisk mål, viser rapporten, at uligheden i 2017 fortsat var uændret eller stigende for langt de fleste indikatorer for sundhed og sygdom. Et tilsvarende billede ses i Region Hovedstaden, hvor sundhedsprofilen for 2017 viste, at der var social ulighed i de fleste typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer, og at uligheden generelt var uændret siden 2010 (14). Således er det vigtigt nationalt såvel som regionalt at følge udviklingen i ulighed i sundhed og sygdom med de nyeste tal fra 2021.

De nævnte undersøgelser af udviklingen i social ulighed stammer fra *før* COVID-19 pandemien, mens data til denne rapport er indsamlet i første halvdel af 2021, hvor anden bølge af pandemien prægede danskerens hverdag. Studier har vist, at pandemien har ramt de mest udsatte borgere i samfundet hårdest både med hensyn til sygdom samt sociale og økonomiske konsekvenser i forbindelse med nedlukning/restriktioner (15,16). Dette skyldes, at COVID-19 interagerer med eksisterende sociale uligheder i kroniske sygdomme og uligheder i determinanter for sundhed (17). Det er således muligt, at den sociale ulighed i sundhed og sygdom er og vil blive større som følge af COVID-19 pandemien. Det er dog ikke muligt med metoden i denne rapport at afgøre i hvilken grad, COVID-19 pandemien har påvirket udviklingen i den sociale ulighed, og herunder om der i så fald er tale om forbigående eller vedvarende ændringer. Det er imidlertid noget, vi bør være meget opmærksomme på at følge fremadrettet.

Fortsat monitorering af forekomst og udvikling i social ulighed i risikofaktorer og sundhedsadfærd er vigtigt for at kunne vurdere den fremtidige udvikling i social ulighed i sygdomsforekomst og dødelighed. Derudover er det også et vigtigt redskab til at vurdere, om den eksisterende forebyggelsesindsats er tilstrækkelig.

Indhold i kapitlet

I dette kapitel er der fokus på social ulighed i forekomsten af sundhedsadfærd, trivsel og øvrige risikofaktorer samt på udviklingen i den sociale ulighed over tid. Dette belyses ved at se på sammenhængen mellem uddannelse og en lang række af de risikofaktorer, som er blevet præsenteret i rapportens øvrige kapitler. I dette kapitel er der anvendt mere nuancerede og avancerede analysemetoder til at undersøge sammenhængen, og både den relative og absolutte sociale ulighed er blevet undersøgt (se evt. afsnit 13.1.2 for beskrivelse heraf). For alle risikofaktorer findes der opgørelser for 2021, og hvor muligt beskrives udvikling fra 2010 til 2021. Alle opgørelser i kapitlet er opdelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund. Således bidrager opgørelserne i dette kapitel – som er baseret på mere avancerede analysemetoder – med ekstra information og klarhed om den sociale ulighed blandt borgerne i regionen og ikke mindst udviklingen i uligheden over tid.

Resultaterne præsenteres i samme rækkefølge som kapitlerne i rapporten, og risikofaktorer fra samme kapitel præsenteres under samme afsnit. I rapporten er resultaterne samlet i én tabel (Tabel 13.1), som viser et overblik over resultaterne for alle inkluderede risikofaktorer. Mere detaljerede opgørelser for hver af risikofaktorerne – i form af webfigurer og -tabeller samt beskrivelser heraf – findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Resultatoverblik

Tabel 13.1 viser et overblik over resultaterne for den sociale ulighed i forekomsten af risikofaktorer præsenteret i dette kapitel. I kapitlet er der gennemført analyser af både den relative og den absolutte sociale ulighed (se evt. metode i afsnit 13.1). De resultater, som beskrives i teksten og opgøres i tabel 13.1, gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed. Hvis der er uoverensstemmelse mellem resultater for hhv. relativ og absolut social ulighed, er det markeret med §. I disse tilfælde er det specifikt angivet i tabellen, hvad resultatet fra hver opgørelse er ved beskrivelse af det relative resultat først og det absolutte resultat efterfølgende (dvs. 'relativ' / 'absolut').

I 2021 ses der for langt de fleste risikofaktorer social ulighed i forekomsten blandt både mænd og kvinder, hvilket vil sige, at forekomsten af risikofaktorerne falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). For enkelte risikofaktorer ses omvendt social ulighed, dvs. hvor forekomsten stiger med stigende uddannelseslængde. Således er det i 2021 kun få risikofaktorer, hvor der hverken ses social ulighed eller omvendt social ulighed, for enten det ene eller begge køn. Der er for de fleste risikofaktorer ikke forskel i retningen af den sociale ulighed mellem mænd og kvinder. For ugentligt alkoholindtag (over 14/21 genstande og rusdrikning) ses imidlertid forskel på uligheden for hhv. mænd og kvinder, især for alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, hvor der ses modsatrettede resultater i form af social ulighed blandt mænd og omvendt social ulighed blandt kvinder.

For begge køn er både den relative og absolutte sociale ulighed mindre i 2021 sammenlignet med tidligere år for hhv. mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og høj score på stressskalaen (Tabel 13.1). For brug af e-cigaretter, ugentlig rusdrikning, tegn på problematisk alkoholforbrug, lav fysisk aktivitet i fritiden og søvnproblemer er hverken den relative eller den absolutte sociale ulighed ændret over tid for hhv. mænd og kvinder. For de øvrige risikofaktorer i tabel 13.1 afhænger udviklingen i den sociale ulighed af køn og/eller af opgørelsesmetoden brugt til beregning af udvikling over tid. F.eks. er det iøjnefaldende, at der for usundt kostmønster blandt begge køn ses et fald i den relative sociale ulighed, mens der ses en stigning i den absolutte sociale ulighed. For de fleste af risikofaktorerne er retningen på den udvikling, der ses i den sociale ulighed over tid, ens for mænd og kvinder. For nogle af risikofaktorerne ses det dog, at der for det ene køn eller mellem kønnene er uoverensstemmelse mellem udviklingen i relativ ulighed og absolut ulighed. F.eks. ses det for alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, at udviklingen er forskellig for kønnene og afhængig af opgørelsesmetoden, idet der ses et fald i den relative sociale ulighed blandt mænd og en stigning i den absolutte sociale ulighed blandt kvinder. Dette understreger vigtigheden af at benytte forskellige metoder til at undersøge social ulighed og især udvikling i social ulighed over tid.
I afsnit 13.2–13.9 findes yderligere beskrivelse af resultaterne for de specifikke risikofaktorer, herunder ændringer i forekomst i de forskellige uddannelsesgrupper, som giver indtryk af, hvad der forklarer udviklingen i den sociale ulighed.

