# HVORDAN HAR DU DET? 2021

## SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen



# **HVORDAN HAR DU DET?** 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**


**UDARBEJDET AF**

Karina Friis
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen



**DEFACTUM** | Marts 2022

**TITEL**
Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

**FORFATTERE**
Karina Friis (projektleder)
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

**COPYRIGHT**
© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022
Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

**UDGIVER**
Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

**DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:**
Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

**UDGIVELSE**
Marts 2022

**OPLAG**
1.500

**LAYOUT**
2.1hartwork

**FORSIDE**
Malene Hald

# FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

*Hvordan har du det? 2021* har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gene rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

# INDHOLDSFORTEGNELSE

SAMMENFATNING 6

1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE 12

Baggrund og formål ..... 12
Metode ..... 12
Beskrivelse af baggrundsvariable ..... 16
Læsevejledning ..... 21

2. RYGNING 24

3. ALKOHOL 46

4. FYSISK AKTIVITET 64

5. KOST 86

6. OVERVÆGT 98

7. SELVVURDERET HELBRED 114

8. MENTAL SUNDHED 122

Trivsel og livskvalitet ..... 127
Stress ..... 134
Generet af angst og anspændthed ..... 140
Ensomhed ..... 146
Depression ..... 154

9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM 166

Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom ..... 172
Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom ..... 190
Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom .... 201
Behandlingsbyrde og sundhedskompetence ..... 212

10. UNGES SUNDHED 236

Unges risikoadfærd ..... 242
Unges sundhedsvaner ..... 248
Unges mentale sundhed ..... 252

11. COVID-19 264

Hvor mange har haft COVID-19? ..... 270
Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag? ..... 272
Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19? .... 276
Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien? ..... 279
Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten? ..... 282

12. SEKSUELLE KRÆNKELSER 290

13. SØVN 302

14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED 318

Social ulighed i sundhed ..... 324
Geografisk ulighed i sundhed ..... 326
Sundhed på én side ..... 334

Kommuner
Favrskov Kommune ..... 336
Hedensted Kommune ..... 338
Herning Kommune ..... 340
Holstebro Kommune .....342
Horsens Kommune ..... 344
Ikast-Brande Kommune ..... 346
Lemvig Kommune ..... 348
Norddjurs Kommune ..... 350
Odder Kommune ..... 352
Randers Kommune ..... 354
Ringkøbing-Skjern Kommune ..... 356
Samsø Kommune ..... 358
Silkeborg Kommune ..... 360
Skanderborg Kommune ..... 362
Skive Kommune ..... 364
Struer Kommune ..... 366
Syddjurs Kommune ..... 368
Viborg Kommune ..... 370
Aarhus Kommune ..... 372

Sundhedsklynger
Horsensklyngen ..... 374
Midtklyngen ..... 376
Randersklyngen ..... 378
Vestklyngen ..... 380
Aarhusklyngen ..... 382

Region Midtjylland ..... 384

# SAMMENFATNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2021*. Undersøgelsen belyser sundhed, sygdom og trivsel blandt borgere i Region Midtjylland i alderen fra 16 år og opefter.

I starten af februar 2021 blev der udsendt et spørgeskema til 56.500 tilfældigt udvalgte borgere. Der var 33.925 personer, som deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 60. De mange oplysninger om borgernes sundhed kan i de kommende år bruges i såvel den praktiske tilrettelæggelse af sundhedsarbejdet som til forskning, der kan bidrage til at forbedre folkesundheden.

I Region Midtjylland blev en tilsvarende undersøgelse gennemført i 2006, 2010, 2013 og 2017, hvilket giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand. Udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand er beskrevet i detaljer i bind 2 (udviklingsbindet).

*Hvordan har du det? 2021* har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for befolkningens liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Rygning. Fra 2010 til 2021 har der været et betydeligt fald i andelen af dagligrygere (fra 20 % til 13 %). I samme periode er andelen af storrygere desuden halveret.

Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og sociale forhold. Eksempelvis varierer rygerandelen markant med uddannelsesniveau med en stor andel rygere blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Ligeledes er andelen af dagligrygere stor blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Alkohol. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et stort fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen (fra 25 % til 15 %). Det er især blandt personer i alderen 16-24 år, at der har været et stort fald.

Det er kendetegnende for dem, der drikker mere end 10 genstande om ugen, at det især er mænd, unge og ældre.

Der har ligeledes været et stort fald i andelen, der rusdrikker – dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed – mindst én gang om ugen (fra 13 % til 9 %). Det største fald ses blandt mænd og blandt personer i alderen 16-24 år. Der er dog fortsat markant flere mænd, der rusdrikker, end kvinder, og den største andel findes blandt de unge i alderen 16-24 år.

Fysisk aktivitet. Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en lille stigning i andelen af fysisk inaktive personer – dvs. at man højest 1 dag om ugen er fysisk aktiv i mere end 30 minutter (fra 17 % til 18 %). Til gengæld har der fra 2017 til 2021 været et lille fald i andelen af fysisk inaktive (fra 20 % til 18 %). Faldet i andelen af fysisk inaktive fra 2017 til 2021 kan tilskrives et fald blandt kvinder, personer i alderen 35-54 år og personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der til gengæld været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden (fra 47 % til 57 %). En del af denne stigning kan skyldes, at mange idrætsfaciliteter var lukkede på grund af coronapandemien på det tidpunkt, hvor mange deltog i undersøgelsen, og at bekymring for smitte har afholdt mange fra at dyrke motion sammen med andre.

Det er kendetegnende for dem, der er fysisk inaktive, at det især er ældre, personer med lavt uddannelsesniveau og personer uden for arbejdsmarkedet.

Kost. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster (fra 14 % til 18 %). Fra 2017 til 2021 er andelen med et usundt kostmønster dog uændret. Fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-24 år og 35-74 år. Den største stigning ses hos personer i alderen 45-54 år.

Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med et usundt kostmønster større blandt mænd end blandt kvinder, og der er også stor forskel på tværs af uddannelsesniveau, hvor andelen er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Overvægt. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stor stigning i andelen med svær overvægt (fra 14 % til 18 %). Derudover er der i perioden fra 2013 til 2021 sket en lille stigning i andelen med moderat overvægt. Personer med overvægt udgør i 2021 mere end halvdelen af befolkningen i Region Midtjylland.

Stigningen i forekomsten af svær overvægt ses på tværs af både køn, alder og uddannelsesniveau. Personer i alderen 45-74 år har oftere moderat og svær overvægt end befolkningen generelt. Med et faldende uddannelsesniveau stiger andelen med svær overvægt.

Søvn. Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet (fra 7 % til 10 %). Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Der er flere kvinder end mænd, som oplever dårlig søvnkvalitet.

Der ses en tydelig sammenhæng mellem søvnkvalitet og sociale faktorer. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet sammenlignet med hele befolkningen.

Selvvurderet helbred. Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen af befolkningen med dårligt selvvurderet helbred (fra 14 % til 16 %). Denne stigning kan genfindes hos både mænd og kvinder, personer i alderen 16-44 år samt 55-64 år og på tværs af uddannelsesniveau. Blandt unge er andelen med dårligt selvvurderet helbred næsten fordoblet siden 2010. Omvendt ses et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 75 år og derover.

Det er særligt kvinder og personer i alderen 55 år eller derover, der oplever at have et dårligt selvvurderet helbred. Der ses endvidere en markant social ulighed, hvor andelen med dårligt selvvurderet helbred er større blandt personer med lavt uddannelsesniveau og blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister.

Mental sundhed og mentalt helbred. Der har i perioden 2010 til 2021 generelt været en negativ udvikling i den mentale sundhed i Region Midtjylland, og forværringen er mest udtalt blandt unge. Da undersøgelsen fra 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode på grund af coronapandemien, skal konklusioner om udviklingen siden 2017 dog foretages med forsigtighed.

Der har i perioden fra 2013 til 2021 været et fald i andelen af befolkningen med *god trivsel og livskvalitet* (fra 76 % til 67 %). Faldet i trivsel og livskvalitet findes blandt mænd og kvinder, alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet fra 2017 til 2021 er størst blandt de 16-34-årige og personer med et højt uddannelsesniveau.

Der er en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere.

I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en markant stigning i andelen af personer, som har en *høj score på stressskalaen* (fra 19 % til 29 %). Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige.

Der er en større andel kvinder, personer i de yngre aldersgrupper, studerende, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med anden etnisk baggrund end dansk, som har en høj score på stressskalaen.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af personer, der er *generet af angst og anspændthed* (fra 4 % til 8 %). Stigningen ses for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-44 år og 55-64 år og blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der føler sig ensomme (fra 8 % til 14 %). Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige.

Den højeste forekomst af ensomhed ses blandt de 16-24-årige, og forekomsten falder med alderen, indtil der ses en stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom. Endvidere er der en markant større andel, der føler sig ensomme, blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Fra 2017 til 2021 har der endvidere været en stigning i andelen med *symptomer på depression* (fra 6 % til 8 %). Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alderen 16-44 år og 65-74 år samt blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige.

Der er en stærk sammenhæng mellem symptomer på depression og sociale forhold. Eksempelvis varierer andelen med symptomer på depression markant efter uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk baggrund og boligforhold. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionist har symptomer på depression.

Kronisk sygdom og multisygdom. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i forekomsten af de fleste kroniske sygdomme. Kun andelen med blodprop i hjertet er uændret i perioden. Derudover har der ikke været nogen stigning i forekomsten af hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller diabetes siden 2017.

Også forekomsten af multisygdom er steget fra 36 % i 2010 til 44 % i 2021. Der er en stigning både for mænd og kvinder, alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau, men mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

De tre hyppigst forekommende kroniske sygdomme i 2021 er allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, som hver især forekommer hos omtrent hver femte borger. Yderligere fem sygdomme optræder hos 12 % til 17 % af befolkningen (migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme, depression og angst), mens seks sygdomme forekommer hos 5 % til 8 % af befolkningen (astma, leddegigt, diabetes, KOL, grå stær og knogleskørhed). De sidste fire sygdomme, der har den laveste forekomst i befolkningen, er kræft (4 %), hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen (2 %) og blodprop i hjertet (1 %).

Særligt slidgigt, knogleskørhed, angst og migræne/hyppig hovedpine forekommer oftere hos kvinder end mænd. For hovedparten af de kroniske sygdomme øges forekomsten betydeligt med alderen. Derudover er der en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kronisk sygdom: Ved 16 ud af de 18 sygdomme ses den største forekomst hos personer med et lavt uddannelsesniveau og den mindste forekomst hos personer med et højt uddannelsesniveau. De samme mønstre gør sig gældende for multisygdom.

I perioden fra 2010 til 2021 har forekomsten af risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom i store træk ændret sig svarende til de ændringer, der ses i hele befolkningen. Dog har der blandt enkelte af de kroniske sygdomme været en mere bekymrende udvikling end blandt andre, herunder hos personer med blodprop i hjertet. Forekomsten af risikable sundhedsvaner er generelt markant større hos personer med kronisk sygdom end i hele befolkningen. Personer med KOL er en særlig risikogruppe med høje forekomster af alle belyste risikable sundhedsvaner samt flere risikable sundhedsvaner på samme tid.

Fra 2010 til 2021 er der sket forbedringer af dårligt selvvurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp i dagligdagen, særligt blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, leddegigt og knogleskørhed. Omvendt er der fra 2017 til 2021 tegn på stigende forekomst af dårlig mental sundhed (ensomhed og symptomer på depression) samt dårlig søvnkvalitet blandt mange personer med kronisk sygdom. Generelt er forekomsten af de nævnte helbredsmål markant større blandt borgere med kronisk sygdom sammenlignet med hele befolkningen.

Fra 2017 til 2021 er forekomsten af moderat og høj behandlingsbyrde steget fra 31 % til 33 %. De største stigninger er blandt personer i alderen 25-34 år,

personer med lavt uddannelsesniveau og personer med bestemte sygdomme, herunder kræft og psykiske lidelser. Fra 2013 til 2021 er forekomsten af lav sundhedskompetence (svært ved at læse og forstå information om sundhed og svært ved at kommunikere med sundhedspersonale) i store træk uændret. I forhold til kronisk sygdom er den eneste markante stigning blandt personer med blodprop i hjertet. Særlige risikogrupper i forhold til behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence er unge, personer med lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med ikke-vestlig baggrund foruden personer med blandt andet hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, angst og depression.

Personer med multisygdom, særligt personer med fire eller flere kroniske sygdomme, har mere risikable sundhedsvaner, markant dårligere helbred og større belastning i mødet med sundhedsvæsenet sammenlignet med personer, der ikke har multisygdom.

Unges sundhed. I kapitlet om unges sundhed er der fokus på sundhedsforhold, der er særligt relevante for de 16-24-årige.

Andelen af unge, der ryger dagligt, er 9 %. De største andele ses blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og som er på erhvervsuddannelserne. Siden 2010 har der været et markant fald i andelen af unge, der ryger dagligt (fra 16 % til 9 %).

Andelen af unge, der rusdrikker (dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed) mindst én gang om ugen, er 17 %. Andelen er større blandt unge mænd end blandt unge kvinder. Endvidere er forekomsten større blandt unge, der går på alment gymnasium, end blandt unge generelt. Siden 2010 er der sket et markant fald i andelen af unge, der rusdrikker (fra 31 % til 17 %).

Der er 6 % af de unge, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.). Andelen er større blandt unge mænd end blandt unge kvinder.

Der er 4 % af de unge, der har et stort forbrug af hash (mere end 10 gange inden for de seneste 12 måneder). Desuden er andelen af unge, der har prøvet andre stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder, 4 %. Forbrug af hash og andre stoffer er større blandt unge mænd end blandt unge kvinder. Derudover er forekomsten særlig stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Andelen af unge med et stort forbrug af hash har været stabil siden 2013, og siden 2017 har der været et fald i andelen af unge, som har prøvet andre stoffer end hash. Faldet ses primært blandt unge mænd. Blandt unge kvinder er andelen til gengæld steget siden 2013.

Der er 16 % af de unge, der er fysisk inaktive. Forekomsten er større blandt unge mænd end blandt unge kvinder. Der er en stor andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse og på erhvervsuddannelserne. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive (fra 11 % til 16 %).

Blandt de unge har 22 % et usundt kostmønster. Forekomsten er større blandt unge mænd end blandt unge kvinder. Der er en stor andel, der har et usundt kostmønster, blandt unge på erhvervsuddannelserne og unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Siden 2010 har der været en stigning i andelen af unge med usundt kostmønster (fra 18 % til 22 %). Stigningen ses primært blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år.

Andelen af unge med svær overvægt er på 9 %. Andelen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse og på erhvervsuddannelserne. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med svær overvægt (fra 6 % til 9 %). Stigningen ses primært blandt unge kvinder og unge i alderen 20-24 år.

Forekomsten af dårlig søvnkvalitet blandt unge er 9 %. Dobbelt så mange unge kvinder som unge mænd har en dårlig søvnkvalitet. Derudover ses der en stor forekomst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en tredobling i andelen med dårlig søvnkvalitet (fra 3 % til 9 %).

Generelt ses der blandt unge meget høje forekomster af dårlig mental sundhed, og andelen er vokset med årene.

Andelen af unge med en høj score på stressskalaen er 44 %. Forekomsten er markant større blandt unge kvinder end blandt unge mænd. Andelen med en

høj score på stressskalaen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og unge, der går på alment gymnasium. I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en fordobling i andelen af unge med en høj score på stressskalaen (fra 22 % til 44 %).

Der er ligeledes 14 % af de unge, der er generet af angst og anspændthed. Markant flere unge kvinder end unge mænd oplever dette. Der er en meget stor andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 14 %).

Der er 22 % af de unge, der føler sig ensomme, og der er markant flere unge kvinder end unge mænd, der oplever dette. Derudover er der en stor andel, der føler sig ensomme, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og unge, der går i alment gymnasium. I perioden fra 2017 til 2021 har der været næsten en fordobling i andelen af unge, der føler sig ensomme (fra 12 % til 22 %).

Endvidere er der 18 % af de unge, som har symptomer på depression, og der er markant flere unge kvinder end unge mænd, der oplever dette. Forekomsten er stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, og unge, der går i alment gymnasium. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med symptomer på depression (fra 10 % til 18 %).

Sidst, men ikke mindst, angiver 9 % af de unge, at de har haft selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder. Forekomsten er dobbelt så stor blandt unge kvinder sammenlignet med unge mænd. Forekomsten af selvskadende adfærd er stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse. Der har siden 2017 ikke været nogen ændringer i andelen af unge, der har selvskadende adfærd.

COVID-19. I rapporten er det belyst, hvordan COVID-19 har påvirket borgernes dagligdag på en række områder. Halvdelen af svarpersonerne har følt sig mere socialt isolerede fra andre under pandemien, og mange har været mere bekymrede for deres eget og deres nærmestes helbred og trivsel end før pandemien og for selv at blive smittet. Der er en markant sammenhæng med alder. Flere ældre end unge har været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittet, mens unge i højere grad har været mere bekymrede for deres egen mentale trivsel og har følt sig mere isolerede fra andre. De unge har desuden været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og trivsel end midaldrende og ældre.

Kvinders dagligdag er generelt blevet mere belastet under pandemien end mænds. Især har flere kvinder været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og har følt sig mere isolerede fra andre. I forhold til uddannelse har flere med lavt uddannelsesniveau været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittede. Personer med ikke-vestlig baggrund har følt sig mere belastede af COVID-19 end personer med dansk baggrund. Det gælder også, om end i mindre grad, for personer med anden vestlig baggrund end dansk. De største forskelle finder man ved bekymringer for eget helbred og for at blive smittet. Med hensyn til oplevelsen af at være mere isoleret fra andre under pandemien er der dog ingen forskel på tværs af etniske grupper. Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere belastede af pandemien end personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Især er der flere, der har været bekymrede for deres egen mentale trivsel.

Hos en stor del af befolkningen er livskvaliteten blevet dårligere under pandemien. Flere unge med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og flere ældre kvinder har fået en meget dårligere livskvalitet under pandemien end befolkningen generelt. Markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en meget dårligere livskvalitet end personer med dansk baggrund. Den laveste andel med en meget dårligere livskvalitet end før pandemien finder man hos personer i alderen 35-64 år med dansk baggrund. Der er markant flere, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der har fået en meget dårligere livskvalitet sammenlignet med før pandemien, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Denne forskel findes inden for alle aldersgrupper.

Seksuelle krænkelser. En markant større andel af kvinder har inden for de seneste to år oplevet seksuelle krænkelser, end det er tilfældet blandt mænd. Samtidig ses også en markant større andel hos både unge kvinder og mænd (16-24 år), der har oplevet seksuelle krænkelser, end i befolkningen generelt.

Mellem 28 % og 37 % af de unge kvinder har inden for de seneste to år oplevet seksuelle krænkelser som f.eks., at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede, og/eller at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket. Der er ligeledes 7 % af de unge kvinder, der inden for de seneste to år har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold *forsøgte at tvinge* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter, og 7 %, der har oplevet, at nogen *tvang* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje).

Næsten hver femte unge kvinde på erhvervsuddannelserne har inden for de seneste to år oplevet at blive tvunget til at indgå i seksuelle aktiviteter, og blandt unge kvinder, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der 15 %, der har oplevet dette. For unge kvinder gælder det, at der er en markant større andel med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet seksuelle krænkelser.

Social og geografisk ulighed i sundhed. Tallene i denne rapport viser, at der er en betydelig social og geografisk ulighed i sundhed i Region Midtjylland. Resultaterne viser en uddannelsesgradient, hvor faldende uddannelsesniveau (fra højt over middelhøjt til lavt) betyder stigende forekomst af risikable sundhedsvaner og dårligt generelt helbred og dårlig mental sundhed. Personer med et lavt uddannelsesniveau ligger dårligere end befolkningen som helhed på stort set alle sundhedsmål. På samme måde er der social ulighed i sundhed i forhold til arbejdsmarkedstilknytning. Personer, der er uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister), ligger dårligere end hele befolkningen på langt de fleste sundhedsmål.

I socialt ressourcesvagere områder (opgjort på indkomst, uddannelse og beskæftigelse) ligger borgerne dårligere på stort set samtlige sundhedsmål end borgerne i de socialt ressourcestærkere områder. Personer, der bor i socialt ressourcesvagere områder, har således generelt dårligere levevilkår (flere belastninger, mindre støtte og indflydelse) og dårligere sundhed (sundhedsvaner, generelt helbred samt mental sundhed).

# 1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE

## Baggrund og formål

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2021.* En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af trivsel, sundhed og sygelighed i et område eller i en befolkning, og oplysningerne fra denne sundhedsprofil kan bruges til at monitorere sundhedstilstanden i Region Midtjylland og i de enkelte kommuner i regionen.

Helt konkret kan sundhedsprofilen danne grundlag, når de kommunale sundhedspolitikker og sundhedsaftalen mellem region og kommuner skal udformes, og der skal prioriteres mellem forskellige forebyggelses- og sundhedsindsatser. I denne sammenhæng kan sundhedsprofilen pege på, hvilke befolkningsgrupper og geografiske områder der har de største udfordringer på sundhedsområdet. I forhold til det behandlende sundhedsvæsen – praksissektor og hospitaler – giver sundhedsprofilen et overblik over sundhed og sygelighed i den samlede befolkning (populationsperspektivet).

Dette er den femte sundhedsprofil, der laves i Region Midtjylland. Den første sundhedsprofil blev lavet i 2006 og omfattede personer i alderen 25-79 år med dansk etnisk baggrund. I 2010, 2013 og 2017 blev sundhedsprofilen gennemført samtidig på tværs af landets fem regioner som en del af et nationalt samarbejde, hvor stikprøven blev udvidet til at omfatte alle i alderen 16 år og derover uanset etnisk baggrund. Samtidig lavede Statens Institut for Folkesundhed en landsdækkende sundhedsprofil.

I undersøgelserne fra 2010, 2013, 2017 og 2021 er der på tværs af regioner en række identiske spørgsmål, som muliggør sammenligninger på tværs af landets 98 kommuner og 5 regioner. Baggrunden for dette er, at der i 2009 blev indgået en aftale om organisering og finansiering af sammenlignelige sundhedsprofiler for alle regioner og kommuner med start i 2010. Aftalen blev indgået mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Finansministeriet. De seks spørgeskemaundersøgelser, der ligger til grund for sundhedsprofilerne, består af en national kerne af spørgsmål (f.eks. daglig rygning, stress, ensomhed og langvarig sygdom) og regionernes egne spørgsmål (f.eks. COVID-19, søvn og behandlingsbyrde). Den nye undersøgelse fra 2021 giver derved en unik mulighed for at beskrive ændringer i sundhedstilstanden siden 2010 for personer i alderen 16 år og derover. Nogle spørgsmål er dog først blevet føjet til spørgeskemaet senere, hvorfor der ikke for alle spørgsmål kan vises udvikling siden 2010.

Fremadrettet gennemføres sundhedsprofilen hvert fjerde år.

## Metode

Stikprøve. *Hvordan har du det? 2021* er baseret på en stikprøveudvælgelse blandt borgere, der per 1. januar 2021 havde folkeregisteradresse i Region Midtjylland og var i alderen 16 år og derover. Stikprøven på i alt 56.500 personer blev udtrukket fra CPR-registeret. For at sikre et tilstrækkeligt datamateriale blev der for de fleste kommuner udtrukket 2.500 personer fra hver kommune. I Aarhus og Randers Kommune blev der udtrukket henholdsvis 10.200 og 5.000 personer og i Samsø Kommune 1.300 personer. Stikprøven i Aarhus Kommune er større, fordi det er en stor kommune, hvor der f.eks. kan være behov for at lave analyser på bydelsniveau, og fordi Aarhus Kommune har medfinansieret en oversampling i udsatte boligområder. Stikprøven i Randers Kommune er større, fordi kommunen har medfinansieret en fordobling af stikprøven blandt kommunens borgere. Stikprøvestørrelsen i Samsø Kommune er mindre, da det i henhold til den nationale aftale om sundhedsprofiler er besluttet, at der i hver kommune højst må udtrækkes 50 % af den samlede befolkning på 16 år og derover.

Personer, der indgår i stikprøven, er tilfældigt udvalgt og uden hensyntagen til køn, alder, uddannelsesniveau, etnicitet og lignende.

Spørgeskema. I Region Midtjylland er der lavet to forskellige spørgeskemaer: ét til unge (16-24 år) og ét til voksne (25 år og derover). Hovedparten af spørgsmålene er identiske i de to udgaver og omhandler blandt andet sundhedsvaner (rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost mv.) og fysisk og mental sundhed. Herudover er der spørgsmål, som udelukkende stilles til de unge (eksempelvis spørgsmål vedrørende selv-

skade, brug af euforiserende stoffer og snus, seksuel orientering/adfærd, forventningspres, belastende begivenheder og opvækstvilkår), samt spørgsmål, der udelukkende stilles til de voksne (eksempelvis spørgsmål vedrørende behov for støtte og hjælp til dagligdagens gøremål, arbejdsmiljø, behandlingsbyrde og sundhedskompetencer).

I spørgeskemaerne er der så vidt muligt brugt validerede spørgsmål, som er egnede til at indgå i befolkningsundersøgelser. Spørgeskemaerne er reviderede udgaver af dem, der blev benyttet i *Hvordan har du det?* 2010, 2013 og 2017. En betydelig del af spørgsmålene er identiske med spørgsmålene i de tidligere undersøgelser, hvilket gør det muligt at beskrive udviklingen over tid for en række forhold.

Dataindsamling. Spørgeskemaerne til *Hvordan har du det?* udsendes hvert 4. år i starten af februar måned for at sikre sammenlignelighed fra gang til gang og undgå bias fra årstidsvariation. I de tidligere undersøgelser fra 2006, 2010 og 2013 blev data indsamlet ved at sende et papirspørgeskema samt en frankeret svarkuvert med fysisk post til alle i den udtrukne stikprøve. I 2013 var det desuden muligt at udfylde spørgeskemaet online.

I 2017 og 2021 blev data indsamlet ved brug af en kombination af digital post (e-boks eller www.borger.dk) og fysisk post. Alle i stikprøven fra 2021, der var tilmeldt digital post (92 %), modtog en invitation til undersøgelsen gennem digital post den 5. februar 2021. I en undersøgelse som denne er det vigtigt med en høj svarprocent for at gøre datagrundlaget så repræsentativt som muligt. Derfor fik personer, der ikke svarede på den første henvendelse, tilsendt en påmindelse gennem digital post efter en uge. Hvis den inviterede ikke responderede på henvendelsen via digital post, blev der sendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema til vedkommende efterfulgt af to fysiske påmindelser.

Personer i stikprøven, der ikke var tilmeldt digital post (8 %), fik tilsendt en fysisk invitation med et papirspørgeskema den 5. februar og efterfølgende to fysiske påmindelser, hvis de ikke svarede.

Både ved de digitale og fysiske udsendelser blev det i følgebrevet til spørgeskemaet gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at alle svar ville blive behandlet fortroligt. I følgebrevet var der desuden en beskrivelse af, hvordan spørgeskemaet kunne udfyldes på nettet.

De inviterede havde under hele dataindsamlingsperioden mulighed for at ringe til en borgertelefon, hvis de havde spørgsmål eller kommentarer til undersøgelsen, eller hvis de ikke ønskede at deltage i undersøgelsen. For at fremme en høj svarprocent blev de inviterede ved udsendelsen af spørgeskemaerne informeret om, at der mellem alle besvarede spørgeskemaer blev trukket lod om en række præmier.

Deltagelse og bortfald. Ud af de 56.500 personer, der blev inviteret til at deltage i undersøgelsen, valgte 33.925 personer at svare på spørgeskemaet, hvilket giver en svarprocent på 60. Af de indkomne svar har 84 % udfyldt spørgeskemaet online, mens 16 % har udfyldt et papirspørgeskema.

Antallet af besvarede spørgeskemaer og svarprocenten i de enkelte kommuner fremgår af figur 1.1. Som man kan se af figuren, varierer svarprocenten i kommunerne fra 56 % til 64 %.

**Figur 1.1**
Stikprøvestørrelse og svarprocent i de enkelte kommuner

| | Antal inviterede | Antal besvarelser | Svarprocent |
|---|---|---|---|
| Favrskov | 2.500 | 1.590 | 64 |
| Skanderborg | 2.500 | 1.595 | 64 |
| Syddjurs | 2.500 | 1.577 | 63 |
| Odder | 2.500 | 1.556 | 62 |
| Ringkøbing-Skjern | 2.500 | 1.562 | 62 |
| Viborg | 2.500 | 1.556 | 62 |
| Herning | 2.500 | 1.526 | 61 |
| Holstebro | 2.500 | 1.525 | 61 |
| Struer | 2.500 | 1.505 | 60 |
| Randers | 5.000 | 2.998 | 60 |
| Silkeborg | 2.500 | 1.510 | 60 |
| Samsø | 1.300 | 776 | 60 |
| Ikast-Brande | 2.500 | 1.505 | 60 |
| Hedensted | 2.500 | 1.521 | 60 |
| Skive | 2.500 | 1.489 | 60 |
| Lemvig | 2.500 | 1.485 | 59 |
| Norddjurs | 2.500 | 1.483 | 59 |
| Horsens | 2.500 | 1.460 | 58 |
| Aarhus | 10.200 | 5.706 | 56 |
| Region Midtjylland | 56.500 | 33.925 | 60 |

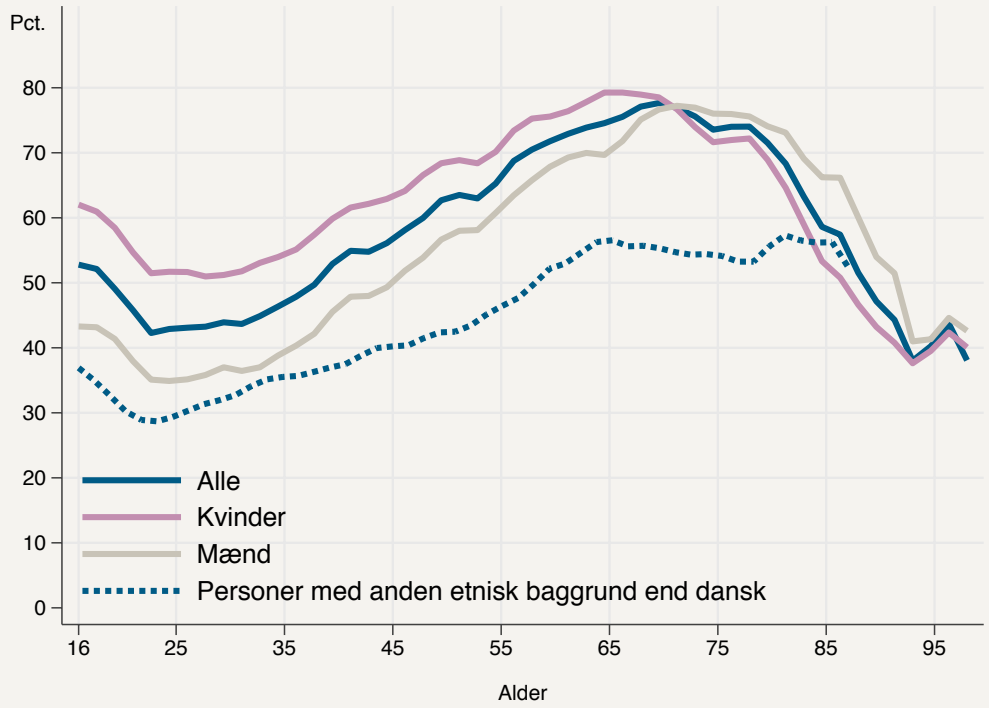
Svarprocenten varierer ligeledes på tværs af køn, alder og etnisk baggrund, hvilket fremgår af figur 1.2. Svarprocenten følger et mønster, der normalt ses i denne type undersøgelser, hvor svarprocenten er relativ lav blandt unge og de ældste ældre og generelt er meget lavere blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk. Blandt unge er der flere kvinder end mænd, der svarer på spørgeskemaet, og blandt ældre er der omvendt flere mænd end kvinder, der deltager i undersøgelsen.

Eftersom risikoen for, at data ikke afspejler forholdene i befolkningen, øges med en faldende svarprocent, bør resultater, der bygger på grupper med lav svarprocent, tolkes med forsigtighed – det gælder her unge mænd, de ældste ældre og i særdeleshed personer med anden etnisk baggrund end dansk. Desuden skal der tages forbehold for, at alvorligt syge og svagelige (f.eks. sengeliggende patienter, mentalt handicappede m.fl.) i mange tilfælde ikke har kunnet deltage i undersøgelsen.

Vægtning og statistisk metode. I en undersøgelse som denne er det væsentligt, at svarpersonerne ligner befolkningen i regionen så meget som muligt. Som nævnt er der for de fleste kommuner udtrukket 2.500 personer per kommune uanset befolkningsstørrelse (dog 10.200 i Aarhus, 5.000 i Randers og 1.300 i Samsø Kommune). Det betyder, at antallet af inviterede ikke svarer til den relative befolkningsstørrelse i de enkelte kommuner. Borgere i nogle kommuner er således overrepræsenterede i stikprøven, mens andre er underrepræsenterede. For at korrigere for denne forskel i udtrækssandsynlighed og dermed gøre dataene mere repræsentative for regionens befolkning er der anvendt vægtning i rapportens statistiske analyser.

**Figur 1.2**
Svarprocenter i *Hvordan har du det? 2021*






Med vægten korrigeres desuden for responsrate, det vil sige for forskelle i svarprocenter i forhold til køn, alder, kommune og en række sociale baggrundsvariable samt brug af sundhedsvæsenet. Vægten er konstrueret ved brug af en avanceret vægtningsprocedure (1), der er foretaget af Danmarks Statistik, hvor CPR-numrene på alle i stikprøven er koblet sammen med en række af Danmarks Statistiks registre. Der er dermed benyttet én samlet vægt per svarperson til at korrigere for forskelle i udtrækssandsynlighed og responsrate i rapportens analyser.

Af hensyn til sammenligneligheden med data fra *Hvordan har du det?* 2010, 2013 og 2017 er disse data ligeledes vægtet efter den beskrevne metode.

Til alle statistiske test er der benyttet et signifikansniveau på $p<0,05$. Hvis ikke andet er nævnt i teksten, testes der i analyserne for, hvorvidt forekomsten i de enkelte subgrupper adskiller sig signifikant fra forekomsten i hele befolkningen i Region Midtjylland (kontrastanalyser). Hvis ikke andet er angivet, er der i alle figurer benyttet ujusterede tal, dvs. de faktiske forekomster af det, som respondenterne har svaret. Tallene er dog vægtede, så de afspejler forekomsterne i regionens befolkning. De statistiske analyser er foretaget ved hjælp af surveyprocedurerne i statistikprogrammet Stata 17.

Opbygning af denne rapport. Rapporten er opdelt i 14 kapitler (se boks 1.1).

**Boks 1.1**

1. Baggrund, formål og metode
2. Rygning
3. Alkohol
4. Fysisk aktivitet
5. Kost
6. Overvægt
7. Selvvurderet helbred
8. Mental sundhed
9. Kronisk sygdom og multisygdom
10. Unges sundhed
11. COVID-19
12. Seksuelle krænkelser
13. Søvn
14. Social og geografisk ulighed i sundhed

Ved de temaer, der før er blevet afrapporteret, vil dele af teksten være genbrug fra tidligere *Hvordan har du det?*-rapporter. Temaerne *unges sundhed*, *COVID-19*, *seksuelle krænkelser* og *søvn* er nye siden *Hvordan har du det?*-rapporten fra 2017.

Rapporten afsluttes med *Sundhed på én side*, hvor væsentlige resultater på tværs af rapporten opsummeres på én side for hver kommune og for hver af klyngerne i sundhedsaftalen. Desuden præsenteres den sociogeografiske profil for hver kommune. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et kort resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune og klynge, der kan bruges som grundlag for tilrettelæggelse af sundhedsindsatser i forhold til udvalgte geografiske områder med store geografiske forskelle i sundhed.

Der er generelt i rapporten lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel kommunerne som i regionen. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært vil være på de grupper af borgere, der har størst behov for forebyggelsesindsatser, eksempelvis borgere med risikable sundhedsvaner, dårligt helbred og kronisk sygdom.

I de fleste tilfælde vil resultaterne i rapporten være opgjort på både kommune- og regionsniveau.

Som nævnt er mange af spørgsmålene identiske eller næsten identiske med spørgsmålene i de tidligere *Hvordan har du det?*-undersøgelser. Hvor det er relevant og muligt, beskrives udviklingen på en række faktorer i udviklingsbindet (bind 2), mens der i denne rapport (bind 1) løbende henvises til resultater fra bind 2.

## Beskrivelse af undersøgelsens baggrundsvariable

Som noget gennemgående i rapporten beskrives sundhed og sygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Figur 1.3 viser fordelingen på disse grupper samt antallet af borgere i hver gruppe på baggrund af en vægtet opgørelse af svarpersonerne i *Hvordan har du det? 2021*. Inddelingen af befolkningen efter demografiske og sociale kriterier gør det muligt at tegne et mere detaljeret billede af sundhedstilstanden samt at identificere grupper og arenaer, hvor behovet for sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og rehabilitering er særlig stort. Informationerne kan anvendes ved tilrettelæggelse af sundhedsindsatsen i region og kommuner, herunder ved indsatsen for større social lighed i sundhed. I det følgende gives en kort beskrivelse af de enkelte variable samt en begrundelse for deres relevans.

**Figur 1.3**
Borgere i Region Midtjylland (16 år og derover) – køn, alder og sociale forhold



| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 100 | 1.094.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 50 | 544.000 |
| Kvinde | 50 | 550.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 15 | 159.000 |
| 25-34 år | 16 | 175.000 |
| 35-44 år | 14 | 153.000 |
| 45-54 år | 16 | 177.000 |
| 55-64 år | 15 | 167.000 |
| 65-74 år | 13 | 144.000 |
| 75+ år | 11 | 119.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 16 | 134.000 |
| Middel (11-14 år) | 50 | 419.000 |
| Højt (15+ år) | 34 | 289.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 10 | 105.000 |
| Beskæftigede | 53 | 529.000 |
| Arbejdsløse | 2 | 24.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 5 | 54.000 |
| Førtidspensionister | 5 | 52.000 |
| Efterlønsmodtagere | 1 | 13.000 |
| Folkepensionister | 23 | 228.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 89 | 968.000 |
| Anden vestlig | 5 | 52.000 |
| Ikke-vestlig | 7 | 74.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 64 | 631.000 |
| Lejer | 36 | 353.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 35 | 354.000 |
| Ja | 65 | 659.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 74 | 693.000 |
| Ja | 26 | 247.000 |

Køn. Køn er en grundlæggende faktor i forhold til sundhed og sygelighed. Mænd dør i gennemsnit tidligere end kvinder, men kvinder kan forvente flere sygdomsbelastede leveår, og flere kvinder rapporterer livet igennem om dårligere helbred og trivsel (2-3). Forskelle mellem mænds og kvinders sundhed skyldes både forskelle i biologi, livsstil, levevilkår samt forskelle i brug af sundhedsvæsenet (2-6).

I undersøgelsen er der en ligelig fordeling af mænd og kvinder (figur 1.3).

Alder. Alder er ligesom køn en af de grundlæggende faktorer i forhold til sundhed og sygdom. Generelt øges sygelighed og dødelighed med alderen, men alle aldre har sine helbredsmæssige udfordringer (7). Stigningen i antallet af borgere i den ældre del af befolkningen stiller sundhedsvæsenet over for nye opgaver (8). I nogle tilfælde er det hensigtsmæssigt at målrette sundhedsfremme og forebyggelse mod bestemte aldersgrupper.

I analyserne er befolkningen opdelt i syv aldersgrupper (figur 1.3). Fordelingen på disse grupper er som følger: 16-24 år (15 %), 25-34 år (16 %), 35-44 år (14 %), 45-54 år (16 %), 55-64 år (15 %), 65-74 år (13 %) og 75 år og derover (11 %).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelse og sundhed. Jo flere års uddannelse, jo færre risikable sundhedsvaner, jo mindre sygelighed og jo lavere dødelighed (9-11). Årsagskæden mellem uddannelsesniveau og sundhed er imidlertid kompleks (12-14). Uddannelse giver mulighed for bedre levevilkår i form af højere indkomst, mindre belastende job, sundere bolig mv., hvilket forklarer noget af forskellen i sundhed mellem uddannelsesniveauer, men ikke det hele. Én antagelse er, at uddannelse desuden påvirker tankemåde og måden at træffe beslutninger på – eksempelvis har personer med uddannelse lettere ved at træffe sunde valg for sig selv og deres familie (12-14). Personer med lavt uddannelsesniveau er en vigtig målgruppe, hvis den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.

I rapporten skelnes der mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Opdelingen bygger på Dansk Uddannelsesnomenklatur (DUN), der opererer med en niveauopdeling af nuværende og tidligere danske uddannelser fra 0 til 8 (15). De ni niveauer er her slået sammen til tre. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere (0-10 års uddannelse). Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser (11-14 års uddannelse). Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående uddannelse (15 års uddannelse eller mere).

I undersøgelsen er der 16 % med lavt uddannelsesniveau, 50 % med middelhøjt uddannelsesniveau og 34 % med højt uddannelsesniveau (figur 1.3).

Erhvervstilknytning. Der er en sammenhæng mellem erhvervstilknytning og fysisk og mental sundhed. Personer i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet, udgør en særlig sårbar gruppe (16-18). Det gælder især arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Derfor er der medtaget en variabel, der er opdelt efter svarpersonernes erhvervstilknytning. Inddelingen er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Arbejdsmarkedsstyrelsens register over sociale ydelser (også kaldet DREAM).

I undersøgelsen er der 10 %, der stadig går i skole eller er studerende, 53 % er i beskæftigelse, 2 % er arbejdsløse, 5 % er modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., 5 % er førtidspensionister, 1 % er efterlønsmodtagere og 23 % er folkepensionister (figur 1.3).

I undersøgelsen sondres der mellem 'arbejdsløse' og 'modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv.', hvor førstnævnte afspejler den gruppe af ledige, der ofte kun har ledighed som problem og dermed er relativt arbejdsmarkedsparate, hvorimod sidstnævnte gruppe ofte har andre problemer end ledighed (sygdom, sociale problemer mv.).

Etnisk baggrund. Etniske minoritetsgrupper i vestlige lande har vist sig ofte at have en dårligere helbredstilstand end majoritetsbefolkningen, og undersøgelser viser, at dette ofte skyldes ringere levevilkår hos minoritetsgrupperne (19-20). Desuden kan belastninger i forbindelse med eller forud for immigration, kulturelt betingede adfærdsformer, genetiske faktorer, diskrimi-

nation samt adgangen til og brugen af sundhedsvæsenet have betydning (19-23).

I undersøgelsen er der 89 % med dansk etnisk baggrund, 5 % med anden vestlig baggrund end dansk og 7 % med en ikke-vestlig baggrund (figur 1.3).

Bolig. I undersøgelsen skelnes der mellem personer, der bor i henholdsvis ejerbolig og lejebolig. Her er der tale om en geografisk opdeling, der kan bruges ved tilrettelæggelse af lokale sundhedsaktiviteter. Især kan større almennyttige og kommunale udlejningsbyggerier være en arena for sundhedsfremmende og forebyggende aktiviteter. Disse boligområder har som oftest en overrepræsentation af grupper med en dårligere helbredstilstand end befolkningen som helhed, herunder ældre, personer med anden etnisk baggrund end dansk og enlige.

I undersøgelsen er der 64 %, som bor i ejerbolig, og 36 %, som bor i lejebolig (figur 1.3).