Tabel 13.1 Resultatoverblik for (relativ/absolut) social ulighed

	2021		Udvikling 2010-2021[a,b]	
Risikofaktorer fra de øvrige kapitler i rapporten	**Mænd**	**Kvinder**	**Mænd**	**Kvinder**
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet [a]	Ja	Ja	Ingen	↓
Meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien	Ja	Ja	-	-
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	Ja	Ja	↓	↓
Ensomhed [a]	Ja	Ja	Ingen	↓ / Ingen [§]
Høj score på stressskala	Ja	Ja	↓	↓
Daglig rygning	Ja	Ja	Ingen / ↓ [§]	Ingen / ↓ [§]
Brug af e-cigaretter [a]	Ja	Ja	Ingen	Ingen
Brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer	Ingen	Ingen	-	-
Drikker over 14/21 genstande om ugen	Ja	Ja, omvendt	Ingen / ↓ [§]	↑ / Ingen [§]
Rusdrikker ugentligt [b]	Ingen / Ja [§]	Ingen	Ingen	Ingen
Tegn på problematisk alkoholforbrug	Ja, omvendt	Ja, omvendt	Ingen	Ingen
Usundt kostmønster	Ja	Ja	↓ / ↑ [§]	↓ / ↑ [§]
Lav fysisk aktivitet i fritiden	Ja	Ja	Ingen	Ingen
Opfylder ikke WHO's minimums-anbefalinger for fysisk aktivitet	Ja	Ja	-	-
Total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer [a]	Ja, omvendt	Ja, omvendt	Ingen / ↑ [§]	↑
Svær overvægt	Ja	Ja	Ingen / ↑ [§]	Ingen
Meget generet af søvnproblemer	Ja	Ja	Ingen	Ingen

[a] Udviklingen er for nogle indikatorer opgjort fra 2017-2021 ('dårlig eller meget dårlig livskvalitet', 'ensomhed', 'brug af e-cigaretter', 'total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer'),
[b] Udviklingen er for en enkelt indikator opgjort fra 2013-2021 ('rusdrikker ugentligt'),
- Udvikling er ikke opgjort, da der kun er information om indikatoren fra 2021.
[§] Grundet uoverensstemmelse mellem resultater for henholdsvis relativ og absolut social ulighed fremgår begge resultater ('relativ' / 'absolut').

13.1 Metode bag opgørelser i kapitlet

13.1.1 Måling af socioøkonomisk position

Social ulighed kan belyses ved hjælp af forskellige mål for socioøkonomisk position, som hver især dækker forskellige aspekter af social ulighed og er anvendelige i forskellige sammenhænge (18,19). Det kan f.eks. være uddannelse, erhverv og indkomst (1). Uddannelse anvendes som det primære mål for socioøkonomisk position i denne rapport, da uddannelseslængde kan måles for alle borgere, som har gennemført en uddannelse, uafhængigt af den aktuelle erhvervstilknytning. Dette gør uddannelse til et forholdsvist stabilt mål. Samtidig påvirker borgernes uddannelse deres jobmuligheder og dermed også deres indkomst og niveau af materielle ressourcer. Desuden tilegner den enkelte borger sig kompetencer gennem uddannelse, som har betydning for evnen til at finde relevant information og tilegne sig viden (18) samt for tilbøjeligheden til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed (20).

Uddannelse er bl.a. relateret til køn, alder og etnisk baggrund (18). Uddannelsesmulighederne har ændret sig gennem de seneste årtier for kvinder og for visse etniske minoriteter. Derudover ses der generelt en stigning i uddannelsesniveauet i befolkningen (21), og ældre årgange vil således være overrepræsenteret i gruppen med kortere uddannelse (18). Det er derfor vigtigt i opgørelser af social ulighed at tage højde for, at mulighederne for uddannelse er ændret over tid, især i opgørelser, hvor der inkluderes borgere af begge køn i mange forskellige aldersgrupper og med forskellig etnisk baggrund. Derfor er alle analyser i dette kapitel opdelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund. Derudover er der i nogle af analyserne i dette kapitel taget højde for, at størrelsen på uddannelsesgrupperne ændres over tid (se evt. afsnit 13.1.2 under 'Slope index of inequality (absolut ulighedsmål)').

I modsætning til de øvrige kapitler i rapporten er alle borgere, også borgere under uddannelse, placeret i en uddannelsesgruppe på baggrund af deres nuværende højest fuldførte uddannelse. Uddannelse opgøres for alle borgere på 25 år og derover.

Denne afgrænsning er sat, da størstedelen af borgere i alderen 16-24 år ikke har færdiggjort deres uddannelse endnu, og derfor ville fejlplaceres. Derudover opgøres uddannelse i tre grupper i dette kapitel i modsætning til fem grupper (plus 'under uddannelse') i de øvrige kapitler. Disse grupper inkluderer: grundskoleuddannelse, erhvervsfaglig og gymnasial uddannelse samt videregående uddannelse. Uddannelsesgrupperne samles for at gøre resultaterne mere overskuelige, sikre større datagrundlag ved opdeling på køn samt muliggøre mere avancerede analyser af den sociale ulighed.

13.1.2 Opgørelser af relativ og absolut social ulighed

Social ulighed i sundhed kan opgøres på forskellige måder, som har forskellige styrker og svagheder (22). Der skelnes mellem relativ og absolut social ulighed, hvor relative mål for ulighed ser på (brøk) *forholdet* mellem de sociodemografiske grupper, mens absolutte ulighedsmål ser på *forskellen* (differensen) mellem grupperne (1). I dette kapitel opgøres begge dele: den relative sociale ulighed ved hjælp af odds ratio og den absolutte sociale ulighed ved hjælp af standardiserede prævalenser og slope index of inequality. Opgørelserne præsenteres separat for hhv. mænd og kvinder, og der er taget hensyn til fordelingen af alder og etnisk baggrund i de forskellige uddannelsesgrupper. Til vurdering af, om der er statistisk signifikante forskelle, er der i hele kapitlet benyttet tests med 5 % signifikansniveau.

Odds ratio (relativt ulighedsmål)

Odds ratio (OR) er et mål for sammenhængen mellem to faktorer og er forholdet mellem to odds (~sandsynligheder). Dette relative mål for social ulighed kan f.eks. anvendes, når man undersøger sammenhængen mellem uddannelse (opdelt i forskellige grupper efter uddannelseslængde) og forekomst af en risikofaktor som f.eks. rygning. Den ene uddannelsesgruppe vælges som reference, i dette kapitel videregående uddannelse. OR beregnes som forholdet mellem odds for en bestemt risikofaktor i hver af uddannelsesgrupperne og odds for risikofaktoren i referencegruppen (dvs. videregående uddannelse). Hvis OR i en af uddannelsesgrupperne er større end 1, betyder det, at risikofaktoren i højere grad forekommer i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR i uddannelsesgruppen omvendt er mindre end 1, betyder det, at risikofaktoren forekommer i mindre grad i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR ikke er forskellig fra 1, betyder det, at forekomsten af risikofaktoren i den givne uddannelsesgruppe ikke adskiller sig fra forekomsten i referencegruppen. Hvis OR for en uddannelsesgruppe er statistisk signifikant forskellig fra 1, betyder det, at der er statistisk signifikant forskel i odds for risikofaktoren mellem uddannelsesgruppen og referencegruppen. Dette markeres på figuren med *. Der er desuden foretaget yderligere statistiske tests, hvor det for 2021 er testet, om der er statistisk signifikant forskel på OR for grundskole for mænd og kvinder ('kønsforskel'). Herudover er det for hhv. mænd og kvinder testet, om der er statistisk signifikant forskel på OR for grundskole sammenlignet med videregående uddannelse i 2021 og det år, den enkelte risikofaktor tidligst er målt, dvs. 2010 hvis ikke andet er specificeret ('udvikling'). Dette test inkluderer ikke oplysninger fra de mellemliggende år. Resultatet af tests for hhv. kønsforskel og udvikling over tid er beskrevet i fodnoter under figurerne, som præsenteres på sundhedsprofilens hjemmeside.

Standardiserede prævalenser (absolut ulighedsmål)

Standardiserede prævalenser er de prævalenser, vi ville se, hvis fordelingen af en faktor, f.eks. alder, er som i en standardpopulation. På den måde fås prævalenser, som kan sammenlignes mellem f.eks. uddannelsesgrupper eller over tid, idet en eventuel forskel i aldersfordelingen mellem grupperne eller over tid er fjernet. I dette kapitel præsenteres (direkte) standardiserede prævalenser, som er de prævalenser, der ville ses i den enkelte gruppe indenfor år, køn og uddannelse, hvis fordelingen af alder og etnisk baggrund var som i hele Region Hovedstaden i 2021. Opgørelserne findes i figurer på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Slope index of inequality (absolut ulighedsmål)

Slope index of inequality (SII) er et mål for forskellen i forekomst af f.eks. en risikofaktor blandt personer med den korteste og den længste uddannelse. I beregningen af SII tages hensyn til forekomsten af den givne risikofaktor i alle uddannelsesgrupper. Derudover tages der, for hvert år og køn, hensyn til, hvor stor en andel af den samlede population, der er i de forskellige uddannelsesgrupper. Uddannelsesgrupper med mange personer har dermed større indflydelse på beregningen end uddannelsesgrupper med få personer. På den måde tages der højde for, at fordelingen mellem uddannelsesgrupperne kan ændre sig over tid. SII angives som en forskel i procentpoint. Hvis SII er negativ er forekomsten af risikofaktoren størst blandt gruppen med kortest uddannelse og mindst blandt gruppen med længst uddannelse. Modsat, hvis SII er positiv, er forekomsten af risikofaktoren mindst blandt gruppen med kortest uddannelse og størst blandt gruppen med længst uddannelse. Hvis SII er statistisk signifikant forskellig fra 0, betyder det, at der er statistisk signifikant forskel i forekomsten af risikofaktoren mellem personer med den korteste og den længste uddannelse. Dette markeres med * i tabellerne, som præsenteres på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Til at undersøge udviklingen i den absolutte sociale ulighed over tid er der gennemført test for trend, som undersøger, om der er en lineær ændring i SII over tid. Resultatet af trend testet præsenteres i form af en p-værdi, og hvis p-værdien er mindre end eller lig med 0,05, er dette udtryk for en statistisk signifikant ændring i den absolutte sociale ulighed i perioden.

Definition af begrebet social ulighed i dette kapitel:
'Social ulighed' refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er større end 1 for borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med videregående uddannelse (relativ ulighed) og/eller slope index of inequality er negativ (absolut ulighed).

'Omvendt social ulighed' refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er mindre end 1 for borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med videregående uddannelse (omvendt relativ ulighed) og/eller slope index of inequality er positiv (omvendt absolut ulighed).