Bor med ægtefælle/samlever. Mange undersøgelser har vist, at gifte lever længere og har et bedre fysisk og psykisk helbred end ugifte (24). Det gælder både mænd og kvinder, selv om nogle undersøgelser tyder på, at mænd har størst helbredsmæssig gevinst ved ægteskabet (25). Danske undersøgelser har vist, at der også er lavere dødelighed blandt samlevende, uanset om de er gift eller ej, sammenlignet med personer, der lever alene (26-27). To udbredte forklaringer på forskellen i sygelighed og dødelighed blandt enlige og samlevende er, at gifte/samlevende i højere grad har en sund livsstil og i mindre grad har dårligt mentalt helbred end enlige (28).

I analyserne skelnes der mellem personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever (35 %), og personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever (65 %) (figur 1.3).

Børn i hjemmet 0-15 år. Barndommen er en sårbar periode. Børn modtager en række påvirkninger i hjemmet, som både har betydning for deres aktuelle sundhedstilstand og for deres helbred senere i livet (12, 29-30). Det er derfor vigtigt at have kendskab til eksempelvis sundhedsvanerne i familier med børn. En del af den sociale ulighed i sundhed i den voksne befolkning grundlægges i barndomsårene (12). Forældrene har det primære ansvar for deres børns sundhed, men sundhedspleje, dagsinstitutioner m.fl. har mulighed for at støtte børnefamilier i at skabe gode opvækstbetingelser.

I undersøgelsen er der 74 %, som ikke bor sammen med børn, mens 26 % bor sammen med børn i alderen fra 0 til 15 år (figur 1.3).

## En sundhedsprofil gennemført under COVID-19-pandemien

COVID-19 er en infektionssygdom, der smitter ved, at virus overføres fra luftvejene hos én smittet person til en anden persons luftveje. Der er stor variation i sværhedsgraden af symptomer blandt smittede med COVID-19. Nogle oplever ingen eller kun milde symptomer i form af eksempelvis let feber og hoste, mens andre bliver alvorligt syge og kan dø af sygdommen. I februar 2020 blev det første tilfælde af COVID-19 konstateret i Danmark, og i marts 2020 erklærede WHO, at der nu var tale om en pandemi.

I Danmark blev der fra marts 2020 indført en række tiltag for at undgå en omfattende og hurtig smittespredning med deraf følgende belastning af sygehusvæsenet, svære sygdomsforløb og dødsfald. Eksempelvis skulle offentligt ansatte, der ikke varetog samfundskritiske funktioner, arbejde hjemme, og alle skoler, dagtilbud og institutioner blev lukket. Derudover blev der indført et forsamlingsforbud for flere end 1.000 personer, og Danmarks grænser blev midlertidigt lukket.

I løbet af sommeren 2020 blev smittetrykket i Danmark mindre, og restriktionerne blev gradvis lempet. I løbet af det sene efterår og starten af vinteren blev Danmark dog ramt af den 2. bølge af COVID-19, og der blev igen indført en række tiltag for at reducere smittespredningen. Blandt disse tiltag var hjemsendelse af skoleelever, lukning af butikker (dog undtaget dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og caféer samt kultur-, idræts- og nattelivet, herunder teatre, museer, biografer, svømmehaller og fitnesscentre.

Dataindsamlingen til *Hvordan har du det? 2021* fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der stadig en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed

**Figur 1.4**
Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold (eksempel på figur i rapporten)

Tallet angiver, at 15 % af de 45-54-årige borgere i Region Midtjylland ryger dagligt.

Visuel præsentation af, at 15 % af de 45-54-årige borgere i Region Midtjylland ryger dagligt.

Tallet angiver, at omtrent 25.000 borgere i alderen 45-54 år i Region Midtjylland ryger dagligt.

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 13 | 132.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 14 | 71.000 |
| Kvinde | 12 | 60.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 9 | 12.000 |
| 25-34 år | 13 | 19.000 |
| 35-44 år | 13 | 19.000 |
| 45-54 år | 15 | 25.000 |
| 55-64 år | 17 | 28.000 |
| 65-74 år | 14 | 19.000 |
| 75+ år | 8 | 9.300 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 22 | 29.000 |
| Middel (11-14 år) | 15 | 62.000 |
| Højt (15+ år) | 7 | 21.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 8 | 8.300 |
| Beskæftigede | 12 | 63.000 |
| Arbejdsløse | 20 | 4.700 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 20 | 11.000 |
| Førtidspensionister | 31 | 15.000 |
| Efterlønsmodtagere | 15 | 1.800 |
| Folkepensionister | 11 | 24.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 13 | 116.000 |
| Anden vestlig | 17 | 7.600 |
| Ikke-vestlig | 13 | 7.900 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 10 | 63.000 |
| Lejer | 18 | 61.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 16 | 56.000 |
| Ja | 11 | 70.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 14 | 93.000 |
| Ja | 10 | 25.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Farverne på søjlerne viser, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større, mindre eller ikke adskiller sig signifikant fra alle personer i alderen 16 år og opefter i Region Midtjylland.

påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været markant anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Resultater fra *Hvordan har du det? 2021* tegner et øjebliksbillede af befolkningens trivsel og sundhedstilstand, og som følge af pandemien kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen alene kan henføres til de særlige levevilkår under nedlukningen. En del af disse udsving vil forventes at normalisere sig helt eller delvis med ophævelse af restriktionerne.

Beslutningen om at gennemføre dataindsamlingen til *Hvordan har du det? 2021* til trods for COVID-19-pandemien er truffet af Det Koordinerende Udvalg, som består af repræsentanter fra Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet, Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed (SDU) og en regional og en kommunal repræsentant fra hver af de fem regioner. Beslutningen er begrundet med, at der er behov for opdaterede data til brug for det sundhedsfremmende og forebyggende arbejde, blandt andet til de i november 2021 nyvalgte kommunalbestyrelser og regionsråd, og at undersøgelsen til trods for COVID-19 generelt set vil give et brugbart indblik i danskernes sundhed, sygelighed og trivsel. Undersøgelsens resultater kan endvidere give et fingerpeg om betydningen af COVID-19-pandemien for befolkningens generelle sundhedstilstand.

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

Nogle steder i rapporten, hvor det vurderes, at pandemien har haft særlig betydning for resultaterne, vil der blive gjort opmærksom på de særlige forbehold, der bør tages i tolkningen af undersøgelsens resultater.

## Læsevejledning

I denne rapport (bind 1, hovedbindet) præsenteres forekomsten af forskellige former for sundhedsvaner, sundhed og sygdom i Region Midtjylland. I figur 1.4 ses et eksempel på en figur i rapporten, hvor andelen af dagligrygere belyses i forhold til køn, alder og en række forskellige sociale forhold. På denne måde kan man eksempelvis se, hvilke befolkningsgrupper der har de største forekomster af daglig rygning. Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt forekomsten af dagligrygere i de enkelte subgrupper er signifikant større eller mindre end gennemsnittet blandt alle personer på 16 år og derover i Region Midtjylland, eller om gruppen ikke adskiller sig signifikant fra hele befolkningen.

## Medarbejdere

Rapporten er udarbejdet i DEFACTUM, Region Midtjylland, af et forskerteam bestående af Karina Friis (projektleder), Marie Hauge Pedersen, Martin Mejlby Jensen, Jes Bak Sørensen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen og forskningspraktikanterne Sarah Skov Jørgensen og Kristine Toftegaard Frandsen. Desuden har medarbejderne Sara Flensborg Hansen, Julie Christiansen og Jakob Sevelsted og forskningspraktikanterne Anders Bastrup Jørgensen, Stine Overgaard Høgh, Julie Honoré og Sofie Dyekær Egsgaard deltaget i planlægningen af undersøgelsen og/eller i dataindsamlingen. Anne Marie Schak Jensen har stået for datamanagement.

## Referencer

1. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. Metode & Data nr. 93; 2007.

2. Regitz-Zagrosek V. Sex and gender differences in health: Science & Society Series on Sex and Science. EMBO Reports; 2012; 596-603.

3. Alberts SC, Archie EA, Gesquiere LR, m.fl. The Male-Female Health-Survival Paradox: A Comparative Perspective on Sex Differences in Aging and Mortality. I: Committee on Population; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Research Council; Weinstein M, Lane MA, editors. Sociality, Hierarchy, Health: Comparative Biodemography: A Collection of Papers. Washington (DC): National Academies Press (US); 2014.

4. Christensen K, Helweg-Larsen K. Forskelle mellem mænd og kvinder. I: Kjøller M, Juel K, Kamper-Jørgensen F. Folkesundhedsrapporten, Danmark, 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2007; 425-432.

5. Sundhedsstyrelsen. Mænds sundhed – en oversigt over mænds sundhedstilstand og en gennemgang af effektive forebyggelsesmetoder. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.

6. Luy M, Gast K. Do Women Live Longer or Do Men Die Earlier? Reflections on the Causes of Sex Differences in Life Expectancy. Gerontology; 2014; 60:143-153.

7. Bobo WV, Yawn BP, Sauver JL, Grossardt BR, Boyd CM, Rocca WA. Prevalence of Combined Somatic and Mental Health Multimorbidity: Patterns by Age, Sex, and Race/Ethnicity, The Journals of Gerontology; 2016; 71(11):1483-1491.

8. Good health adds life to years: Global brief for World Health Day. Genève: WHO; 2012.

9. Gallo V, Mackenbach JP, Ezzati M, Menvielle G, Kunst AE, Rohrmann S, Vineis P (2012). Social inequalities and mortality in Europe - results from a large multi-national cohort. PloS One, 7(7), e39013.

10. Kjellsonn G, Gerdtham UG, Lyttkens CH. Breaking bad habits by education – smoking dynamics among Swedish women. Health Economics 20: 2011; 876-881.

11. Ullits LR, Ejlskov L, Mortensen RN, Hansen SM, Kraemer SR, Vardinghus-Nielsen H, Overgaard C (2015). Socioeconomic inequality and mortality – a regional Danish cohort study. BMC Public Health, 15, 490-015-1813-3.

12. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C, Andersen AM, Bach E, Baadsgaard M, m.fl. Health inequality – determinants and policies. Scandinavian Journal of Public Health; 2012; 40(8 Suppl), 12-105.

13. Mackenbach JP (2012). The persistence of health inequalities in modern welfare states: The explanation of a paradox. Social Science & Medicine (1982); 75(4), 761-769.

14. Cutler DM, Lleras-Muney A. Education and health: Evaluating theories and evidence. Cambridge MA: NBER Working Paper No. 12352; 2006.

15. Danmarks Statistik. DUN 2006. Dansk Uddannelses-Nomenklatur. København: Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet; 2006.

16. Rugulies R, Madsen IEH, Hansen AK. Psykosocialt arbejdsmiljø og sygdom – en vidensoversigt over resultater fra det internationale IPD-Work projekt. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø; 2016.

17. Bambra C. Work, worklessness, and the political economy of health. Oxford: Oxford University Press; 2011.

18. KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Sammenhæng mellem udvalgte sundhedsydelser og arbejdsmarkedstilknytning. København: KL og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2017.

19. Darlington F, Norman P, Ballis D, Exeter DJ. Exploring ethnic inequalities in health: evidence from the Health Survey for England, 1998-2011. Diversity and Equality in Health and Care (2015); 12(2):54-65.

20. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. "State of the art report". Etniske minoriteters sundhed i Danmark. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.

21. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. Am J Public Health 93(2):277-284; 2003.

22. Bhopal RS. Migration, ethnicity, race, and health in multicultural societies. Second edition. Oxford: Oxford University Press; 2013.

23. Smith GD, Chaturvedi N, Harding S, Nazroo J, Williams R. Ethnic inequalities in health: a review of UK epidemiological evidence. Critical Public Health 10:375-408; 2000.

24. Zhu H, Gu D. The Protective Effect of Marriage on Health and Survival: Does It Persist at Oldest-Old Ages? Journal of Population Ageing; 2010; 3(3-4), 161-182.

25. Wilson CM, Oswald AJ. How does marriage affect physical and psychological health? A survey of the longitudinal evidence. Bonn: IZA Discussion Paper No 1619; 2005.

26. Lund R, Due P, Modvig J, Holstein BE, m.fl. Cohabitation and marital status as predictors of mortality – an eight year follow-up study. Social Science and Medicine 55:673-679; 2002.

27. Frisch M, Simonsen J. Marriage, cohabitation and mortality in Denmark: national cohort study of 6.5 million persons followed for up to three decades (1982-2011). Int J of Epi 42: 559-578; 2013.

28. Averett SL, Argys LM, Sorkin J. In sickness and in health: an examination of relationship status and health using data from Canadian National Public Health Survey. Rev Econ Houshold: 599-633; 2013.

29. Sundhedsstyrelsen. Tidlig indsats for sårbare familier. Afdækning af kommunernes indsats til gravide, spæd- og småbørn og deres forældre med udgangspunkt i sundhedsplejens ydelser. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

30. Lawlor DA, Mishra GD (red.). Family matters. Designing, analysing and understanding family based studies in life course epidemiology. Oxford: Oxford University Press; 2009.

# 2. RYGNING

Rygning er en væsentlig risikofaktor for langvarig sygdom og tidlig død. I gennemsnit dør en dagligryger mere end 10 år tidligere end en person, der aldrig har røget (1), og ca. hvert fjerde dødsfald i Danmark er relateret til rygning (2, 3). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme som lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (2, 4). Risikoen for en rygerelateret sygdom øges med tobaksmængden samt antallet af år, personen har røget (2).

Tobaksrøg kan have helbredsmæssige konsekvenser for andre end rygerne selv grundet passiv rygning, der kan give gener som irritation af øjne og slimhinder i luftveje, hoste og hovedpine. Ligeledes øger passiv rygning også risikoen for alvorlige sygdomme såsom lungekræft, hjerte-kar-sygdomme og kroniske luftvejslidelser (5, 6). Særligt børn er sårbare over for røg i omgivelserne, da passiv rygning øger risikoen for vuggedød, mellemørebetændelse og luftvejssygdomme som f.eks. astma (5).

Rygning har ikke blot konsekvenser for den enkelte ryger og de personer, som udsættes for passiv rygning, men det er også dyrt for samfundet. Den gennemsnitlige årlige merudgift til behandling i sundhedsvæsenet, kommunale serviceudgifter og overførselsindkomster til en dagligryger skønnes at være mellem 9.000-18.000 kr. sammenlignet med en ikke-ryger (4). Cirka halvdelen af merudgifterne finansieres af kommunerne (4). Der er således store økonomiske gevinster at hente ved tobaksforebyggelse og rygestop, både for den enkelte ryger og for samfundet.

Antallet af rygere har været faldende over en årrække (7), men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Derudover er det også velkendt, at rygning bidrager væsentligt til den store sociale ulighed, der findes i forhold til sygdom og død (8, 9). Det er derfor fortsat vigtigt at arbejde med tobaksforebyggelse – både strukturelt og på individniveau (10). For gruppen, der ryger, handler det særligt om at motivere til rygestop og støtte og hjælpe dem, der ønsker at holde op. Rygestop har en positiv effekt på helbredet uanset alder. Selv personer, der har røget i mange år, vil opleve helbredsgevinster af et rygestop (5, 11). For gruppen af ikke-rygere bør tobaksforebyggelse handle om at forebygge rygestart hos især børn og unge, da en tidlig rygedebut øger risikoen for tobaksafhængighed (12).

For at understøtte kommunerne i deres arbejde med at begrænse andelen, der ryger, og fremme røgfrie miljøer har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke for tobak (10). Heri peges der på de mest effektive værktøjer til at begrænse brugen af tobak.

Dansk Selskab for Folkesundhed har i 2017 anbefalet en "udfasning af tobakken", hvor målet er at få andelen af dagligrygere ned under 5 % i 2030 og gøre den unge generation helt røgfri (13).

For at forebygge rygning er der i løbet af de seneste år indført en bred vifte af strukturelle forebyggelsestiltag i Danmark. I 2019 vedtog regeringen en afgiftsforhøjelse på tobak med formålet om at reducere andelen af særligt børn og unge, der begynder at ryge, samt at skabe incitament for rygestop eller begrænset forbrug blandt rygere (14). En række nylige lovændringer i 2020 om afskærmning af tobak i butikker, skærpet forbud mod tobaksreklame og røgfri skoletid har endvidere til formål at styrke indsatsen mod rygning i Danmark (15).

I det følgende kapitel belyses befolkningens rygevaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland som ryger. Andelen af dagligrygere beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Derudover sættes der fokus på rygernes motivation for rygestop, både i relation til planlægning af rygestop og ønsket støtte og hjælp til dette. Afslutningsvist beskrives det, i hvilket omfang rygerne oplever at modtage råd om rygestop fra egen læge.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

Spørgsmålet har svarmulighederne: 1) Ja, hver dag, 2) Ja, mindst én gang om ugen, 3) Ja, sjældnere end hver uge, 4) Nej, jeg er holdt op og 5) Nej, jeg har aldrig røget.

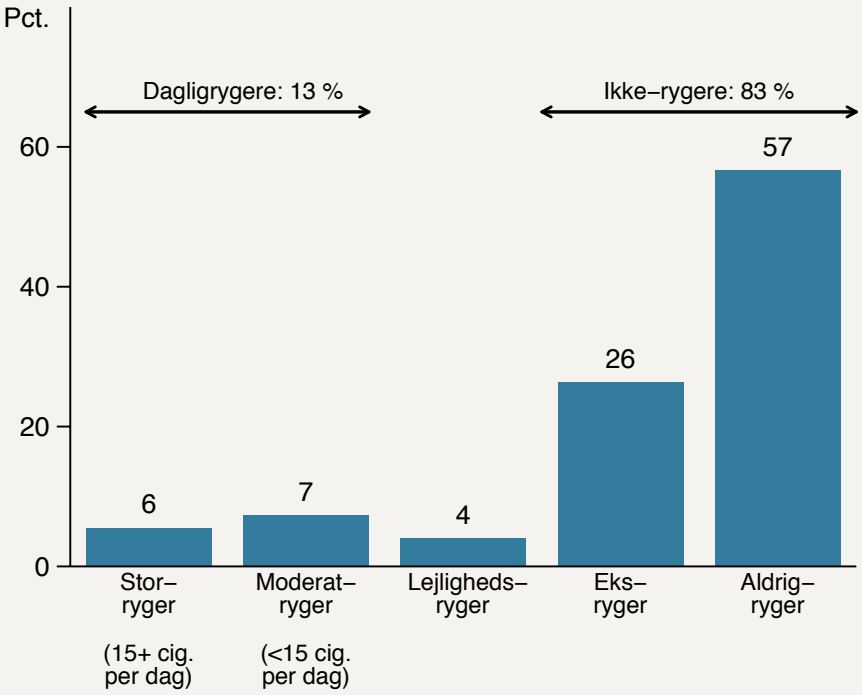
Personer, der svarer, at de ryger hver dag, stilles følgende spørgsmål:

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

For at belyse motivation for rygestop og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

- Vil du gerne holde op med at ryge?
- 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.
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at holde op med at ryge?

**Figur 2.1**
Rygevaner



## Hvor mange ryger?

Figur 2.1 viser, at andelen, der ryger dagligt, er 13 %, hvilket svarer til omtrent 132.000 personer i Region Midtjylland.

Dagligrygerne er opdelt i storrygere, som har et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere, samt moderatrygere, der ryger færre end 15 cigaretter om dagen. Der er 6 % storrygere og 7 % moderatrygere.

4 % er lejlighedsrygere, hvilket betyder, at man ryger, men ikke hver dag.

83 % af befolkningen i Region Midtjylland ryger ikke. Der er 26 %, som tidligere har røget dagligt, og 57 % har aldrig røget dagligt.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere fra 20 % til 13 %. Se figur 2.2.S i bind 2. Andelen af storrygere er faldet fra 12 % til 6 %. Samtidig er andelen af moderatrygere faldet fra 9 % til 7 %, mens andelen af eks- og aldrig-rygere er steget. Se figur 2.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere fra 17 % til 13 %. Se figur 2.2.S i bind 2. Der har i perioden været et lille fald i andelen af storrygere fra 9 % til 6 % samt et lille fald i andelen af moderatrygere fra 8 % til 7 %. Se figur 2.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere fra 16 % til 13 %. Se figur 2.2.S i bind 2. Der har i perioden været et lille fald i andelen af storrygere fra 8 % til 6 % samt et fald i andelen af moderat- og lejlighedsrygere. Se figur 2.1.S i bind 2. ◄

**Figur 2.2**
Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 13 | 132.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 14 | 71.000 |
| Kvinde | 12 | 60.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 9 | 12.000 |
| 25-34 år | 13 | 19.000 |
| 35-44 år | 13 | 19.000 |
| 45-54 år | 15 | 25.000 |
| 55-64 år | 17 | 28.000 |
| 65-74 år | 14 | 19.000 |
| 75+ år | 8 | 9.300 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 22 | 29.000 |
| Middel (11-14 år) | 15 | 62.000 |
| Højt (15+ år) | 7 | 21.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 8 | 8.300 |
| Beskæftigede | 12 | 63.000 |
| Arbejdsløse | 20 | 4.700 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 20 | 11.000 |
| Førtidspensionister | 31 | 15.000 |
| Efterlønsmodtagere | 15 | 1.800 |
| Folkepensionister | 11 | 24.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 13 | 116.000 |
| Anden vestlig | 17 | 7.600 |
| Ikke-vestlig | 13 | 7.900 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 10 | 63.000 |
| Lejer | 18 | 61.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 16 | 56.000 |
| Ja | 11 | 70.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 14 | 93.000 |
| Ja | 10 | 25.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Dagligrygere – køn, alder og sociale forhold

Af figur 2.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af dagligrygere blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af mænd end kvinder, der ryger dagligt.

Alder. De største andele af dagligrygere er blandt de 45-64-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige samt personer i alderen 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere falder med et stigende uddannelsesniveau. Der er 22 % dagligrygere blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 7 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af dagligrygere er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele af dagligrygere findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen af dagligrygere er størst blandt personer med en anden vestlig baggrund end dansk.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, ryger dagligt, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, er dagligrygere, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer, der ikke har børn i hjemmet, ryger dagligt, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

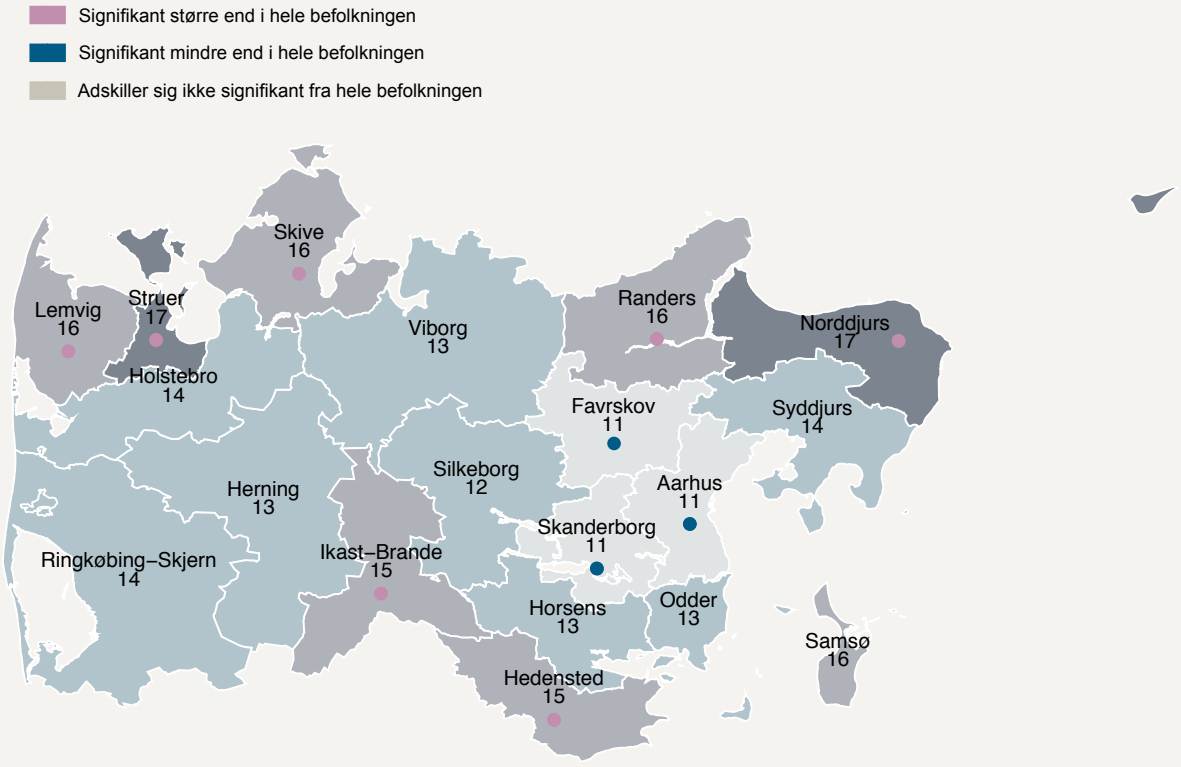
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveauer. Se figur 2.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveauer. Se figur 2.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald i andelen af dagligrygere blandt mænd og kvinder. Desuden har der været et stort fald i andelen af dagligrygere blandt de 16-24-årige og et mindre fald blandt de 25-34-årige, 45-64-årige og blandt personer på 75 år eller derover. Der har også været et mindre fald blandt personer med middelhøjt eller højt uddannelsesniveau. Se figur 2.2.S i bind 2. ◄

**Figur 2.3**
Dagligrygere – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Struer | 17 | 2.800 |
| Norddjurs | 17 | 4.800 |
| Lemvig | 16 | 2.500 |
| Randers | 16 | 12.000 |
| Skive | 16 | 5.600 |
| Samsø | 16 | 500 |
| Ikast-Brande | 15 | 4.900 |
| Hedensted | 15 | 5.300 |
| Ringkøbing-Skjern | 14 | 6.100 |
| Holstebro | 14 | 5.900 |
| Syddjurs | 14 | 4.500 |
| Horsens | 13 | 9.100 |
| Odder | 13 | 2.300 |
| Viborg | 13 | 9.400 |
| Herning | 13 | 8.500 |
| Silkeborg | 12 | 8.400 |
| Favrskov | 11 | 4.000 |
| Aarhus | 11 | 30.000 |
| Skanderborg | 11 | 5.000 |
| Region Midtjylland | 13 | 132.000 |



## Dagligrygere – kommuner

Figur 2.3 viser, at andelen af dagligrygere varierer mellem kommunerne fra 11 % i Aarhus og Skanderborg til 17 % i Struer og Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af dagligrygere i følgende kommuner:

- Struer
- Norddjurs
- Lemvig
- Randers
- Skive
- Ikast-Brande
- Hedensted

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af dagligrygere i følgende kommuner:

- Favrskov
- Aarhus
- Skanderborg

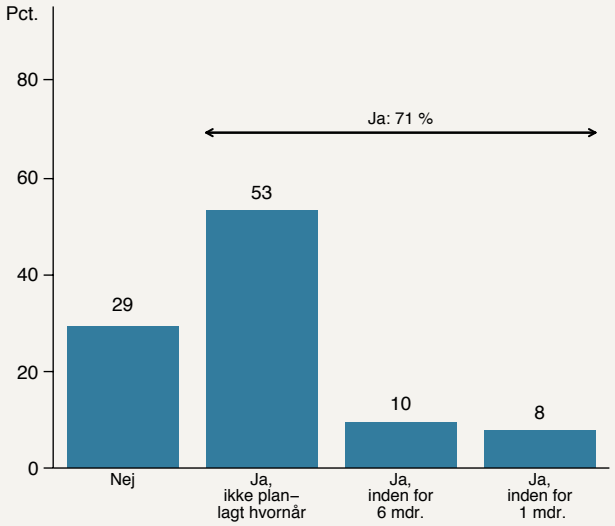
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner. Faldet varierer fra 10 procentpoint i Odder til 5 procentpoint i Ikast-Brande og Struer. Se figur 2.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Favrskov, Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brande, Lemvig, Odder, Randers, Ringkøbing-Skjern, Samsø, Skanderborg, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Herning, Odder og Randers til 7 procentpoint i Horsens og på Samsø. Se figur 2.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner: Favrskov, Herning, Horsens, Norddjurs, Odder, Silkeborg, Skanderborg, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint i Horsens. Se figur 2.3.S i bind 2. ◄

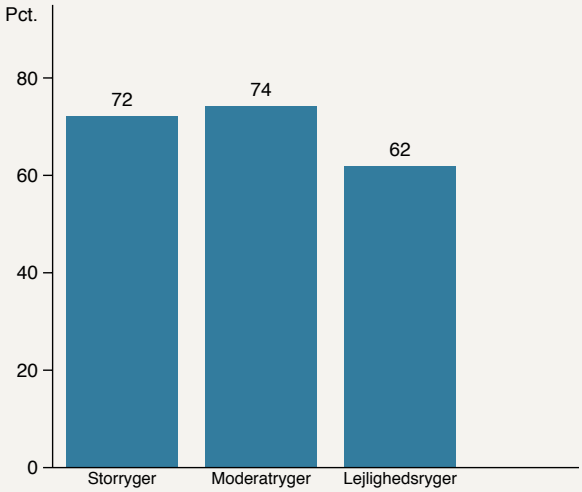
## Figur 2.4-2.6
Vil du gerne holde op med at ryge?

**Figur 2.4**
Vil du gerne holde op med at ryge?

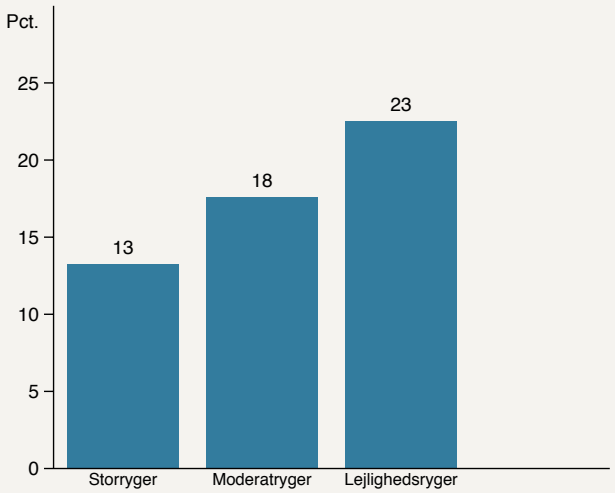



Note: Opgjort blandt daglig– og lejlighedsrygere

**Figur 2.5**
Andel, der gerne vil holde op med at ryge – i forhold til tobaksforbrug




**Figur 2.6**
Andel, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – i forhold til tobaksforbrug



## Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?

Figur 2.4 viser, at størstedelen af daglig- og lejlighedsrygerne gerne vil holde op med at ryge, svarende til 71 %. Der er 53 %, som ikke har planlagt hvornår, 10 % planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, og 8 % planlægger at holde op inden for den næste måned.

Figur 2.5 viser sammenhængen mellem ønsket om at holde op med at ryge og tobaksforbrug. Blandt storrygerne ønsker 72 % at holde op med at ryge. Det samme gælder for 74 % af moderatrygerne og 62 % af lejlighedsrygerne.

Figur 2.6 viser, at 13 % af storrygerne, 18 % af moderatrygerne og 23 % af lejlighedsrygerne planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der overordnet set ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Dog ses der en stigning i andelen af lejlighedsrygere, der ønsker at holde op med at ryge, fra 56 % til 62 % samt en stigning i andelen af lejlighedsrygere, der gerne vil holde med at ryge inden for 6 måneder, fra 18 % til 23 %. Se figur 2.4.S-2.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der overordnet set ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Der har dog været en stigning i andelen af lejlighedsrygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder, fra 17 % til 23 %. Se figur 2.4.S-2.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der overordnet set ikke været nogen signifikant ændring i andelen af rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Der har dog været en stigning i andelen af lejlighedsrygere, der gerne vil holde op med at ryge inden for 6 måneder, fra 18 % til 23 %. Se figur 2.4.S-2.6.S i bind 2. ◄

**Figur 2.7**
Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 16 | 20.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 15 | 11.000 |
| Kvinde | 16 | 9.600 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 14 | 1.700 |
| 25-34 år | 25 | 4.800 |
| 35-44 år | 20 | 3.700 |
| 45-54 år | 16 | 3.900 |
| 55-64 år | 14 | 3.700 |
| 65-74 år | 11 | 2.100 |
| 75+ år | 7 | 600 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 10 | 2.900 |
| Middel (11-14 år) | 16 | 10.000 |
| Højt (15+ år) | 23 | 4.900 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 24 | 2.000 |
| Beskæftigede | 17 | 11.000 |
| Arbejdsløse | 22 | 1.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 16 | 1.700 |
| Førtidspensionister | 14 | 2.000 |
| Efterlønsmodtagere | 22 | 400 |
| Folkepensionister | 9 | 2.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 16 | 18.000 |
| Anden vestlig | 23 | 1.700 |
| Ikke-vestlig | 11 | 900 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 14 | 8.900 |
| Lejer | 17 | 11.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 15 | 8.500 |
| Ja | 16 | 11.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 15 | 14.000 |
| Ja | 21 | 5.200 |

Signifikant større end blandt alle dagligrygere
Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere

## Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder – køn, alder og sociale forhold

Figur 2.7 viser, at 16 % af dagligrygerne planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, hvilket svarer til omtrent 20.000 personer i Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever og beskæftigede
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen sammenhæng mellem køn og andelen af dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Alder. Der er 25 % af dagligrygerne i alderen 25-34 år, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, mens dette kun er tilfældet for 7 % blandt personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, er størst blandt personer med højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en større andel af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder blandt studerende/skoleelever og beskæftigede og en mindre andel blandt folkepensionister, end det er tilfældet blandt alle dagligrygere.

Etnisk baggrund. Andelen af dagligrygere, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, er størst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk.

Bolig. Der er en større andel af dagligrygere, som bor i lejebolig, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

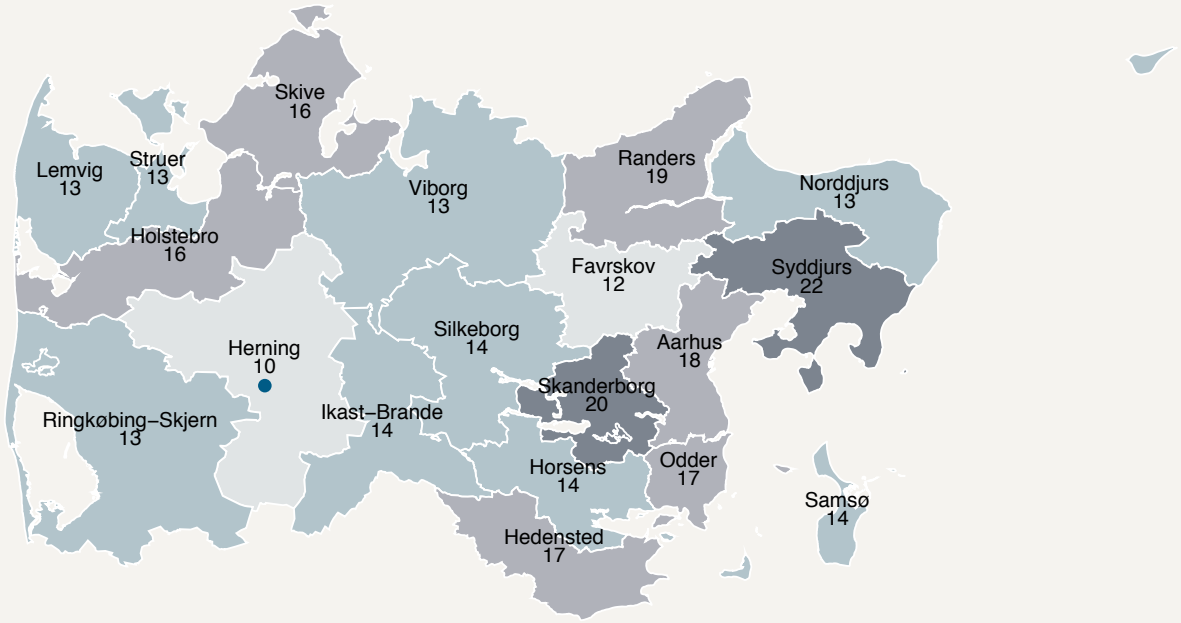
Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Børn i hjemmet. Der er en større andel dagligrygere med børn i hjemmet, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder, end det er tilfældet for dagligrygere uden børn i hjemmet.

**Figur 2.8**
Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – kommuner

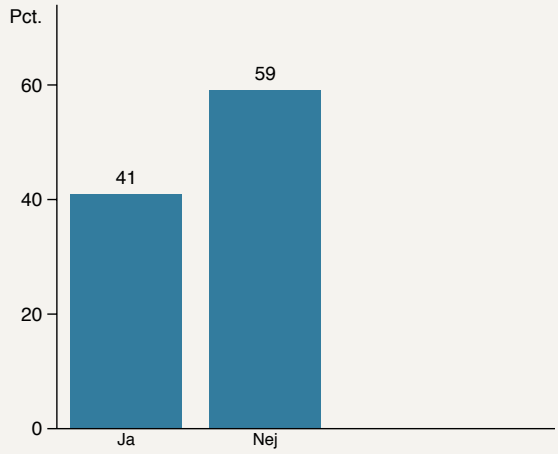
| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Syddjurs | 22 | 1.000 |
| Skanderborg | 20 | 1.000 |
| Randers | 19 | 2.300 |
| Aarhus | 18 | 5.400 |
| Odder | 17 | 400 |
| Hedensted | 17 | 900 |
| Holstebro | 16 | 900 |
| Skive | 16 | 900 |
| Ikast-Brande | 14 | 700 |
| Silkeborg | 14 | 1.200 |
| Horsens | 14 | 1.200 |
| Samsø | 14 | 60 |
| Viborg | 13 | 1.300 |
| Lemvig | 13 | 300 |
| Struer | 13 | 400 |
| Norddjurs | 13 | 600 |
| Ringkøbing-Skjern | 13 | 800 |
| Favrskov | 12 | 500 |
| Herning | 10 | 800 |
| Region Midtjylland | 16 | 20.000 |

Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere



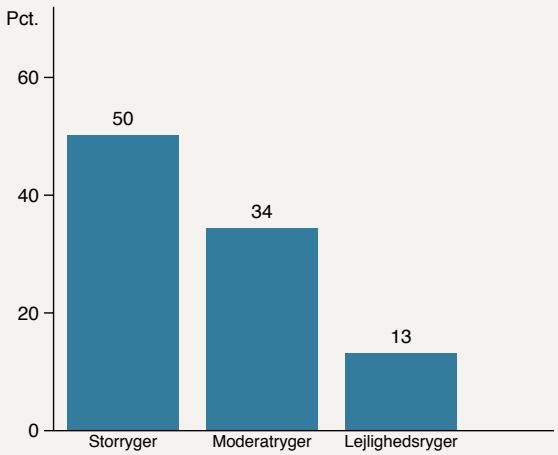
**Figur 2.9 og 2.10**
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?

**Figur 2.9**
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop?




Note: Opgjort blandt dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

**Figur 2.10**
Andel, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – i forhold til tobaksforbrug




Note: Opgjort blandt rygere, der gerne vil holde op med at ryge



## Dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder – kommuner

Figur 2.8 viser andelen af dagligrygere i kommunerne, som planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder.

Sammenlignet med alle dagligrygere i Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af dagligrygere, der planlægger at holde op med at ryge inden for højst 6 måneder, i Herning, hvor andelen udgør 10 %.

## Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

Af figur 2.9 fremgår det, at 41 % af dagligrygerne, der gerne vil holde op med at ryge, ønsker støtte og hjælp til rygestop, mens 59 % ikke ønsker støtte og hjælp.

Figur 2.10 viser en klar sammenhæng mellem ønsket om støtte og hjælp til rygestop og tobaksforbrug. Blandt storrygerne ønsker 50 % at få støtte og hjælp til at holde op med at ryge. Det samme gælder for 34 % af moderatrygerne og 13 % af lejlighedsrygerne.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, fra 48 % til 41 %. Se figur 2.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen ændring i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop. Se figur 2.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, fra 45 % til 41 %. Se figur 2.7.S i bind 2. ◄

**Figur 2.11**
Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 41 | 39.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 43 | 22.000 |
| Kvinde | 38 | 17.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 30 | 2.800 |
| 25-34 år | 39 | 6.300 |
| 35-44 år | 47 | 6.800 |
| 45-54 år | 47 | 9.400 |
| 55-64 år | 42 | 8.000 |
| 65-74 år | 35 | 4.300 |
| 75+ år | 36 | 1.400 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 43 | 8.000 |
| Middel (11-14 år) | 43 | 20.000 |
| Højt (15+ år) | 37 | 6.100 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 28 | 1.900 |
| Beskæftigede | 41 | 20.000 |
| Arbejdsløse | 37 | 1.500 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 53 | 4.500 |
| Førtidspensionister | 48 | 4.200 |
| Efterlønsmodtagere | 40 | 500 |
| Folkepensionister | 35 | 4.700 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 41 | 34.000 |
| Anden vestlig | 39 | 2.200 |
| Ikke-vestlig | 48 | 2.700 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 39 | 18.000 |
| Lejer | 42 | 18.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 41 | 16.000 |
| Ja | 41 | 21.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 41 | 27.000 |
| Ja | 41 | 8.500 |

Signifikant større end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

## Dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop – køn, alder og sociale forhold

Figur 2.11 viser, at 41 % af dagligrygerne, der ønsker at holde op med at ryge, gerne vil have støtte og hjælp til dette. Det svarer til omtrent 39.000 personer i Region Midtjylland.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 35-54 år
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister

Køn. Andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er større blandt mænd end blandt kvinder.

Alder. De største andele af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er blandt de 35-54-årige, og de mindste andele er blandt de 16-24-årige samt personer i alderen 65-74 år.

Uddannelsesniveau. Der er en mindre andel blandt personer med højt uddannelsesniveau, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, end det er tilfældet blandt alle dagligrygere.

Erhvervstilknytning. Andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er størst blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister og mindst blandt studerende/skoleelever og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligtype og andel dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop.

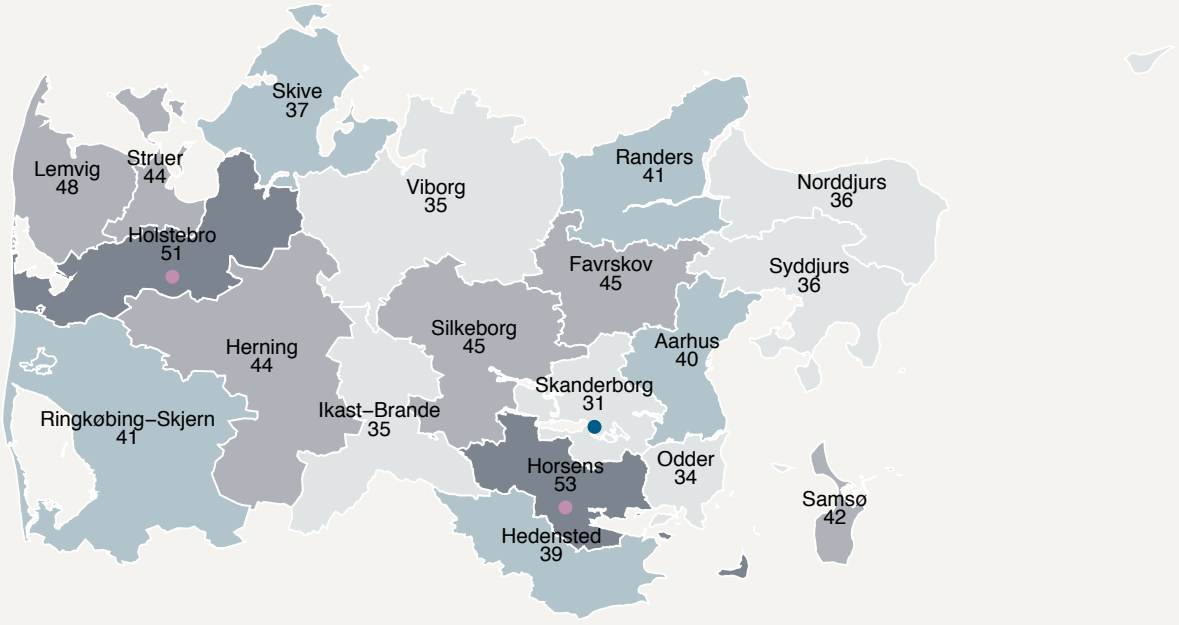
Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem samlivssituation og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, om der er børn i hjemmet eller ej, og ønsket om støtte og hjælp til rygestop blandt dagligrygere.

**Figur 2.12**
Dagligrygere, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Horsens | 53 | 3.400 |
| Holstebro | 51 | 2.200 |
| Lemvig | 48 | 800 |
| Favrskov | 45 | 1.300 |
| Silkeborg | 45 | 2.800 |
| Struer | 44 | 900 |
| Herning | 44 | 2.600 |
| Samsø | 42 | 200 |
| Randers | 41 | 3.500 |
| Ringkøbing-Skjern | 41 | 1.600 |
| Aarhus | 40 | 8.600 |
| Hedensted | 39 | 1.600 |
| Skive | 37 | 1.400 |
| Norddjurs | 36 | 1.300 |
| Syddjurs | 36 | 1.200 |
| Ikast-Brande | 35 | 1.200 |
| Viborg | 35 | 2.500 |
| Odder | 34 | 600 |
| Skanderborg | 31 | 1.200 |
| Region Midtjylland | 41 | 39.000 |

Signifikant større end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Signifikant mindre end blandt alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge
Adskiller sig ikke signifikant fra alle dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge



## Ønsker støtte og hjælp til rygestop – kommuner

Figur 2.12 viser, at andelen af dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til at holde op med at ryge, varierer mellem kommunerne fra 31 % i Skanderborg til 53 % i Horsens.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, i følgende kommuner:

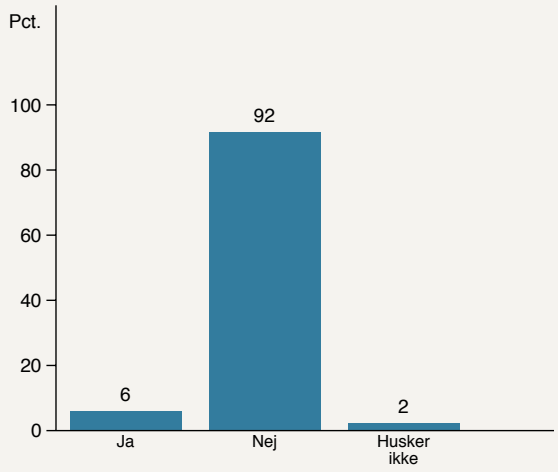
- Horsens
- Holstebro

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, i følgende kommune:

- Skanderborg

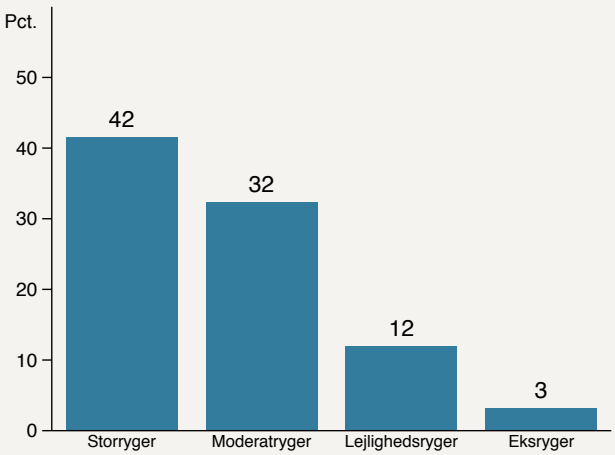
## Figur 2.13 og 2.14
Har du fået råd om rygestop fra egen læge?

**Figur 2.13**
Har du fået råd om rygestop fra egen læge?




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

**Figur 2.14**
Har fået råd om rygestop fra egen læge – i forhold til tobaksforbrug




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

## Råd fra egen læge om rygestop

Figur 2.13 viser, at 6 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at holde op med at ryge.

Af figur 2.14 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem råd fra egen læge om rygestop og tobaksforbrug. Således er 42 % af storrygerne og 32 % af moderatrygerne blevet rådet til at holde op med at ryge. Det samme gælder for 12 % af lejlighedsrygerne og 3 % af eksrygerne.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge, fra 9 % til 6 %. Se figur 2.9.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge, fra 8 % til 6 %. Se figur 2.9.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge, fra 8 % til 6 %. Se figur 2.9.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Over tid har der været et fald i andelen af dagligrygere. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt, og i 2021 er andelen nede på 13 %. Lidt under halvdelen af dagligrygerne i 2021 kan betegnes som storrygere, der har et dagligt forbrug på mindst 15 cigaretter om dagen. Andelen af storrygere er fra 2010 til 2021 halveret fra 12 % til 6 %.

Der er en stærk sammenhæng mellem rygning og sociale forhold. Eksempelvis varierer rygerandelen markant efter uddannelsesniveau. Lidt over hver femte person med et lavt uddannelsesniveau ryger dagligt, hvilket kun gælder for 7 % blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Det ses endvidere, at rygerne i høj grad er motiverede for rygestop, idet 71 % rapporterer, at de gerne vil holde op med at ryge. Der er dog kun 16 %, som planlægger at holde op med at ryge inden for de næste 6 måneder. Der er 41 % af dagligrygerne, som ønsker at få hjælp og støtte til rygestop.

Af de storrygere, som inden for det seneste år har været ved lægen, er 42 % blevet rådet til at holde op med at ryge.

## Referencer


1. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013 Jan 24;368(4):341-350.

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

3. Sundhedsstyrelsen. Guide til sygdomsforebyggelse på sygehus og i almen praksis. Fakta om rygning. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

4. Jakobsen M, Kolodziejczyk C, Rasmussen SR. Offentlige merudgifter ved rygning. En registeranalyse af offentlige merudgifter til rygere sammenlignet med aldrig-rygere og tidligere rygere. København: KORA, Det Nationale Institut for Kommuners og Regioners analyse og Forskning; 2017.

5. Drope J, Schluger N W. The Tobacco Atlas. Atlanta: American Cancer Society and Vital Strategies; 2018.

6. Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner 2019: Eksponering for tobaks-og nikotinforurenet luft; september 2020.

7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O og Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

8. Koch MB, Diderichsen F, Grønbæk M, et al. 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 2015;5:e006588.

9. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. JAMA. 2010 Mar 24;303(12):1159-66.

10. Falk J, Asserhøj MSL, Pedersen AD. Forebyggelsespakke tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

11. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet; 2013.

12. Birge M, Duffy S, Miler JA, Hajek P. What proportion of people who try one cigarette become daily smokers? A meta-analysis of representative surveys. Nicotine and Tobacco Research; 2018.

13. Dansk Selskab for Folkesundhed. Udfas tobak. Dansk Selskab for Folkesundhed: Folkesundhedsbarometer 1; 2017.

14. Finansministeriet. Aftaler om finansloven. Center for udgiftspolitik og modernisering; 2019.

15. Sundhedsministeriet. Ny handleplan skal sikre røgfrit liv for børn og unge i Danmark; 2019.

# 3. ALKOHOL

Mange danskere forbinder indtagelse af alkohol med hyggeligt samvær og festlige stunder. Samtidig er det velkendt, at et stort og jævnligt indtag af alkohol kan have konsekvenser for helbredet (1). Personer med et stort forbrug af alkohol og personer, der ofte rusdrikker, har forøget risiko for tidlig død (1, 2), og det vurderes, at 5 % af alle dødsfald blandt danske kvinder og 9,5 % blandt danske mænd kan tilskrives indtag af alkohol (1, 3). Derudover har personer, der drikker meget alkohol, ofte færre gode leveår (2, 4). Dette skyldes, at et stort forbrug af alkohol øger risikoen for alvorlige sygdomme herunder flere kræfttyper, leverlidelser, sygdomme i fordøjelsessystemet og hjerte-kar-sygdomme (1, 5-8).

Et stort alkoholforbrug kan have en række afledte sociale og økonomiske konsekvenser såsom øget kriminalitet, arbejdsskader, trafikuheld, sygefravær, tab af tilknytning til arbejdsmarkedet, skilsmisse og omsorgssvigt af børn (9-11). Således er et stort alkoholforbrug forbundet med store omkostninger, både for den enkelte og for samfundet – sidstnævnte særligt i form af store udgifter til sundhedsvæsenet og socialsektoren.

Udmeldingerne fra Sundhedsstyrelsen vedrørende alkohol er blevet ændret i 2022. Ifølge nyeste udmeldinger skal man drikke så lidt alkohol som muligt og aldrig mere end 10 genstande om ugen. Desuden anbefaler Sundhedsstyrelsen, at man ikke drikker mere end 4 genstande ved samme lejlighed. Børn og unge under 18 år bør ikke drikke alkohol. Indtil 2022 var udmeldingen fra Sundhedsstyrelsen, at der var en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på højst 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd. Hvis kvinder over en længere periode drikker mere end 14 genstande om ugen og mænd mere end 21 genstande, blev det vurderet, at der var stor risiko for at blive syg på grund af alkohol.

I Danmark er alkoholforbruget højt, både i befolkningen generelt og blandt unge. Sammenlignet med jævnaldrende i mere end 40 andre lande har 15-årige unge i Danmark en af de højeste andele, der har været fuld to eller flere gange (1, 12). Udover helbredsmæssige konsekvenser kan alkohol have en række andre negative konsekvenser for de unge. I forbindelse med alkoholindtag har mange unge blandt andet været involveret i ulykker og slagsmål, haft sex, som de fortrød bagefter, og taget stoffer (13).

Alkohol kan ligeledes påvirke hjernens udvikling og medføre koncentrationsbesvær og indlæringsvanskeligheder (14). Undersøgelser har vist, at der er negative forandringer i hjernen hos unge ved et alkoholforbrug på 20 genstande om måneden i 1-2 år (14). Endvidere kan et højt alkoholforbrug i ungdommen øge risikoen for et problematisk forbrug af alkohol senere i livet (14).

**Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol**

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

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

- Undgår at drikke mere end 10 genstande om ugen
- Højst drikker 4 genstande på samme dag

Unge mellem 18-25 år er særligt sårbare for alkohol og skal være forsigtige med deres indtag

Ældre oplever ofte at have negative helbredseffekter af alkohol. Kroppens væskemængde reduceres med alderen, og den samme mængde alkohol skal derfor fordeles i en mindre væskemængde, hvilket resulterer i en højere alkoholpromille. Derudover nedsættes kroppens evne til at omsætte alkoholen, hvilket f.eks. kan give koordinationsproblemer, som kan resultere i faldulykker. Mange ældre indtager desuden medicin, og der kan opstå bivirkninger eller nedsat effekt af medicinen, når der indtages alkohol (15, 16).

Det er vanskeligt at måle personers alkoholforbrug i et spørgeskema, idet der findes mange forskellige slags alkoholiske drikke, samtidig med at indtaget af alkohol kan variere meget fra dag til dag og fra uge til uge. For at kunne belyse, hvor mange genstande svarpersonerne drikker i løbet af en uge, er de blevet bedt om at oplyse, hvor mange genstande der indtages på hver af ugens dage for hver af kategorierne: øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Desuden er der i spørgeskemaet givet eksempler på, hvad en genstand er. Det er velkendt, at underrapportering mindskes, jo mere detaljeret der spørges, og derfor er denne spørgeteknik valgt (17). På baggrund af ovenstående spørgsmål inddeles forbruget i tre grupper:

- Drikker ikke alkohol
- Drikker højst 10 genstande om ugen
- Drikker mere end 10 genstande om ugen

Udover at blive spurgt til antallet af genstande i løbet af en uge har svarpersonerne også fået spørgsmålet: "Hvor tit drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?". Dette spørgsmål bruges til at definere andelen, der rusdrikker ugentligt:

- Rusdrikker ugentligt. Indtagelse af fem eller flere genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen.

Ugentligt rusdrikkeri er relevant at inddrage i kapitlet, da det er veldokumenteret, at det ikke kun er mængden, men også drikkemønstret, der er afgørende for de skader, alkohol kan medføre.

I kapitlet vil andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, og andelen, der rusdrikker ugentligt, blive belyst i forhold til køn, alder, sociale forhold samt geografi.

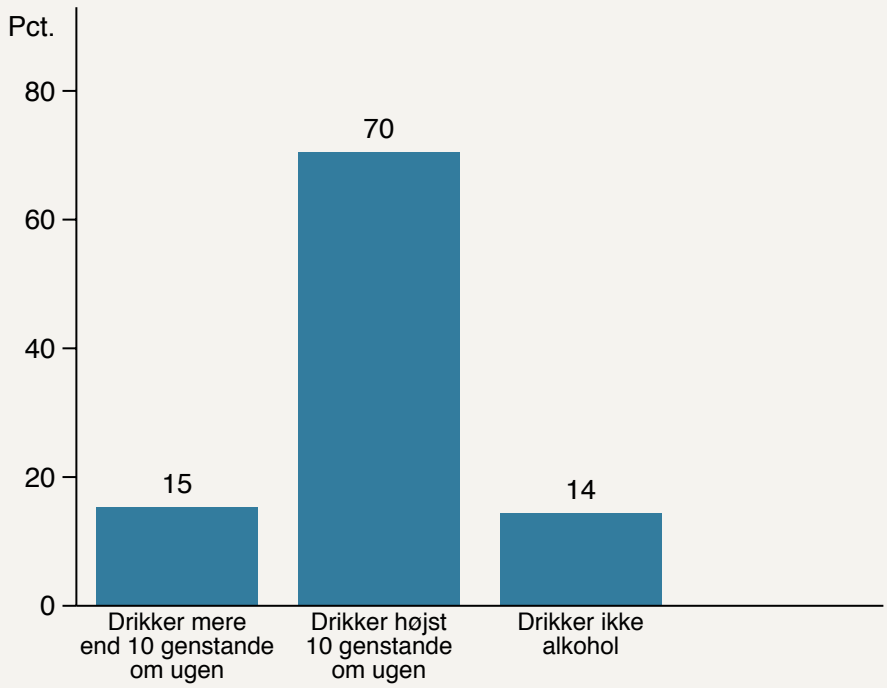
I et forebyggelsesperspektiv er det desuden vigtigt at vide, hvor mange med et stort alkoholforbrug der er motiveret for at nedsætte deres alkoholforbrug. Disse personer er oplagte målgrupper for tiltag på alkoholområdet, f.eks. ved kommunale indsatser. Modsat er personer, der har et stort alkoholforbrug, men som ikke er motiverede for at nedsætte deres alkoholforbrug, oplagte som målgrupper for oplysningskampagner og rådgivende samtaler med egen læge med henblik på at motivere til adfærdsændring.

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke for alkohol, der har til formål at understøtte kommunernes arbejde med at reducere borgernes alkoholforbrug og derved forebygge sygdom og fremme trivsel (18). Derudover er det et specifikt formål at udskyde unges alkoholdebut og reducere unges alkoholforbrug.

For at belyse motivation for at mindske alkoholforbrug og råd fra egen læge anvendes følgende spørgsmål:

- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?

**Figur 3.1**
Alkoholforbrug



## Alkoholforbrug

Figur 3.1 viser, at 15 % drikker mere end 10 genstande om ugen. Dette svarer til omkring 150.000 personer i Region Midtjylland.

Der er 70 %, som har et alkoholforbrug på højst 10 genstande om ugen, og de resterende 14 % af befolkningen drikker ikke alkohol.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et markant fald fra 25 % til 15 % i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Se figur 3.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald fra 21 % til 15 % i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Se figur 3.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald fra 16 % til 15 % i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Se figur 3.1.S i bind 2. ◄

**Figur 3.2**
Drikker mere end 10 genstande om ugen – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 15 | 150.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 23 | 111.000 |
| Kvinde | 8 | 39.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 18 | 25.000 |
| 25-34 år | 7 | 11.000 |
| 35-44 år | 9 | 13.000 |
| 45-54 år | 14 | 23.000 |
| 55-64 år | 19 | 30.000 |
| 65-74 år | 22 | 30.000 |
| 75+ år | 19 | 20.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 14 | 17.000 |
| Middel (11-14 år) | 16 | 67.000 |
| Højt (15+ år) | 14 | 39.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 17 | 17.000 |
| Beskæftigede | 14 | 71.000 |
| Arbejdsløse | 13 | 3.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 13 | 6.900 |
| Førtidspensionister | 13 | 6.100 |
| Efterlønsmodtagere | 17 | 2.100 |
| Folkepensionister | 20 | 42.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 16 | 143.000 |
| Anden vestlig | 13 | 5.700 |
| Ikke-vestlig | 3 | 2.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 16 | 101.000 |
| Lejer | 13 | 45.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 16 | 55.000 |
| Ja | 15 | 91.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 17 | 117.000 |
| Ja | 9 | 22.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Drikker mere end 10 genstande om ugen – køn, alder og sociale forhold

Af figur 3.2. fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og personer på 55 år og derover
- Personer med et middelhøjt uddannelsesniveau
- Folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en markant større andel af mænd end kvinder, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

Alder. De største andele, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er blandt personer i alderen 16-24 år og personer på 55 år og derover, og de mindste andele findes blandt de 25-54-årige.

Uddannelsesniveau. Der er ikke en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og alkoholforbrug. Der er dog en lidt større andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau, og de mindste andele er blandt personer med et lavt og højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Den største andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, findes blandt folkepensionister, og de mindste andele er blandt beskæftigede, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister.

Etnisk baggrund. Der er en større andel af personer med dansk baggrund, der drikker mere end 10 genstande om ugen, end det er tilfældet for personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel af personer, der bor i ejerbolig, drikker mere end 10 genstande om ugen, end det er tilfældet for personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En lidt større andel drikker mere end 10 genstande om ugen blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En markant større andel af personer uden børn i hjemmet drikker mere end 10 genstande om ugen, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

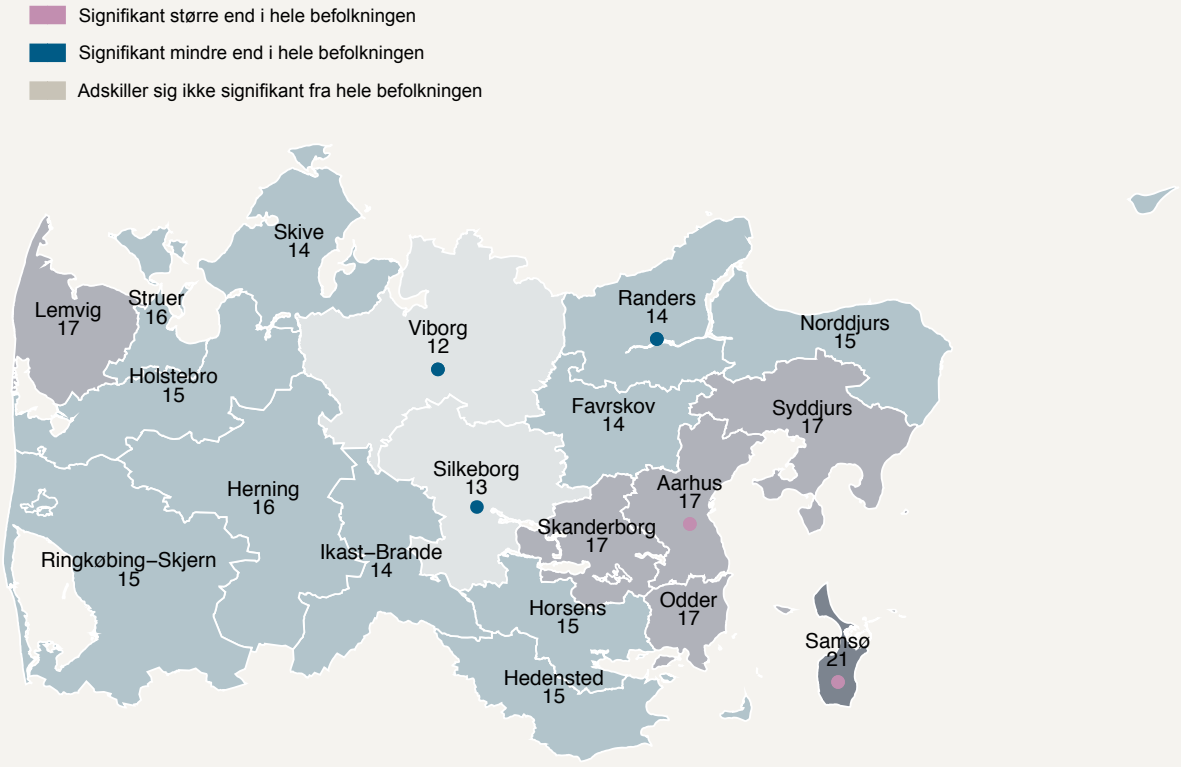
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, for både mænd og kvinder, blandt personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet er størst for personer i alderen 16-24 år (39 % til 18 %). Se figur 3.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, for både mænd og kvinder og personer i alderen 16-64 år. Andelen er til gengæld steget blandt personer på 75 år eller derover. Andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er faldet blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 3.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt kvinder, personer i alderen 16-34 år samt blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Der har til gengæld været en stigning blandt personer på 75 år og derover. Se figur 3.2.S i bind 2. ◄

**Figur 3.3**
Drikker mere end 10 genstande om ugen – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Samsø | 21 | 600 |
| Odder | 17 | 3.000 |
| Syddjurs | 17 | 5.600 |
| Skanderborg | 17 | 7.700 |
| Lemvig | 17 | 2.500 |
| Aarhus | 17 | 44.000 |
| Struer | 16 | 2.500 |
| Herning | 16 | 10.000 |
| Hedensted | 15 | 5.300 |
| Norddjurs | 15 | 4.200 |
| Horsens | 15 | 10.000 |
| Holstebro | 15 | 6.200 |
| Ringkøbing-Skjern | 15 | 6.100 |
| Favrskov | 14 | 5.100 |
| Ikast-Brande | 14 | 4.400 |
| Skive | 14 | 4.600 |
| Randers | 14 | 9.900 |
| Silkeborg | 13 | 9.300 |
| Viborg | 12 | 8.500 |
| Region Midtjylland | 15 | 150.000 |



## Drikker mere end 10 genstande om ugen – kommuner

Figur 3.3 viser andelen i kommunerne, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Andelen varierer fra 12 % i Viborg til 21 % på Samsø.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i følgende kommuner:

- Samsø
- Aarhus

I disse kommuner ligger andelen på 17-21 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i følgende kommuner:

- Randers
- Silkeborg
- Viborg

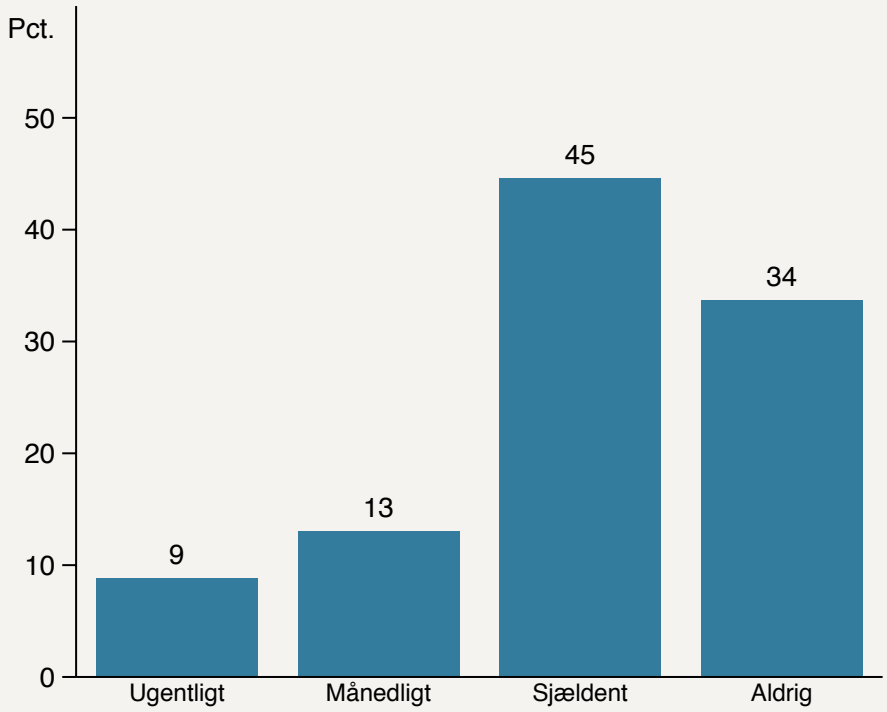
I disse kommuner varierer andelen fra 12 % til 14 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i alle kommuner. Faldet varierer fra 6 procentpoint i Hedensted og på Samsø til 13 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i følgende kommuner: Favrskov, Hedensted, Horsens, Ikast-Brande, Nord-djurs, Randers, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Faldet varierer fra 3 procentpoint i Hedensted og Ringkøbing-Skjern til 9 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i Aarhus Kommune (2 procentpoint). Se figur 3.3.S i bind 2. ◄

**Figur 3.4**
Hvor ofte drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?



## Hvor mange rusdrikker?

Af figur 3.4 fremgår det, at 9 % drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen (rusdrikker ugentligt). Der er 13 %, der rusdrikker månedligt, 45 %, der sjældent rusdrikker, mens 34 % aldrig rusdrikker.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald fra 13 % til 9 % i andelen, der rusdrikker ugentligt. Se figur 3.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald fra 12 % til 9 % i andelen, der rusdrikker ugentligt. Se figur 3.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald fra 10 % til 9 % i andelen, der rusdrikker ugentligt. Se figur 3.4.S i bind 2. ◄

**Figur 3.5**
Rusdrikker ugentligt – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 9 | 89.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 13 | 64.000 |
| Kvinde | 5 | 25.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 17 | 23.000 |
| 25-34 år | 6 | 8.600 |
| 35-44 år | 7 | 9.200 |
| 45-54 år | 9 | 16.000 |
| 55-64 år | 11 | 18.000 |
| 65-74 år | 7 | 9.800 |
| 75+ år | 4 | 4.400 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 8 | 10.000 |
| Middel (11-14 år) | 8 | 33.000 |
| Højt (15+ år) | 7 | 20.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 16 | 16.000 |
| Beskæftigede | 9 | 45.000 |
| Arbejdsløse | 9 | 2.200 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 9 | 5.000 |
| Førtidspensionister | 10 | 4.800 |
| Efterlønsmodtagere | 9 | 1.100 |
| Folkepensionister | 5 | 12.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 9 | 82.000 |
| Anden vestlig | 9 | 4.300 |
| Ikke-vestlig | 4 | 2.100 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 8 | 51.000 |
| Lejer | 10 | 35.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 11 | 39.000 |
| Ja | 7 | 45.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 10 | 66.000 |
| Ja | 6 | 15.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Rusdrikker ugentligt – køn, alder og sociale forhold

Figur 3.5 viser, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der rusdrikker mindst én gang om ugen, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 55-64 år
- Personer med et middelhøjt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Andelen, der rusdrikker ugentligt, er markant større hos mænd, sammenlignet med kvinder.

Alder. De største andele, der rusdrikker ugentligt, er blandt de 16-24-årige og de 55-64-årige, mens de mindste andele er blandt de 25-44-årige og blandt personer på 65 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Der er ikke en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der rusdrikker ugentligt. Andelen, der rusdrikker ugentligt, er en smule større blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau end blandt hele befolkningen i alderen 25 år eller derover. Andelen af personer på 25 år eller derover, der rusdrikker ugentligt, er 8 % i hele befolkningen.

Erhvervstilknytning. Andelen af personer, der rusdrikker ugentligt, er næsten dobbelt så stor blandt studerende/skoleelever som i hele befolkningen. Den mindste andel, der rusdrikker ugentligt, er blandt folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen, der rusdrikker ugentligt, er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En lidt større andel blandt personer, der bor i lejebolig, rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel af personer uden børn i hjemmet rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

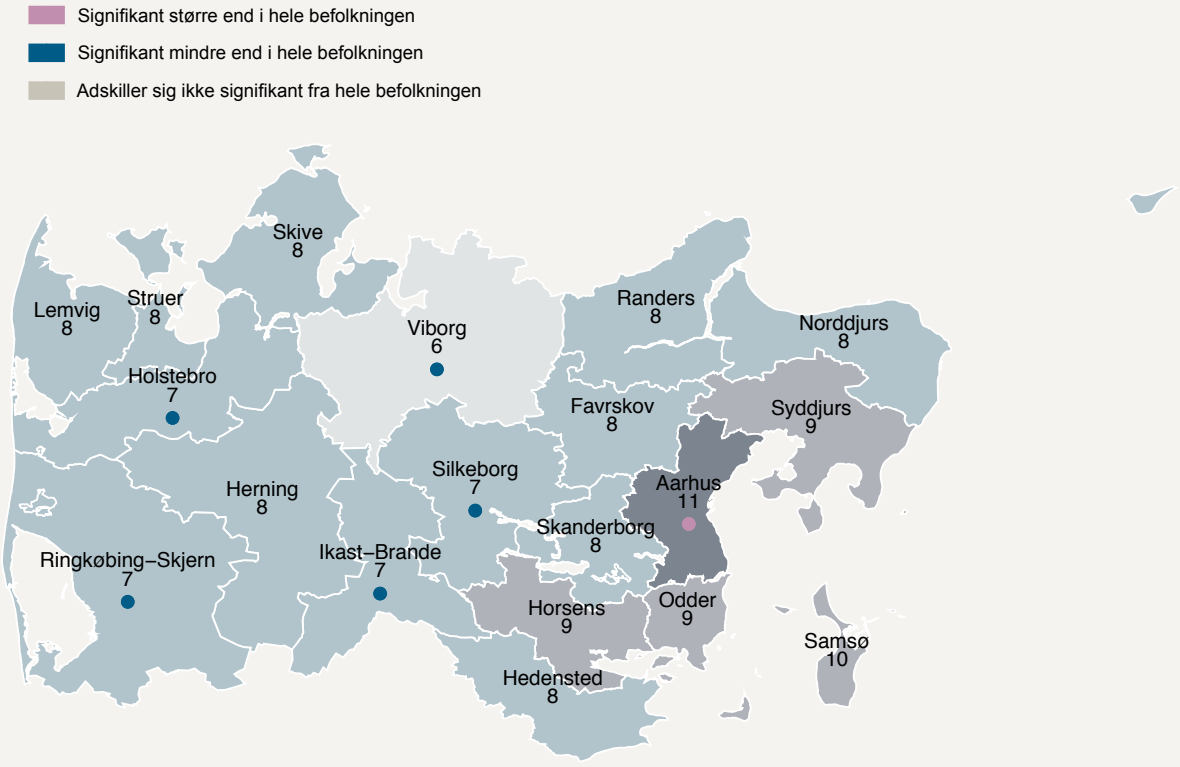
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 16-54 år og blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Faldet er størst for personer i alderen 16-24 år (31 % til 17 %). I samme periode har der været en lille stigning i andelen, der rusdrikker, blandt personer på 75 år og derover. Se figur 3.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, for både mænd og kvinder og personer i alderen 16-34 år og 45-54 år samt blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 3.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt mænd, personer i alderen 16-34 år og personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 3.5.S i bind 2. ◄

**Figur 3.6**
Rusdrikker ugentligt – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Aarhus | 11 | 31.000 |
| Samsø | 10 | 300 |
| Odder | 9 | 1.600 |
| Horsens | 9 | 6.100 |
| Syddjurs | 9 | 2.800 |
| Herning | 8 | 5.700 |
| Skive | 8 | 2.900 |
| Struer | 8 | 1.300 |
| Norddjurs | 8 | 2.400 |
| Skanderborg | 8 | 3.800 |
| Favrskov | 8 | 2.900 |
| Lemvig | 8 | 1.200 |
| Randers | 8 | 6.000 |
| Hedensted | 8 | 2.700 |
| Silkeborg | 7 | 5.100 |
| Holstebro | 7 | 3.100 |
| Ringkøbing-Skjern | 7 | 3.100 |
| Ikast-Brande | 7 | 2.100 |
| Viborg | 6 | 4.700 |
| Region Midtjylland | 9 | 89.000 |



## Rusdrikker ugentligt – kommuner

Figur 3.6 viser andelen i kommunerne, der rusdrikker ugentligt. Andelen varierer fra 6 % i Viborg til 11 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der rusdrikker ugentligt, i Aarhus Kommune.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker ugentligt, i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Holstebro
- Ringkøbing-Skjern
- Ikast-Brande
- Viborg

I disse kommuner varierer andelen fra 6 % til 7 %.

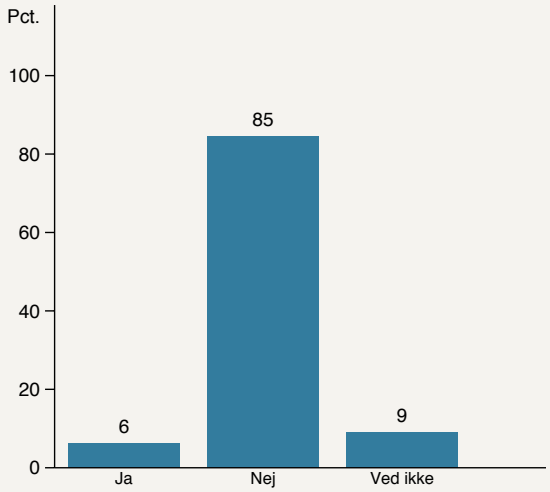
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i alle kommuner, undtagen Hedensted og Samsø. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Norddjurs til 7 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i følgende kommuner: Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brande, Randers, Ringkøbing-Skjern, Skanderborg, Syddjurs og Aarhus. Faldet varierer fra 2 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til 6 procentpoint i Aarhus. Se figur 3.6.S i bind 2. ◄

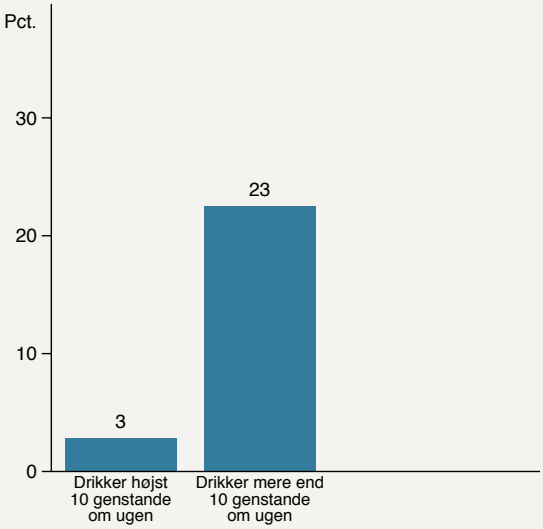
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der kun været et signifikant fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i Aarhus Kommune (2 procentpoint). Se figur 3.6.S i bind 2. ◄

## Figur 3.7-3.10
Ønsker om at nedsætte alkoholforbrug og råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug

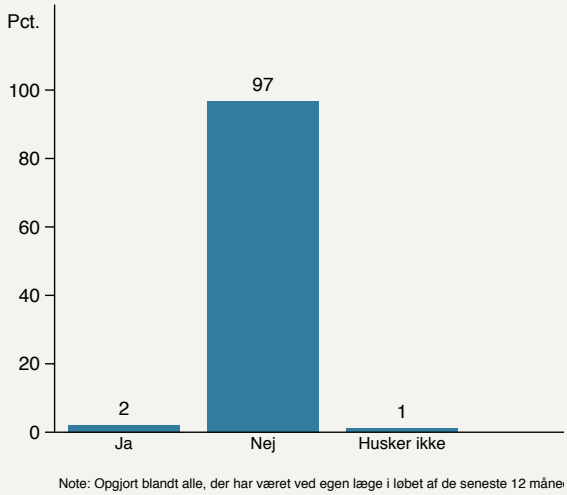
**Figur 3.7**
Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?




**Figur 3.8**
Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug –
i forhold til alkoholforbrug

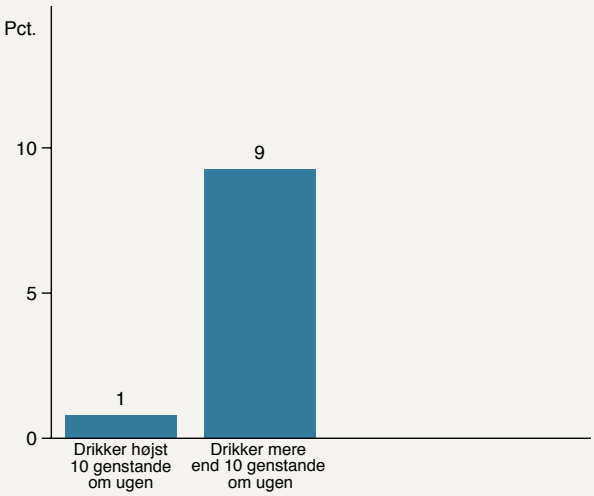



**Figur 3.9**
Har egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at nedsætte dit alkoholforbrug?




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måne

**Figur 3.10**
Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget – i forhold til alkoholforbrug




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

## Hvor mange vil nedsætte deres alkoholforbrug?

Figur 3.7 viser, at 6 % af befolkningen, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug.

Figur 3.8 viser i forlængelse heraf, at der er en stærk sammenhæng mellem alkoholforbrugets omfang og ønsket om at nedsætte forbruget af alkohol. Blandt personer, der drikker højst 10 genstande om ugen, ønsker 3 % at nedsætte alkoholforbruget, mens dette gælder for 23 % blandt personer, som drikker mere end 10 genstande om ugen.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning fra 19 % til 23 % i andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Der har ligeledes været en lille stigning i andelen blandt dem, der højst drikker 10 genstande om ugen. Se 3.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning fra 19 % til 23 % i andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Der har ligeledes været en lille stigning i andelen blandt dem, der højst drikker 10 genstande om ugen. Se figur 3.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har andelen, der ønsker at nedsætte alkoholforbruget, ikke ændret sig. Se 3.7.S i bind 2. ◄

## Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug

Figur 3.9 viser, at 2 % er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge inden for de seneste 12 måneder.

At figur 3.10 fremgår det, at 9 % blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge. Det samme gælder for 1 % blandt personer, der højst drikker 10 genstande om ugen.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Se figur 3.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen Se figur 3.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Se figur 3.8.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Der er 15 % af befolkningen i Region Midtjylland, som drikker mere end 10 genstande om ugen. Det er især mænd, unge og ældre, der drikker mere end 10 genstande om ugen. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et stort fald i andelen, som drikker mere end 10 genstande om ugen. Faldet er størst for personer i alderen 16-24 år (39 % til 18 %).

Andelen, der rusdrikker ugentligt, er 9 %, hvilket betyder, at de drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. Mænd er markant oftere rusdrikkere end kvinder, og den største andel af rusdrikkere findes blandt de unge i alderen 16-24 år. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt. Faldet har været særlig stort blandt de unge på 16-24 år (31 % til 17 %).

Blandt personer, som drikker mere end 10 genstande om ugen, ønsker knap hver fjerde at nedsætte deres alkoholforbrug. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en lille stigning i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, blandt dem, som drikker mere end 10 genstande om ugen.

Lidt under hver tiende af dem, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

## Referencer


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

2. Smyth A, Teo KK, Rangarajan S, O'Donnell M, Zhang X, Rana P, m.fl. Alcohol consumption and cardiovascular disease, cancer, injury, admission to hospital, and mortality: a prospective cohort study. The Lancet; 2015;386(10007):1945-1954.

3. Eliasen M, Becker U, Gronbaek M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. Eur J Epidemiol. 2014;29(1):15-26.

4. Rehm J, Gmel GE, Gmel G, m.fl. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease – an update. Addiction (Abingdon, England); 2017;112(6):968-1001.

5. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, Graham K, Irving H, Kehoe T, m.fl. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction (Abingdon, England). 2010;105(5):817-43.

6. Rehm J, Room R, Graham K, Monteiro M, Gmel G, Sempos CT. The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. Addiction (Abingdon, England). 2003;98(9):1209-28.

7. Shield KD, Parry C, Rehm J. Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol research: current reviews. 2013;35(2):155-73.

8. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Genève; 2018.

9. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. København: Forebyggelseskommissionen; 2009.

10. Jørgensen MB, Thygesen LC, Becker U, Tolstrup JS. Alcohol consumption and risk of unemployment, sickness absence and disability pension in Denmark: a prospective cohort study. Addiction 2017;112(10):1754-1764.

11. Christoffersen MN. Alkohols sociale konsekvenser. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

12. Inchley J, Currie D, Vieno A, Torsheim T, Ferreira-Borges C, Weber M, m.fl. Adolescent alcohol-related behaviours: trends and inequalities in the WHO European Region, 2002-2014. Observations from the Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) WHO collaborative cross-national study. København: WHO; 2018.

13. Bendtsen P, Mikkelsen SS, Tolstrup JS. Ungdomsprofilen 2014. Sundhedsadfærd, helbred og trivsel blandt elever på ungdomsuddannelser. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.

14. Bendtsen P. Unge og alkohol. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol – brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.

15. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelse på ældreområdet – håndbog til kommunerne. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

16. Sundhedsstyrelsen. Alkohol. Drikkemønstre blandt ældre. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

17. Ekholm O, Strandberg-Larsen K, Christensen K, Grønbæk M. Comparison of assessment methods for self-reported alcohol consumption in health interview surveys. Eur J Clin Nutr. 2008;62:286-291.

18. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2018

# 4. FYSISK AKTIVITET

En fysisk aktiv livsstil fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død (1-3). Fysisk aktivitet er desuden virkningsfuld som led i behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skelet-sygdomme og visse former for kræft (2).

Et nyt studie baseret på Copenhagen City Heart Study finder en U-formet sammenhæng mellem deltagelse i sport og idræt i fritiden og tidlig død (4). Den laveste risiko blev fundet i gruppen med 2,6-4,5 timers sport og idræt om ugen. Vidensråd for Forebyggelse finder imidlertid ikke en øvre grænse for, hvornår fysisk aktivitet har positive effekter på sundhed (5). Stillesiddende tid øger risikoen for tidlig død blandt midaldrende personer, mens fysisk aktivitet reducerer den sundhedsskadelige virkning af stillesiddende tid (6). Fysisk aktivitet har også en positiv indvirkning på mental sundhed (3); eksempelvis kan fysisk aktivitet reducere symptomer på angst og depression (7).

Tilsvarende har fysisk inaktivitet en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (3). Fysisk inaktivitet har således store konsekvenser for den enkelte og for samfundet. Sundhedsstyrelsen anslår, at fysisk inaktivitet i fritiden er årsag til ekstraomkostninger til behandling og pleje på 5,3 mia. kr. årligt samt et produktionstab på 12 mia. kr. årligt (8). Tilsvarende finder et hollandsk studie, at fysisk aktivitet og idrætsdeltagelse kan betyde en reduktion af sundhedsudgifterne (9).

## Anbefalinger for fysisk aktivitet

Sundhedsstyrelsen anbefaler mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen for voksne (3, 10). EU benytter samme anbefalinger for fysisk aktivitet (11). Der findes dog også andre anbefalinger for fysisk aktivitet. WHO samt de engelske, amerikanske og canadiske sundhedsmyndigheder anbefaler at være fysisk aktiv mindst 150 minutter/uge ved moderat intensitet eller mindst 75 minutter/uge ved høj intensitet (12-15).