13.2 Livskvalitet, selvvurderet helbred og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i udvalgte risikofaktorer fra kapitel 3 'Livskvalitet og helbred'. De udvalgte risikofaktorer er: dårlig eller meget dårligt livskvalitet; meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien; og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabeller for hver af risikofaktorerne: livskvalitet (Webfigur W13.1+W13.2 og Webtabel W13.1); livskvalitet påvirket af COVID-19 pandemien (Webfigur W13.3+W13.4 og Webtabel W13.2); og selvvurderet helbred (Webfigur W13.5+W13.6 og Webtabel W13.3). Webfigurer og -tabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For hhv. dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien samt mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten af alle tre faktorer falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). Det generelle billede for hver af risikofaktorerne er, at den sociale ulighed ikke er forskellig for kønnene. Mere detaljerede opgørelser viser imidlertid, at for mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er den absolutte sociale ulighed signifikant større blandt kvinder end blandt mænd (Webtabel W13.3).

Udvikling: For mænd ses der ikke en statistisk signifikant ændring fra 2017 til 2021 i den sociale ulighed i dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Tabel 13.1), omend mere detaljerede opgørelser viser en tendens til et fald (Webfigur W13.1 og Webtabel W13.1). For kvinder er den sociale ulighed i dårlig eller meget dårlig livskvalitet blevet signifikant mindre fra 2017 til 2021 (Tabel 13.1). Dette ser ud til både at kunne forklares af et fald i andelen blandt kvinder med grundskoleuddannelse og en stigning i andelen blandt kvinder med videregående uddannelse (Webfigur W13.2). For mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er den sociale ulighed blevet signifikant mindre blandt begge køn fra 2010 til 2021 (Tabel 13.1). For mænd ser det ud til både at kunne forklares af et fald i andelen blandt mænd med grundskoleuddannelse og en stigning i andelen blandt mænd med videregående uddannelse, mens det blandt kvinder især ser ud til at kunne forklares af en stigning i andelen blandt kvinder med videregående uddannelse (Webfigur W13.6).

Sammenligning med resultater fra kapitel 3: I kapitel 3 'Livskvalitet og helbred' opgøres forekomsten af hhv. dårlig eller meget dårligt livskvalitet (Tabel 3.1), meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien (Tabel 3.3) og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Tabel 3.5) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de tre risikofaktorer i 2021 er højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Derudover ses det, at forskellen i forekomsten mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er blevet mindre end i tidligere år for dårlig eller meget dårlig livskvalitet (Tabel 3.1) og mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Tabel 3.5); dog mest tydeligt for selvvurderet helbred, hvor der ses et signifikant fald i andelen blandt borgere med grundskoleuddannelse og signifikant stigning i andelen blandt borgere med videregående uddannelse. Den sociale ulighed i 2021, som ses i kapitel 3, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 3, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser, at den sociale ulighed er blevet mindre for begge indikatorer; for dårlig eller meget dårlig livskvalitet er dette dog kun signifikant for kvinder.

Opsummering: Der er social ulighed i forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget dårligere livskvalitet som følge af COVID-19 pandemien samt mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred blandt hhv. mænd og kvinder i 2021. I forhold til tidligere år er den sociale ulighed i forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred blevet mindre for begge køn og for dårlig eller meget dårlig livskvalitet for kvinderne, mens der ikke ses et signifikant fald i sidstnævnte for mændene.

13.3 Ensomhed, stress og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i udvalgte risikofaktorer fra kapitel 4 'Mental sundhed og sociale relationer'. De udvalgte risikofaktorer er hhv. ensomhed og høj score på stressskalaen. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabeller for hhv. ensomhed (Webfigur W13.7+W13.8 og Webtabel W13.4) og høj score på stressskalaen (Webfigur W13.9+W13.10 og Webtabel W13.5). Webfigurer og -tabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For hhv. ensomhed og høj score på stressskalaen ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). Det generelle billede for begge risikofaktorer er, at den sociale ulighed ikke er forskellig for kønnene. For høj score på stressskalaen viser mere detaljerede opgørelser imidlertid, at den relative sociale ulighed er større blandt mænd end blandt kvinder (Webfigur W13.9).

Udvikling: For mænd er den sociale ulighed i ensomhed ikke signifikant ændret fra 2017 til 2021 (Tabel 13.1). Blandt kvinder er den relative sociale ulighed i ensomhed blevet mindre i perioden, mens der ikke ses en signifikant ændring i den absolutte sociale ulighed. Detaljerede opgørelser viser, at faldet i den relative sociale ulighed i ensomhed blandt kvinder ser ud til at kunne forklares af en større relativ stigning i andelen

med ensomhed blandt kvinder med videregående uddannelse end blandt kvinder med grundskoleuddannelse (Webfigur W13.8). For høj score på stressskalaen er den sociale ulighed blevet mindre fra 2010 til 2021 blandt begge køn (Tabel 13.1). Dette fald ser for begge køn ud til at kunne forklares af en større stigning i andelen med høj score på stressskalaen blandt borgere med videregående uddannelse end blandt borgere med grundskoleuddannelse (Webfigur W13.10).

Sammenligning med resultater fra kapitel 4: I kapitel 4 'Mental sundhed og sociale relationer' opgøres forekomsten af hhv. ensomhed (Tabel 4.1) og høj score på stressskalaen (Tabel 4.5) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de to risikofaktorer i 2021 er højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Derudover ses det, at forskellen i forekomsten mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er uændret ift. tidligere år for ensomhed (Tabel 4.1), mens forskellen er blevet mindre for høj score på stressskalaen (Tabel 4.5), idet der ses en større stigning i forekomsten blandt borgere med videregående uddannelse end blandt borgere med grundskoleuddannelse. Den sociale ulighed i 2021, som ses i kapitel 4, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er udviklingen i den sociale ulighed over tid, som ses i kapitel 4, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser, at det for ensomhed kun er den relative sociale ulighed blandt kvinder, som er signifikant ændret, mens den sociale ulighed i høj score på stressskalaen er blevet signifikant mindre for begge køn.

Opsummering: Der er social ulighed i forekomsten af ensomhed og høj score på stressskalaen blandt både mænd og kvinder i 2021. I forhold til tidligere år er den sociale ulighed i forekomsten af ensomhed uændret for mænd. For kvinder ses der et fald i den relative sociale ulighed i ensomhed, mens der ikke ses signifikant ændring i den absolutte sociale ulighed. For høj score på stressskalaen er den sociale ulighed blevet mindre for begge køn.

13.4 Rygning, brug af e-cigaretter, røgfri tobak/nikotinposer og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i udvalgte risikofaktorer fra kapitel 5 'Rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer'. De udvalgte risikofaktorer er: daglig rygning, brug af e-cigaretter samt brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabeller for hver af risikofaktorerne: daglig rygning (Webfigur W13.11+W13.12 og Webtabel W13.6); brug af e-cigaretter (Webfigur W13.13+W13.14 og Webtabel W13.7); og brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer (Webfigur W13.15+W13.16 og Webtabel W13.8). Webfigurer og -tabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For hhv. daglig rygning og brug af e-cigaretter ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, hvor forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). Detaljerede opgørelser viser desuden, at den sociale ulighed er større blandt mænd end blandt kvinder; for brug af e-cigaretter gælder dette imidlertid kun for den absolutte sociale ulighed (Webfigur W13.11+W13.13 og Webtabel W13.6+W13.7). For brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer ses der ikke social ulighed for hverken mænd eller kvinder (Tabel 13.1).

Udvikling: For begge køn er den relative sociale ulighed i daglig rygning uændret fra 2010 til 2021, mens der er sket et fald i den absolutte sociale ulighed i perioden (Tabel 13.1). Faldet i den absolutte sociale ulighed ser ud til at kunne forklares af et større fald i forekomsten af daglig rygning blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med videregående uddannelse (Webfigur W13.12). For brug af e-cigaretter er den sociale ulighed ikke signifikant ændret fra 2017 til 2021 for hverken mænd eller kvinder (Tabel 13.1).

Sammenligning med resultater fra kapitel 5: I kapitel 5 'Rygning, brug af elektroniske cigaretter, røgfri tobak og nikotinposer' opgøres forekomsten af hhv. daglig rygning (Tabel 5.1), brug af e-cigaretter (Tabel 5.7) og brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer (Tabel 5.9) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I disse tabeller ses det, at forekomsten af daglig rygning og brug af e-cigaretter i 2021 er højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse, mens andelen som bruger røgfri tobak og/eller nikotinposer stort set ikke er forskellig på tværs af uddannelsesgrupper – især ikke efter justering for alder og køn. Det ses desuden, at forskellen i forekomsten af daglig rygning mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er blevet lidt mindre i forhold til tidligere år (Tabel 5.1), mens den er stort set uændret for brug af e-cigaretter (Tabel 5.7). Den sociale ulighed i 2021, som ses i kapitel 5, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 5, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser et fald i den absolutte sociale ulighed i daglig rygning blandt både mænd og kvinder, samt ingen signifikante ændringer i den sociale ulighed i brug af e-cigaretter.

Opsummering: I 2021 er der blandt både mænd og kvinder social ulighed i forekomsten af daglig rygning og brug af e-cigaretter, men ikke i brug af røgfri tobak og/eller nikotinposer. I forhold til tidligere år er den relative sociale ulighed i daglig rygning uændret for begge køn, mens den absolutte sociale ulighed er blevet mindre. Den sociale ulighed i brug af e-cigaretter er uændret for begge køn.

13.5 Alkohol og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i udvalgte risikofaktorer fra kapitel 6 'Alkohol'. De udvalgte risikofaktorer er: drikker over 14/21 genstande om ugen, rusdrikker ugentligt samt tegn på problematisk alkoholforbrug. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabeller for hver af risikofaktorerne: drikker over 14/21 genstande om ugen (Webfigur W13.17+W13.18 og Webtabel W13.9); rusdrikker ugentligt (Webfigur W13.19+W13.20 og Webtabel W13.10); og tegn på problematisk alkoholforbrug (Webfigur W13.21+W13.22 og Webtabel W13.11). Webfigurer og -tabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen ses der social ulighed blandt mænd, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). Derimod ses der blandt kvinder omvendt social ulighed i alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen, da forekomsten stiger med stigende uddannelseslængde. For tegn på problematisk alkoholforbrug ses ligeledes omvendt social ulighed blandt kvinder og også blandt mænd. Detaljerede opgørelser viser desuden, at den omvendte relative sociale ulighed er større blandt kvinder end blandt mænd (Webfigur W13.21). For ugentlig rusdrikning ses absolut men ikke relativ social ulighed blandt mænd, mens der blandt kvinder ikke ses social ulighed (Tabel 13.1).

Udvikling: For mænd ses der ikke en statistisk signifikant ændring i den relative sociale ulighed i alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen fra 2010 til 2021 (Tabel 13.1). I samme periode er den absolutte sociale ulighed i alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen til gengæld blevet signifikant mindre blandt mænd. Faldet i den absolutte sociale ulighed ser ud til at kunne forklares af et større fald i forekomsten af alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen blandt mænd med grundskoleuddannelse end blandt mænd med videregående uddannelse (Webfigur W13.18). For kvinder ses der derimod en signifikant stigning i den omvendte relative sociale ulighed fra 2010 til 2021 (Tabel 13.1), mens der ses en tendens til en stigning i den omvendte absolutte sociale ulighed, som dog ikke er statistisk signifikant (Webtabel W13.9). Stigningen i den omvendte relative sociale ulighed blandt kvinder ser ud til at kunne forklares af, at der er sket et større relativt fald i forekomsten blandt kvinder med grundskoleuddannelse (hvor forekomsten er halveret) end blandt kvinder med videregående uddannelse (Webfigur W13.18). For ugentlig rusdrikning er den sociale ulighed ikke signifikant ændret fra 2013 til 2021 for hverken mænd eller kvinder, og tilsvarende er den omvendte sociale ulighed i tegn på problematisk alkoholforbrug ikke ændret fra 2010 til 2021 for hverken mænd eller kvinder (Tabel 13.1).