## Social ulighed i fysisk aktivitet

Der er en betydelig social ulighed i fysisk aktivitet i Danmark (16, 17) og internationalt (18). I Danmark er der social ulighed i fysisk aktivitet blandt børn og unge baseret på forældrenes sociale klasse (19, 20). Den sociale ulighed i fysisk aktivitet har været stigende blandt voksne de senere år, og der er tegn på en polarisering med en stigende andel fysisk inaktive blandt personer med lav social status (17, 21). Den sociale ulighed i fysisk aktivitet blandt unge synes dog uændret siden 1990'erne (19).

## Forekomst af fysisk inaktivitet

Andelen af voksne, der er fysisk inaktive, er stigende i Region Midtjylland (21). Blandt danske 11-15-årige lever tre ud af fire ikke op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, aktivitetsniveauet falder med stigende alder, og der er en betydelig social gradient i fysisk aktivitet (20). Nogle internationale studier finder en stigende fysisk aktivitet i fritiden blandt voksne (22, 23), mens andre finder et fald i fysisk aktivitet (24). Eksempelvis finder et nyt svensk studie, at konditallet er faldet i de fleste erhvervsgrupper over de seneste 20 år (25).

## Fysisk aktivitet i fritid og arbejde

Fysisk aktivitet i fritiden har en entydig positiv effekt på sundhed, sygelighed og trivsel (3). For fysisk aktivitet i forbindelse med arbejde er svaret mindre entydigt (26, 27). I arbejdsmiljøforskningen har det længe været kendt, at fysisk (over)belastning ved arbejde er en risikofaktor for udvikling af muskel- og skeletbesvær (28, 29). En række nyere studier har desuden fundet, at fysisk aktivitet ved arbejde ikke har den samme sundhedsfremmende virkning som fysisk aktivitet i fritiden og måske ligefrem er sundhedsskadelig (26, 30-32). Dette skyldes sandsynligvis, at et fysisk krævende arbejde slider på kroppen, eksempelvis som følge af statisk arbejde i uhensigtsmæssige stillinger med ensidige og gentagne bevægelser samt manglende mulighed for pauser og restitution (26, 27, 33). Modsat er fysisk aktivitet i fritiden kendetegnet ved at være dynamisk og med brug af de store muskelgrupper med høj energi-

omsætning og høj puls samt med mulighed for restitution (26, 27). Dette er blevet beskrevet som "fysisk aktivitetsparadokset". Med udgangspunkt i paradokset arbejder Nationalt Center for Arbejdsmiljø med at udvikle sundhedsfremmende fysisk aktivitet på arbejdspladsen ud fra "Guldlok-princippet" (*ikke for meget, ikke for lidt, men lige tilpas*) (33, 34). Målet for indsatsen er – inden for de eksisterende arbejdsopgaver – at planlægge arbejdet, så det er sundhedsfremmende.

## Fremme af fysisk aktivitet

*Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet* indeholder en række anbefalinger for rammer, tilbud, information og undervisning samt tidlig opsporing (35). Sundhedsstyrelsen har desuden sat særligt fokus på omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet og peger blandt andet på følgende forhold, der fremmer fysisk aktivitet: 1) et stort antal destinationer i gå- og cykelafstand, 2) tilgængelige og store parker og grønne områder, 3) variation i aktivitetsmuligheder, 4) fokus på aktiv og offentlig transport, 5) destinationer og offentlig transport tæt på hjemmet, 6) sammenhængende og vedligeholdt infrastruktur, 7) fokus på sikkerhed og tryghed samt 8) behagelige og attraktive byrum (36).

På baggrund af nye internationale anbefalinger for stillesiddende aktivitet anbefales rådgivning om øget fysisk aktivitet at starte med at reducere stillesiddende aktivitet (37). Studier har vist, at stillesiddende tid i fritiden kan reduceres med op mod en halv time om dagen (38). De mest effektive indsatser indeholder et stort antal elementer – herunder feedback, målsætning, instruktion og brug af teknologi. Et nyt dansk studie blandt fysisk inaktive personer finder, at tidligere erfaringer med sport og motion er vigtige at tage hensyn til, når man planlægger indsatser for fysisk inaktive grupper (39).

En ny vejledning fra Public Health England anbefaler følgende til fremme af lighed i fysisk aktivitet i lokale indsatser: 1) partnerskaber med lokale aktører, 2) viden om lokalsamfundet, 3) forståelse for barrierer, 4) lokale rollemodeller, 5) fleksible indsatser med borgeren i centrum, 6) indsatser, der matcher borgernes behov, 7) helhedsorienteret tilgang (fysisk, psykisk, socialt), 8) evaluering af effekt og 9) partnerskaber med interessenter (40).

Aktiv transport i form af cykling og gang virker sundhedsfremmende og bidrager til at forebygge sygdom og tidlig død. Nyere studier finder en reduceret sygdomsrisiko som følge af cykling som transportform til daglige gøremål og som fritidsaktivitet (41, 42). Cykling reducerer desuden tidlig død blandt personer med type 2-diabetes (43). Øget fysisk aktivitet (i fritiden) forbedrer sundheden og reducerer forbruget af sundhedsydelser i den del af befolkningen, der bor i områder med lav socioøkonomisk status (9).

Arbejdspladsen kan fungere som arena for fremme af en sund livsstil. International forskning peger dog på, at der er begrænset effekt af indsatsen (44, 45), og at der er behov for at gentænke indsatsen – særligt når det gælder personer med lav socioøkonomisk status (46, 47).

## Nyere danske målinger af fysisk aktivitet

I de senere år er der blevet foretaget en række større undersøgelser af danskernes fysiske aktivitet. Det drejer sig blandt andet om *Danmark i bevægelse* (SDU), *Danskernes motions- og sportsvaner* (Idan) og *Bevæg dig for livet* (DGI/DIF). De forskellige undersøgelser kan anvendes sammen med *Hvordan har du det?* til at tegne et nuanceret billede af befolkningens fysiske aktivitetsniveau samt mulighederne for at fremme fysisk aktivitet.

## Måling af fysisk aktivitet under coronapandemien

COVID-19-nedlukningen under dataindsamlingen har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens fysiske aktivitetsniveau. To undersøgelser af danskernes fysiske aktivitet under nedlukningen i foråret 2020 finder, at en stor andel er mindre aktive under nedlukningen sammenlignet med før nedlukningen (48, 49). Undersøgelserne finder også, at en mindre andel har øget deres fysiske aktivitetsniveau. Dette bakkes også op af internationale studier (50). *I Hvordan har du det?* besvarede de fleste deltagere spørgeskemaet i februar og marts 2021 under den anden nationale nedlukning, hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien. Dette forventes at have betydning for resultaterne og dermed beskrivelsen af befolkningens fysiske aktivitetsniveau.

## Måling af fysisk aktivitet i *Hvordan har du det? 2021*

I *Hvordan har du det?* har der siden 2006 været et spørgsmål, der monitorerer Sundhedsstyrelsens anbefaling om mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen. I kapitlet er endvidere benyttet spørgsmål om idræt og motion i fritiden, cykling til og fra daglige gøremål, motivation for øget fysisk aktivitet og om råd fra egen læge om motion.

Det samlede fysiske aktivitetsniveau måles ved at spørge:

- Hvor mange dage om ugen er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?

Besvarelserne opgøres som antal dage om ugen med mindst 30 minutters fysisk aktivitet: 1) 0-1 dag om ugen, 2) 2-3 dage om ugen, 3) 4-5 dage om ugen og 4) 6-7 dage om ugen. Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner har fokus på de personer, der kun er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen. Disse personer betegnes fysisk inaktive.

Fysisk aktivitet i fritiden måles ved at spørge:

- Dyrker du idræt i din fritid, eller deltager du regelmæssigt i andre aktiviteter, der giver motion?

Aktiv transport med særligt fokus på cykling måles ved at spørge:

- På en almindelig uge: Hvor tit cykler du til og fra dine daglige gøremål?

Spørgsmålet stilles henholdsvis for vinter og sommer og opgøres som antal dage om ugen: 1) 0-1 dag om ugen, 2) 2-3 dage om ugen, 3) 4-5 dage om ugen og 4) 6-7 dage om ugen. Analyser opdelt på køn, alder og sociale forhold samt kommuner har fokus på de personer, der sjældent cykler. Spørgsmålet er kun stillet til respondenter på 25 år og derover i 2021.

Herudover spørges der:

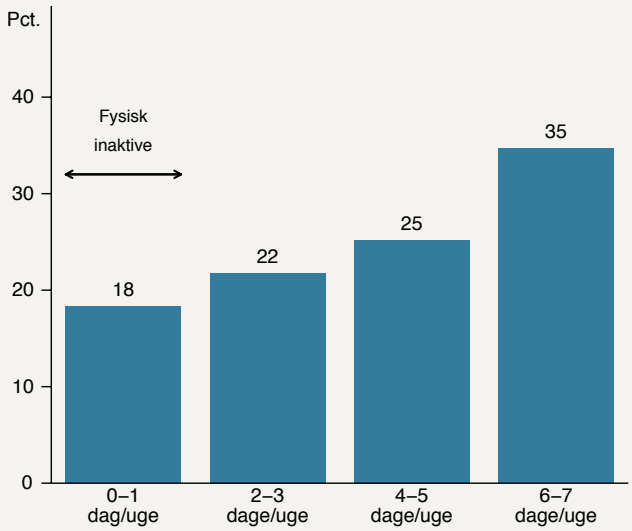
- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

### Fysisk aktivitet og coronapandemien

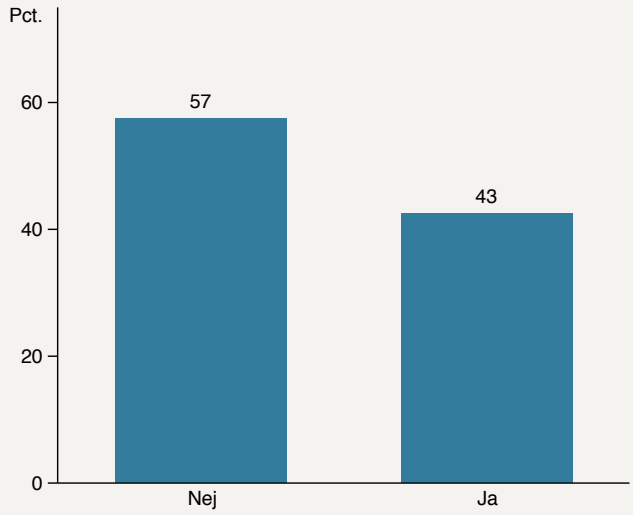
Det er vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen fra 2021 er indsamlet under coronapandemien. De fleste deltagere besvarede spørgeskemaundersøgelsen under den anden nationale nedlukning, hvor der gjaldt en række restriktioner og tiltag og hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne. Undersøgelsen fra 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen kan henføres til særlige levevilkår i en begrænset tidsperiode. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i befolkningens fysiske aktivitetsniveau skal derfor foretages med forsigtighed.

## Figur 4.1-4.4
Fysisk aktivitet i dagligdagen

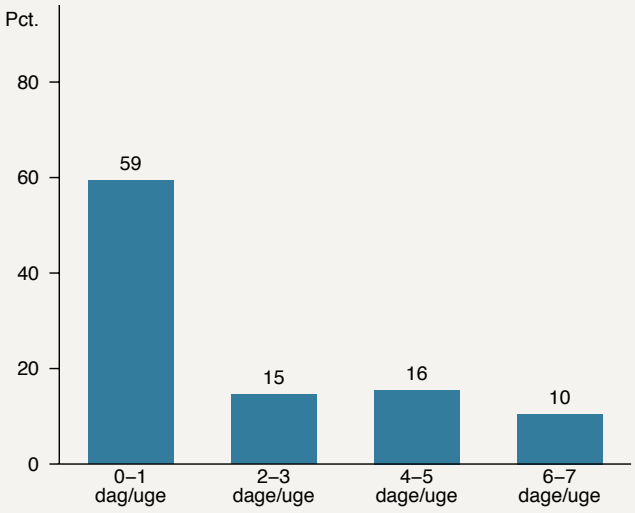
**Figur 4.1**
Hvor ofte er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen?



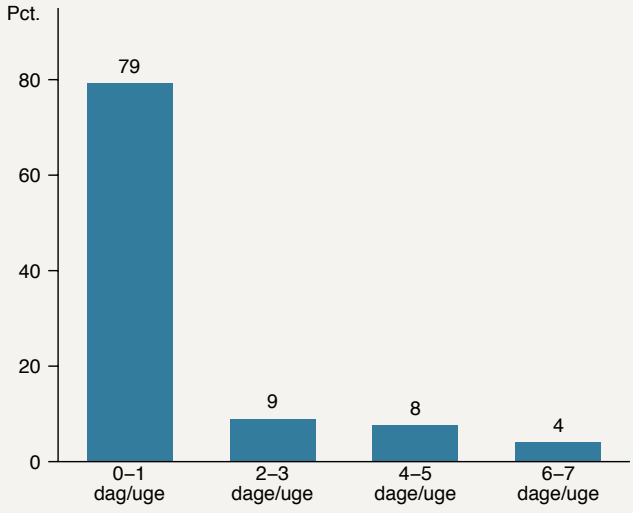

**Figur 4.2**
Dyrker du idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden?




**Figur 4.3**
Hvor ofte cykler du til og fra daglige gøremål om sommeren?




**Figur 4.4**
Hvor ofte cykler du til og fra daglige gøremål om vinteren?



## Hvor mange er fysisk inaktive?

Figur 4.1 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter, hvor mange dage om ugen man er fysisk aktiv i mindst 30 minutter om dagen: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen eller 6-7 dage om ugen. Spørgsmålet dækker moderat og hård fysisk aktivitet på arbejdet og i fritiden.

Der er 18 %, som er fysisk inaktive, idet de kun er fysisk aktive 0-1 dag om ugen i mindst 30 minutter om dagen. Der er 22 %, som er fysisk aktive i mindst 30 minutter om dagen i 2-3 dage om ugen, 25 % er fysisk aktive i 4-5 dage om ugen, og 35 % er fysisk aktive i 6-7 dage om ugen.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive. Samtidig har der været et fald i andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, og en stigning i andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Se figur 4.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er andelen af fysisk inaktive uændret. Der har været et fald i andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, og en stigning i andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Se figur 4.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af fysisk inaktive og andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen. Samtidig har der været en stigning i andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen og 6-7 dage om ugen. Se figur 4.1.S i bind 2. ◄

## Hvor mange motionerer ikke i fritiden?

Figur 4.2 viser, hvor stor en andel af befolkningen der deltager i idræt eller andre regelmæssige motions-aktiviteter i fritiden. Der er 57 % af befolkningen, som ikke dyrker idræt eller anden form for motion i fritiden.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Se figur 4.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Se figur 4.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden. Se figur 4.2.S i bind 2. ◄

## Hvor mange cykler ikke i dagligdagen?

Figur 4.3 og 4.4 viser befolkningen inddelt i fire grupper efter, hvor mange dage om ugen man cykler til og fra daglige gøremål henholdsvis om sommeren og om vinteren: 0-1 dag om ugen, 2-3 dage om ugen, 4-5 dage om ugen eller 6-7 dage om ugen.

Figur 4.3 viser, at der om sommeren er 59 %, som sjældent cykler, idet de kun cykler 0-1 dag om ugen. Der er 15 %, som cykler 2-3 dage om ugen, 16 %, som cykler 4-5 dage om ugen, og 10 %, som cykler 6-7 dage om ugen.

Figur 4.4 viser, at der om vinteren er 80 %, som sjældent cykler, idet de kun cykler 0-1 dag om ugen. Der er 9 %, som cykler 2-3 dage om ugen, 8 %, som cykler 4-5 dage om ugen, og 4 %, som cykler 6-7 dage om ugen.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der sjældent cykler, samt et fald i andelen, der cykler 6-7 dage/uge. Se figur 4.3.S og 4.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der sjældent cykler, samt et fald i andelen, der cykler 6-7 dage/uge. Se figur 4.3.S og 4.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der sjældent cykler, samt et fald i andelen, der cykler 6-7 dage/uge. Se figur 4.3.S og 4.4.S i bind 2. ◄

**Figur 4.5**
Fysisk inaktive og dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold

| | Fysisk inaktive | Dyrker ikke motion | Fysisk inaktive | Dyrker ikke motion |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 18 | 57 | 182.000 | 572.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 18 | 58 | 89.000 | 282.000 |
| Kvinde | 18 | 57 | 93.000 | 290.000 |
| **Alder** | | | | |
| 16-24 år | 16 | 53 | 22.000 | 70.000 |
| 25-34 år | 18 | 59 | 28.000 | 88.000 |
| 35-44 år | 18 | 55 | 25.000 | 76.000 |
| 45-54 år | 17 | 52 | 27.000 | 87.000 |
| 55-64 år | 17 | 60 | 26.000 | 95.000 |
| 65-74 år | 16 | 58 | 23.000 | 81.000 |
| 75+ år | 29 | 68 | 32.000 | 76.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 28 | 74 | 37.000 | 97.000 |
| Middel (11-14 år) | 18 | 59 | 74.000 | 246.000 |
| Højt (15+ år) | 15 | 49 | 43.000 | 142.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 17 | 52 | 17.000 | 54.000 |
| Beskæftigede | 15 | 53 | 77.000 | 282.000 |
| Arbejdsløse | 21 | 67 | 5.000 | 16.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 26 | 69 | 14.000 | 37.000 |
| Førtidspensionister | 33 | 74 | 15.000 | 35.000 |
| Efterlønsmodtagere | 14 | 55 | 1.700 | 6.700 |
| Folkepensionister | 23 | 63 | 50.000 | 135.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 18 | 57 | 159.000 | 509.000 |
| Anden vestlig | 18 | 58 | 8.300 | 27.000 |
| Ikke-vestlig | 25 | 63 | 15.000 | 36.000 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 16 | 54 | 99.000 | 338.000 |
| Lejer | 23 | 63 | 79.000 | 222.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 21 | 61 | 73.000 | 213.000 |
| Ja | 17 | 56 | 105.000 | 349.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 18 | 58 | 125.000 | 402.000 |
| Ja | 18 | 54 | 43.000 | 132.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Fysisk inaktivitet og manglende motion i fritiden – køn, alder og sociale forhold

Af figur 4.5 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der er fysisk inaktive, blandt følgende grupper:

- Personer på 75 år og derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever

Figur 4.5 viser endvidere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, blandt følgende grupper:

- Personer på 55-64 år og på 75 år og derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er ingen kønsforskelle i andelen, der er fysisk inaktiv, eller i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Alder. Andelen af personer, der er fysisk inaktive, er størst blandt personer på 75 år og derover og mindst blandt de 16-24-årige og de 45-74-årige. Andelen af personer, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er størst blandt personer i alderen 55-64 år og på 75 år og derover og mindst blandt de 16-24-årige og 35-54-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen, der er fysisk inaktiv, er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er størst blandt personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau. Både andelen af fysisk inaktive og andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er mindst blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af fysisk inaktive findes blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. De mindste andele findes blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere. De største andele, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, findes blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. førtidspensionister og folkepensionister. De mindste andele findes blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen, der er fysisk inaktiv, og andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med etnisk dansk baggrund.

Bolig. Der er en større andel personer, der bor i lejebolig, som er fysisk inaktive, og som ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som er fysisk inaktive, og som ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og fysisk inaktivitet. Der er en større andel blandt personer uden børn i hjemmet, som ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden 2010 til 2021 er andelen af fysisk inaktive steget for mænd, 16-24-årige og 65-74-årige, mens der har været et fald for de 35-44-årige. Endelig har der været en markant stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og et fald blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 4.5.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, for både mænd og kvinder, alle aldersgrupper under 75 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 4.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt mænd. Der har været en stigning blandt de 16-24-årige og et fald blandt de 35-54-årige. Endelig har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og et fald blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 4.5.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, på tværs af køn, aldersgrupper og uddannelsesniveau. Se figur 4.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt kvinder. Der har været et fald blandt de 35-54-årige og blandt personer med et middelhøjt og et højt uddannelsesniveau. Se figur 4.5.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, på tværs af køn, aldersgrupper og uddannelsesniveau. Se figur 4.7.S i bind 2. ◄

## Fysisk inaktivitet og manglende motion i fritiden – kommuner

Figur 4.6 viser andelen, der er fysisk inaktive, og andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, i følgende kommuner:

- Hedensted
- Lemvig
- Horsens

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden, i følgende kommuner:

- Lemvig
- Horsens
- Samsø
- Skive
- Struer
- Randers
- Norddjurs

Figur 4.6 viser, at andelen, der er fysisk inaktive, er mindre i Skanderborg og Aarhus Kommune end i hele regionen. Andelen af fysisk inaktive varierer fra 15 % i Skanderborg til 21 % i Hedensted, Horsens og Lemvig. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er mindre i Favrskov og Aarhus end i hele regionen. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden, varierer fra 53 % i Aarhus til 65 % i Norddjurs.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive i Hedensted og Herning Kommune. Se figur 4.6.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i samtlige kommuner, dog undtagen Samsø Kommune. Se figur 4.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive i Lemvig Kommune og et fald i Skanderborg Kommune. Se figur 4.6.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i samtlige kommuner. Se figur 4.8.S i bind 2. ◄

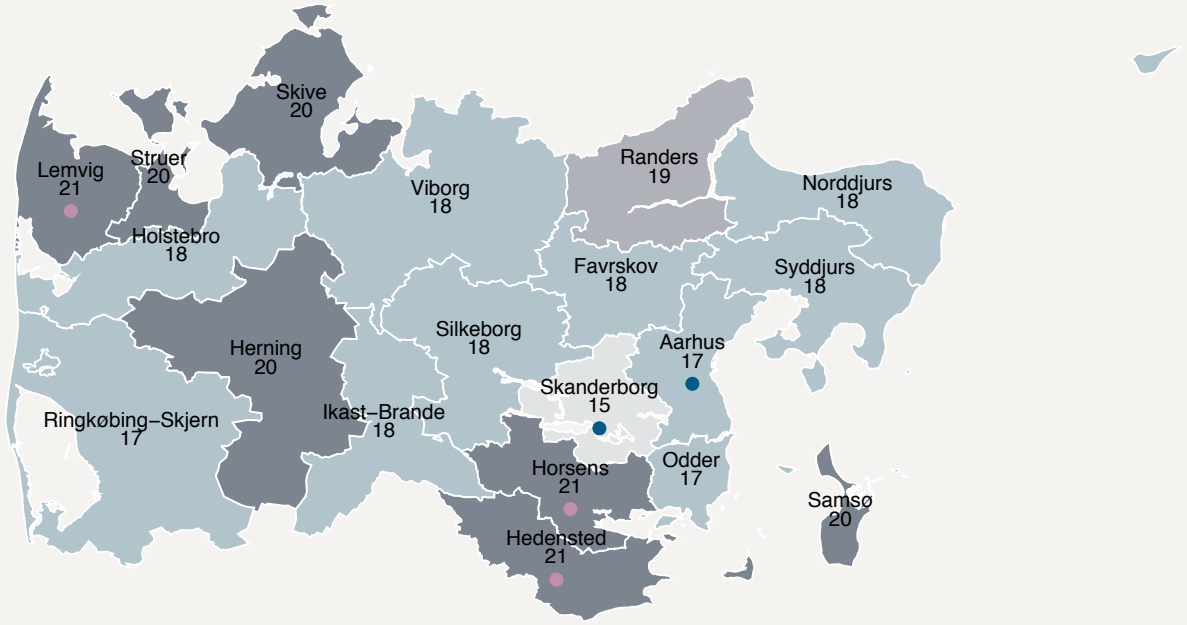
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern og Skanderborg Kommune. Se figur 4.6.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, i samtlige kommuner. Se figur 4.8.S i bind 2. ◄

**Figur 4.6**
Fysisk inaktive og dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden – kommuner

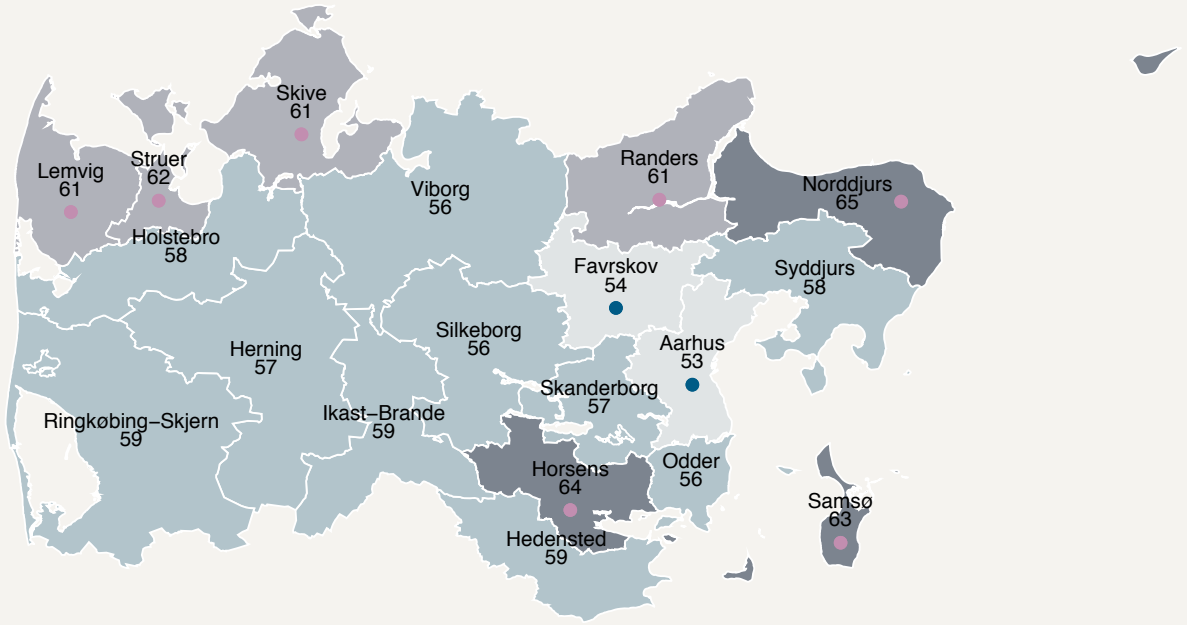
| | Fysisk inaktive | Dyrker ikke motion | Fysisk inaktive | Dyrker ikke motion |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Hedensted | 21 | 59 | 7.300 | 20.000 |
| Lemvig | 21 | 61 | 3.200 | 9.400 |
| Horsens | 21 | 64 | 14.000 | 43.000 |
| Samsø | 20 | 63 | 600 | 1.900 |
| Skive | 20 | 61 | 6.800 | 21.000 |
| Struer | 20 | 62 | 3.100 | 9.900 |
| Herning | 20 | 57 | 13.000 | 38.000 |
| Randers | 19 | 61 | 14.000 | 45.000 |
| Norddjurs | 18 | 65 | 5.200 | 19.000 |
| Holstebro | 18 | 58 | 7.800 | 25.000 |
| Viborg | 18 | 56 | 13.000 | 40.000 |
| Syddjurs | 18 | 58 | 5.900 | 19.000 |
| Silkeborg | 18 | 56 | 13.000 | 40.000 |
| Ikast-Brande | 18 | 59 | 5.500 | 18.000 |
| Favrskov | 18 | 54 | 6.300 | 19.000 |
| Aarhus | 17 | 53 | 46.000 | 143.000 |
| Odder | 17 | 56 | 3.000 | 9.800 |
| Ringkøbing-Skjern | 17 | 59 | 7.200 | 25.000 |
| Skanderborg | 15 | 57 | 7.100 | 26.000 |
| Region Midtjylland | 18 | 57 | 182.000 | 572.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

**Fysisk inaktive**




**Dyrker ikke idræt eller anden motion i fritiden**



**Figur 4.7**
Cykler sjældent til og fra daglige gøremål – køn, alder og sociale forhold

| | Sommer | Vinter | Sommer | Vinter |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 59 | 79 | 496.000 | 664.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 61 | 80 | 249.000 | 330.000 |
| Kvinde | 58 | 79 | 247.000 | 334.000 |
| **Alder** | | | | |
| 25-34 år | 52 | 71 | 77.000 | 106.000 |
| 35-44 år | 59 | 79 | 80.000 | 108.000 |
| 45-54 år | 62 | 82 | 101.000 | 133.000 |
| 55-64 år | 59 | 80 | 92.000 | 125.000 |
| 65-74 år | 56 | 79 | 74.000 | 105.000 |
| 75+ år | 72 | 87 | 72.000 | 87.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 69 | 84 | 84.000 | 103.000 |
| Middel (11-14 år) | 63 | 83 | 253.000 | 338.000 |
| Højt (15+ år) | 51 | 72 | 145.000 | 204.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 40 | 59 | 9.300 | 14.000 |
| Beskæftigede | 58 | 79 | 283.000 | 385.000 |
| Arbejdsløse | 59 | 76 | 13.000 | 17.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 61 | 81 | 23.000 | 30.000 |
| Førtidspensionister | 69 | 85 | 31.000 | 38.000 |
| Efterlønsmodtagere | 53 | 78 | 6.000 | 9.000 |
| Folkepensionister | 63 | 82 | 127.000 | 165.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 60 | 80 | 450.000 | 599.000 |
| Anden vestlig | 52 | 74 | 20.000 | 29.000 |
| Ikke-vestlig | 57 | 78 | 27.000 | 37.000 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 60 | 80 | 334.000 | 450.000 |
| Lejer | 59 | 77 | 154.000 | 202.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 62 | 79 | 149.000 | 192.000 |
| Ja | 58 | 79 | 341.000 | 464.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 60 | 79 | 337.000 | 450.000 |
| Ja | 57 | 79 | 128.000 | 176.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Cykling sommer og vinter – køn, alder og sociale forhold

Af figur 4.7 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren og om vinteren, i følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 45-54 år og på 75 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med etnisk dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig (kun vinter)
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever (kun sommer)
- Personer uden børn i hjemmet (kun sommer)

Køn. Der er en større andel, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren og om vinteren, blandt mænd end blandt kvinder.

Alder. Andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål både sommer og vinter, er størst blandt personer på 45-54 år og personer på 75 år og derover og mindst blandt de 16-24-årige og de 65-74-årige (kun sommer).

Uddannelsesniveau. Andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål både sommer og vinter, er størst blandt personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål både sommer og vinter, findes blandt førtidspensionister og folkepensionister. De mindste andele findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og efterlønsmodtagere (kun sommer).

Etnisk baggrund. Andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål både sommer og vinter, er størst blandt personer med etnisk dansk baggrund og mindst blandt personer med anden vestlig baggrund.

Bolig. Der er en større andel personer, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om vinteren, der bor i ejerbolig, end blandt personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en større andel, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren, blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Der er en større andel, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren, blandt personer, der ikke har børn i hjemmet, end blandt personer, der har børn i hjemmet.

## Cykling sommer og vinter – kommuner

Figur 4.8 viser andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren og vinteren, i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren og vinteren, i følgende kommuner:

- Syddjurs
- Favrskov
- Hedensted
- Randers
- Struer
- Skanderborg
- Odder
- Horsens
- Lemvig
- Silkeborg
- Skive
- Viborg
- Ikast-Brande (kun vinter)

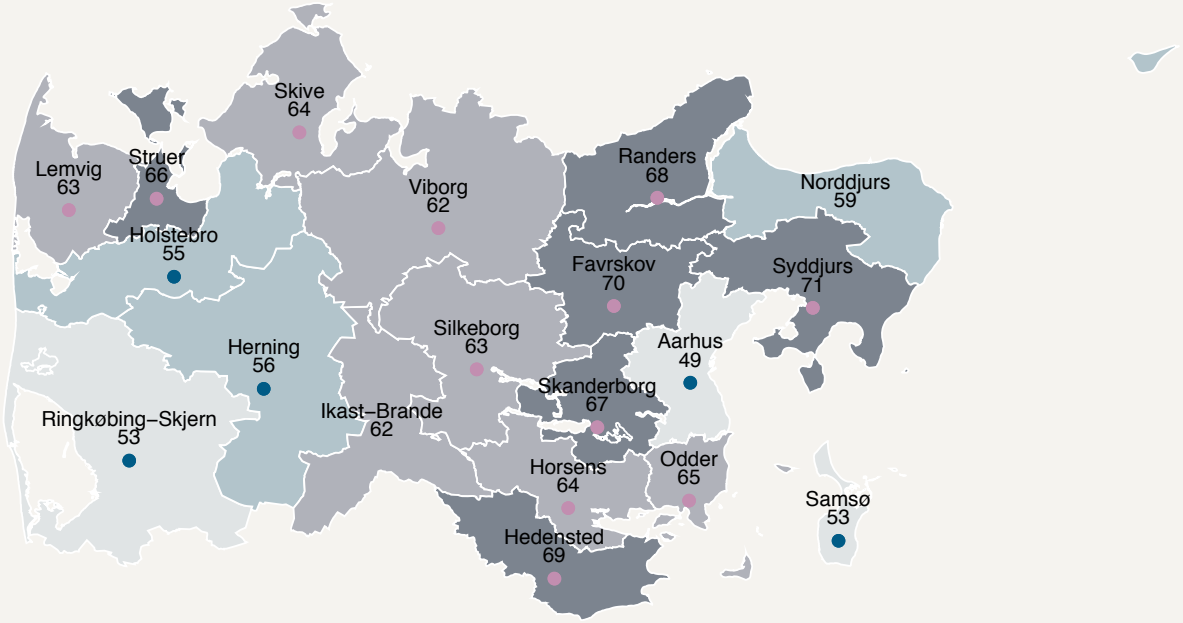
Figur 4.8 viser, at andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren og vinteren, er mindre i Herning (kun sommer), Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Samsø (kun sommer) og Aarhus end i hele regionen. Andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål om sommeren, varierer fra 49 % i Aarhus til 71 % i Syddjurs og om vinteren fra 68 % i Aarhus til 89 % i Syddjurs, Favrskov og Hedensted.

**Figur 4.8**
Cykler sjældent til og fra daglige gøremål – kommuner

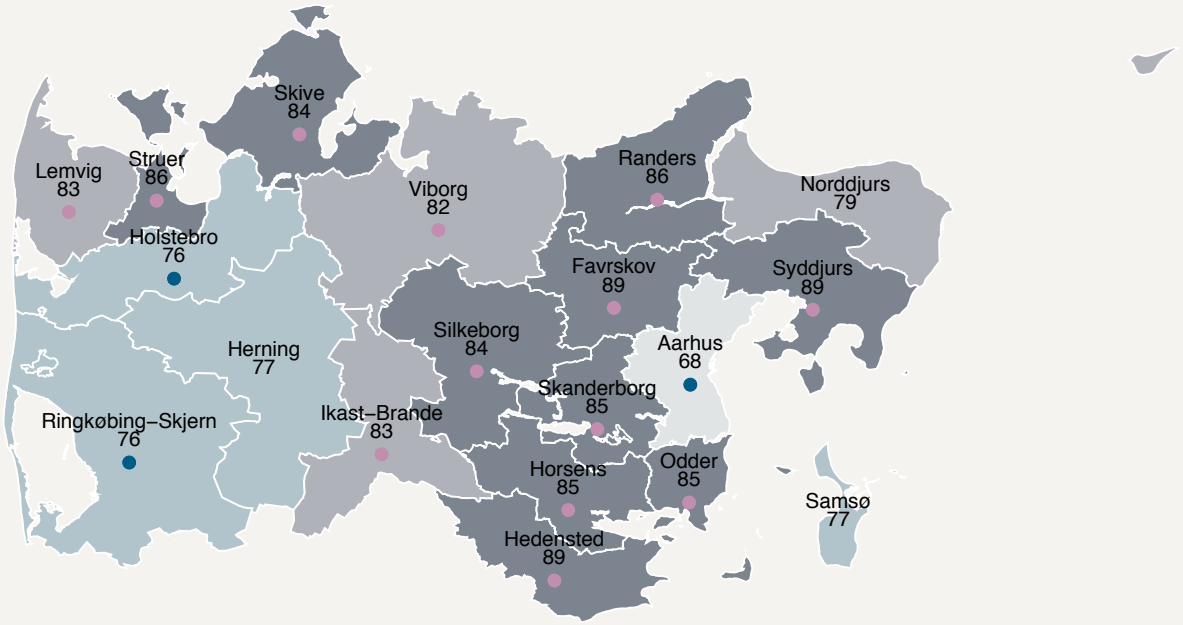
| | Sommer | Vinter | Sommer | Vinter |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Syddjurs | 71 | 89 | 20.000 | 26.000 |
| Favrskov | 70 | 89 | 22.000 | 28.000 |
| Hedensted | 69 | 89 | 21.000 | 27.000 |
| Randers | 68 | 86 | 42.000 | 54.000 |
| Struer | 66 | 86 | 8.900 | 12.000 |
| Skanderborg | 67 | 85 | 26.000 | 34.000 |
| Odder | 65 | 85 | 10.000 | 13.000 |
| Horsens | 64 | 85 | 36.000 | 48.000 |
| Lemvig | 63 | 83 | 8.300 | 11.000 |
| Silkeborg | 63 | 84 | 39.000 | 51.000 |
| Skive | 64 | 84 | 19.000 | 25.000 |
| Viborg | 62 | 82 | 38.000 | 50.000 |
| Ikast-Brande | 62 | 83 | 16.000 | 22.000 |
| Norddjurs | 59 | 79 | 14.000 | 19.000 |
| Herning | 56 | 77 | 31.000 | 44.000 |
| Holstebro | 55 | 76 | 20.000 | 28.000 |
| Ringkøbing-Skjern | 53 | 76 | 19.000 | 28.000 |
| Samsø | 53 | 77 | 1.400 | 2.100 |
| Aarhus | 49 | 68 | 103.000 | 144.000 |
| Region Midtjylland | 59 | 79 | 496.000 | 664.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

**Cykler sjældent til og fra daglige gøremål om sommeren**

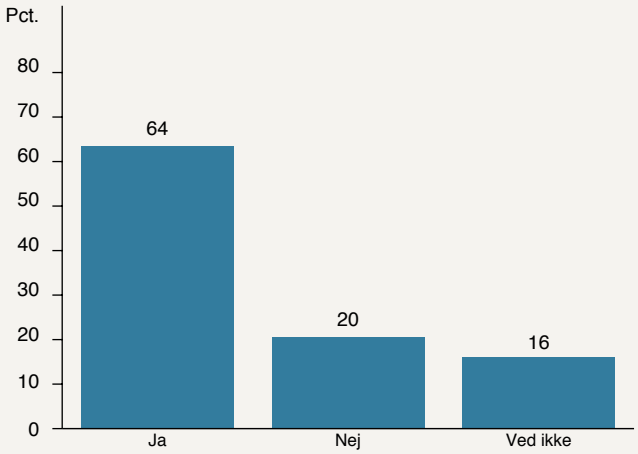



**Cykler sjældent til og fra daglige gøremål om vinteren**

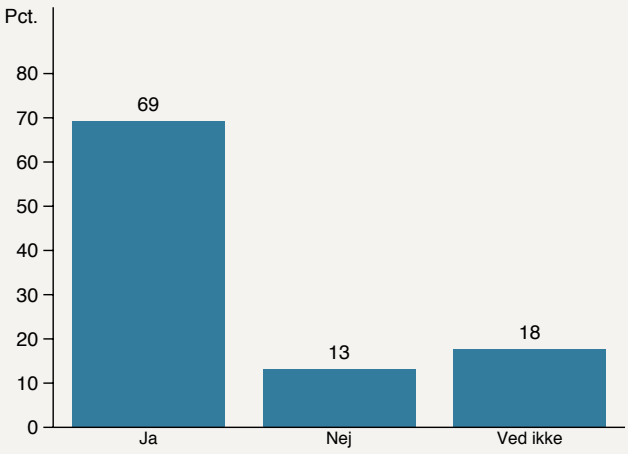


**Figur 4.9-4.10**
Ønske om at være mere fysisk aktiv

**Figur 4.9**
Ønske om at være mere fysisk aktiv




**Figur 4.10**
Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive




Note: Opgjort blandt fysisk inaktive personer (30 minutter om dagen 0–1 dag om ugen)

## Hvor mange vil gerne være mere fysisk aktive?

Figur 4.9 viser, at 64 % af befolkningen ønsker at være mere fysisk aktive, mens 20 % ikke ønsker at være mere fysisk aktive, og 16 % er uafklarede. Det svarer til, at omtrent 633.000 personer ønsker at være mere fysisk aktive.

Der er samtidig en meget stor andel af de personer, der er fysisk inaktive, som ønsker at være mere fysisk aktive.

Figur 4.10 viser, at det er 69 % af de fysisk inaktive, som ønsker at være mere fysisk aktive, og kun 13 %, som ikke ønsker at være mere fysisk aktive. Det svarer til, at omtrent 125.000 fysisk inaktive personer ønsker at være mere fysisk aktive.

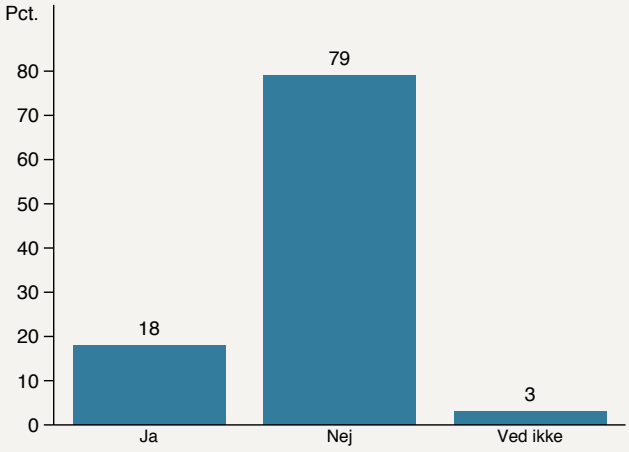
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet i hele befolkningen og blandt de fysisk inaktive. Se figur 4.9.S og 4.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, faldet i hele befolkningen og blandt de fysisk inaktive. Se figur 4.9.S og 4.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, steget. Dog er andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive blandt de fysisk inaktive, faldet en smule. Se figur 4.9.S og 4.10.S i bind 2. ◄

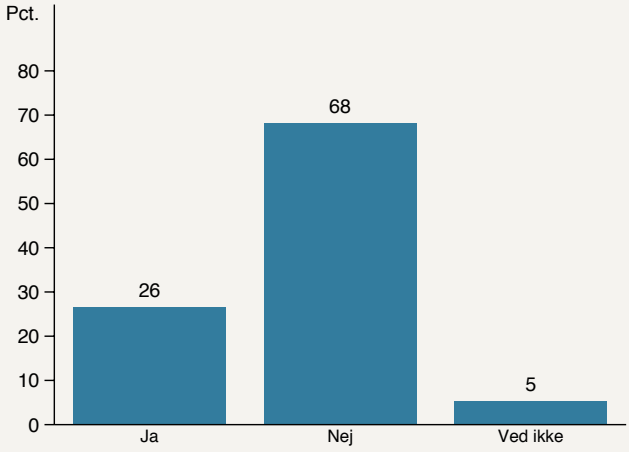
**Figur 4.11-4.12**
Råd fra egen læge om at dyrke motion

**Figur 4.11**
Råd fra egen læge om at dyrke motion




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

**Figur 4.12**
Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt de fysisk inaktive




Note: Opgjort blandt alle fysisk inaktive personer, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder



## Råd fra egen læge om at dyrke motion

Figur 4.11 viser andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, blandt dem, der har været hos lægen inden for det seneste år. Der er 18 %, som har fået råd om at dyrke motion, og 79 % har ikke fået råd om at dyrke motion.