Sammenligning med resultater fra kapitel 6: I kapitel 6 'Alkohol' opgøres bl.a. forekomsten af ugentlig rusdrikning (Tabel 6.7) og tegn på problematisk alkoholforbrug (Tabel 6.9) på tværs af fem uddannelsesgrupper og samlet for begge køn. I disse tabeller ses det, at der i 2021 er begrænset variation i andelen, som rusdrikker ugentligt, mellem de forskellige uddannelsesgrupper med undtagelse af gymnasial uddannelse, mens andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er mindre blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Det ses desuden, at forskellen i forekomsten af både ugentlig rusdrikning og tegn på problematisk alkoholforbrug mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er stort set uændret ift. tidligere år (Tabel 6.7 og Tabel 6.9). Den sociale ulighed i 2021, som ses for disse risikofaktorer i kapitel 6, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses for disse risikofaktorer i kapitel 6, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser, at der ikke er sket signifikante ændringer over tid i den sociale ulighed hverken for ugentlig rusdrikning eller tegn på problematisk alkoholforbrug.

I kapitel 6 opgøres også andelen, som drikker over 14/21 genstande om ugen (Tabel 6.5), på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn, men her er opgørelserne fordelt på tre aldersgrupper. I tabel 6.5 ses det, at forskellen i forekomst mellem uddannelsesgrupperne er forskellig for de tre aldersgrupper: der ses begrænset variation mellem uddannelsesgrupperne for de 16-34-årige; højere forekomst blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse for de 35-64-årige; og omvendt lavere forekomst blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse for de 65+ årige. I nærværende afsnit, hvor der bruges mere nuancerede og avancerede analysemetoder, er opgørelserne dog ikke opdelt på aldersgrupper men på køn, hvorfor en direkte sammenligning med tabel 6.5 ikke er mulig. Mere simple analyser tilsvarende tabel 6.5, men hvor der yderligere er opdelt på køn, er dog lavet, men ikke vist. Overordnet ses det, at der er en tendens til omvendt social ulighed blandt de 65+ årige for begge køn, men mest tydeligt blandt kvinder, og social ulighed blandt mænd i alderen 35-64 år, mens der ses begrænset variation mellem uddannelsesgrupperne hos de 16-34-årige af begge køn og de 35-64-årige kvinder.

Opsummering: I 2021 er der blandt mænd social ulighed og blandt kvinder omvendt social ulighed i forekomsten af alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen. Sammenholdt med resultater fra kapitel 6 'Alkohol', skal det dog bemærkes, at den omvendte sociale ulighed blandt kvinder især er båret af omvendt social ulighed blandt 65+ årige borgere, mens den sociale ulighed blandt mænd primært er båret af social ulighed blandt de 35-64-årige borgere. For ugentlig rusdrikning er der absolut men ikke relativ social ulighed blandt mænd og ingen social ulighed blandt kvinder, mens der er omvendt social ulighed i tegn på problematisk alkoholforbrug blandt begge køn. I forhold til tidligere år ses der for alkoholindtag over 14/21 genstande om ugen et fald i den absolutte men ikke den relative sociale ulighed blandt mænd, samt en stigning i den omvendte relative men ikke absolutte sociale ulighed blandt kvinder. For hhv. ugentlig rusdrikning og tegn på problematisk alkoholforbrug ses der ikke en signifikant ændring i den sociale ulighed over tid.

13.6 Kost og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i risikofaktoren 'usundt kostmønster' fra kapitel 7 'Kost'. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabel (Webfigur W13.23+W13.24 og Webtabel W13.12). Webfigurer og -tabel kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For usundt kostmønster ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). Det generelle billede er således, at den sociale ulighed ikke er forskellig for kønnene. Mere detaljerede opgørelser viser imidlertid, at den absolutte sociale ulighed er større blandt mænd end blandt kvinder (Webtabel W13.12).

Udvikling: For usundt kostmønster er den relative sociale ulighed blevet mindre fra 2010 til 2021 blandt begge køn, mens den absolutte sociale ulighed er blevet større i samme periode (Tabel 13.1). Denne modsatrettede udvikling over perioden i hhv. relativ og absolut social ulighed ser ud til at kunne forklares af forskellige stigninger i forekomsten af usundt kostmønster for uddannelsesgrupperne: Den største absolutte stigning i forekomst ses blandt borgere med grundskoleuddannelse, hvormed den absolutte forskel i forekomst mellem grundskoleuddannelse og videregående uddannelse er blevet større, mens den største relative stigning (dvs. i forhold til forekomsten i 2010) ses blandt borgere med videregående uddannelse, hvormed forholdet mellem forekomst for grundskoleuddannelse og videregående uddannelse er blevet mindre (Webfigur W13.24).

Sammenligning med resultater fra kapitel 7: I kapitel 7 'Kost' opgøres forekomsten af usundt kostmønster (Tabel 7.1) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I denne tabel ses det, at forekomsten af usundt kostmønster i 2021 er højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Det ses desuden, at den absolutte forskel i forekomsten af usundt kostmønster mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er blevet større i forhold til tidligere år, men også at der er sket en større relativ stigning i forekomsten for videregående uddannelse, hvor forekomsten er ca. fordoblet, end for grundskoleuddannelse. Den sociale ulighed i usundt kostmønster i 2021, som ses i kapitel 7, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 7, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser et fald i den relative sociale ulighed men en stigning i den absolutte sociale ulighed for begge køn.

Opsummering: Der er social ulighed i forekomsten af usundt kostmønster blandt hhv. mænd og kvinder i 2021. For begge køn ses, i forhold til tidligere år, et fald i den relative sociale ulighed, mens der ses en stigning i den absolutte sociale ulighed.

13.7 Fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i udvalgte risikofaktorer fra kapitel 8 'Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd'. De udvalgte risikofaktorer er: lav fysisk aktivitet i fritiden, opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet samt total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabeller for hver af risikofaktorerne: lav fysisk aktivitet i fritiden (Webfigur W13.25+W13.26 og Webtabel W13.13); opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (Webfigur W13.27+W13.28 og Webtabel W13.14); og total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer (Webfigur W13.29+W13.30 og Webtabel W13.15). Webfigurer og -tabeller kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden og utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1). For mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag ses derimod omvendt social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten stiger med stigende uddannelseslængde. For mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag viser mere detaljerede opgørelser desuden, at den omvendte sociale ulighed er større blandt mænd end blandt kvinder (Webfigur W13.29 og Webtabel W13.15).

Udvikling: For både mænd og kvinder er den sociale ulighed i lav fysisk aktivitet i fritiden ikke signifikant ændret fra 2010 til 2021 (Tabel 13.1). For mænd ses der ligeledes ingen statistisk signifikant ændring i den omvendte relative sociale ulighed i mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag fra 2017 til 2021, mens der ses en signifikant stigning i den omvendte absolutte sociale ulighed i perioden. For kvinder er både den omvendte relative og absolutte sociale ulighed i mere end 8 timers stillesiddende tid steget signifikant fra 2017 til 2021. Stigningen i den omvendte absolutte sociale ulighed blandt mænd ser ud til at kunne forklares af et større fald i forekomsten blandt mænd med grundskoleuddannelse end blandt mænd med videregående uddannelse, mens stigningen i den omvendte sociale ulighed blandt kvinder ser ud til at kunne forklares af et fald i forekomsten blandt kvinder med

grundskoleuddannelse og en lille stigning i forekomsten blandt kvinder med videregående uddannelse (Webfigur W13.30).

Sammenligning med resultater fra kapitel 8: I kapitel 8 'Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd' opgøres forekomsten af hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden (Tabel 8.1), utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling (Tabel 8.3) samt total stillesiddende tid på en typisk hverdag – mere end 8 timer (Tabel 8.5) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I disse tabeller ses det, at andelen med hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden og utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling i 2021 er større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse, mens forekomsten af mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag er lavere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Det ses desuden, at forskellen mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse i forekomsten af lav fysisk aktivitet er stort set uændret i forhold til tidligere år (Tabel 8.1), mens forskellen mellem uddannelsesgrupperne er blevet større for mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag (Tabel 8.5). Den sociale ulighed i 2021, som ses i kapitel 8, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 8, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser, at den sociale ulighed i lav fysisk aktivitet i fritiden ikke er signifikant ændret, mens der er sket en stigning i den omvendte sociale ulighed i mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag, som blandt mænd dog kun er statistisk signifikant for den omvendte absolutte sociale ulighed.

Opsummering: I 2021 er der blandt både mænd og kvinder social ulighed i forekomsten af hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden og utilstrækkelig fysisk aktivitet jf. WHO's minimumsanbefaling, mens der er omvendt social ulighed i forekomsten af mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. I forhold til tidligere år er den sociale ulighed i lav fysisk aktivitet uændret for begge køn, mens den omvendte sociale ulighed i mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag overordnet er steget; for mænd er det dog kun den omvendte absolutte sociale ulighed, som er steget signifikant.

13.8 Svær overvægt og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i risikofaktoren 'svær overvægt' fra kapitel 9 'Vægt'. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabel (Webfigur W13.31+W13.32 og Webtabel W13.16). Webfigurer og -tabel kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For svær overvægt ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1).

Udvikling: For både mænd og kvinder er den relative sociale ulighed i svær overvægt ikke signifikant ændret fra 2010 til 2021, mens der for mænd ses en stigning i den absolutte sociale ulighed i perioden (Tabel 13.1). Blandt kvinder ses der derimod ikke en statistisk signifikant ændring i den absolutte sociale ulighed i svær overvægt i perioden, men detaljerede opgørelser viser en tendens til en stigning (Webtabel W13.16). Stigningen i den absolutte sociale ulighed blandt mænd ser ud til at kunne forklares af en større stigning i forekomsten af svær overvægt blandt mænd med grundskoleuddannelse end blandt mænd med videregående uddannelse (Webfigur W13.32).

Sammenligning med resultater fra kapitel 9: I kapitel 9 'Vægt' opgøres forekomsten af svær overvægt (Tabel 9.5) på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I denne tabel ses det, at forekomsten af svær overvægt i 2021 er højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Det ses desuden, at forskellen mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse i forekomsten af svær overvægt er blevet lidt større i forhold til tidligere år. Den sociale ulighed i svær overvægt i 2021, som ses i kapitel 9, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 9, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser en stigning i den absolutte sociale ulighed blandt mænd.

Opsummering: Der er social ulighed i forekomsten af svær overvægt blandt hhv. mænd og kvinder i 2021. I forhold 2010 er den relative sociale ulighed i forekomsten af svær overvægt ikke signikant ændret for hverken mænd eller kvinder. Den absolutte sociale ulighed er steget signifikant blandt mænd, mens der ikke ses en signifikant stigning blandt kvinder.

13.9 Søvn og social ulighed

I dette afsnit beskrives den sociale ulighed i risikofaktoren 'meget generet af søvnproblemer' fra kapitel 10 'Søvn'. Som mål for socioøkonomisk position anvendes uddannelse, og der er gennemført analyser til vurdering af både den relative sociale ulighed og den absolutte sociale ulighed. De beskrevne resultater gælder for både den relative og absolutte sociale ulighed, medmindre andet er specifikt angivet.

Resultaterne, som beskrives, findes i tabel 13.1 og i mere detaljeret form i webfigurer og -tabel (Webfigur W13.33+W13.34 og Webtabel W13.17). Webfigurer og -tabel kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

Status i 2021: For 'meget generet af søvnproblemer' ses social ulighed blandt både mænd og kvinder, da forekomsten falder med stigende uddannelseslængde (Tabel 13.1).