Figur 4.12 viser andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, blandt de fysisk inaktive, som har været til læge inden for det seneste år. Figur 4.12 viser, at blandt de fysisk inaktive har 26 % fået råd om at dyrke motion, og 68 % har ikke har fået råd om at dyrke motion.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 er der sket et lille fald i andelen, der ikke har fået råd om at dyrke motion. Samtidig ses en stigning i andelen, der har fået råd om at dyrke motion, blandt de fysisk inaktive. Se figur 4.11.S og 4.12.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er andelen, der er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, uændret i hele befolkningen og blandt de fysisk inaktive. Se figur 4.11.S og 4.12.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 er der sket et lille fald i andelen, der ikke har fået råd om at dyrke motion. Andelen, som er blevet rådet til at dyrke motion blandt de fysisk inaktive, er steget. Se figur 4.11.S og 4.12.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

I Region Midtjylland er lidt mindre end hver femte fysisk inaktiv og har således højest 1 dag om ugen, hvor de er fysisk aktive i mere end 30 minutter på arbejdet og i fritiden. Lidt flere end en tredjedel er fysisk aktive dagligt eller næsten dagligt. Samtidig dyrker næsten 6 ud af 10 ikke idræt eller anden form for motion i fritiden, 6 ud af 10 cykler højst 1 dag om ugen om sommeren, mens det om vinteren er 8 ud af 10. Samlet set giver det et billede af en høj forekomst af fysisk inaktivitet i hverdagen.

Der er en del variation mellem kommunerne med hensyn til fysisk aktivitet, deltagelse i idræt eller anden motion og cykling. Variationen er større på tværs af køn, alder og sociale forhold end mellem kommunerne. Dog er det tydeligt, at der er nogle kommuner, hvor kun en lille andel cykler til og fra daglige gøremål uanset årstiden, og at denne andel er væsentligt højere i andre kommuner.

Den del af befolkningen, der er fysisk inaktive, ikke dyrker idræt eller motion og sjældent cykler, er kendetegnet ved en høj andel af personer, der er 75 år eller derover, har lavt uddannelsesniveau, er arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, folkepensionister, har en ikke-vestlig baggrund (gælder dog ikke for cykling), bor i lejebolig og bor uden ægtefælle/samlever og børn. For cykling gælder det også for personer med middelhøjt uddannelsesniveau og personer med etnisk dansk baggrund.

Flere end 6 ud af 10 ønsker at være mere fysisk aktive, og blandt de fysisk inaktive er det 7 ud af 10. Hver femte har i løbet af det seneste år fået råd af egen læge om at motionere, og blandt de fysisk inaktive er det sket for hver fjerde.

I perioden 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive personer, dog har der fra 2017 til 2021 været et fald i andelen af fysisk inaktive. Over hele perioden 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen i 4-5 og 6-7 dage om ugen. Der er således en tendens til en polarisering med en større andel inaktive og en større andel meget aktive. I samme periode har der været en markant stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden. Der har også været en stigning i andelen, der sjældent cykler til og fra daglige gøremål.

COVID-19-nedlukningen i foråret 2021 har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Det er ikke muligt at fastslå, hvor stor en del af ændringerne der kan tilskrives reelle ændringer over tid, og hvor stor en del der kan tilskrives den aktuelle situation under COVID-19-nedlukningen.

## Referencer


1. Warburton DER, Bredin SSD. Health benefits of physical activity: a systematic review of current systematic reviews. Curr Opin Cardiol. 2017;32(5):541-56.

2. Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande. 1.2 ed. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

3. Pedersen BK, Andersen LB. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

4. Schnohr P, O'Keefe JH, Lavie CJ, Holtermann A, Lange P, Jensen GB, m.fl. U-Shaped Association Between Duration of Sports Activities and Mortality: Copenhagen City Heart Study. Mayo Clin Proc. 2021;96(12):3012-20.

5. Overgaard K, Andersen LJ, Grønbæk M, Lichenstein MB, Nielsen RØ, Pedersen BK, m.fl. Supermotionisme. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021.

6. Ekelund U, Tarp J, Fagerland MW, Johannessen JS, Hansen BH, Jefferis BJ, m.fl. Joint associations of accelerometer-measured physical activity and sedentary time with all-cause mortality: a harmonised meta-analysis in more than 44 000 middle-aged and older individuals. British Journal of Sports Medicine. 2020;54(24):1499.

7. Román JEI, Jezek AH, Hansen SMB, Møller SR, Petersen CB. Fysisk aktivitets betydning for angst og depression. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.

8. 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.

9. de Boer WIJ, Dekker LH, Koning RH, Navis GJ, Mierau JO. How are lifestyle factors associated with socioeconomic differences in health care costs? Evidence from full population data in the Netherlands. Preventive Medicine. 2020;130:105929.

10. Anbefalinger om fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

11. EU Physical Activity Guidelines. Bruxelles: European Union; 2008.

12. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services; 2018.

13. Physical activity guidelines for adults aged 19 to 64. London: National Health Service.

14. Canadian 24-Hour Movement Guidelines for Adults aged 18-64 years: An Integration of Physical Activity, Sedentary Behaviour, and Sleep. Ottawa, Ontario: Canadian Society for Exercise Physiology; 2021.

15. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genève: World Health Organization; 2020.

16. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København; 2018.

17. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, m.fl. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

18. Moreno-Llamas A, García-Mayor J, De la Cruz-Sánchez E. Physical activity barriers according to social stratification in Europe. International Journal of Public Health. 2020;65(8):1477-84.

19. Johnsen NF, Toftager M, Melkevik O, Holstein BE, Rasmussen M. Trends in social inequality in physical inactivity among Danish adolescents 1991–2014. SSM - Population Health. 2017;3:534-8.

20. Toftager M, Brønd JC. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15-årige – National monitorering med objektive målinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

21. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A, m.fl. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

22. Morseth B, Hopstock LA. Time trends in physical activity in the Tromsø study: An update. PLoS One. 2020;15(4):e0231581.

23. Griffin A, Roselli T, Clemens SL. Trends in Total Physical Activity Time, Walking, and Vigorous Physical Activity Time in Queensland Adults From 2004-2018. J Phys Act Health. 2020;17(6):592-602.

24. 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. Lancet Glob Health. 2018;6(10):e1077-e86.

25. Väisänen D, Kallings LV, Andersson G, Wallin P, Hemmingsson E, Ekblom-Bak E. Cardiorespiratory Fitness in Occupational Groups—Trends over 20 Years and Future Forecasts. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(16).

26. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K, Sjøgaard G. The health paradox of occupational and leisure-time physical activity. British Journal of Sports Medicine. 2012;46(4):291.

27. 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.

28. da Costa BR, Vieira ER. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: A systematic review of recent longitudinal studies. Am J Ind Med. 2010;53(3):285-323.

29. Martinez Gomez D, Coenen P, Celis-Morales C, Mota J, Rodriguez-Artalejo F, Matthews C, m.fl. Lifetime high occupational physical activity and total and cause-specific mortality among 320 000 adults in the NIH-AARP study: a cohort study. Occup Environ Med. 2021.

30. Hallman DM, Birk Jørgensen M, Holtermann A. On the health paradox of occupational and leisure-time physical activity using objective measurements: Effects on autonomic imbalance. PLoS One. 2017;12(5):e0177042.

31. Coenen P, Huysmans MA, Holtermann A, Krause N, van Mechelen W, Straker LM, et al. Do highly physically active workers die early? A systematic review with meta-analysis of data from 193 696 participants. Br J Sports Med. 2018;52(20):1320-6.

32. Fimland MS, Vie G, Holtermann A, Krokstad S, Nilsen TIL. Occupational and leisure-time physical activity and risk of disability pension: prospective data from the HUNT Study, Norway. Occup Environ Med. 2018;75(1):23-8.

33. Straker L, Mathiassen SE, Holtermann A. The 'Goldilocks Principle': designing physical activity at work to be 'just right' for promoting health. British Journal of Sports Medicine. 2018;52(13):818.

34. Holtermann A, Mathiassen SE, Straker L. Promoting health and physical capacity during productive work: the Goldilocks Principle. Scand J Work Environ Health. 2019;45(1):90-7.

35. Forebyggelsespakke – Fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

36. Thagaard TT, Troelsen J. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet - Litteraturstudie af sammenhængen mellem byens indretning og fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.

37. Dogra S, Copeland JL, Altenburg TM, Heyland DK, Owen N, Dunstan DW. Start with reducing sedentary behavior: A stepwise approach to physical activity counseling in clinical practice. Patient Educ Couns. 2021.

38. Curran F, Blake C, Cunningham C, Perrotta C, van der Ploeg H, Matthews J, m.fl. Efficacy, characteristics, behavioural models and behaviour change strategies, of non-workplace interventions specifically targeting sedentary behaviour; a systematic review and meta-analysis of randomised control trials in healthy ambulatory adults. PLoS One. 2021;16(9):e0256828.

39. Elsborg P, Heinze C, Melby P, Nielsen G, Bentsen P, Ryom K. Associations between previous sport and exercise experience and physical literacy elements among physically inactive Danes. BMC Public Health. 2021;21.

40. Jackson J, Roscoe C, Mourton N. Understanding and addressing inequalities in physical activity. London: Public Health england; 2021.

41. Grøntved A, Koivula RW, Johansson I, Wennberg P, Østergaard L, Hallmans G, m.fl. Bicycling to Work and Primordial Prevention of Cardiovascular Risk: A Cohort Study Among Swedish Men and Women. J Am Heart Assoc. 2016;5(11).

42. Blond K, Jensen MK, Rasmussen MG, Overvad K, Tjønneland A, Østergaard L, m.fl. Prospective Study of Bicycling and Risk of Coronary Heart Disease in Danish Men and Women. Circulation. 2016;134(18):1409-11.

43. Ried-Larsen M, Rasmussen MG, Blond K, Overvad TF, Overvad K, Steindorf K, m.fl. Association of Cycling With All-Cause and Cardiovascular Disease Mortality Among Persons With Diabetes: The European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition (EPIC) Study. JAMA Intern Med. 2021;181(9):1196-205.

44. Bordado Sköld M, Bayattork M, Andersen LL, Schlünssen V. Psychosocial effects of workplace exercise - A systematic review. Scand J Work Environ Health. 2019;45(6):533-45.

45. Sundstrup E, Seeberg KGV, Bengtsen E, Andersen LL. A Systematic Review of Workplace Interventions to Rehabilitate Musculoskeletal Disorders Among Employees with Physical Demanding Work. J Occup Rehabil. 2020;30(4):588-612.

46. Coenen P, Robroek SJW, van der Beek AJ, Boot CRL, van Lenthe FJ, Burdorf A, m.fl. Socioeconomic inequalities in effectiveness of and compliance to workplace health promotion programs: an individual participant data (IPD) meta-analysis. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. 2020;17(1):112.

47. Robroek SJ, Coenen P, Oude Hengel KM. Decades of workplace health promotion research: marginal gains or a bright future ahead. Scand J Work Environ Health. 2021;47(8):561-4.

48. Matthiessen J, Biltoft-Jensen A, Stockmarr A, Fagt S, Christensen T. Voksne danskeres kost- og aktivitetsvaner under den første nationale COVID-19-nedlukning i foråret 2020. København: DTU Fødevareinstituttet; 2021.

49. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Coronas påvirkning på det fysiske aktivitetsniveau. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund; 2021.

50. Wilke J, Mohr L, Tenforde AS, Edouard P, Fossati C, González-Gross M, m.fl. A Pandemic within the Pandemic? Physical Activity Levels Substantially Decreased in Countries Affected by COVID-19. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(5).

# 5. KOST

Kosten spiller en stor rolle i befolkningens overordnede sundhedstilstand (1-3). Usund kost er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes (4-6), hjerte-kar-sygdomme (4, 5, 7) og kræft (8). Modsat er en sund kost, der er karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, forbundet med en længere levealder og sund aldring (1, 9).

Det er kendetegnende for danskernes kostvaner, at der er et for stort indtag af fedt – særligt i forhold til mættet fedt – ligesom kosten generelt indeholder for meget sukker og for lidt fiber (10).

## Social ulighed i kost

Der er stor social ulighed i kostvaner (11-14), og undersøgelser peger blandt andet på, at der er en sammenhæng mellem lav indkomst, lavt uddannelsesniveau og en mindre næringsrig kost (11). Dertil ses det, at personer med et højt uddannelsesniveau generelt spiser mere frugt og grønt end personer med et lavt uddannelsesniveau (14).

## Fødevarestyrelsens kostråd

Fødevarestyrelsen har 7 officielle kostråd, som blev meldt ud i 2021 (15) (Se boks 5.1). Efterlevelse af kostrådene kan betragtes som en rettesnor til at få en sund og klimavenlig balance i det, man spiser og drikker. Hvis man spiser og drikker efter kostrådene, vil kroppen få dækket behovet for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer, og det vil være lettere at holde en sund vægt. Samtidig nedsættes risikoen for livsstilsrelaterede sygdomme som fx hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og visse typer af kræft.

**Boks 5.1**
**Fødevarestyrelsens kostråd**

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

## Hvordan forbedres befolkningens kostmønster?

Der er samlet set et stort sundhedsmæssigt potentiale i at forbedre befolkningens kostvaner. For de personer, der gerne vil spise mere sundt, kan en øget tilgængelighed af sunde fødevarer, færdigretter og delvist tilberedte retter være en mulighed for at gøre de sunde valg lettere (16). Det er ligeledes vigtigt, at den sunde kost smager godt og ikke er for dyr (17). Desuden er det vigtigt at udbrede viden om, hvad der er sund og usund kost, i alle dele af befolkningen, så borgerne ved, hvordan man spiser sundt.

De officielle råd om sund kost er mere komplekse end rådene vedrørende rygning, alkohol og fysisk aktivitet, hvilket i sig selv gør dem svære at følge. Hertil kommer, at kost traditionelt er et område, hvor der i medierne gives mange og ofte modstridende råd om, hvad man bør spise eller undlade at spise. Det kan være svært at navigere imellem de mange kostråd og vide, om disse råd bygger på forskningsmæssig viden eller ej. Det kan derfor være svært at vurdere, om egne kostvaner er sunde eller usunde, ligesom nogen måske er forvirrede over de mange forskellige informationer om kost, de møder i dagligdagen, og derfor mister interessen for at ændre kostvaner (15, 17).

Kommunale indsatser kan være med til at påvirke befolkningens kostmønster i en positiv retning. Sundhedsstyrelsen anbefaler i Forebyggelsespakke – Mad og Måltider, at kommunerne iværksætter indsatser for borgerne om sund mad og måltider, som involverer indsatsområderne: rammer, tilbud og tidlig opsporing samt information og undervisning (18). I forhold til indsatsområdet 'rammer' anbefales det blandt andet at oprette handleplaner for mad og måltider i skolerne, mens det under indsatsområdet 'tilbud og tidlig opsporing' anbefales at sætte fokus på sund mad og måltidsvaner i forbindelse med forebyggende hjemmebesøg hos ældre. Under indsatsområdet 'information og undervisning' fremhæves det, at kommunerne bør informere borgerne om sund mad og livsstil, eksempelvis på kommunens hjemmeside. Fødevarestyrelsen

har desuden oprettet hjemmesiden www.altomkost.dk, hvor aktuel viden om mad, måltider og motion er samlet med henblik på at guide borgerne. På hjemmesiden findes information om de officielle kostråd, idéer til en sund hverdag og opskrifter, ligesom der kan indhentes information om mærkningsordninger for sund mad.

## Måling af befolkningens kostmønster

I dette kapitel beskrives befolkningens kostvaner ved hjælp af en kostscore, der er udviklet ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og Afdeling for Klinisk Epidemiologi, Region Hovedstaden (19). Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. Den bygger på 24 spørgsmål om spisevaner opdelt på fire kostkomponenter: frugt, grønt, fisk og fedt. På baggrund af indtaget af de fire kostkomponenter er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det er muligt at score mellem 0 og 8 point. På baggrund af dette inddeles befolkningen i personer, der har 1) et sundt kostmønster, 2) et kostmønster med sunde og usunde elementer og 3) et usundt kostmønster.

- *Sundt kostmønster (6-8 point)* består generelt af 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 med et sundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger flere af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der i et forebyggelsesperspektiv ikke er behov for forbedring af kostvanerne.

- *Kostmønster med sunde og usunde elementer (3-5 point)* består af 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. Gruppen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er kendetegnet ved, at de følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, men at der samtidig er plads til forbedringer af kostvanerne.

- *Usundt kostmønster (0-2 point)* består generelt af meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen med et usundt kostmønster er kendetegnet ved, at de følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, hvorfor der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Den overordnede udvælgelse af de fire kostkomponenter samt konstrueringen af pointsystemet til kostscoren er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdomme (19). Kostscoren afspejler således ikke, om kostmønsteret er hensigtsmæssigt i forhold til forebyggelse af andre kostrelaterede sygdomme. Dog vil et kostmønster, der forebygger hjerte-kar-sygdomme, til dels også virke forebyggende på overvægt og andre livsstilsrelaterede sygdomme.

I det følgende belyses befolkningens kostvaner. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland som har et usundt kostmønster. Andelen med usundt kostmønster beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi.

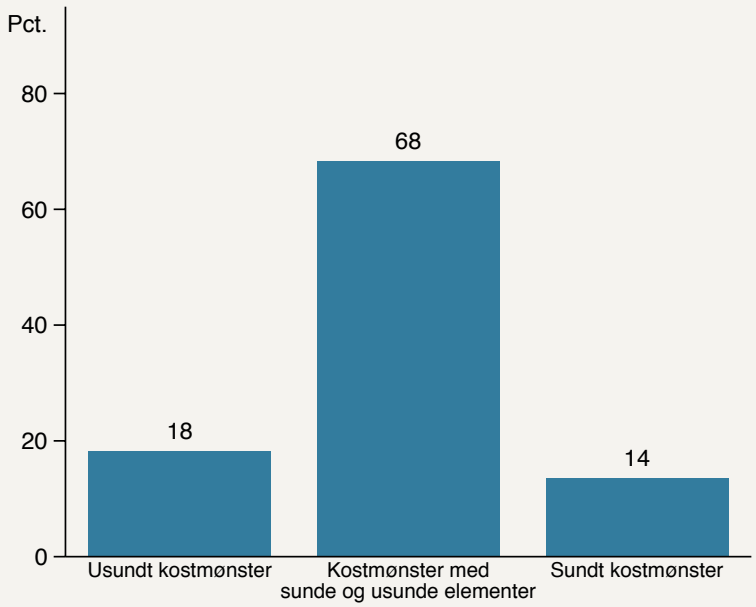
Foruden de spørgsmål, der er relateret til kostscoren, anvendes følgende spørgsmål til at belyse befolkningens motivation for at spise mere sundt:

- Vil du gerne spise mere sundt?

**Boks 5.2**
**Fejl i tidligere opgørelser af kostscore**

Der har desværre været en fejl i opgørelserne af kostscoren i de tidligere *Hvordan har du det?*-rapporter for Region Midtjylland (år 2010, 2013 og 2017). På grund af en fejl i algoritmen bag kostscoren i Region Midtjylland er andelen med et usundt kostmønster således blevet opgjort som værende lidt lavere, end det faktisk var tilfældet.

**Figur 5.1**
Kostmønstre



## Hvor mange har et usundt kostmønster?

Figur 5.1 viser, at andelen med et usundt kostmønster er 18 %, hvilket svarer til omtrent 179.000 personer i Region Midtjylland. Dertil viser figuren, at andelen med et kostmønster, der både indeholder sunde og usunde elementer, er 68 %, og at andelen med et sundt kostmønster er 14 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 14 % til 18 %. Se figur 5.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster fra 15 % til 18 %. Se figur 5.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været en ændring i andelen med et usundt kostmønster. Se figur 5.1.S i bind 2. ◄

**Figur 5.2**
Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 18 | 179.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 23 | 110.000 |
| Kvinde | 14 | 69.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 22 | 29.000 |
| 25-34 år | 18 | 27.000 |
| 35-44 år | 18 | 25.000 |
| 45-54 år | 20 | 34.000 |
| 55-64 år | 16 | 26.000 |
| 65-74 år | 15 | 21.000 |
| 75+ år | 17 | 18.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 27 | 34.000 |
| Middel (11-14 år) | 20 | 83.000 |
| Højt (15+ år) | 10 | 28.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 19 | 20.000 |
| Beskæftigede | 17 | 91.000 |
| Arbejdsløse | 22 | 5.300 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 23 | 12.000 |
| Førtidspensionister | 28 | 13.000 |
| Efterlønsmodtagere | 15 | 1.800 |
| Folkepensionister | 16 | 33.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 19 | 169.000 |
| Anden vestlig | 10 | 4.700 |
| Ikke-vestlig | 9 | 5.200 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 16 | 99.000 |
| Lejer | 22 | 75.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 23 | 77.000 |
| Ja | 16 | 98.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 19 | 128.000 |
| Ja | 16 | 39.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Usundt kostmønster – køn, alder og sociale forhold

Af figur 5.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med et usundt kostmønster blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 45-54 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en væsentlig større andel af mænd end kvinder med et usundt kostmønster.

Alder. De største andele med et usundt kostmønster er blandt de 16-24-årige og de 45-54-årige, mens de mindste andele ses blandt de 55-74-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med et usundt kostmønster falder med et stigende uddannelsesniveau. Således er andelen 27 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau, hvorimod dette kun gælder for 10 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele med et usundt kostmønster er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Der er en mindre andel, der har usundt kostmønster, blandt beskæftigede og folkepensionister, end det er tilfældet i hele befolkningen.

Etnisk baggrund. Andelen med et usundt kostmønster er størst blandt personer med dansk baggrund. Der er en mindre andel med et usundt kostmønster blandt personer med vestlig og ikke-vestlig baggrund end i hele befolkningen.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Der er en større andel af personer uden børn i hjemmet med et usundt kostmønster, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

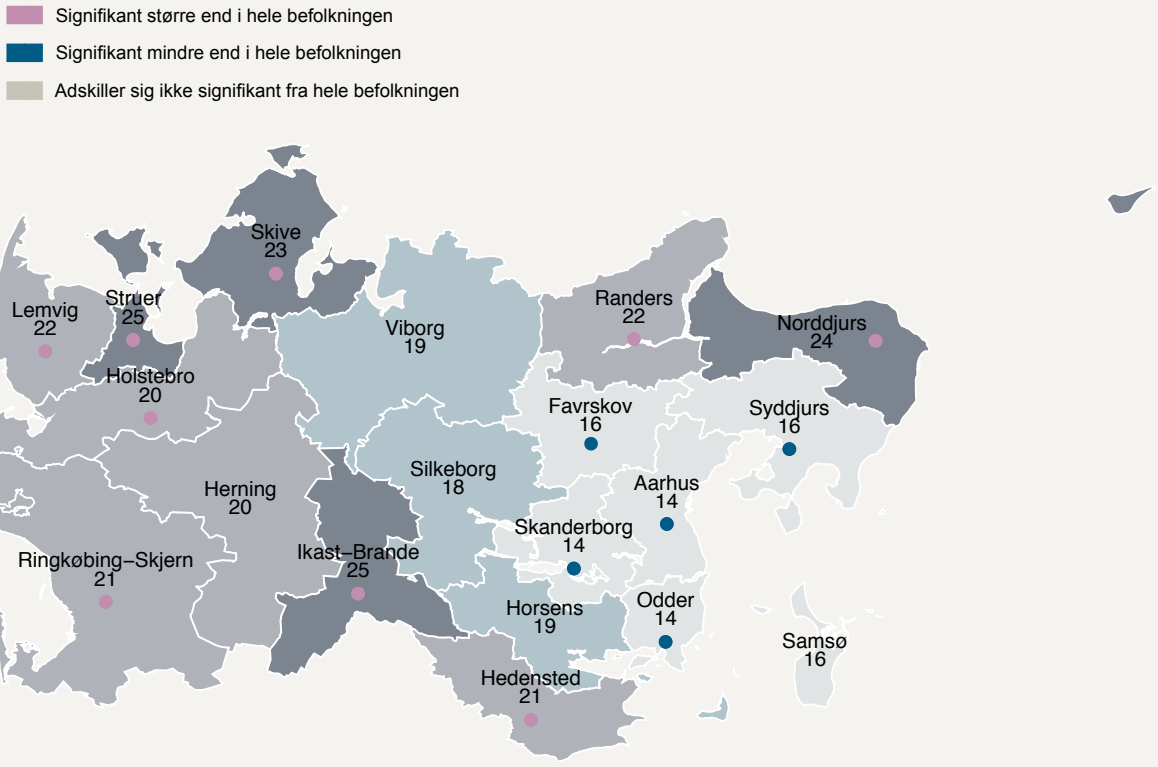
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år og 35-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 5.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder samt blandt personer i alderen 16-64 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 5.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer i alderen 45-54 år og blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 5.2.S i bind 2. ◄

**Figur 5.3**
Usundt kostmønster – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Struer | 25 | 3.900 |
| Ikast-Brande | 25 | 7.500 |
| Norddjurs | 24 | 6.700 |
| Skive | 23 | 7.900 |
| Randers | 22 | 16.000 |
| Lemvig | 22 | 3.300 |
| Ringkøbing-Skjern | 21 | 8.800 |
| Hedensted | 21 | 7.100 |
| Holstebro | 20 | 8.700 |
| Herning | 20 | 13.000 |
| Viborg | 19 | 14.000 |
| Horsens | 19 | 13.000 |
| Silkeborg | 18 | 12.000 |
| Samsø | 16 | 500 |
| Favrskov | 16 | 5.600 |
| Syddjurs | 16 | 5.100 |
| Skanderborg | 14 | 6.500 |
| Odder | 14 | 2.400 |
| Aarhus | 14 | 36.000 |
| Region Midtjylland | 18 | 179.000 |



## Usundt kostmønster – kommuner

Figur 5.3 viser, at andelen med usundt kostmønster varierer mellem kommunerne fra 14 % i Skanderborg, Odder og Aarhus til 25 % i Struer og Ikast-Brande.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Struer
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Skive
- Randers
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern
- Hedensted
- Holstebro

I disse kommuner varierer andelen fra 20 % til 25 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Favrskov
- Syddjurs
- Skanderborg
- Odder
- Aarhus

I disse kommuner varierer andelen fra 14 % til 16 %.

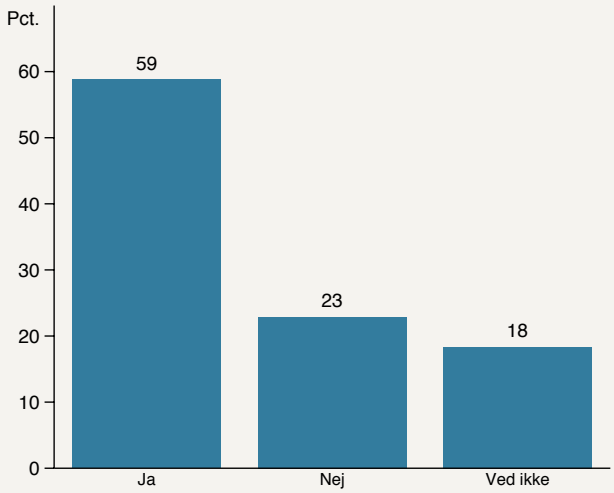
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-brande, Lemvig, Norddjurs, Randers, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Viborg og Aarhus. Stigningen varierer fra 4 procentpoint i Favrskov, Hedensted, Herning, Horsens, Randers og Viborg til 6 procentpoint i Ikast-Brande. Se figur 5.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Favrskov, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Ringkøbing-Skjern, Silkeborg, Struer og Aarhus. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov, Holstebro og Odder til 8 procentpoint i Ikast-Brande.
Se figur 5.3.S i bind 2. ◄

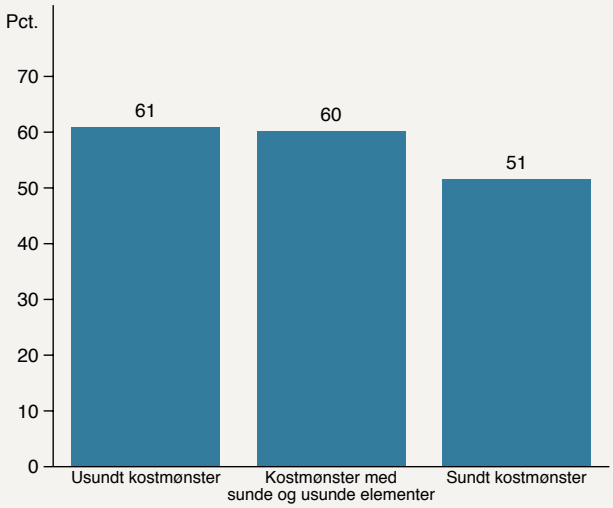
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster i Ikast-Brande og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Ikast-Brande. Se figur 5.3.S i bind 2. ◄

## Figur 5.4 og 5.5
Ønsker at spise mere sundt og andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønster

**Figur 5.4**
Vil du gerne spise mere sundt?




**Figur 5.5**
Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønster



## Hvor mange vil gerne spise mere sundt?

Figur 5.4 viser, at mere end halvdelen af befolkningen (59 %) gerne vil spise mere sundt. Der er 23 %, der ikke ønsker at spise mere sundt, og 18 %, der ikke ved, om de gerne vil spise mere sundt.

Af figur 5.5 fremgår det, at andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster er 61 %, mens 60 % med et kostmønster med sunde og usunde elementer gerne vil spise mere sundt. Blandt personer med et sundt kostmønster vil 51 % gerne spise mere sundt.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med usundt kostmønster og et fald blandt personer med et sundt kostmønster. Se figur 5.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt, blandt personer med et usundt kostmønster og blandt personer med et kostmønster, der både indeholder sunde og usunde elementer. Se figur 5.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en lille stigning i andelen, der ønsker at spise mere sundt, blandt personer med et usundt kostmønster og blandt personer med et kostmønster, der både indeholder sunde og usunde elementer. Se figur 5.5.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Andelen med et usundt kostmønster i Region Midtjylland er 18 %. Der har været en stigning i andelen med usundt kostmønster fra 14 % til 18 % i perioden 2010 til 2021.

Der er en stærk sammenhæng mellem usundt kostmønster og køn, alder og sociale forhold. Eksempelvis er andelen med et usundt kostmønster større blandt mænd end blandt kvinder, og der er også stor forskel på tværs af uddannelsesniveau. Lidt over hver fjerde med et lavt uddannelsesniveau har et usundt kostmønster, mens det kun gælder for hver tiende med et højt uddannelsesniveau.

Over halvdelen af befolkningen (59 %) angiver, at de ønsker at spise mere sundt.

## Referencer


1. GBD 2017 Diet Collaborators. Health effects of dietary risks in 195 countries, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. Lancet. 2019 May 11;393(10184):1958-1972.

2. Lim SS, Vos T, Flaxman AD, Danaei G, Shibuya K, Adair-Rohani H, m.fl. A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. The Lancet 2012;380(9859):2224-2260.

3. Schwingshackl L, Schwedhelm C, Hoffmann G, Lampousi A, Knüppel S, Iqbal K, m.fl. Food groups and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. The American Journal of Clinical Nutrition 2017.

4. Micha R, Shulkin ML, Peñalvo JL, Khatibzadeh S, Singh GM, Rao M, Fahimi S, Powles J, Mozaffarian D. Etiologic effects and optimal intakes of foods and nutrients for risk of cardiovascular diseases and diabetes: Systematic reviews and meta-analyses from the Nutrition and Chronic Diseases Expert Group (NutriCoDE). PLoS One. 2017 Apr 27;12(4):e0175149

5. Mozaffarian D. Dietary and Policy Priorities for Cardiovascular Disease, Diabetes, and Obesity – A Comprehensive Review. Circulation 2016;133(2):187-225.

6. Imamura F, O'Connor L, Ye Z, Mursu J, Hayashino Y, Bhupathiraju SN, m.fl. Consumption of sugar-sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: a systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. The BMJ 2015;351(h3576).

7. Kontogianni MD, Panagiotakos DB. Dietary patterns and stroke: A systematic review and re-meta-analysis. Maturitas 2014. September 2014;79(1):41-47.

8. World Cancer Research Fund. "Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective-Continuous Update Project Expert Report." (2018).

9. Chrysohoou C, Stefanadis C. Longevity and Diet. Myth or pragmatism? Maturitas 2013. December 2013;76(4):303-307.

10. Pedersen AN, Christensen T, Matthiesen J, Knudsen VK, Rosenlund-Sørensen M, Biltoft-Jensen A, m.fl. Danskernes kostvaner 2011-2013. DTU Fødevareinstituttet; 2014.

11. Drewnowski A. Obesity, diets, and social inequalities. Nutr Rev 2009;67:S36-S39.

12. Cohen K, Rai M, Rehkopf DH, Abrams B. Educational attainment and obesity: a systematic review. Obesity Reviews 2013;25(16):1-17.

13. Groth MV, Sørensen MR, Matthiessen J, Fagt S, Landvad N, Knudsen VK. Disparities in dietary habits and physical activity in Denmark and trends from 1995 to 2008. Scandinavian Journal of Public Health. 2014;42(7):611-620.

14. Irala-Estevez JD, Groth MV, Johansson L, Oltersdorf U, Prattala R, Martinez-Gonzalez M. A systematic review of socio-economic differences in food habits in Europe: consumption of fruit and vegetables. European Journal of Clinical Nutrition; 2000;54(9):706-714.

15. Fødevarestyrelsen. De Officielle Kostråd. Fødevarestyrelsen; 2021.

16. Groth MV, Sørensen MR, Biltoft-Jensen A, Matthiessen J, Kørup K, Fagt S. Danskernes måltidsvaner, holdninger, motivation og barrierer for at spise sundt 1995-2008. DTU Fødevareinstituttet 2009.

17. Forebyggelseskommissionen. Vi kan leve længere og sundere. Forebyggelseskommissionens anbefalinger til en styrket forebyggende indsats. Forebyggelseskommissionen 2009.

18. Ziebell B, Eriksen K. Forebyggelsespakke: Mad og Måltider. Sundhedsstyrelsen 2018.

19. 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. European Journal of Clinical Nutrition 2007;61(2):270-278.

# 6. OVERVÆGT

Der har i de senere år været et fornyet fokus på overvægt i både forskningen, sundhedsvæsnet og medierne. Det handler blandt andet om en mere nuanceret forståelse af årsagerne til udvikling af overvægt, øget fokus på vægtstigmatisering samt en ændret tilgang til at forebygge, behandle og leve med overvægt. WHO og en række europæiske lande anerkender svær overvægt blandt børn som en sygdom (1-3). I Danmark er svær overvægt hos børn og unge ikke en diagnose (2, 3). Med henblik på at indsamle, udvikle og dele viden om overvægt blev 'Nationalt Center for Overvægt' etableret i 2020 (4).

Svær overvægt øger risikoen for at udvikle en række forskellige kroniske sygdomme (5, 6). Hovedfokus i dette kapitel er svær overvægt (BMI over 30), da denne tilstand har de største helbredsmæssige konsekvenser. Moderat overvægt (BMI mellem 25 og 30) kan også have helbredsmæssige konsekvenser, men er primært relevant i forhold til at forebygge udvikling af svær overvægt.

## Forekomst af overvægt

Overvægt har på få årtier udviklet sig til en verdensomspændende udfordring for folkesundheden. Ifølge WHO var det i 2016 39 % af verdens befolkning, der levede med overvægt, og heraf 13 % med svær overvægt, hvilket er en tredobling siden 1975 (6). I Danmark er andelen af voksne med svær overvægt steget fra 13,6 % i 2010 til 16,8 % i 2017 (7). Der er fortsat ingen lande, som er lykkedes med at stoppe stigningen i overvægt (8), og der er ikke tegn på, at den globale stigning i svær overvægt har toppet endnu (9). Forekomsten af svær overvægt i Danmark er fortsat relativ lav i sammenligning med de øvrige OECD-lande (10), men den stigende forekomst af svær overvægt udgør en stor udfordring for den enkelte og for folkesundheden.

## Årsager til overvægt

Årsagerne til udvikling af overvægt kan umiddelbart fremstå simple, men er i virkeligheden meget komplekse, og der er stadig meget, vi mangler svar på (11, 12). På den ene side skal man spise mere, end man forbrænder for at tage på. Selv denne simple forståelse er måske mere kompleks end som så, da ny forskning antyder, at der kan være forskel på, hvor meget energi vi optager fra det, vi spiser og drikker (13). På den anden side relaterer udviklingen af overvægt sig til både psykologiske, sociale og økonomiske omstændigheder samt adfærd og genetik.

Der er kun begrænset viden om, hvorfor der er forskel i udviklingen af overvægt. Vi ved dog, at genetiske faktorer kan forklare 40-60 % af variationen i BMI (14). Samtidig ved vi, at de første leveår indeholder en række faser, der kan være afgørende i forhold til vægtudvikling, herunder tiden før undfangelse, graviditet, ammeperiode og førskole/skoleperiode (12). Desuden kan sygdomme og medicinforbrug være årsag til overvægt (15, 16). Samtidig har måden, vi indretter vores samfund på, stor betydning for udvikling af overvægt (6, 12, 17, 18). Det gælder eksempelvis i forhold til muligheder for bevægelse, adgang til sund mad og sociale forhold som uddannelse, samliv og arbejdsmarkedstilknytning (12, 17, 18). Måden, vores samfund er indrettet på i dag i Danmark, betegnes ofte som "fedmefremmende".

## Stigmatisering

Overvægt er i høj grad forbundet med mobning, diskrimination og stigmatisering, hvilket kan have alvorlige konsekvenser for trivsel og mentalt helbred (19-22). Stigmatisering af personer med overvægt kan i værste fald være med til at forværre problemet og for eksempel føre til et øget madindtag, mindre fysisk aktivitet og deraf følgende vægtstigning (20, 22, 23).

En analyse fra 2021 viser, at 81 % af danskerne er enige eller overvejende enige i, at overvægt er et personligt ansvar (24). Dette er problematisk, da forskning viser, at vægtstigmatisering er hæmmende for de løsninger, der bliver iværksat mod overvægt (20, 22, 23, 25).

## Social ulighed i svær overvægt

Der er en stor og voksende social ulighed i forekomsten af svær overvægt (26, 27). Der er en stigende andel med svær overvægt blandt personer med kort uddannelse, manglende/svag tilknytning til arbejdsmarkedet og blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk (26, 28). Nyere studier har endvidere vist, at mennesker med svær overvægt har dårligere økono-

mi og har vanskeligere ved at finde og fastholde et arbejde (29, 30). Der er også en geografisk ulighed i forekomsten af svær overvægt, hvor der eksempelvis er en større andel af mennesker med svær overvægt i landkommuner (31, 32), almene boligbyggerier (33) og generelt i socialt svagere områder (34). Social ulighed i overvægt, vurderet på baggrund af forældrenes indkomst og uddannelsesniveau, findes også blandt børn (31, 35).

## Konsekvenser af svær overvægt

Svær overvægt har konsekvenser for det fysiske helbred (36) og kan føre til alvorlige følgesygedomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og forskellige former for kræft (5, 6, 37). Overvægt er desuden relateret til lidelser i bevægeapparatet som slidgigt og leddegigt (6, 37). Som følge heraf øger svær overvægt risikoen for færre sygdomsfrie år i alderen 40-75 år (38), og der er sammenhæng mellem overvægt og tidlig død (6, 37).

Mennesker med svær overvægt har også en øget risiko for forringet trivsel og livskvalitet (15, 20, 21, 39). Svær overvægt er forbundet med en forøget forekomst af psykiske lidelser som depression og angst (21, 22, 39). Samtidig er oplevelsen af vægtstigmatisering forbundet med en yderligere øget risiko for at udvikle stress, spiseforstyrrelser, depression, angst og lavt selvværd (21-23). Forskning tyder på, at mange mennesker med overvægt tager negative stereotyper til sig, hvilket medfører selvstigmatisering og yderligere nedsat trivsel (23, 39).

Svær overvægt har – som følge af ovenstående – store samfundsøkonomiske konsekvenser (40, 41). Nye opgørelser antyder, at de årlige offentlige omkostninger til personer med svær overvægt er dobbelt så store som omkostningerne til personer med normalvægt (42). Sundhedsstyrelsen vurderer, at svær overvægt er årsag til årlige ekstraomkostninger på 1,8 milliarder kroner til behandling og pleje samt et årligt tab på 10 milliarder kroner som følge af tabt produktion (5, 28).

## Forebyggelse af overvægt og motivation til vægttab

Den globale stigning i svær overvægt er sket på trods af, at internationale organisationer og regeringer i lande verden over har opstillet mål og iværksat overvågning, kampagner og indsatser (6, 9, 28, 43). Trods indsatsen går udviklingen den forkerte vej. Det skyldes formentlig en kombination af vores fedmefremmende samfund og den manglende viden om, hvilke indsatser der virker – både i forhold til at forebygge og afhjælpe overvægt samt fastholde vægttab (12). Eksempelvis har de seneste 30 års overvægtspolitikker i England ikke haft den ønskede virkning (43). Det tilskrives blandt andet manglende fokus på implementering, læring fra tidligere politikker og brug af interventioner samt for stort fokus på den enkeltes adfærdsændring (43).

Sundhedsstyrelsens anbefalinger til livsstilsinterventioner for voksne ved svær overvægt er *"en helhedsorienteret indsats med det formål, at voksne opnår et blivende vægttab eller vægtvedligeholdelse samt bedre livskvalitet og trivsel […] – primært gennem ændret sundhedsadfærd i form af sundere vaner. De sundere vaner har fokus på mad-, måltids- og fysiske aktivitetsvaner, men omfatter også vaner omkring søvn, stillesiddende tid, stress, rygning og alkohol samt psykosociale problemstillinger"* (19).

Selv et moderat vægttab kan mindske risikoen for eller konsekvenserne af følgesygdomme (37), og resultater fra nyere studier tyder på, at livsstilsændringer kan dæmpe symptomer på psykiske lidelser (37).

Der findes flere forskellige strategier til at forebygge og afhjælpe overvægt. Traditionelt har forebyggelse af vægtøgning omhandlet ændring af kost- og motionsvaner – en strategi, der tager udgangspunkt i overvægt som individets og ikke samfundets ansvar (43). Nyere viden peger dog på, at hvis den enkelte skal lykkes med at ændre vaner, er det en forudsætning, at de fornødne rammer – som tilgængeligheden af udendørsfaciliteter til fysisk aktivitet eller sunde fødevarer til en rimelig pris – er til stede (6, 12, 19, 44). Dette er et samfundsansvar, som der er behov for mere fokus på (6). Det illustreres blandt andet af, at fire ud af fem danskere mener, at vi lever i et samfund, der gør det let at være fysisk inaktiv og spise for meget (24). Et nyt engelsk studie finder, at det er de 18-24-årige, der er i størst risiko for at udvikle overvægt over en periode på 10 år (45, 46). Lav social klasse øger også risikoen for at udvikle overvægt, men i mindre grad end alder.

Forskning tyder på, at det kan give mening at tage udgangspunkt i lokalområdet (12, 44). Dette skyldes blandt andet socioøkonomiske forskelle samt forskelle i lokale muligheder og udfordringer (28). Det er derfor en

anvendelig forebyggelsesstrategi at inddrage lokalsamfundet for at skabe medejerskab og et nært samarbejde mellem borgere og kommunale aktører. Herved flyttes ansvaret fra den enkelte borger eller familie over på flere aktører som eksempelvis kommunale institutioner, foreninger og arbejdspladser. Indsatserne skal være helhedsorienterede og sætte ind samtidigt på flere områder som eksempelvis aktiv transport, sundere udbud af mad på institutioner, fødevareindustriens markedsføring af fedt- og sukkerholdige fødevarer samt indretningen af supermarkeder (12, 44).

Svær overvægt kan i sjældne tilfælde behandles medicinsk eller kirurgisk. Selvom behandlingen er effektiv og ofte medfører langvarigt vægttab, bør denne type behandling betragtes som sidste udvej for mennesker med svær overvægt, der ikke har opnået et sundhedsforbedrende vægttab med andre typer behandling (47).

Der er i de senere år kommet anbefalinger vedrørende overvægtsindsatsen fra Vidensråd for Forebyggelse (12), Sundhedsstyrelsen (19, 28) og Nationalt Center for Overvægt (23).

## Definition af overvægt

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af Body Mass Index (BMI) på baggrund af svarpersonernes oplysninger om højde og vægt. Således er svarpersonerne blevet bedt om at svare på følgende spørgsmål angående højde og vægt:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i *hele* kg (uden tøj)?

BMI beregnes ved at dividere vægten i kilo med højden i meter i anden potens (kg/m$^2$). På baggrund af BMI foretages der en inddeling i fire vægtklasser:

| | |
|---|---|
| Svær overvægt: | BMI ≥ 30 |
| Moderat overvægt: | BMI 25-29,9 |
| Normalvægt: | BMI 18,5-24,9 |
| Undervægt: | BMI < 18,5 |

Ovenstående grænser er fastlagt af WHO i forhold til helbredsrisikoen forbundet med de forskellige vægtklasser (48). Der er en tilbøjelighed blandt personer med overvægt til at oplyse en lavere vægt end den faktiske (49). Derfor må undersøgelsens opgørelse betragtes som et minimumstal.
At anvende BMI som mål for fedtmassen er forbundet med en vis usikkerhed, fordi det ikke tager højde for kroppens sammensætning. Størrelsen af fedtdepoter og muskelmasse varierer meget mellem mænd og kvinder, trænede og utrænede, yngre og ældre m.m. (50).

I det følgende belyses befolkningens vægtklasser. Der sættes fokus på, hvor stor en andel af befolkningen i Region Midtjylland der har henholdsvis moderat og svær overvægt. Herudover opdeles forekomsten af svær overvægt i klasse I (BMI ≥30 og <35), II (BMI ≥35 og <40) og III (BMI ≥40). Både andelen med moderat og svær overvægt beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. I kapitlet er der desuden en beskrivelse af ønsket om at tabe sig opdelt på vægtklasser. Der er en beskrivelse af ønsket om at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv opdelt på vægtklasser samt forekomsten af et usundt kostmønster og fysisk inaktivitet opdelt på vægtklasser. Slutteligt beskrives, i hvilket omfang borgerne i Region Midtjylland har modtaget råd om vægttab fra egen læge.

Foruden de spørgsmål, der anvendes til at udregne BMI, anvendes følgende spørgsmål:

- Vil du gerne tabe dig?

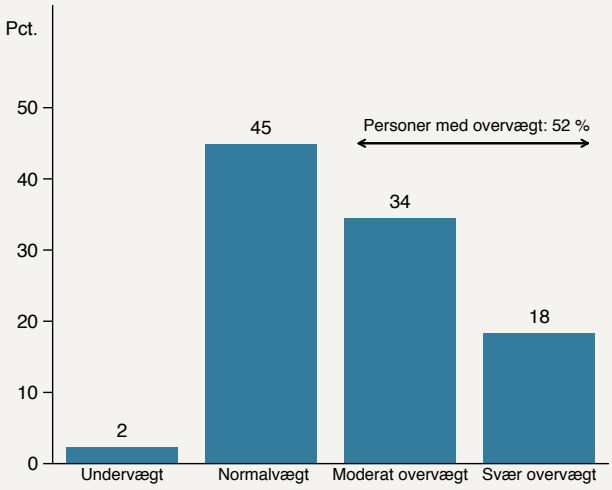
Spørgsmålet har svarmulighederne: 1) Ja, i høj grad, 2) Ja, i nogen grad, 3) Nej og 4) Ved ikke.

- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tabe dig?

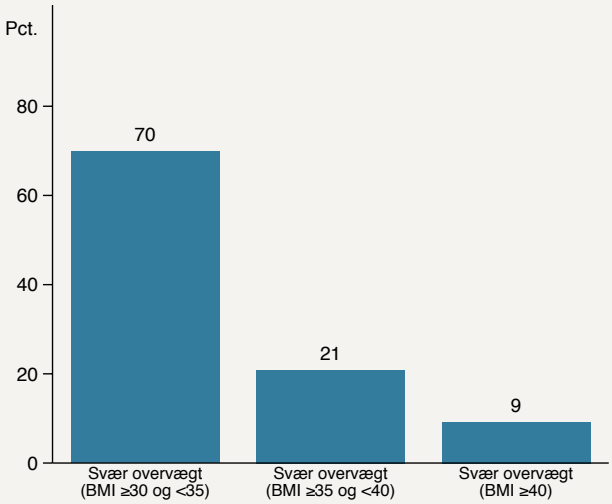
Spørgsmålet har svarmulighederne: 1) Ja, 2) Nej og 3) Husker ikke.

**Figur 6.1 og 6.2**
Befolkningen fordelt på vægtklasser

**Figur 6.1**
Befolkningen fordelt på vægtklasser




**Figur 6.2**
Befolkningen med svær overvægt fordelt på svær overvægt klasse I (BMI ≥30 og <35), II (BMI ≥35 og <40) og III (BMI ≥40)




## Hvor mange personer er der med overvægt?

Figur 6.1 viser, at personer med overvægt udgør mere end halvdelen af befolkningen. Der er 34 % med moderat overvægt og 18 % med svær overvægt. Der er desuden 2 % med undervægt og 45 % med normalvægt.

Figur 6.2 viser, at 70 % af befolkningen med svær overvægt befinder sig i klasse I svarende til et BMI på mellem 30 og 35. Omkring hver femte med svær overvægt har et BMI på mellem 35 og 40, og omkring hver tiende med svær overvægt har et BMI på 40 eller derover.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. Samtidig har der været et fald i andelen med normalvægt. Se figur 6.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der både været en stigning i andelen med moderat og svær overvægt. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Se figur 6.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. Tilsvarende har der været et fald i andelen, der er normalvægtige. Se figur 6.1.S i bind 2. ◄

**Figur 6.3**
Overvægt – køn, alder og sociale forhold

| | Moderat overvægt | Svær overvægt | Moderat overvægt | Svær overvægt |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 34 | 18 | 337.000 | 179.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 41 | 18 | 198.000 | 87.000 |
| Kvinde | 28 | 19 | 139.000 | 93.000 |
| **Alder** | | | | |
| 16-24 år | 17 | 9 | 23.000 | 11.000 |
| 25-34 år | 30 | 16 | 44.000 | 24.000 |
| 35-44 år | 36 | 20 | 48.000 | 27.000 |
| 45-54 år | 39 | 23 | 63.000 | 38.000 |
| 55-64 år | 40 | 22 | 63.000 | 35.000 |
| 65-74 år | 40 | 20 | 54.000 | 27.000 |
| 75+ år | 39 | 17 | 42.000 | 18.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 39 | 26 | 49.000 | 34.000 |
| Middel (11-14 år) | 39 | 23 | 161.000 | 93.000 |
| Højt (15+ år) | 33 | 13 | 94.000 | 37.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 19 | 9 | 19.000 | 9.400 |
| Beskæftigede | 37 | 18 | 191.000 | 95.000 |
| Arbejdsløse | 32 | 24 | 7.600 | 5.600 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 27 | 23 | 14.000 | 12.000 |
| Førtidspensionister | 32 | 32 | 15.000 | 15.000 |
| Efterlønsmodtagere | 40 | 23 | 4.700 | 2.700 |
| Folkepensionister | 39 | 18 | 81.000 | 39.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 34 | 19 | 302.000 | 165.000 |
| Anden vestlig | 33 | 15 | 15.000 | 6.900 |
| Ikke-vestlig | 36 | 14 | 20.000 | 7.900 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 37 | 18 | 226.000 | 111.000 |
| Lejer | 31 | 19 | 105.000 | 66.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 29 | 18 | 100.000 | 62.000 |
| Ja | 38 | 19 | 232.000 | 116.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 34 | 19 | 232.000 | 128.000 |
| Ja | 35 | 17 | 85.000 | 41.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Overvægt – køn, alder og sociale forhold

Af figur 6.3 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med moderat overvægt blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer på 45 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Personer i beskæftigelse, samt efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever

Figur 6.3 viser endvidere, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med svær overvægt blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 45-74 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og efterlønsmodtagere
- Personer med etnisk dansk baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en markant større andel af mænd end kvinder med moderat overvægt, mens der ikke er nogen sammenhæng mellem køn og svær overvægt.

Alder. Andelen af personer med moderat overvægt er størst blandt personer på 45 år eller derover og mindst blandt de 16-34-årige. Andelen af personer med svær overvægt er størst blandt personer i alderen 45-74 år og mindst blandt de 16-34-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med moderat og svær overvægt er størst blandt personer med et lavt eller middelhøjt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Andelen med svær overvægt falder med stigende uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer med moderat overvægt findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister. De mindste andele af personer med moderat overvægt er blandt studerende/skoleelever og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. De største andele af personer med svær overvægt er blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og efterlønsmodtagere. Den mindste andel af personer med svær overvægt er blandt studerende/skoleelever.

Etnisk baggrund. Der er ingen sammenhæng mellem etnisk baggrund og moderat overvægt. Andelen med svær overvægt er størst blandt personer med dansk baggrund og mindst blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund.

Bolig. Der er en meget større andel blandt personer, der bor i ejerbolig, med moderat overvægt end blandt personer, der bor i lejebolig. Modsat er der en lidt større andel blandt personer, der bor i lejebolig, med svær overvægt end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en meget større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, med moderat overvægt. Der er ingen sammenhæng mellem samlivsstatus og svær overvægt.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og moderat overvægt. Dog er der en lidt større andel blandt personer uden børn i hjemmet med svær overvægt, end det er tilfældet blandt personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med moderat overvægt blandt kvinder, mens der har været et fald blandt personer i alderen 65-74 år samt en stigning blandt personer med et højt uddannelsesniveau. Se figur 6.2.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt både mænd og kvinder, personer på 16 år og derover og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 6.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med moderat overvægt blandt mænd og kvinder samt blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 6.2.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt både mænd og kvinder samt i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 6.3.S i bind 2. ◄

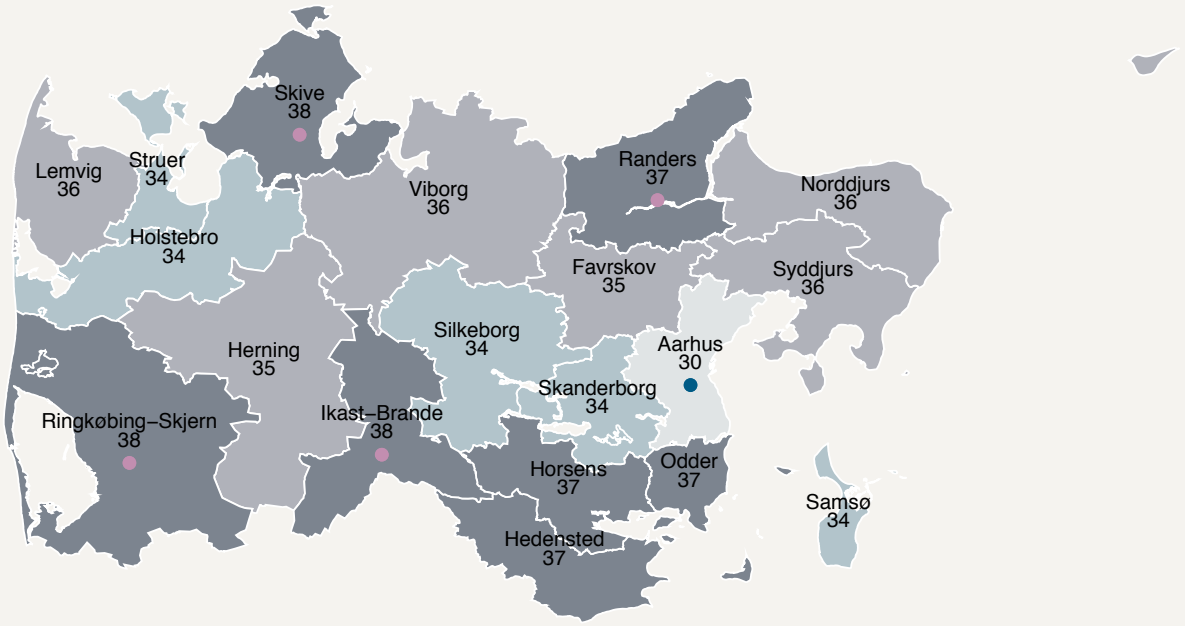
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været ændringer i andelen med moderat overvægt. Se figur 6.2.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt både mænd og kvinder, for aldersgrupperne 16-24 år, 45-64 år og for personer på 75 år eller derover samt for personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 6.3.S i bind 2. ◄

**Figur 6.4**
Overvægt – kommuner

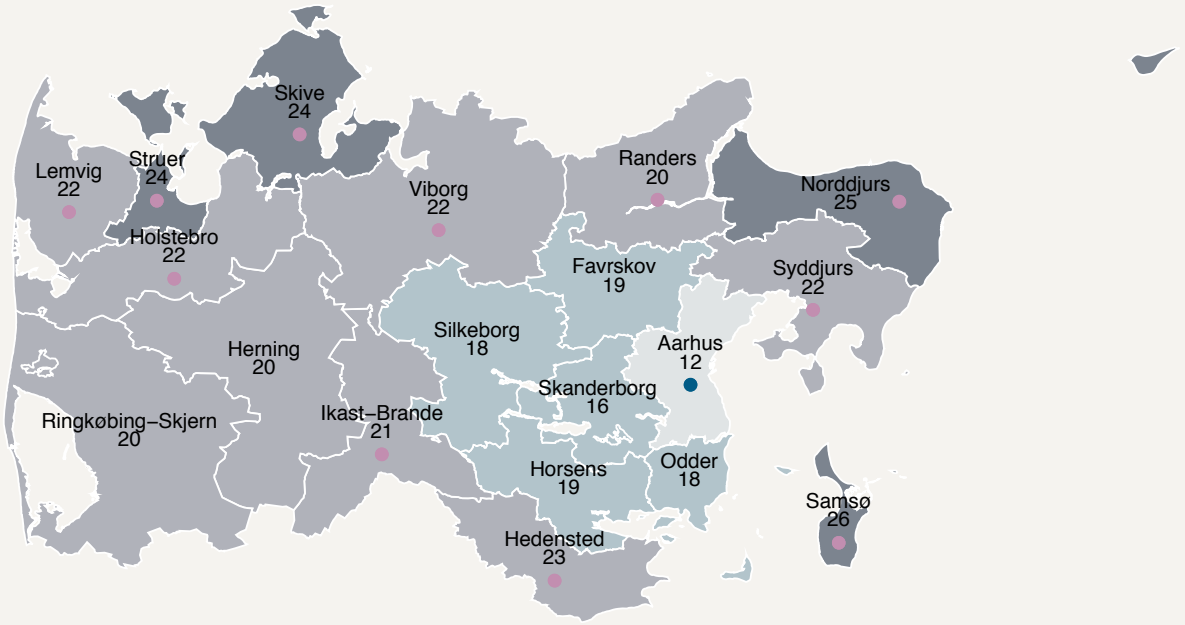
| | Moderat overvægt | Svær overvægt | Moderat overvægt | Svær overvægt |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Samsø | 34 | 26 | 1.000 | 800 |
| Norddjurs | 36 | 25 | 9.900 | 6.900 |
| Skive | 38 | 24 | 13.000 | 8.200 |
| Struer | 34 | 24 | 5.400 | 3.700 |
| Hedensted | 37 | 23 | 12.000 | 7.800 |
| Viborg | 36 | 22 | 25.000 | 16.000 |
| Syddjurs | 36 | 22 | 12.000 | 7.200 |
| Holstebro | 34 | 22 | 14.000 | 9.300 |
| Lemvig | 36 | 22 | 5.400 | 3.200 |
| Ikast-Brande | 38 | 21 | 11.000 | 6.300 |
| Herning | 35 | 20 | 23.000 | 13.000 |
| Randers | 37 | 20 | 27.000 | 15.000 |
| Ringkøbing-Skjern | 38 | 20 | 16.000 | 8.300 |
| Favrskov | 35 | 19 | 12.000 | 6.800 |
| Horsens | 37 | 19 | 24.000 | 13.000 |
| Silkeborg | 34 | 18 | 23.000 | 12.000 |
| Odder | 37 | 18 | 6.300 | 3.100 |
| Skanderborg | 34 | 16 | 15.000 | 7.400 |
| Aarhus | 30 | 12 | 80.000 | 32.000 |
| Region Midtjylland | 34 | 18 | 337.000 | 179.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

**Moderat overvægt**




**Svær overvægt**



## Overvægt – kommuner

Figur 6.4 viser andelen med moderat og svær overvægt i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med moderat overvægt i følgende kommuner:

- Skive
- Ikast-Brande
- Randers
- Ringkøbing-Skjern

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med svær overvægt i følgende kommuner:

- Samsø
- Norddjurs
- Skive
- Struer
- Hedensted
- Viborg
- Syddjurs
- Holstebro
- Lemvig
- Ikast-Brande
- Randers

Figur 6.4 viser, at både andelen med moderat og svær overvægt er mindre i Aarhus Kommune sammenholdt med gennemsnittet for Region Midtjylland. Andelen med moderat overvægt varierer fra 30 % i Aarhus til 38 % i Skive, Ikast-Brande og Ringkøbing-Skjern. Andelen med svær overvægt varierer fra 12 % i Aarhus til 26 % på Samsø.

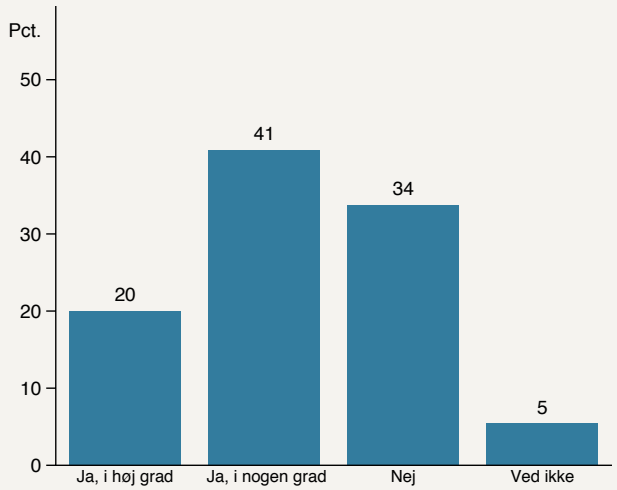
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen med moderat overvægt i nogen af kommunerne. Se figur 6.4.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt i alle kommuner. Se figur 6.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en signifikant stigning i andelen med moderat overvægt i Aarhus Kommune. Se figur 6.4.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt i alle kommuner undtagen Horsens Kommune. Se figur 6.5.S i bind 2. ◄

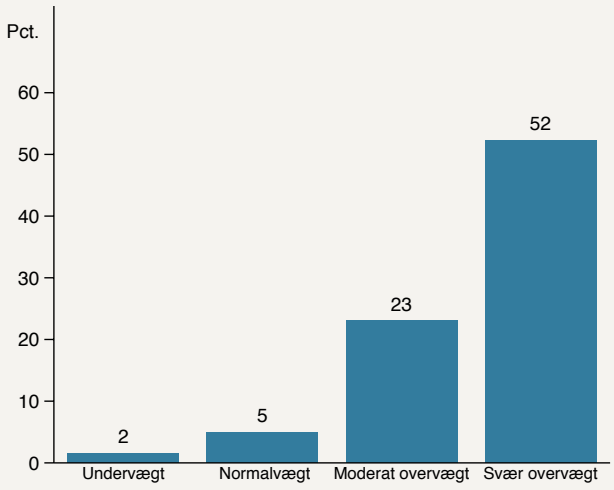
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen med moderat overvægt i nogen af kommunerne. Se figur 6.4.S i bind 2. I perioden 2017 til 2021 er der sket en stigning i andelen med svær overvægt i følgende kommuner: Favrskov, Hedensted, Herning, Holstebro, Norddjurs, Samsø, Struer, Syddjurs og Viborg. Se figur 6.5.S i bind 2. ◄

**Figur 6.5 og 6.6**
Vil du gerne tabe dig?

**Figur 6.5**
Vil du gerne tabe dig?




**Figur 6.6**
Andel, der i høj grad ønsker at tabe sig – i forhold til vægtklasse






## Hvor mange vil gerne tabe sig?

Figur 6.5 viser, at 20 % af befolkningen i høj grad ønsker at tabe sig, mens 41 % i nogen grad ønsker at tabe sig. Der er 34 % af befolkningen, som ikke ønsker at tabe sig.

Figur 6.6 viser, at der er en stærk sammenhæng mellem vægtklasse og ønsket om at tabe sig. Blandt personer med moderat overvægt ønsker 23 % i høj grad at tabe sig, mens mere end halvdelen med svær overvægt i høj grad ønsker at tabe sig.

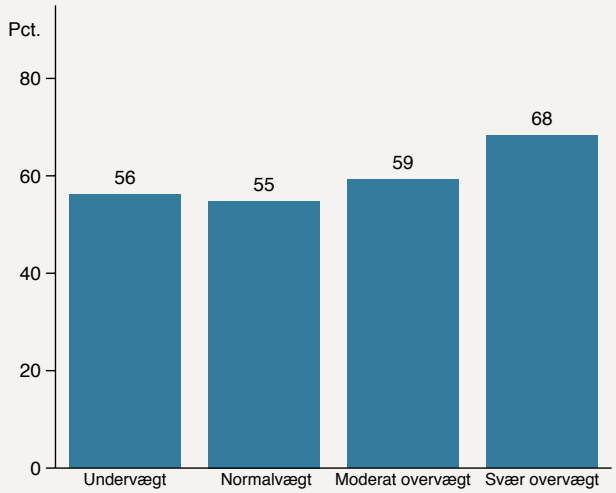
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 er der sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt. Se figur 6.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er der sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt. Se figur 6.6.S i bind 2. ◄

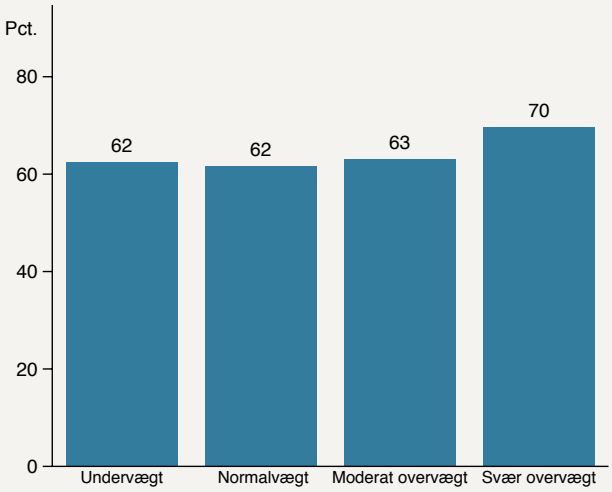
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 er der sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt. Se figur 6.6.S i bind 2. ◄

**Figur 6.7-6.8**
Ønske om at spise sundere og være mere fysisk aktive i forhold til vægtklasser

**Figur 6.7**
Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til vægtklasse




**Figur 6.8**
Andel, der gerne vil være mere fysisk aktiv – i forhold til vægtklasse



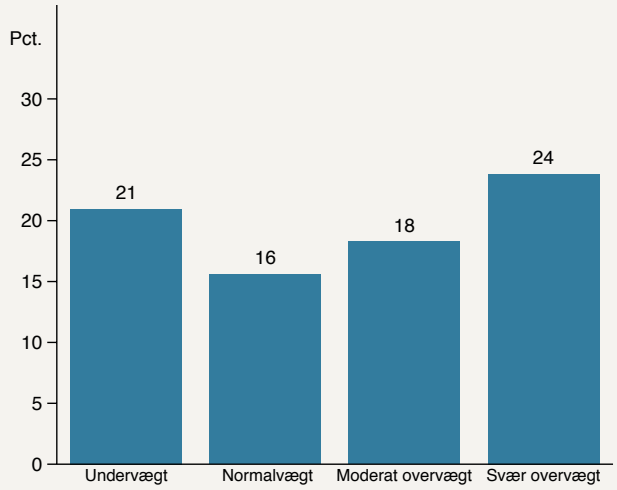

## Ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktiv

Figur 6.7 viser andelen, der gerne vil spise mere sundt, på tværs af vægtklasse. Blandt personer med undervægt ønsker 56 % at spise mere sundt, mens 55 % og 59 % blandt personer med normalvægt og moderat overvægt ønsker at spise mere sundt. Blandt personer med svær overvægt ønsker hele 68 % at spise mere sundt.

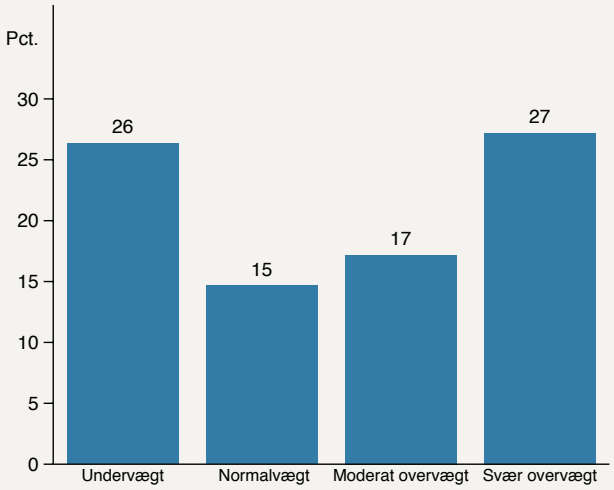
Figur 6.8 viser andelen, der gerne vil være mere fysisk aktiv, på tværs af vægtklasse. Blandt personer med undervægt ønsker 62 % at være mere fysisk aktive, mens 62 % og 63 % med henholdsvis normalvægt og moderat overvægt ønsker at være mere fysisk aktive. Hele 70 % med svær overvægt ønsker at være mere fysisk aktive.

**Figur 6.9-6.10**
Usundt kostmønster og fysisk inaktivitet i forhold til vægtklasser

**Figur 6.9**
Andel med et usundt kostmønster – i forhold til vægtklasse




**Figur 6.10**
Andel, der er fysisk inaktiv (30 minutters fysisk aktivitet 0-1 dag om ugen) – i forhold til vægtklasse



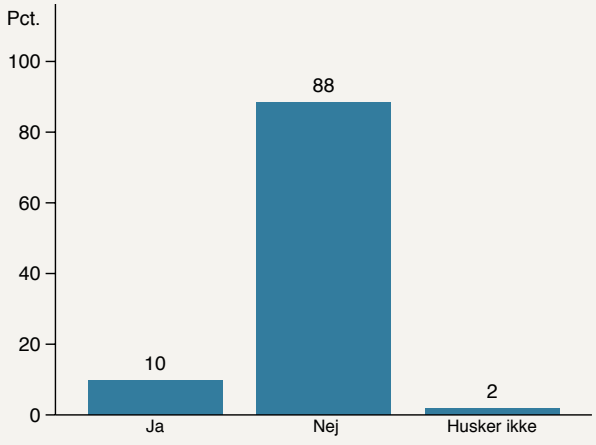

## Usund kost og fysisk inaktivitet opdelt efter vægtklasse

Figur 6.9 viser andelen, der har et usundt kostmønster, på tværs af vægtklasse. De største andele med usundt kostmønster ses blandt personer med undervægt og personer med svær overvægt. Der er således 21 % med undervægt og 24 % med svær overvægt, der har et usundt kostmønster. Tilsvarende er der 16 % med normalvægt og 18 % med moderat overvægt, der har et usundt kostmønster.

Figur 6.10 viser andelen, der er fysisk inaktiv, på tværs af vægtklasse. De største andele, der er fysisk inaktive, ses blandt personer med undervægt og personer med svær overvægt. Der er således 26 % med undervægt og 27 % med svær overvægt, der er fysisk inaktive. Tilsvarende er der 15 % med normalvægt og 17 % med moderat overvægt, der er fysisk inaktive.

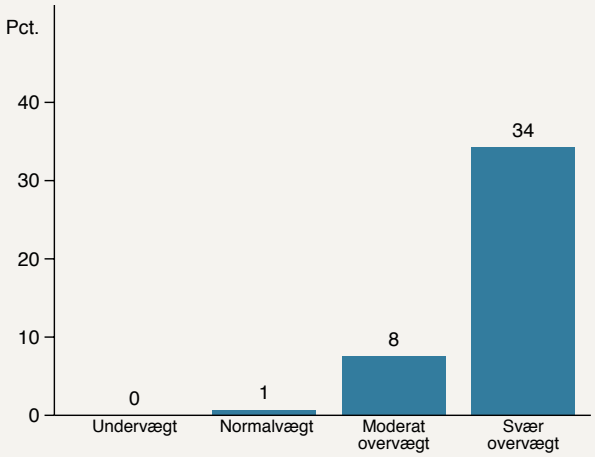
**Figur 6.11 og 6.12**
Råd fra egen læge om at tabe sig

**Figur 6.11**
Har du fået råd fra egen læge om vægttab?




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

**Figur 6.12**
Andel, der har fået råd fra egen læge om vægttab – i forhold til vægtklasse




Note: Opgjort blandt alle, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

## Råd fra egen læge om at tabe sig

Figur 6.11 viser, at 10 % af befolkningen, der har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er blevet rådet til at tabe sig.

Af figur 6.12 fremgår det, at der er en stærk sammenhæng mellem rådgivning fra egen læge om vægttab og vægtklasse. Blandt personer med svær overvægt har 34 % modtaget råd fra lægen om vægttab. Det samme gælder for 8 % blandt personer med moderat overvægt.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 er der et fald i andelen, der i løbet af de seneste 12 måneder af egen læge er blevet rådet til at tabe sig. Se figur 6.7.S i bind 2. Der har været et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, både blandt personer med moderat og svær overvægt. Se figur 6.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 er der et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig. Se figur 6.7.S i bind 2. Der har været et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, både blandt personer med moderat og svær overvægt. Se figur 6.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, været uændret. Se figur 6.7.S i bind 2. Der har været et fald i andelen, der er blevet rådet til at tabe sig, blandt personer med svær overvægt. Se figur 6.8.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Personer med overvægt udgør mere end halvdelen af befolkningen i Region Midtjylland, hvilket dækker over 34 % med moderat overvægt og 18 % med svær overvægt. Det er i højere grad mænd, som har moderat overvægt, mens der ikke er forskel mellem mænd og kvinder med hensyn til svær overvægt. Dertil ses det, at personer i alderen 45-74 år oftere har moderat og svær overvægt end befolkningen generelt. Med et faldende uddannelsesniveau stiger andelen med svær overvægt.

To ud af tre personer i Region Midtjylland ønsker at tabe sig. Omtrent halvdelen af personerne med svær overvægt ønsker i meget høj grad at tabe sig.

Mere end halvdelen af personerne med overvægt ønsker at spise mere sundt og være mere fysisk aktive. Det er særligt personer med svær overvægt, som ønsker at ændre deres kost- og motionsvaner.

Slutteligt ses der en sammenhæng mellem råd fra egen læge om vægttab og vægtklasse, hvor henholdsvis 8 % af personerne med moderat overvægt og 34 % af personerne med svær overvægt er blevet rådet til at tabe sig.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, i alle aldersgrupper og på alle uddannelsesniveauer. Vi kan derfor konstatere, at overvægtskurven endnu ikke er knækket i Region Midtjylland.

## Referencer

1. Farpour-Lambert NJ, Baker JL, Hassapidou M, Holm JC, Nowicka P, O'Malley G, m.fl. Childhood Obesity Is a Chronic Disease Demanding Specific Health Care--a Position Statement from the Childhood Obesity Task Force (COTF) of the European Association for the Study of Obesity (EASO). Obes Facts. 2015;8(5):342-9.

2. Fonvig CE, Kloppenborg JT, Nielsen TRH, Vinding R, Madsen JOB, Roikjer BH, m.fl. Svær overvægt hos børn og unge er en kronisk sygdom. Ugeskr Laeger. 2021;183(31).

3. Jørgensen NB. Hvad er sygt? Højt BMI eller høj risiko? Ugeskr Laeger. 2021;183(21).

4. Om Nationalt Center for Overvægt - Hvem er NCFO er, og hvad vi laver: Nationalt Center for Overvægt; 2021 [opdateret 09. september 2021. Hentet fra: https://www.ncfo.dk/om-nationalt-center-for-overvaegt/.

5. 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.

6. WHO. Fact sheets - Obesity and overweight 2021 [opdateret 9. Juni 2021. Hentet fra: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight.

7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København; 2018.

8. WHO. Obesity [Hentet fra: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1.

9. OECD. The Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention; 2019.

10. OECD. Obesity Update 2017; 2017.

11. Om overvægt - Overvægt er en kompleks tilstand: Nationalt Center for Overvægt; 2021 [opdateret 14. april 2021. Hentet fra: https://www.ncfo.dk/om-overvaegt/.

12. Bruun JM, Bjerregaard LG, Due P, Heitmann BL, Høy TV, Kirkegaard L, m.fl. Forebyggelse af overvægt blandt børn og unge. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021.

13. Lund J, Gerhart-Hines Z, Clemmensen C. Role of Energy Excretion in Human Body Weight Regulation. Trends in Endocrinology & Metabolism. 2020;31(10):705-8.

14. Locke AE, Kahali B, Berndt SI, Justice AE, Pers TH, Day FR, m.fl. Genetic studies of body mass index yield new insights for obesity biology. Nature. 2015;518(7538):197-206.

15. Avila C, Holloway AC, Hahn MK, Morrison KM, Restivo M, Anglin R, m.fl. An Overview of Links Between Obesity and Mental Health. Curr Obes Rep. 2015;4(3):303-10.

16. González-Muniesa P, Mártinez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJF, m.fl. Obesity. Nat Rev Dis Primers. 2017;3:17034.

17. Hall KD. Did the Food Environment Cause the Obesity Epidemic? Obesity (Silver Spring). 2018;26(1):11-3.

18. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, McPherson K, Finegood DT, Moodie ML, m.fl. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011;378(9793):804-14.

19. Sundhedsstyrelsen. Livsstilsintervention ved svær overvægt - Anbefalinger for tilbud til børn og voksne. København; 2021.

20. Cohen R, Shikora S. Fighting Weight Bias and Obesity Stigma: a Call for Action. Obes Surg. 2020;30(5):1623-4.

21. Alimoradi Z, Golboni F, Griffiths MD, Broström A, Lin CY, Pakpour AH. Weight-related stigma and psychological distress: A systematic review and meta-analysis. Clin Nutr. 2020;39(7):2001-13.

22. Wu Y-K, Berry DC. Impact of weight stigma on physiological and psychological health outcomes for overweight and obese adults: A systematic review. Journal of Advanced Nursing. 2018;74(5):1030-42.

23. Om stigmatisering - Om stigmatisering og dens konsekvenser: Nationalt Center for Overvægt; 2021 [opdateret 22. februar 2021. Hentet fra: https://www.ncfo.dk/om-stigmatisering/.

24. Lourenço S, Lund S, Lundgaard PB, Christensen ASP, Hejgaard T, Nielsen KA, m.fl. Danskernes viden om og holdninger til overvægt og sundhed 2021. Kræftens Bekæmpelse, Sundhedsstyrelsen, Diabetesforeningen og Hjerteforeningen; 2021.

25. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health. 2010;100(6):1019-28.

26. Hoebel J, Kuntz B, Kroll LE, Schienkiewitz A, Finger JD, Lange C, m.fl. Socioeconomic Inequalities in the Rise of Adult Obesity: A Time-Trend Analysis of National Examination Data from Germany, 1990-2011. Obes Facts. 2019;12(3):344-56.

27. Den Nationale Sundhedsprofil: Statens Institut for Folkesundhed, SDU & Sundhedsstyrelsen; 2018 [Hentet fra: https://www.danskernessundhed.dk/.

28. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København; 2018.

29. 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. 2019;27(10):1703-10.

30. Kim TJ, von dem Knesebeck O. Income and obesity: what is the direction of the relationship? A systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2018;8(1):e019862.

31. Biltoft-Jensen P, Fagt S, Møller FS. Ulighed i børneovervægt i Danmark. Danmarks Statistik; 2021.

32. Sørensen JB, Guðlaugsdóttir B. Sundhedsoversigt for landdistrikter, mindre byer og større byer. DEFACTUM; 2019.

33. Jensen HAR, Davidsen M, Lau CJ, Christensen AI. Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017 - og udviklingen siden 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2018.

34. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, Sørensen JB, Christiansen J, Lundberg A-K, m.fl. Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (bind 1). Aarhus: DEFACTUM; 2018.

35. Baes-Jørgensen J, Christensen J. Overvægt blandt de ældste skolebørn rammer socialt skævt2021 [citeret 2021 27. oktober]. Hentet fra: https://www.kl.dk/nyheder/momentum/2021/2021-16/overvaegt-blandt-de-aeldste-skoleboern-rammer-socialt-skaevt/.

36. Om overvægt og følgesygdomme: Nationalt Center for Overvægt; 2021 [opdateret 12. marts 2021. Hentet fra: https://www.ncfo.dk/om-forskning/overordnede-forskningstemaer/sygdom-og-behandling/om-overvaegt-og-foelgesygdomme/.

37. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. Diabetes Obes Metab. 2021;23 Suppl 1:3-16.

38. Nyberg ST, Batty GD, Pentti J, Virtanen M, Alfredsson L, Fransson EI, m.fl. Obesity and loss of disease-free years owing to major non-communicable diseases: a multicohort study. Lancet Public Health. 2018;3(10):e490-e7.

39. Pearl RL, White MA, Grilo CM. Weight bias internalization, depression, and self-reported health among overweight binge eating disorder patients. Obesity (Silver Spring). 2014;22(5):E142-8.

40. Tremmel M, Gerdtham UG, Nilsson PM, Saha S. Economic Burden of Obesity: A Systematic Literature Review. Int J Environ Res Public Health. 2017;14(4).

41. WHO. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. Geneva: World Health Organization; 2000.

42. Madsen M, Bøgelund M, Dirksen C, Jørgensen N, Madsbad S, Panton U, m.fl. Obesity is associated with substantial costs for society - a Danish register based study from 2002 to 2018; 2021.

43. Theis DRZ, White M. Is Obesity Policy in England Fit for Purpose? Analysis of Government Strategies and Policies, 1992-2020. Milbank Q. 2021;99(1):126-70.

44. Holmes J. Tackling obesity - The role of the NHS in a whole-system approach. London; 2021 July 2021.

45. Katsoulis M, Lai AG, Diaz-Ordaz K, Gomes M, Pasea L, Banerjee A, m.fl. Identifying adults at high-risk for change in weight and BMI in England: a longitudinal, large-scale, population-based cohort study using electronic health records. Lancet Diabetes Endocrinol. 2021;9(10):681-94.

46. Gøtze JP. Tidlig identifikation af personer med høj risiko for vægtøgning. Ugeskr Laeger. 2021;183(22).

47. Sundhedsstyrelsen. Kirurgisk behandling af svær overvægt – en medicinsk teknologivurdering. København; 2007.

48. WHO. Obesity : preventing and managing the global epidemic : report of a WHO consultation. Geneva, Switzerland; 2000.

49. Due P, Heitmann BL, Sorensen TI. Prevalence of obesity in Denmark. Obes Rev. 2007;8(3):187-9.

50. Krueger PM, Reither EN. Mind the gap: race/ethnic and socioeconomic disparities in obesity. Curr Diab Rep. 2015;15(11):95.

# 7. SELVVURDERET HELBRED

Selvvurderet helbred er en hyppigt anvendt helbredsindikator inden for folkesundhedsvidenskab, der ofte inkluderes i større befolkningsundersøgelser til at beskrive befolkningens generelle helbredstilstand (1, 2). Selvvurderet helbred er en persons subjektive vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som personens egen opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet, som ikke beskrives udtømmende ved en oplistning af symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1, 3). Selvvurderet helbred kan således betragtes som en helhedsvurdering af eget helbred, der både kan omfatte objektive såvel som subjektive aspekter ved helbredet, samt fysisk og mentalt helbred.

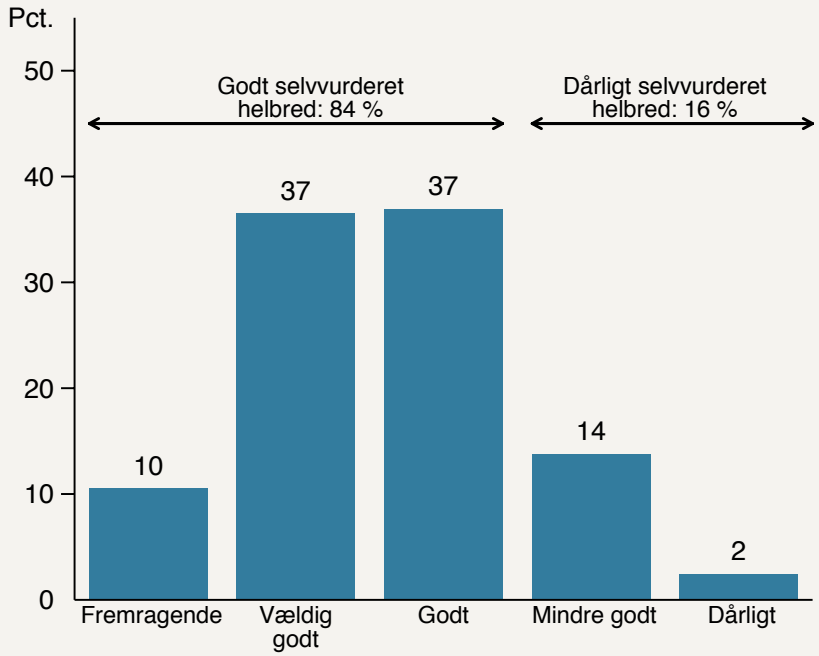
Formålet med dette kapitel er at beskrive andelen af befolkningen i Region Midtjylland, der betragter deres helbred som dårligt. Andelen med dårligt selvvurderet helbred beskrives i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Er man interesseret i forekomsten af dårligt selvvurderet helbred blandt personer med forskellige kroniske sygdomme, findes disse oplysninger i kapitel 9: *Kronisk sygdom og multisygdom.*

Der er efterhånden en del videnskabelig dokumentation for, at personers vurdering af egen helbredstilstand er en selvstændig risikofaktor for en række helbredstilstande, selv når der justeres for demografiske, sociale og medicinske forhold. Undersøgelser har vist, at dårligt selvvurderet helbred kan prædiktere dødelighed på tværs af forskellige aldersgrupper (4-6) og er associeret med øget risiko for forskellige former for kroniske sygdomme (7-9). Ligeledes er dårligt selvvurderet helbred forbundet med øget risiko for komplikationer i forbindelse med kirurgiske indgreb (10, 11).

Desuden har dårligt selvvurderet helbred betydning for prognosen ved alvorlig sygdom (12-14) og er associeret med øget dødelighed efter hospitalsindlæggelse (15) samt øget dødelighed i forbindelse med diabetes (12), hjerte-kar-sygdomme (16) og visse kræftformer (17-19). Selvvurderet helbred har ligeledes vist sig uafhængigt af sygdomsforhold, livsstil og demografi at være en selvstændig faktor til at kunne forudsige lægebesøg og hospitalsindlæggelse (20, 21). Dårligt selvvurderet helbred er også associeret med øget forbrug af sundhedsvæsenets ydelser, sygefravær, medicinforbrug, forringet funktionsevne, arbejdsløshed og førtidspension (5, 22). Ovenstående indikerer, at selvvurderet helbred er et simpelt, men effektivt mål for generelt helbred med stærke prædiktive kvaliteter, der i mange sammenhænge kan bruges til at identificere personer og grupper i øget risiko.