Udvikling: For både mænd og kvinder er den sociale ulighed i 'meget generet af søvnproblemer' ikke signifikant ændret fra 2010 til 2021.

Sammenligning med resultater fra kapitel 10: I kapitel 10 'Søvn' opgøres andelen, som er meget generet af søvnproblemer (Tabel 10.5), på tværs af fem uddannelsesgrupper samlet for begge køn. I denne tabel ses det for 2021, at andelen, som er meget generet af søvnproblemer, er større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med kort/mellemlang eller lang videregående uddannelse. Det ses desuden, at forskellen i andelen, som er meget generet af søvnproblemer, mellem grundskoleuddannelse og hhv. kort/mellemlang og lang videregående uddannelse er stort set uændret i forhold til tidligere år. Den sociale ulighed i 2021 i andelen, som er meget generet af søvnproblemer, som ses i kapitel 10, er således i overensstemmelse med opgørelserne i dette afsnit, hvor mere nuancerede og avancerede analysemetoder er benyttet. Derudover er den udvikling over tid i den sociale ulighed, som ses i kapitel 10, også i overensstemmelse med resultaterne i dette afsnit, som viser, at der ikke er sket en signifikant ændring i den sociale ulighed.

Opsummering: Der er social ulighed i forekomsten af 'meget generet af søvnproblemer' blandt hhv. mænd og kvinder i 2021. I forhold til tidligere år er den sociale ulighed i forekomsten af 'meget generet af søvnproblemer' ikke signikant ændret for hverken mænd eller kvinder.

13.10 Litteratur

1. Andersen I, Diderichsen F, Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sundhed. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L, redaktører. Medicinsk sociologi - Sociale faktorers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 2020. s. 71–101.

2. OECD/European Union. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. Paris: OECD Publishing; 2020.

3. OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. Denmark: Country Health Profile 2021, State of Health in the EU. Paris: OECD Publishing; 2021.

4. Koch MB, Diderichsen F, Grønbæk M, Juel K. What is the association of smoking and alcohol use with the increase in social inequality in mortality in Denmark? A nationwide register-based study. BMJ Open. 1. maj 2015;5(5):e006588.

5. Östergren O, Martikainen P, Tarkiainen L, Elstad JI, Brønnum-Hansen H. Contribution of smoking and alcohol consumption to income differences in life expectancy: evidence using Danish, Finnish, Norwegian and Swedish register data. J Epidemiol Community Health. 1. april 2019;73(4):334–9.

6. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, m.fl. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.

7. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

8. Sundhedsstyrelsen. Indsatser mod ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

9. Finansministeriet. Finanslov for finansåret 2020. 2020.

10. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Sundhedsaftale 2015-2018. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen; 2015.

11. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Vores Sundhedsaftale - Sundhedsaftale 2019-2023 for Region Hovedstaden, kommunerne og almen praksis. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen; 2019.

12. Regeringen. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.

13. Regeringen. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2014.

14. Lau CJ, Lykke MB, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Andreasen AH, Johansen NB. Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018.

15. Røde Kors. Ensomhed, trivsel og afsavn blandt familier i udsatte positioner – En undersøgelse blandt julehjælpsmodtagere under corona. 2021.

16. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. J Epidemiol Community Health. 1. november 2020;74(11):964–8.

17. Smith Jervelund S, Eikemo TA. The double burden of COVID-19. Scand J Public Health. 1. februar 2021;49(1):1–4.

18. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health. januar 2006;60(1):7–12.

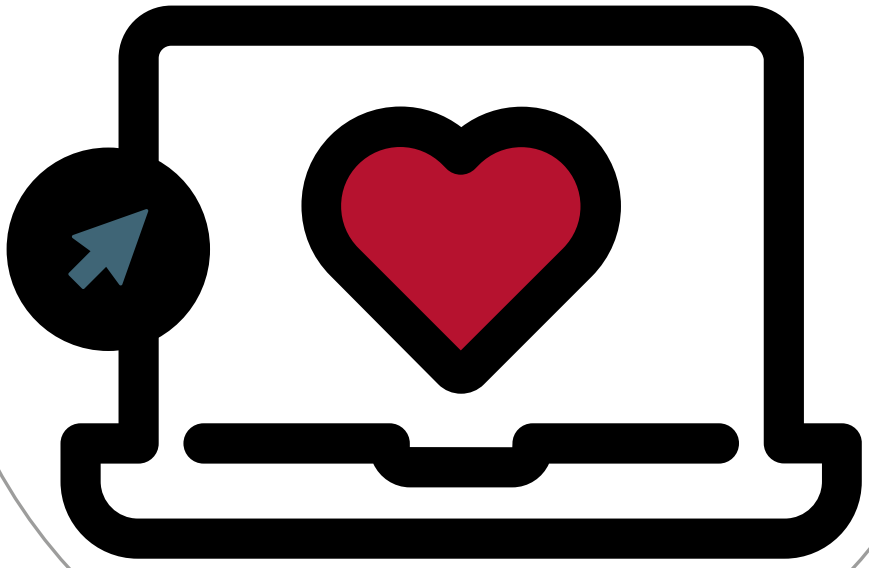
19. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health. februar 2006;60(2):95–101.

20. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, m.fl. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. december 2020;20(1):565.

21. Nørtoft M. Fakta om uddannelser, studerende og dimittender [Internet]. Danmarks Statistik. 2019 [henvist 27. januar 2022]. Tilgængelig hos: https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2019/2019-03-11-fakta-om-uddannelser-studerende-og-dimittender

22. Harper S, Lynch J. Measuring health inequalities. I: Oakes JM, Kaufmann JS, redaktører. Methods in Social Epidemiology. San Francisco, CA: Jossey-Bass. A Wiley Imprint; 2006. s. 134–68.

HVORDAN HAR DU DET?



Region Hovedstaden

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00