Selvvurderet helbred måles oftest med et enkelt spørgsmål, hvor svarpersonen bliver bedt om at rangere eget helbred fra dårligt til fremragende eller ved at sammenligne eget helbred med personer i samme alder (1). I rapporten belyses selvvurderet helbred ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne: 1) Fremragende 2) Vældig godt 3) Godt 4) Mindre godt 5) Dårligt. De første tre svarmuligheder betegnes i kapitlet som 'Godt selvvurderet helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'Dårligt selvvurderet helbred'.

**Figur 7.1**
Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?




7

## Hvor mange har et dårligt selvvurderet helbred?

Figur 7.1 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?". Hele 84 % af befolkningen vurderer, at de har et godt helbred. Det dækker over, at 10 % angiver, at de har et fremragende helbred, 37 % angiver, at de har et vældig godt helbred, og 37 % angiver, at de har et godt helbred. Omvendt er der 14 %, der angiver, at de har et mindre godt helbred, mens 2 % har et dårligt helbred.

I alt er der 16 %, der har dårligt selvvurderet helbred. Dette svarer til ca. 175.000 borgere i Region Midtjylland.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der vurderer deres helbred som fremragende eller vældig godt. Tilsvarende har der været en stigning i andelen, som vurderer deres helbred som mindre godt. Samlet set har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred. Se figur 7.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der vurderer deres helbred som fremragende eller vældig godt. Tilsvarende har der været en stigning i andelen, som vurderer deres helbred som godt eller mindre godt. Samlet set har været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred. Se figur 7.1.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der vurderer deres helbred som fremragende, mens der omvendt har været en stigning i andelen, der vurderer deres helbred som godt. Se figur 7.1.S i bind 2. ◄

**Figur 7.2**
Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 16 | 175.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 14 | 76.000 |
| Kvinde | 18 | 99.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 9 | 15.000 |
| 25-34 år | 11 | 20.000 |
| 35-44 år | 14 | 21.000 |
| 45-54 år | 17 | 29.000 |
| 55-64 år | 20 | 34.000 |
| 65-74 år | 18 | 25.000 |
| 75+ år | 27 | 31.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 29 | 37.000 |
| Middel (11-14 år) | 17 | 70.000 |
| Højt (15+ år) | 12 | 34.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 10 | 11.000 |
| Beskæftigede | 10 | 52.000 |
| Arbejdsløse | 23 | 5.500 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 32 | 17.000 |
| Førtidspensionister | 48 | 25.000 |
| Efterlønsmodtagere | 13 | 1.700 |
| Folkepensionister | 23 | 52.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 16 | 151.000 |
| Anden vestlig | 17 | 8.600 |
| Ikke-vestlig | 21 | 15.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 13 | 83.000 |
| Lejer | 21 | 73.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 20 | 70.000 |
| Ja | 14 | 91.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 17 | 118.000 |
| Ja | 11 | 28.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og sociale forhold

Af figur 7.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 55 år og derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en signifikant større andel af kvinder med dårligt selvvurderet helbred sammenlignet med mænd.

Alder. Andelen med dårligt selvvurderet helbred stiger i takt med alderen. Det ses således, at andelen med dårligt selvvurderet helbred er tre gange større blandt personer i alderen 75 år eller derover sammenlignet med de 16-24-årige.

Uddannelsesniveau. Andelen med dårligt selvvurderet helbred falder i takt med stigende uddannelsesniveau. Andelen er 29 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 12 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er størst blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Omvendt er der en mindre andel blandt studerende/skoleelever og beskæftigede.

Etnisk baggrund. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel af personer, der bor i lejebolig, har dårligt selvvurderet helbred end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel af personer uden børn i hjemmet har dårligt selvvurderet helbred, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-44 år samt personer i alderen 55-64 år. Blandt unge i alderen 16-24 år er andelen med dårligt selvvurderet helbred næsten fordoblet. Tilsvarende ses en stigning i andelen af personer med dårligt selvvurderet helbred på tværs af uddannelsesniveau. Omvendt ses et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 75 år og opefter. Se figur 7.2.S i bind 2. ◄

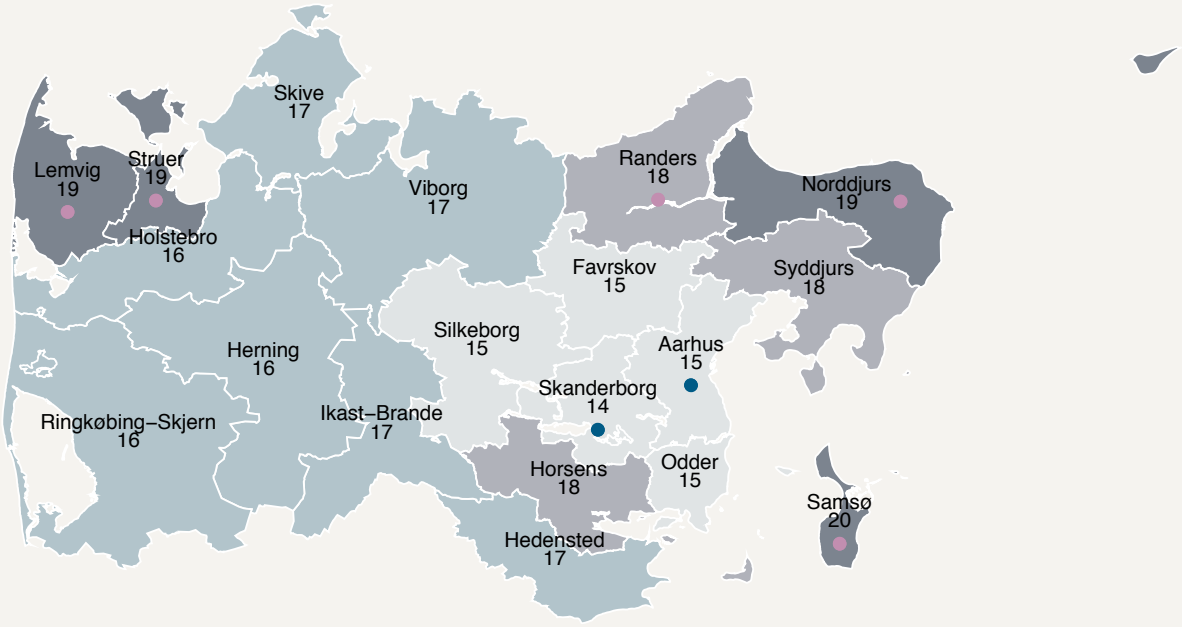
► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred. Stigningen ses blandt mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-44 år samt personer i alderen 55-64 år. Derudover har der været en stigning blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Blandt personer i alderen 75 år og derover har der til gengæld været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred. Se figur 7.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt de 16-34-årige og blandt personer med højt uddannelsesniveau. Se figur 7.2.S i bind 2. ◄

**Figur 7.3**
Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Samsø | 20 | 600 |
| Struer | 19 | 3.300 |
| Lemvig | 19 | 3.100 |
| Norddjurs | 19 | 5.800 |
| Randers | 18 | 15.000 |
| Syddjurs | 18 | 6.400 |
| Horsens | 18 | 13.000 |
| Skive | 17 | 6.500 |
| Ikast-Brande | 17 | 5.600 |
| Hedensted | 17 | 6.400 |
| Viborg | 17 | 13.000 |
| Holstebro | 16 | 7.500 |
| Ringkøbing-Skjern | 16 | 7.200 |
| Herning | 16 | 11.000 |
| Silkeborg | 15 | 12.000 |
| Favrskov | 15 | 5.700 |
| Odder | 15 | 2.700 |
| Aarhus | 15 | 43.000 |
| Skanderborg | 14 | 7.000 |
| Region Midtjylland | 16 | 175.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



## Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Figur 7.3 viser, at sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

- Samsø
- Struer
- Lemvig
- Norddjurs
- Randers

I disse kommuner varierer andelen fra 18 % til 20 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med dårligt selvvurderet helbred i Aarhus og Skanderborg. I disse kommuner varierer andelen fra 14 % til 15 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Favrskov, Hedensted, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Norddjurs, Randers, Ringkøbing-Skjern, Struer og Viborg. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Favrskov til 4 procentpoint i Hedensted, Lemvig, Struer og Viborg. Se figur 7.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Hedensted, Lemvig, Randers, Struer, Viborg og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Lemvig. Se figur 7.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Lemvig Kommune. Stigningen er på 4 procentpoint. Se figur 7.3.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Hovedparten af befolkningen i Region Midtjylland oplever at have et godt helbred. Der er dog 16 % af befolkningen, der vurderer, at de har et dårligt helbred. Det er særligt kvinder og personer i alderen 55 år eller derover. Der ses endvidere en markant social gradient, hvor andelen med dårligt selvvurderet helbred er signifikant større blandt personer med lavt uddannelsesniveau og signifikant mindre blandt personer med højt uddannelsesniveau. I forhold til erhvervsstatus er der en markant større andel, der vurderer, at de har et dårligt helbred, blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister. Næsten hver anden førtidspensionist vurderer sit helbred som dårligt. Endvidere er der en markant større andel med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med ikke-vestlig baggrund, personer der bor i lejebolig, personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, samt personer uden børn i hjemmet.

I perioden fra 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen af befolkningen, der vurderer deres helbred som dårligt. I 2010 var det 14 % af befolkningen, der havde et dårligt selvvurderet helbred, mens andelen i 2021 er 16 %. Stigningen ses hos både mænd og kvinder og på tværs af forskellige aldersgrupper. Stigningen er dog særlig markant blandt de unge og midaldrende, og blandt unge i alderen 16-24 år er andelen med dårligt selvvurderet helbred næsten fordoblet siden 2010. Omvendt har der været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt de ældste ældre. I perioden fra 2010 til 2021 er der også sket en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred på tværs af uddannelsesniveau.

## Referencer


1. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine, 2009. 69(3): p. 307-316.

2. Bombak A. 2013. Self-Rated Health and Public Health: A Critical Perspective. Frontiers in Public Health, 2013. 1:15.

3. Krause NM & Jay GM. What do global self-rated health items measure? Med Care, 1994. 32(9): p. 930-42.

4. Vie TL, et al. Self-rated health (SRH) in young people and causes of death and mortality in young adulthood. A prospective registry-based Norwegian HUNT-study. SSM - Population Health, 2019. 7: p. 100-364.

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

6. DeSalvo KB, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med, 2006. 21(3): p. 267-75.

7. Latham K & Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci, 2013. 68(1): p. 107-16.

8. Riise HK, et al. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. Qual Life Res, 2014. 23(1): p. 145-53.

9. Waller G, et al. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. BMJ Open, 2015. 5(2): p. 006-589.

10. Cserép Z, et al. Self-rated health is associated with the length of stay at the intensive care unit and hospital following cardiac surgery. BMC Cardiovasc Disord, 2014. 14: p. 171.

11. Perruccio AV, et al. Importance of self-rated health and mental well-being in predicting health outcomes following total joint replacement surgery for osteoarthritis. Arthritis Care Res (Hoboken), 2011. 63(7): p. 973-81.

12. Wennberg P, et al. Self-rated health and mortality in individuals with diabetes mellitus: prospective cohort study. BMJ Open, 2012. 2(1): p. 7-60.

13. Venskutonyte L, et al. Self-rated health predicts outcome in patients with type 2 diabetes and myocardial infarction: a DIGAMI 2 quality of life sub-study. Diab Vasc Dis Res, 2013. 10(4): p. 361-7.

14. Grool AM, et al. Self-rated health status as a risk factor for future vascular events and mortality in patients with symptomatic and asymptomatic atherosclerotic disease: the SMART study. Journal of Internal Medicine, 2012. 272(3): p. 277-286.

15. Vejen M, et al. Self-Rated Health as a Predictor of Death after Two Years: The Importance of Physical and Mental Wellbeing Postintensive Care. Biomed Res Int, 2017. 2017: p. 5192640.

16. Bosworth HB, et al. The association between self-rated health and mortality in a well-characterized sample of coronary artery disease patients. Med Care, 1999. 37(12): p. 1226-36.

17. Eng JA, et al. Predicting 5- and 10-year survival in older women with early-stage breast cancer: self-rated health and walking ability. J Am Geriatr Soc, 2015. 63(4): p. 757-62.

18. Nabulsi NA, et al. Self-reported health and survival in older patients diagnosed with multiple myeloma. Cancer Causes Control, 2020. 31(7): p. 641-650.

19. Shadbolt B, Barresi J & Craft P. Self-rated health as a predictor of survival among patients with advanced cancer. J Clin Oncol, 2002. 20(10): p. 2514-9.

20. Dominick KL, et al. Relationship of health-related quality of life to health care utilization and mortality among older adults. Aging Clin Exp Res, 2002. 14(6): p. 499-508.

21. DeSalvo KB, et al. Health care expenditure prediction with a single item, self-rated health measure. Med Care, 2009. 47(4): p. 440-7.

22. Kristensen TS, et al. Selvvurderet helbred og arbejdsmiljø - Er selvvurderet helbred et frugtbart og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? 1999, Arbejdsmiljøfondet: København.

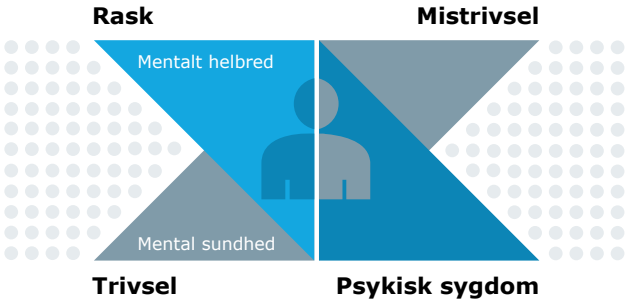
# 8. MENTAL SUNDHED

Formålet med dette kapitel er at beskrive befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber samt viden om risikofaktorer og interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fem forskellige vinkler på mental sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed, 4) ensomhed og 5) depression. Dermed spænder analysen fra almen trivsel over tegn på dårlig mental sundhed til egentlige mentale helbredsproblemer.

## Hvad menes der med mental sundhed?

Det engelske begreb *mental health* kan på dansk oversættes til både *mental sundhed* og *mentalt helbred* (1). Dermed afspejler den danske oversættelse to væsentlige dimensioner af begrebet. *Mental sundhed* dækker over et spektrum fra trivsel/mentalt velbefindende til mistrivsel/mentale problemer, for eksempel i form af symptomer. En tilstand af trivsel giver mulighed for at udfolde egne evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber (2). Den mentale sundhed er påvirket af den enkeltes mestring af belastninger, adgang til ressourcer og samspil med omgivelserne (3) og dækker derfor både over den enkeltes oplevelse af trivsel og muligheder for og evne til at klare udfordringer og gøremål (2). *Mentalt helbred* dækker til gengæld over et sygdomsrelateret spektrum – fra at være rask til at have en psykisk lidelse – og refererer dermed til diagnoser (3) (se figur 8.1).

**Figur 8.1**
Mental sundhed og mentalt helbred




I praksis overlapper de to begreber hinanden. Størstedelen af befolkningen har en god mental sundhed og lider ikke af en psykisk lidelse. En andel af befolkningen har et eller flere problemer eller symptomer, som er forbundet med dårlig mental sundhed, men som ikke opfylder diagnostiske kriterier. Endelig lider en del af befolkningen af egentlige psykiske lidelser. En del af denne gruppe udviser tydelige tegn på dårlig mental sundhed, mens andre, trods mentale helbredsproblemer, har en god mental sundhed, eksempelvis som følge af tilstrækkelig behandling og støtte (3).

Sammenfattende er *mental health* et bredt begreb, som dækker over en række forskellige tilstande. Dette er en potentiel styrke, men samtidig problematisk, da det giver anledning til begrebsforvirring (4). WHO har i en række rapporter søgt at nuancere begrebet (5, 6). Det fremhæves her, at *mental health* er mere end fravær af psykisk lidelse, og at den gensidige påvirkning mellem mental sundhed/mentale helbredsproblemer og fysisk helbred er både omfattende og kompleks. Heraf følger den erkendelse, at fremme af mental sundhed og afhjælpning af mentale helbredsproblemer kræver en folkesundhedstilgang, der både tilsigter at øge trivsel og at mindske egentlige psykiske lidelser (6). Denne pointe afspejler sig i WHO's *Comprehensive mental health action plan 2013-2030*, der sammentænker fremme af trivsel, forebyggelse og afhjælpning af psykiske lidelser og rehabilitering (7).

Samtidig fremhæver WHO, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (8). Denne pointe bygger især på nyere forskning i neurovidenskab og adfærdsmedicin, som har vist, 1) at psykiske sygdomme, ligesom mange somatiske sygdomme, er resultatet af komplekse samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer, og 2) at mentalt helbred og fysisk helbred er tæt forbundet via fysiologiske systemer og sundhedsadfærd (8). Det fysiske helbred påvirker i betydelig grad den enkeltes mentale helbred, ligesom mentalt helbred har væsentlig betydning for det fysiske helbred. Eksempelvis udløser en depression uhensigtsmæssige forandringer i immunfunktionen og øger derved risikoen for en række somatiske sygdomme (8). Endvidere er psykisk sygdom forbundet med uhensigtsmæssige sundhedsvaner (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risiko-

adfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme (8). I tråd hermed forekommer somatiske sygdomme generelt hyppigere blandt personer med psykisk sygdom end i den øvrige befolkning (8, 9). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 5-10 år kortere end for den øvrige befolkning (10, 11).

## Risikofaktorer for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for blandt andet helbred, uddannelse og beskæftigelse. Den enkeltes sociale og økonomiske vilkår, kulturelle forhold, livsfase og mestringsstrategier giver forskellige muligheder for at modstå belastninger, som kan forringe den mentale sundhed og eventuelt udløse eller forværre mentale helbredsproblemer (6, 12). Faktorer, som øger risikoen for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, spænder fra det overordnede samfundsniveau (f.eks. fattigdom) over familieforhold (f.eks. omsorgssvigt) til individniveau (f.eks. fysiske helbredsproblemer) (12-15).

Det har vist sig vanskeligt at opstille og validere et samlet mål, der i befolkningsundersøgelser og interventionsstudier kan belyse mental sundhed og ikke blot symptomer på psykisk sygdom (4). Selv om psykiske lidelser ikke udgør en modpol til mental sundhed, er psykisk sygdom en af de væsentligste årsager til dårlig mental sundhed. I tråd hermed ses der en stærk negativ sammenhæng mellem mål for positiv mental sundhed/trivsel og mål, der belyser symptomer på mentale helbredsproblemer, f.eks. depression (16, 17). Dertil kommer, at forskellige tilstande, der er forbundet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer, ofte overlapper hinanden og indgår i et gensidigt forstærkende samspil. Psykisk sygdom kan påvirke sociale relationer, ligesom sociale relationer kan have betydning for symptomer på psykisk sygdom; eksempelvis øger depressive tilstande risikoen for ensomhed, ligesom ensomhed øger risikoen for symptomer på depression (18-20). Tilsvarende er stress et tegn på dårlig mental sundhed, men også en risikofaktor i forhold til depression (21, 22). Dette varierende landskab af komponenter af mental sundhed og mentale helbredsproblemer er med til at understrege, at det er relevant både at beskrive trivsel, forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og egentlige mentale helbredsproblemer i befolkningen.

## Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at danne sig et samlet billede af udviklingen i befolkningens mentale sundhed og mentale helbredsproblemer i Danmark, hvilket blandt andet skyldes, at de to begreber dækker over en række forskellige tilstande. Flere undersøgelser bidrager imidlertid med væsentlig information herom.

Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen peger på, at forekomsten af dårligt mentalt helbred i den voksne danske befolkning faldt fra 1994 til 2005 (23). Dog ses en stigende forekomst af dårlig mental sundhed hos unge kvinder (16-24 år) fra 2000 til 2005. Den nationale sundhedsprofil peger på en stigning fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau (24). Stigningen er overvejende sket mellem 2013 og 2017. Angående psykiske lidelser er det vanskeligt at finde sammenlignelige befolkningsundersøgelser (1, 25). Registeroplysninger peger dog på en stigning i antallet af voksne (18+ år), som har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (25), og som får en psykiatrisk diagnose (26).

Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* fra 2020 har på baggrund af danske repræsentative undersøgelser og registerdata kortlagt de foregående 20-30 års udvikling i mentalt helbred hos børn og unge (10-24 år) (27). Kortlægningen dokumenterer en stigning i forekomsten af psykiske sygdomme og en række selvrapporterede indikatorer for dårlig mental sundhed. Overordnet synes udviklingen at være negativ med et stigende antal børn og unge med dårlig mental sundhed. Eksempelvis er andelen af 16-24-årige kvinder, som ofte føler sig nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 36 % i 2017. Endvidere viser registeroplysninger en markant stigning fra 1996 til 2016 i antallet af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser (27). Omkring 15 % af børn og unge diagnosticeres med en psykisk sygdom eller forstyrrelse, inden de fylder 18 år (28).

Sammenfattende tyder tilgængelige undersøgelser på, at der overordnet er sket en forværring i børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder). Udviklingen i den voksne del af befolkningen er mere uklar, om end der ses tegn på en negativ udvikling i årene op til coronapandemien.

Der har været stor bekymring for coronapandemiens betydning for befolkningens mentale sundhed, og i skrivende stund (november 2021) præger pandemien fortsat det danske samfund. Det danske forskningsprojekt 'Stå sammen ved at holde afstand' (https://coronaminds.ku.dk/) har under coronapandemien fulgt udviklingen i mental sundhed (herunder livskvalitet, angst og ensomhed) gennem hyppige spørgeskemaundersøgelser. Data herfra indikerer, at den mentale sundhed blev forværret i perioder med smitte og restriktioner – og forbedret i perioder med genåbning af samfundet. I hvilken grad pandemien varigt har påvirket befolkningens mentale sundhed, er i sagens natur ikke kendt på nuværende tidspunkt. Coronapandemiens påvirkning af befolkningen uddybes i kapitel 11.

## Sundhedsfremme og forebyggelse

WHO har påpeget, at indsatser til mental sundhedsfremme og forebyggelse af psykiske lidelser med fordel kan kategoriseres ud fra formål og målgruppe (6). En dominerende tilgang til arbejdet bygger på den forestilling, at universelle indsatser, som tilbydes alle og ikke er behovsstyrede, kan forbedre hele eller dele af befolkningens trivsel (29-31). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (32). Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (29, 30, 33). En anden dominerende tilgang til arbejdet med mental sundhed og mentale helbredsproblemer er selektive eller indikerede forebyggende indsatser, som er rettet mod udvalgte målgrupper eller enkeltpersoner, der har en forhøjet risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Det kan eksempelvis dreje sig om screening for symptomer på fødselsdepression (6).

Sundhedsstyrelsen har udarbejdet en forebyggelsespakke, der kan understøtte arbejdet med indsatser og inspirere til politiske målsætninger, der skal medvirke til at forbedre befolkningens mentale sundhed (34). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (35). I kommunalt regi ses både sundhedsfremmende tiltag (36) og forebyggende og afhjælpende indsatser, der sigter mod forskellige problemer, som er forbundet med mental sundhed og mentalt helbred (35). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbestrategier til indsatser for personer med lettere angst- og depressionstilstande. Kommunernes indsats for personer med psykiske lidelser er et område i udvikling med mange forskellige opgaver og en bred målgruppe.

Den eksisterende viden om indsatsernes effekt varierer på tværs af forskellige problemstillinger, og det er samtidig veldokumenteret, at mange mennesker med mentale helbredsproblemer ikke modtager den rette behandling (37, 38). Dansk Psykiatrisk Selskab vurde-

**Mental sundhed og coronapandemien**

Det er vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2021 er indsamlet under coronapandemien. De fleste deltagere besvarede spørgeskemaundersøgelsen under den anden nationale nedlukning, hvor der gjaldt en række restriktioner og tiltag, og hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne. Undersøgelsen tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen kan henføres til særlige levevilkår. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i befolkningens mentale sundhed skal derfor også foretages med forsigtighed. Hvordan coronapandemien har påvirket befolkningen, uddybes i kapitel 11.

rer på baggrund af udenlandske undersøgelser, at ca. 20 % af den danske befolkning i løbet af et år opfylder kriterierne for en psykisk lidelse, og at knap halvdelen af disse ikke er i behandling (25).

Der er særlig god grund til at lave indsatser i barndoms- og ungdomsårene, da de fleste mentale helbredsproblemer opstår i denne periode (12). Samtidig udgør mentale helbredsproblemer en stor del af den samlede sygdomsbyrde hos børn og unge (antal år, som går tabt pga. nedsat funktionsevne eller for tidlig død) (27). Endvidere tyder danske undersøgelser som nævnt på, at der inden for de seneste årtier er sket en stigning i andelen af børn og unge med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (27). Det er således nødvendigt at sikre en tidlig indsats i form af forebyggelse og behandling/støtte, hvis der skal ske en bedring i befolkningens mentale sundhed og helbred.

Der findes en omfangsrig litteratur om programmer og metoder til forebyggelse og behandling af mentale helbredsproblemer hos børn og unge. Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* (27) indeholder et overblik over sundhedsfremmende og forebyggende indsatser (universelle, selektive og indikerede), der er vidensbaserede og vurderes at være relevante i en dansk sammenhæng.

## Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive befolkningens mentale sundhed ud fra forskellige vinkler. I analysen beskrives først forekomsten af trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi. Dernæst beskrives forekomsten af forskellige aspekter af dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer i forhold til køn, alder, sociale forhold, geografi samt en række udvalgte grupper, som har øget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer (benævnt risikogrupper).

Følgende indikatorer for mental sundhed og mentalt helbred indgår i analysen:

- God trivsel/livskvalitet
- Høj score på stressskala
- Generet af angst og anspændthed
- Ensomhed
- Symptomer på depression

Dermed rettes fokus overvejende mod dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer, selv om vi anerkender, at positive dimensioner af mental sundhed også er relevante for arbejdet med befolkningens mentale sundhed og mentale helbred. De nævnte indikatorer beskrives nærmere i kapitlet forud for analyserne.

Forekomsten af multisygdom hos personer med psykisk sygdom beskrives i kapitel 9, som også belyser sundhedsvaner hos personer med psykisk sygdom. Unges mentale sundhed uddybes i kapitel 10.

## Risikogrupper

I analysen indgår otte faktorer, som bidrager til at belyse mental sundhed og mentale helbredsproblemer hos grupper, der ifølge tidligere undersøgelser har en forøget risiko for dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer. Det skal holdes for øje, at risikogrupperne overlapper hinanden, og samme person kan derfor indgå i flere grupper. Følgende risikogrupper indgår i analysen:

- Belastet af dødsfald blandt de nærmeste
- Belastet af sygdom hos nærtstående
- Belastet af økonomiske forhold
- Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde)
- Dårligt selvvurderet helbred
- Tegn på alkoholproblemer
- Tegn på social isolation
- Svag social støtte

Følgende spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2021* er anvendt til at belyse de nævnte risikogrupper:

Belastende livsomstændigheder. Deltagerne er i undersøgelsen blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af 1) Dødsfald blandt de nærmeste, 2) Sygdom hos partner, familie eller nære venner, 3) Økonomi og 4) Arbejdssituation. I analysen indgår den andel, der har svaret 1) Ja, en del eller 2) Ja, meget til spørgsmålene om, hvorvidt de har været belastet af henholdsvis dødsfald, sygdom, økonomiske forhold eller deres arbejdssituation. I analysen af personer, der er belastet af deres arbejdssituation, rettes fokus mod beskæftigelsesrelaterede forhold (herunder arbejdsmiljø) frem for belastninger som følge af manglende beskæftigelse.

Derfor er det kun deltagere, som er i arbejde, der indgår i denne analyse.

Dårligt selvvurderet helbred. I undersøgelsen indgår spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 1) Fremragende, 2) Vældig godt, 3) Godt, 4) Mindre godt og 5) Dårligt. De to sidste svarmuligheder betegnes som dårligt selvvurderet helbred. Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som en opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet (se kapitel 7). Derfor vil der være et overlap mellem dårligt selvvurderet helbred og specifikke mentale helbredsproblemer, som beskrives i dette kapitel.

Tegn på alkoholproblemer. I undersøgelsen indgår CAGE-C, der består af seks spørgsmål om alkoholvaner, som belyser tegn på alkoholproblemer (39). Spørgsmålene omhandler personens egen oplevelse af, om alkoholforbruget er problematisk, og hvorvidt personer i netværket har givet udtryk for, at alkoholforbruget er for stort. Derudover indgår et spørgsmål om den fysiske afhængighed af alkohol samt to spørgsmål om drikkemønsteret og hyppigheden af indtaget. Analysen omfatter den andel, der udviser tegn på alkoholproblemer.

Tegn på social isolation. Berkman og Syme konstruerede i 1970'erne et socialt netværksindeks som et objektivt mål for sociale relationer (40). I tråd hermed har Valtorta og kolleger udviklet et simpelt social isolationsindeks (41), som kombinerer informationer om samliv, social kontakt med familie, venner og bekendte og tilknytning til arbejdsmarkedet samt deltagelse i religiøse aktiviteter og medlemsskab af organisationer/klubber. Herved kombineres oplysninger om forskellige sociale kontaktflader i et samlet mål. På baggrund af spørgsmål fra *Hvordan har du det? 2021* er der – inspireret af Valtorta m.fl. – udviklet et sådant indeks.

Følgende seks indikatorer indgår:

1) Bor ikke sammen med ægtefælle/samlever/kæreste.
2) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med familie, som vedkommende ikke bor sammen med.
3) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med venner.
4) Har mindre end månedlig/aldrig kontakt med naboer eller andre personer i lokalområdet.
5) Ikke i kontakt med bekendte i foreninger, klubber osv.
6) Hverken i arbejde eller under uddannelse.

Man kan score fra 0 til 6 point på indekset. Det antages, at personer med en score på 0-2, svarende til højest 2 kontaktflader, udviser tegn på social isolation. I analysen indgår den andel, der ifølge indekset udviser tegn på social isolation.

Svag social støtte. Deltagerne i undersøgelsen er blevet spurgt: "Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?" med svarmulighederne 1) Ja, altid, 2) Ja, for det meste, 3) Ja, nogle gange og 4) Nej, aldrig eller næsten aldrig. I analysen indgår den andel, der har svaret, at de aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med.

## Trivsel og livskvalitet

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (42): 'Trivsel' dækker blandt andet over vurdering af eget liv, vilkår og begivenheder inden for forskellige domæner, mens 'livskvalitet' refererer til, om man på et overordnet niveau finder sit liv tilfredsstillende, og påvirkes dermed af en række forhold (f.eks. helbred, boligforhold, arbejdsliv og økonomi, sociale relationer og selvfølelse) (43, 44). Trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for mental sundhed. Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes oplevelse af mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er i *Hvordan har du det?* belyst med spørgsmålet: "Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?" med svarmulighederne: 1) Virkelig god, 2) God, 3) Nogenlunde, 4) Dårlig og 5) Meget dårlig.

De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som "god trivsel og livskvalitet", mens de tre sidste betegnes som "nogenlunde/dårlig trivsel og livskvalitet".

Spørgsmålet om trivsel og livskvalitet indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010. Det er således kun muligt at belyse udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2021.

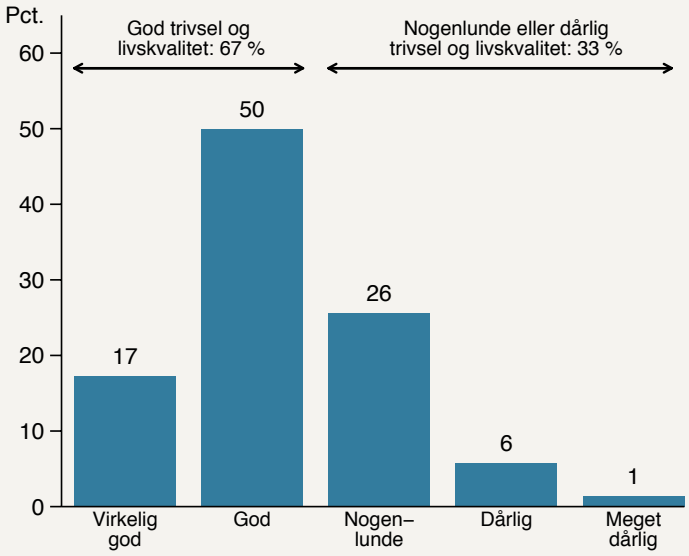
## Trivsel og livskvalitet i hele befolkningen

Figur 8.2 viser, hvordan svarene fordeler sig på spørgsmålet om trivsel og livskvalitet. Der er 67 %, som vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet, mens 33 % vurderer, at de har en nogenlunde eller dårlig trivsel og livskvalitet. Således vurderer cirka 2 ud af 3 personer, at de har en god trivsel og livskvalitet, svarende til cirka 665.000 borgere i Region Midtjylland. I det følgende afsnit fokuseres der på denne gruppe.

► Udvikling fra 2013 til 2021. Der er fra 2013 til 2021 sket et fald fra 76 % til 67 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. Der er fra 2017 til 2021 sket et fald fra 71 % til 67 % i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

**Figur 8.2**
Hvordan synes du, din trivsel og livskvalitet er alt i alt?



**Figur 8.3**
God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 67 | 665.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 69 | 332.000 |
| Kvinde | 66 | 333.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 70 | 93.000 |
| 25-34 år | 68 | 101.000 |
| 35-44 år | 67 | 91.000 |
| 45-54 år | 65 | 107.000 |
| 55-64 år | 67 | 105.000 |
| 65-74 år | 71 | 99.000 |
| 75+ år | 62 | 69.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 56 | 73.000 |
| Middel (11-14 år) | 67 | 276.000 |
| Højt (15+ år) | 73 | 208.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 69 | 73.000 |
| Beskæftigede | 73 | 383.000 |
| Arbejdsløse | 51 | 12.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 48 | 26.000 |
| Førtidspensionister | 35 | 17.000 |
| Efterlønsmodtagere | 75 | 9.000 |
| Folkepensionister | 65 | 141.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 68 | 600.000 |
| Anden vestlig | 69 | 31.000 |
| Ikke-vestlig | 60 | 34.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 72 | 450.000 |
| Lejer | 59 | 207.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 59 | 206.000 |
| Ja | 72 | 449.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 66 | 453.000 |
| Ja | 72 | 176.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## God trivsel og livskvalitet – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.3 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har en god trivsel og livskvalitet, blandt følgende grupper:

- Mænd
- Personer i alderen 16-24 år og 65-74 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede og efterlønsmodtagere
- Personer med dansk baggrund
- Personer, der bor i ejerbolig
- Personer, der bor med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel af mænd end kvinder, der har en god selvvurderet trivsel og livskvalitet.

Alder. De største andele af personer med god trivsel og livskvalitet er blandt de 16-24-årige og 65-74-årige, mens de mindste andele er blandt de 45-54-årige og personer på 75 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet øges med stigende uddannelsesniveau. Der er 73 % med en god trivsel og livskvalitet blandt personer med et højt uddannelsesniveau og 56 % blandt personer med et lavt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede og efterlønsmodtagere. De mindste andele med en god trivsel og livskvalitet findes blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Blandt førtidspensionister er det blot 35 %, der angiver, at de har en god trivsel og livskvalitet.

Etnisk baggrund. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der har en god trivsel og livskvalitet blandt personer med dansk baggrund. Andelen med en god trivsel og livskvalitet er mindst blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En markant større andel af personer, der bor i ejerbolig, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der bor i lejebolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En markant større andel blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever, har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever.

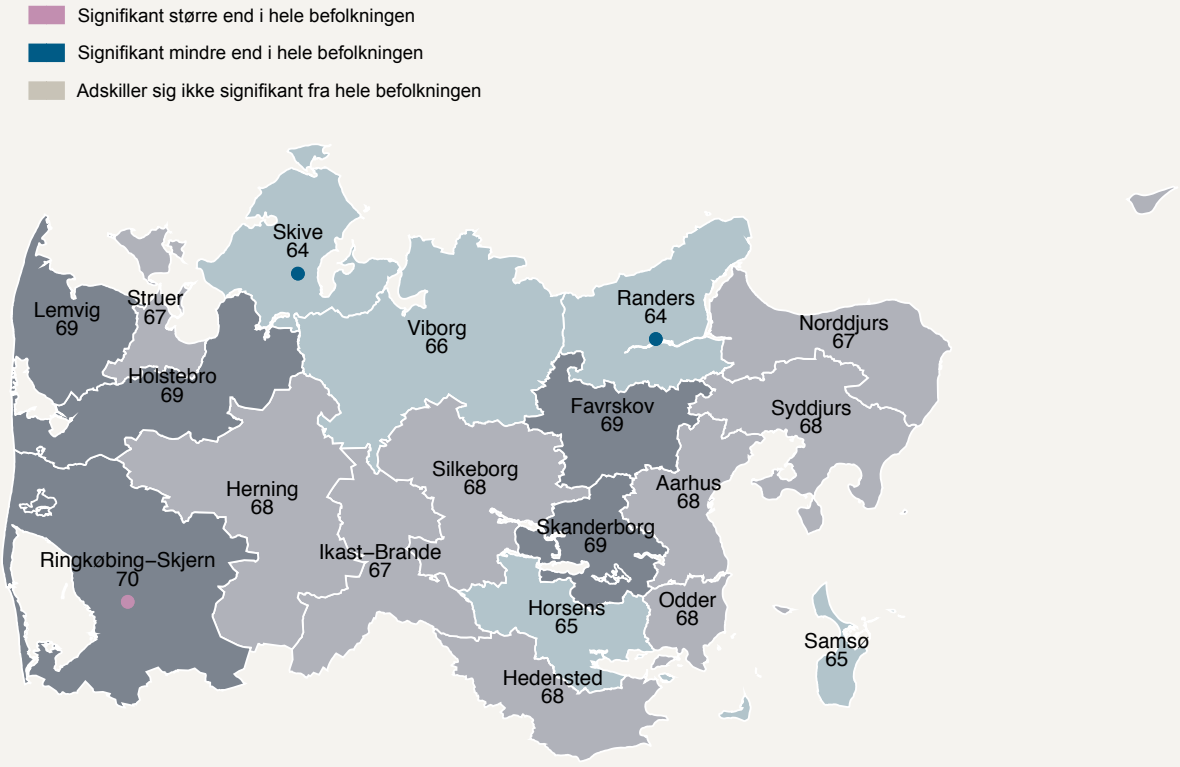
Børn i hjemmet. En større andel personer med børn i hjemmet har en god trivsel og livskvalitet, end det er tilfældet for personer uden børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der har en god trivsel og livskvalitet, både for mænd og kvinder, blandt 16-54-årige og 65-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 8.2.S i bind 2. ◄

**Figur 8.4**
God trivsel og livskvalitet – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Ringkøbing-Skjern | 70 | 29.000 |
| Holstebro | 69 | 30.000 |
| Lemvig | 69 | 10.000 |
| Skanderborg | 69 | 31.000 |
| Favrskov | 69 | 24.000 |
| Herning | 68 | 45.000 |
| Aarhus | 68 | 180.000 |
| Hedensted | 68 | 23.000 |
| Silkeborg | 68 | 47.000 |
| Syddjurs | 68 | 22.000 |
| Odder | 68 | 12.000 |
| Ikast-Brande | 67 | 21.000 |
| Struer | 67 | 11.000 |
| Norddjurs | 67 | 19.000 |
| Viborg | 66 | 47.000 |
| Samsø | 65 | 1.900 |
| Horsens | 65 | 43.000 |
| Skive | 64 | 22.000 |
| Randers | 64 | 47.000 |
| Region Midtjylland | 67 | 665.000 |



## God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.4 viser andelen af personer med en god trivsel og livskvalitet i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Ringkøbing-Skjern.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel af personer med en god trivsel og livskvalitet i Skive og Randers.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner. Faldet varierer fra 6 procentpoint i Norddjurs til 11 procentpoint i Favrskov. Se figur 8.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af personer med god trivsel og livskvalitet i Favrskov, Randers, Skive og Aarhus. Se figur 8.3.S i bind 2. ◄

## Stress

Stress er et væsentligt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær (45, 46). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel.

Stress er ikke en sygdom, men stress øger risikoen for fysisk og psykisk sygdom og forringet livskvalitet, især hvis der er tale om en stresstilstand, der strækker sig over en længere periode (47). Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

Der er forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for forkølelse, influenza, hjerte-kar-lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression og kortere levetid (48, 49).

Man skelner mellem a) stresspåvirkninger i form af belastende hændelser og levevilkår, b) den enkeltes stressoplevelse og c) stress som en tilstand i organismen, der kan måles i form af koncentrationen af stresshormoner i blodet, hjertefrekvens mv. (50, 51). Stress er således både et socialt, psykologisk og fysiologisk fænomen. I figur 8.5 ses en illustration, der med udgangspunkt i nyere stressforskning beskriver det komplekse samspil mellem social kontekst, stresspåvirkninger, ressourcer og helbred (52).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (53, 54). PSS omfatter 10 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig stresset og nervøs, samt hvorvidt han eller hun oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollabelt og belastende.

**Figur 8.5**
Stressmodel

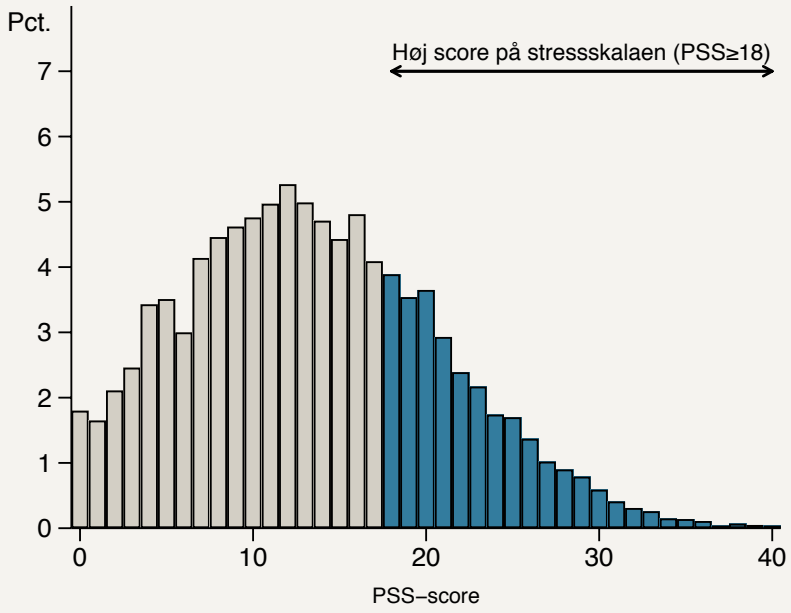



PSS bygger på Richard Lazarus' kognitive stressmodel, der ligger til grund for meget af den nyere psykologiske stressforskning (55). Stress opstår ifølge Lazarus i et samspil mellem individ og omgivelser. Stress udløses af stresspåvirkninger, men personens egen vurdering af, om en begivenhed eller en tilstand er stressende, er et vigtigt mellemled mellem stresspåvirkning og stressreaktion. Belastning og mestring er således koblet sammen i Lazarus' stressmodel. Personer, der scorer højt på PSS, er blandt andet mere modtagelige for forkølelse, mere sårbare over for alvorlige livsbegivenheder, har sværere ved at holde op med at ryge og har sværere ved at kontrollere blodsukkeret, hvis de har diabetes (56).

Det er vigtigt at være opmærksom på, at stress kan opstå som følge af alle slags belastninger. Eksempelvis viste en undersøgelse, baseret på data fra *Hvordan har du det?*, at egen sygdom er den vigtigste belastning på befolkningsniveau (57). Undersøgelsen viste også, at arbejdssituationen var den vigtigste belastning for personer i arbejde. En anden analyse fra samme projekt fandt en forskel i belastningsprofiler på tværs af køn, alder og uddannelse. Eksempelvis er unge oftere belastet af økonomi, bolig og arbejde end ældre (58).

Interventionsforskning viser, at mennesker med et højt stressniveau kan blive bedre til at undgå og mestre stresspåvirkninger (59). På arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner og i andre sociale fællesskaber kan der desuden gøres en indsats for at mindske stresspåvirkningerne og støtte personer, der lider under et højt stressniveau. Mange arbejdspladser har som led heri indført en stresspolitik. På uddannelsesinstitutioner kan ledelse og undervisere medvirke til at reducere stress hos elever/studerende ved at sikre, at der er tid til de forskellige opgaver/afleveringer og vejledning i, hvordan opgaverne skal prioriteres (60). På samfundsplan kan der endvidere gøres en indsats for at mindske belastningerne i særligt udsatte grupper samt skabe gode betingelser for børnefamilier, så der opnås en bedre balance mellem arbejds- og familieliv. Samlet set er det vigtigt at se på en bred vifte af belastninger i forsøget på at reducere stress hos den enkelte og på befolkningsniveau (57, 61).

**Figur 8.6**
Stress målt ved Perceived Stress Scale (PSS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen




## Høj score på stressskalaen målt med Perceived Stress Scale

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, desto større grad af oplevet stress. Figur 8.6 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score er 12,9 point.

Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, og som det fremgår af figur 8.6, er der mange, der har en værdi omkring gennemsnittet. Det er væsentligt at fremhæve, at PSS ikke har en indbygget definition af, hvor mange point der skal til for at have et højt stressniveau.

En analyse af data fra denne undersøgelse viser, at den relative risiko for symptomer på depression stiger betydeligt ved en PSS-score på 18 point og opefter. Dette kunne tyde på, at stress især udgør en helbredsmæssig risiko for denne del af befolkningen.

I det følgende fokuseres der på denne brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 18-40 point. Denne gruppe udgør 29 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 297.000 personer i Region Midtjylland.

Nogle af spørgsmålene, som indgår i PSS, blev ændret fra 2010 til 2013. Derfor belyses udviklingen i en høj score på stressskalaen fra 2013 til 2021.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har en høj score på stressskalaen, fra 19 % til 29 %. Se figur 8.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har en score på stressskalaen, fra 23 % til 29 %. Se figur 8.4.S i bind 2. ◄

**Figur 8.7**
Høj score på stressskalaen (PSS≥18) – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 29 | 297.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 24 | 122.000 |
| Kvinde | 33 | 175.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 44 | 63.000 |
| 25-34 år | 36 | 57.000 |
| 35-44 år | 32 | 47.000 |
| 45-54 år | 24 | 42.000 |
| 55-64 år | 22 | 36.000 |
| 65-74 år | 18 | 25.000 |
| 75+ år | 24 | 27.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 34 | 44.000 |
| Middel (11-14 år) | 25 | 103.000 |
| Højt (15+ år) | 23 | 68.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 43 | 45.000 |
| Beskæftigede | 23 | 122.000 |
| Arbejdsløse | 45 | 11.000 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 53 | 29.000 |
| Førtidspensionister | 52 | 26.000 |
| Efterlønsmodtagere | 13 | 1.500 |
| Folkepensionister | 22 | 47.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 27 | 249.000 |
| Anden vestlig | 38 | 18.000 |
| Ikke-vestlig | 47 | 30.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 22 | 141.000 |
| Lejer | 39 | 136.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 36 | 125.000 |
| Ja | 24 | 155.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 28 | 195.000 |
| Ja | 28 | 70.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Høj score på stressskalaen – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.7 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der har en høj score på stressskalaen.

Alder. Andelen af personer med en høj score på stressskalaen er faldende med alderen. De største andele af personer med en høj score på stressskalaen ses blandt personer i alderen 16-44 år, mens de mindste andele ses blandt personer i alderen 45 år og derover.

Uddannelsesniveau. Andelen med en høj score på stressskalaen er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et middelhøjt og et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med en høj score på stressskalaen. De største andele af personer med en høj score på stressskalaen er blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Især ses en høj andel blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, hvor cirka hver anden har en høj score på stressskalaen. De mindste andele af personer med en høj score på stressskalaen findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Den største andel med en høj score på stressskalaen findes blandt personer med ikke-vestlig baggrund efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel af personer, der bor i lejebolig, har en høj score på stressskalaen, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der ses en større andel med en høj score på stressskalaen blandt personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

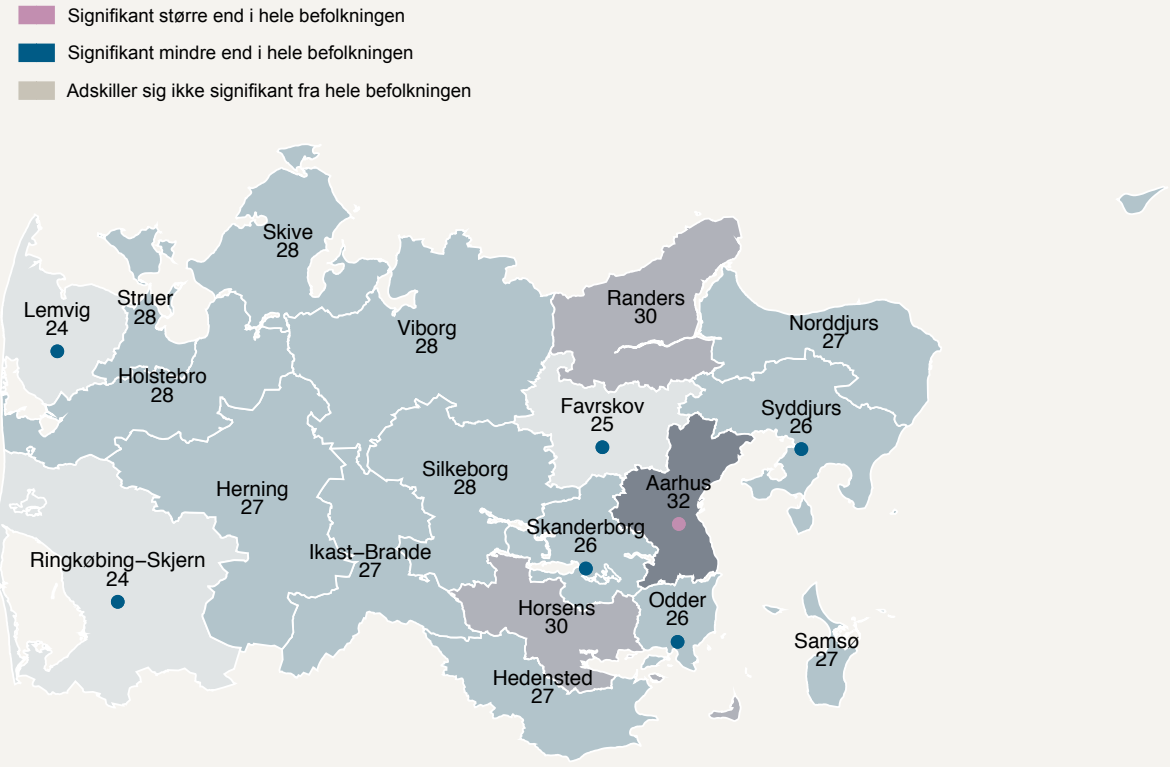
Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem, hvorvidt der er børn i hjemmet eller ej og en høj score på stressskalaen.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der har en høj score på stressskalaen, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper undtaget personer på 75 år og derover og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.4.S i bind 2. ◄

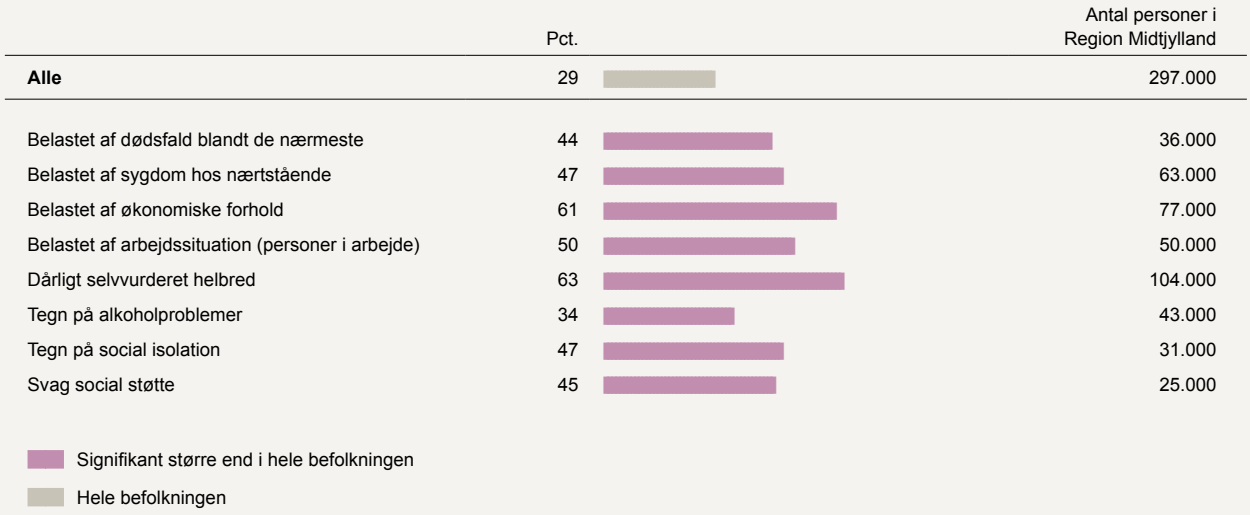
► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der har en høj score på stressskalaen, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper undtaget personer på 75 år og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 8.4.S i bind 2. ◄

**Figur 8.8**
Høj score på stressskalaen (PSS≥18) – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Aarhus | 32 | 89.000 |
| Horsens | 30 | 21.000 |
| Randers | 30 | 23.000 |
| Viborg | 28 | 21.000 |
| Struer | 28 | 4.500 |
| Holstebro | 28 | 12.000 |
| Silkeborg | 28 | 20.000 |
| Skive | 28 | 9.800 |
| Ikast-Brande | 27 | 8.800 |
| Norddjurs | 27 | 8.100 |
| Herning | 27 | 19.000 |
| Hedensted | 27 | 9.800 |
| Samsø | 27 | 800 |
| Syddjurs | 26 | 8.800 |
| Skanderborg | 26 | 12.000 |
| Odder | 26 | 4.600 |
| Favrskov | 25 | 9.100 |
| Ringkøbing-Skjern | 24 | 11.000 |
| Lemvig | 24 | 3.800 |
| Region Midtjylland | 29 | 297.000 |



**Figur 8.9**
Høj score på stressskalaen (PSS≥18) – forekomsten i forskellige risikogrupper




## Høj score på stressskalaen – kommuner

Figur 8.8 viser andelen af personer med en høj score på stressskalaen i kommunerne i Region Midtjylland. Andelene varierer fra 24 % i Ringkøbing-Skjern og Lemvig til 32 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen, i Aarhus Kommune.

Dertil ses der en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, i følgende kommuner:

- Syddjurs
- Skanderborg
- Odder
- Favrskov
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner, undtaget Horsens, Ikast-Brande og Syddjurs. Se figur 8.5.S i bind 2. ◄

## Høj score på stressskalaen – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.9 fremgår forekomsten af en høj score på stressskalaen i forskellige risikogrupper.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen i alle risikogrupper.

Den højeste andel med en høj score på stressskalaen findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred, hvoraf 63 % har en høj score på stressskalaen. Denne risikogruppe omfatter cirka 104.000 personer i Region Midtjylland, hvilket svarer til godt hver tredje borger med en høj score på stressskalaen.

## Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever ind imellem helbredsgener og symptomer, f.eks. symptomer på angst og anspændthed (62), som kan påvirke den enkeltes trivsel og være årsag til sygefravær (63, 64). Viden om forekomsten af mentale helbredsgener kan derfor bidrage til at belyse befolkningens mentale sundhed.

Angstlidelser dækker over en række nervøse og stressrelaterede tilstande. Eksempler på angstlidelser er panikangst, generaliseret angst, fobiske tilstande og posttraumatisk belastningsreaktion (65). Forekomsten af angstlidelser inden for de foregående 12 måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsniveau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos mænd (66). Såfremt lidelserne ikke behandles med psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindrende for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær (66, 67). De fleste angstlidelser forbliver ubehandlede (67).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (68) registreres der årligt knap 120.000 psykiatriske, ambulante hospitalsbesøg med en angsttilstand som aktionsdiagnose, svarende til 13 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Samme rapport viser endvidere, at angsttilstande er den betydeligste årsag til førtidspension, idet godt 1.900 tilkendelser om året tilskrives en angsttilstand, svarende til hver ottende nytilkendelse.

I *Hvordan har du det?* indgår et spørgsmål, der belyser, om deltagerne inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Svarmulighederne er: 1) Ja, meget generet, 2) Ja, lidt generet og 3) Nej.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anvendes alene til at belyse, om deltagerne oplever at være generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Figur 8.10 viser, hvor stor en del af befolkningen der inden for de seneste 14 dage har været generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Der er 8 % i befolkningen, som har været *meget* generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst, mens 26 % har været *lidt* generet af disse symptomer.

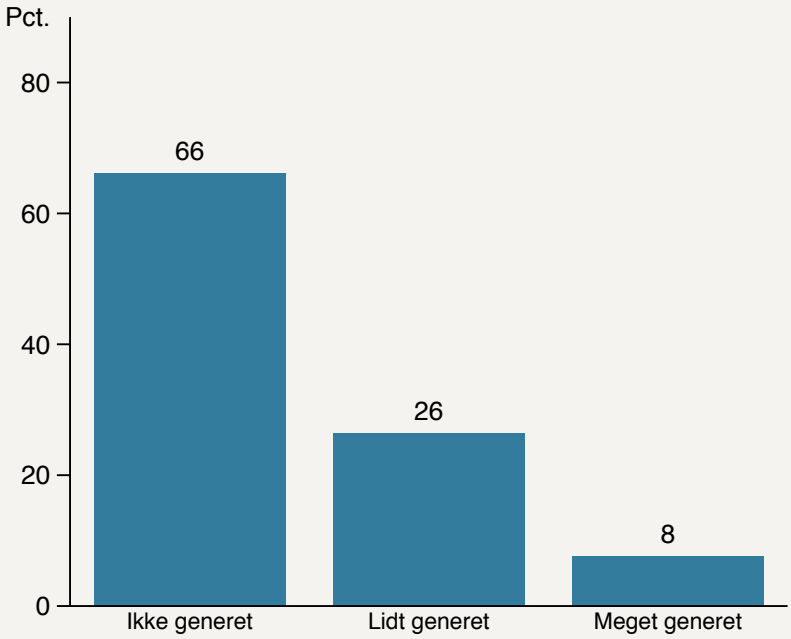
I det følgende fokuseres der på personer, som har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Denne gruppe betegnes generet af angst og anspændthed. Gruppen svarer til cirka 77.000 personer i Region Midtjylland.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning fra 4 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning fra 4 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning fra 6 % til 8 % i andelen af personer, som er meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

**Figur 8.10**
Generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst inden for de seneste 14 dage



**Figur 8.11**
Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 8 | 77.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 6 | 28.000 |
| Kvinde | 9 | 49.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 14 | 20.000 |
| 25-34 år | 10 | 16.000 |
| 35-44 år | 8 | 11.000 |
| 45-54 år | 6 | 9.900 |
| 55-64 år | 6 | 9.300 |
| 65-74 år | 4 | 5.600 |
| 75+ år | 5 | 5.200 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 9 | 12.000 |
| Middel (11-14 år) | 6 | 24.000 |
| Højt (15+ år) | 5 | 16.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 14 | 14.000 |
| Beskæftigede | 5 | 25.000 |
| Arbejdsløse | 12 | 2.900 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 22 | 12.000 |
| Førtidspensionister | 19 | 9.100 |
| Efterlønsmodtagere | 2 | 300 |
| Folkepensionister | 5 | 10.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 7 | 61.000 |
| Anden vestlig | 11 | 5.300 |
| Ikke-vestlig | 16 | 10.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 5 | 29.000 |
| Lejer | 12 | 43.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 11 | 39.000 |
| Ja | 5 | 34.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 8 | 54.000 |
| Ja | 6 | 15.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Generet af angst og anspændthed – køn, alder og sociale forhold

Figur 8.11 viser andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed, fordelt på køn, alder og sociale forhold. Af figuren fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er generet af angst og anspændthed.

Alder. Den største andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, ses blandt de 16-34-årige, og den mindste andel ses blandt personer i alderen 45 år og derover.

Uddannelsesniveau. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. De største andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Cirka hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension er generet af angst og anspændthed. De mindste andele af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister, hvor mindre end hver tyvende person er generet af angst og anspændthed.

Etnisk baggrund. Andelen, der er generet af angst og anspændthed, er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund, efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel af de personer, som bor i lejebolig, er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, som er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En lidt større andel af personer uden børn i hjemmet er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

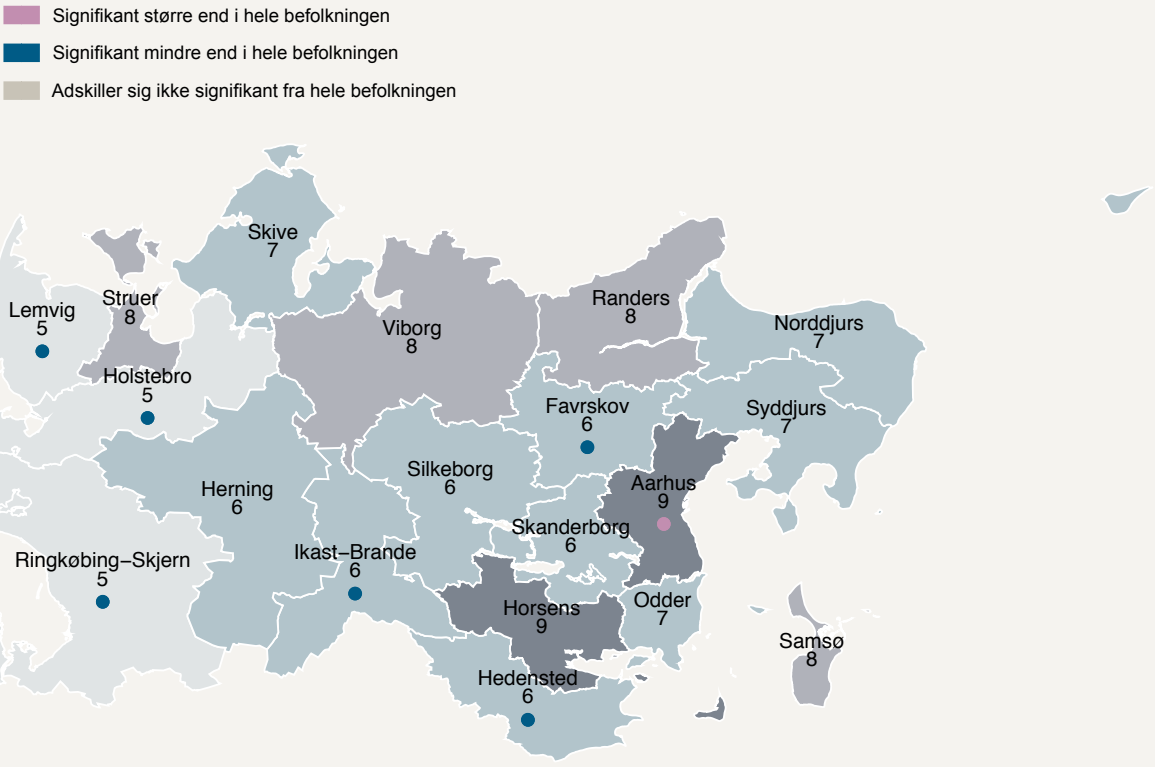
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, som er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-44-årige og 55-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, som er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-44-årige og 55-64-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige, hvor andelen er steget fra 4 % til 14 %. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, som er generet af angst og anspændthed, blandt både mænd og kvinder, blandt de 16-44-årige og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. De største stigninger ses blandt de 16-34-årige. Se figur 8.6.S i bind 2. ◄

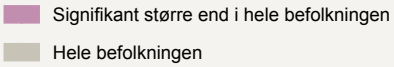
**Figur 8.12**
Generet af angst og anspændthed – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Aarhus | 9 | 26.000 |
| Horsens | 9 | 6.100 |
| Randers | 8 | 6.400 |
| Samsø | 8 | 200 |
| Struer | 8 | 1.300 |
| Viborg | 8 | 5.600 |
| Odder | 7 | 1.300 |
| Skive | 7 | 2.400 |
| Norddjurs | 7 | 2.000 |
| Syddjurs | 7 | 2.300 |
| Skanderborg | 6 | 3.000 |
| Silkeborg | 6 | 4.600 |
| Herning | 6 | 4.400 |
| Ikast-Brande | 6 | 1.900 |
| Hedensted | 6 | 2.200 |
| Favrskov | 6 | 2.100 |
| Holstebro | 5 | 2.400 |
| Lemvig | 5 | 800 |
| Ringkøbing-Skjern | 5 | 2.200 |
| Region Midtjylland | 8 | 77.000 |



**Figur 8.13**
Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 8 | 77.000 |
| Belastet af dødsfald blandt de nærmeste | 14 | 11.000 |
| Belastet af sygdom hos nærtstående | 16 | 22.000 |
| Belastet af økonomiske forhold | 21 | 26.000 |
| Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde) | 12 | 12.000 |
| Dårligt selvvurderet helbred | 23 | 37.000 |
| Tegn på alkoholproblemer | 9 | 12.000 |
| Tegn på social isolation | 18 | 12.000 |
| Svag social støtte | 16 | 9.000 |




## Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.12 viser andelen af personer i kommunerne, der er generet af angst og anspændthed.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, i Aarhus Kommune.

Hertil ses det, at der er en signifikant mindre andel af personer, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Ikast-Brande
- Hedensted
- Favrskov
- Holstebro
- Lemvig
- Ringkøbing-Skjern

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i 15 af 19 kommuner. Se figur 8.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i 16 af 19 kommuner. Se figur 8.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner: Randers, Struer og Aarhus. Se figur 8.7.S i bind 2. ◄

## Generet af angst og anspændthed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.13 fremgår forekomsten af personer i forskellige risikogrupper, der er generet af angst og anspændthed.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt alle risikogrupper.

Den største forekomst af personer, der er generet af angst og anspændthed, findes blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (23 %), personer, der er belastet af økonomiske forhold (21 %), og blandt personer med tegn på social isolation (18 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for at være generet af angst og anspændthed over dobbelt så stor blandt personer i disse tre risikogrupper.

## Ensomhed

Sociale relationer har væsentlig betydning for både mental og fysisk sundhed. I tråd med dette har nyere forskning dokumenteret, at ensomhed er et selvstændigt folkesundhedsproblem, som har negative konsekvenser for trivsel og helbred (20, 69, 70).

Ensomhed er en ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (71, 72). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation, som er et objektivt forhold, der eventuelt kan være årsag til ensomhed, og følelsen af ensomhed, der både kan opstå, når man er alene og savner social kontakt og nærhed, og når man er omgivet af andre mennesker (73, 74). Undersøgelser tyder på, at følelsen af ensomhed især er forbundet med kvaliteten af den enkeltes relationer (75, 76).

Der er dokumentation for, at ensomhed øger risikoen for depression (18, 20), forhøjet blodtryk (77), hjerte-kar-lidelser (70, 78), søvnforstyrrelse (79), smerter (80) og kortere levetid (69, 81).

Den voksende dokumentation for ensomheds negative følgevirkninger har medvirket til igangsættelse af en række initiativer, der skal mindske ensomhed. Senest er det vedtaget politisk, at Danmark får en national strategi for ensomhed.

Et centralt element i udviklingen af lokale indsatser er et øget tværsektorielt samarbejde mellem blandt andet kommuner og aktører fra civilsamfundet (82). Et eksempel er udviklings- og forskningsprojektet *Flere i Fællesskaber*, som har til formål at mindske ensomhed hos unge og ældre i Silkeborg Kommune (83). Bag projektet står et bredt partnerskab, som omfatter civilsamfundet, det offentlige, erhvervslivet, fonde og vidensmiljøer.

Et systematisk litteraturstudie, som har belyst effekten af 136 interventioner, der skal mindske ensomhed, indikerer, at interventionerne er virksomme (84). Trods stor variation studierne imellem ses en mindre til moderat effekt på tværs af forskellige aldersgrupper, interventionsstrategier og formater. Antallet af studier, der evaluerer effekten af ensomhedsinterventioner, er markant stigende (84).

## Måling af ensomhed – the Three-Item Loneliness Scale

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (85). T-ILS omfatter tre spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isolereret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. T-ILS er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (UCLA) (86), som er det mest anvendte og anerkendte instrument i forhold til måling af ensomhed. UCLA belyser ensomhed som en følelse, der varierer i den oplevede intensitet, og skalaen foreligger på dansk i en valideret udgave (87).

T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (85), og det tyder på, at de tre spørgsmål, der indgår i T-ILS, indfanger en væsentlig del af den ensomhedsfølelse, der belyses ved brug af det fulde instrument (83, 85). Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point. Jo højere score, jo højere grad af oplevet ensomhed.

Man kan opleve en større eller mindre grad af ensomhedsfølelse, men T-ILS har ikke en indbygget definition af, hvor mange point der skal til, for at en svar-

**Ensomhed under coronapandemien**

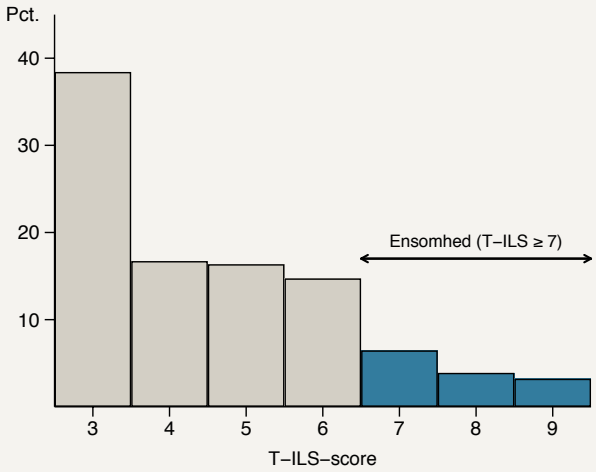
Da data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2021 er indsamlet under coronapandemien, er det i denne undersøgelse særligt vanskeligt at skelne mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed. Eksempelvis lyder et af spørgsmålene, som indgår i T-ILS: "Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?". Det virker nærliggende at antage, at svarene på dette spørgsmål er påvirket af coronarelaterede restriktioner hos dele af befolkningen. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i ensomhed skal derfor også foretages med forsigtighed.

person føler sig ensom. I analyserne er der valgt en konservativ tilgang til identifikation af personer, som føler sig ensomme, idet en score på 7-9 klassificeres som ensomhed (88). For at blive klassificeret som ensom skal man som minimum have svaret "ofte" på et af de tre spørgsmål og "en gang imellem"' til de andre spørgsmål eller "ofte" på to af de tre spørgsmål og "sjældent"' på det tredje spørgsmål. T-ILS angiver ikke en bestemt tidsperiode. Det er derfor ikke muligt at skelne skarpt mellem forbigående og længerevarende følelser af ensomhed, om end skalaens ensomhedsscore har vist sig at være forholdsvis stabil over tid (89, 90). Se nedenstående boks vedrørende måling af ensomhed under coronapandemien.

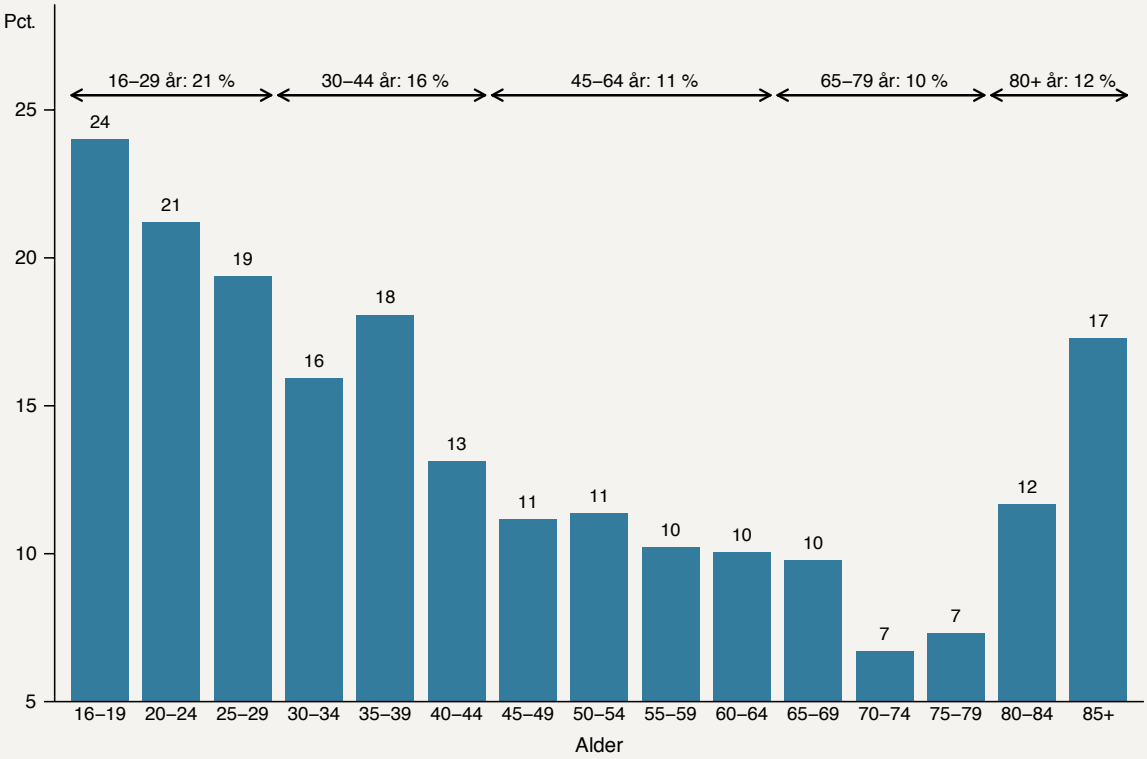
T-ILS indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010, og et spørgsmål, som indgår i skalaen, blev ændret fra 2013 til 2017. Derfor belyses udviklingen i forekomsten af ensomhed fra 2017 til 2021.

## Figur 8.14 og 8.15
Ensomhed i befolkningen

**Figur 8.14**
Ensomhed målt med Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen




**Figur 8.15**
Andel ensomme – histogram, der viser fordelingen på 5-årsintervaller



## Ensomhed i befolkningen målt med Three-Item Loneliness Scale

Figur 8.14 viser, hvordan scoren på T-ILS fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score på T-ILS er 4,4 point. Det fremgår, at hovedparten af befolkningen scorer lavt på skalaen.

I det følgende fokuseres der på personer med en score på T-ILS på 7-9, som betegnes ensomme. Denne gruppe udgør 14 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 134.000 personer i Region Midtjylland.

I figur 8.15 ses forekomsten af ensomhed i et aldersperspektiv fordelt på 5-årsintervaller. Den højeste forekomst ses blandt de 16-19-årige. Den laveste forekomst af ensomhed ses blandt de 70-79-årige. Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % til 14 %. Se figur 8.8.S i bind 2. ◄

**Figur 8.16**
Ensomhed – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 14 | 134.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 11 | 55.000 |
| Kvinde | 16 | 80.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 22 | 30.000 |
| 25-34 år | 18 | 26.000 |
| 35-44 år | 15 | 21.000 |
| 45-54 år | 11 | 19.000 |
| 55-64 år | 10 | 16.000 |
| 65-74 år | 8 | 11.000 |
| 75+ år | 11 | 12.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 15 | 20.000 |
| Middel (11-14 år) | 12 | 48.000 |
| Højt (15+ år) | 12 | 34.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 22 | 23.000 |
| Beskæftigede | 10 | 55.000 |
| Arbejdsløse | 24 | 5.800 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 28 | 15.000 |
| Førtidspensionister | 27 | 13.000 |
| Efterlønsmodtagere | 9 | 1.000 |
| Folkepensionister | 10 | 21.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 13 | 113.000 |
| Anden vestlig | 18 | 8.200 |
| Ikke-vestlig | 23 | 13.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 10 | 62.000 |
| Lejer | 20 | 70.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 21 | 75.000 |
| Ja | 9 | 57.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 14 | 97.000 |
| Ja | 13 | 31.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Ensomhed – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.16 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-44 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der føler sig ensomme.

Alder. Den største andel af personer, der føler sig ensomme, ses blandt de 16-44-årige, mens den mindste andel ses hos personer på 45 år eller derover.

Uddannelsesniveau. Den største andel af personer, der føler sig ensomme, findes blandt personer med et lavt uddannelsesniveau. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der føler sig ensomme, blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der føler sig ensomme, findes blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele findes blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Den største andel, der føler sig ensomme, ses blandt personer med ikke-vestlig baggrund efterfulgt af personer med anden vestlig baggrund end dansk. Den mindste andel findes blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En markant større andel af personer, der bor i lejebolig, føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel af personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, som føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

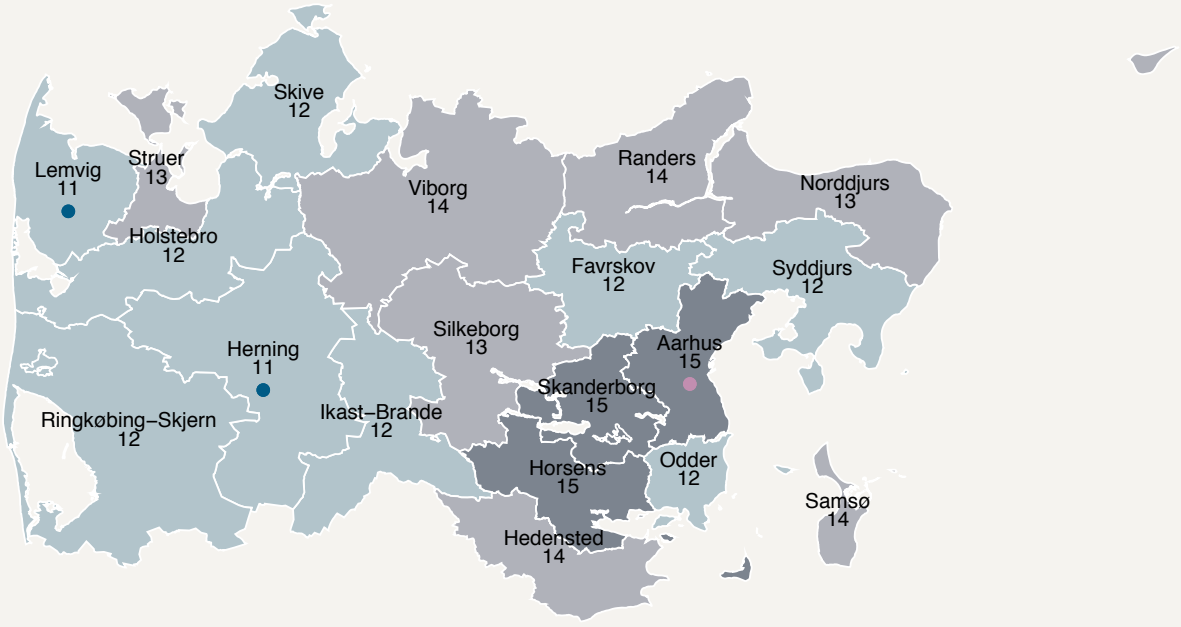
Børn i hjemmet. En lidt større andel af personer uden børn i hjemmet føler sig ensomme, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der føler sig ensomme, blandt både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 8.8.S i bind 2. ◄

**Figur 8.17**
Ensomhed – kommuner

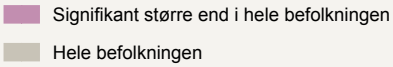
| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Horsens | 15 | 10.000 |
| Skanderborg | 15 | 6.800 |
| Aarhus | 15 | 40.000 |
| Randers | 14 | 10.000 |
| Viborg | 14 | 10.000 |
| Samsø | 14 | 400 |
| Hedensted | 14 | 4.600 |
| Norddjurs | 13 | 3.700 |
| Silkeborg | 13 | 9.200 |
| Struer | 13 | 2.000 |
| Holstebro | 12 | 5.200 |
| Favrskov | 12 | 4.300 |
| Ringkøbing-Skjern | 12 | 5.100 |
| Skive | 12 | 4.100 |
| Odder | 12 | 2.100 |
| Syddjurs | 12 | 3.900 |
| Ikast-Brande | 12 | 3.600 |
| Herning | 11 | 7.300 |
| Lemvig | 11 | 1.600 |
| Region Midtjylland | 14 | 134.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



**Figur 8.18**
Ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 14 | 134.000 |
| Belastet af dødsfald blandt de nærmeste | 22 | 18.000 |
| Belastet af sygdom hos nærtstående | 23 | 30.000 |
| Belastet af økonomiske forhold | 33 | 41.000 |
| Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde) | 21 | 22.000 |
| Dårligt selvvurderet helbred | 29 | 46.000 |
| Tegn på alkoholproblemer | 16 | 19.000 |
| Tegn på social isolation | 34 | 22.000 |
| Svag social støtte | 36 | 20.000 |




## Ensomhed – kommuner

Figur 8.17 viser andelen af personer, der føler sig ensomme, i kommunerne. Andelen varierer fra 11 % i Herning og Lemvig til 15 % i Aarhus.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, der føler sig ensomme, i Aarhus Kommune.

Det fremgår endvidere, at der er en signifikant mindre andel af personer, der føler sig ensomme, i Herning og Lemvig Kommune.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der i alle kommuner været en stigning i andelen af personer, der føler sig ensomme. Se figur 8.9.S i bind 2. ◄

## Ensomhed – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.18 fremgår forekomsten af ensomhed i forskellige risikogrupper. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større fremkomst af ensomhed i alle risikogrupper. De største forekomster af ensomhed ses blandt personer med svag social støtte (36 %), personer med tegn på social isolation (34 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (33 %). Sammenlignet med hele befolkningen har personer i disse risikogrupper over dobbelt så stor risiko for at føle sig ensomme.

## Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (65). Typiske ledsagersymptomer er selvbebrejdelse, søvnforstyrrelse, ændringer i appetit og kognitive vanskeligheder (tænke-/koncentrationsbesvær).

Det skønnes, at cirka 20 % af befolkningen får en depression i løbet af livet, og at forekomsten er cirka dobbelt så høj hos kvinder som hos mænd (91). Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (91).

Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (68). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (91).

Depressionsbehandling består primært af medicin og psykoterapi (91). De fleste personer behandles i almen praksis (25, 92).

På grund af den høje sygdomsforekomst er der et stort forebyggelsespotentiale (91). Et litteraturstudie, der har belyst effekten af 32 forebyggende interventioner, indikerer et gennemsnitligt fald på 21 % i forekomsten af depression (93). Hovedparten af interventionerne var selektive indsatser til målgrupper/individer med øget risiko for depression eller indikerede indsatser til individer, som havde symptomer på depression, men ikke opfyldte de diagnostiske kriterier. Interventionen bestod typisk i samtaleterapi (f.eks. kognitiv adfærdsterapi).

## Symptomer på depression i befolkningen målt med Major Depression Inventory

Symptomer på depression måles i *Hvordan har du det?* med Major Depression Inventory (MDI) (94). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (65). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-6 % (95-98). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (99).

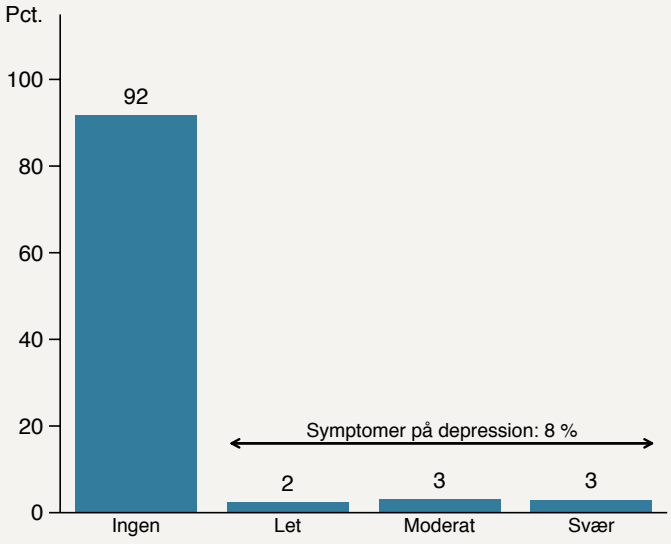
MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (65). Tidsrummet, hvorunder det vurderes, om de enkelte symptomer har været til stede, er de sidste to uger.

Ved tre udsagn, der afspejler kernesymptomer i diagnosen, forudsættes det, at de gennem de sidste to uger har været til stede det meste af tiden. Ved syv ledsagersymptomer forudsættes det, at de gennem de sidste to uger skal have været til stede i over halvdelen af tiden. På baggrund heraf skelnes der mellem:

1) Let depression: minimum 2 kernesymptomer og 2 ledsagersymptomer
2) Moderat depression: minimum 2 kernesymptomer og 4 ledsagersymptomer
3) Svær depression: minimum 3 kernesymptomer og 5 ledsagersymptomer

I det følgende afsnit belyses forekomsten af symptomer på depression (let, moderat og svær) i befolkningen. Det angives, hvor stor en andel af borgerne i Region Midtjylland der samlet set opfylder kriterierne for symptomer på depression. Endvidere beskrives andelen med symptomer på depression i forhold til køn, alder, sociale forhold, kommuner og risikogrupper.

**Figur 8.19**
Symptomer på depression målt med Major Depression Inventory (MDI) – forekomsten af let, moderat og svær depression i befolkningen




Figur 8.19 viser, hvordan forekomsten af symptomer på depression fordeler sig i befolkningen. Vurderet ud fra MDI fremgår det, at 8 % af befolkningen i Region Midtjylland har symptomer på depression i en let (2 %), moderat (3 %) eller svær grad (3 %).

I det følgende fokuseres der på den samlede gruppe af personer, der har symptomer på depression, svarende til cirka 82.000 personer i Region Midtjylland.

MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Derfor belyses udviklingen i forekomsten af symptomer på depression fra 2017 til 2021.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har symptomer på depression, fra 6 % til 8 %. Se figur 8.10.S i bind 2. ◄

**Figur 8.20**
Symptomer på depression – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 8 | 82.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 7 | 33.000 |
| Kvinde | 10 | 49.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 18 | 23.000 |
| 25-34 år | 13 | 19.000 |
| 35-44 år | 8 | 11.000 |
| 45-54 år | 7 | 11.000 |
| 55-64 år | 5 | 8.600 |
| 65-74 år | 3 | 4.800 |
| 75+ år | 4 | 4.200 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 10 | 13.000 |
| Middel (11-14 år) | 6 | 27.000 |
| Højt (15+ år) | 6 | 16.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 17 | 18.000 |
| Beskæftigede | 5 | 28.000 |
| Arbejdsløse | 16 | 3.800 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 23 | 13.000 |
| Førtidspensionister | 22 | 10.000 |
| Efterlønsmodtagere | 1 | 100 |
| Folkepensionister | 4 | 8.400 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 8 | 69.000 |
| Anden vestlig | 9 | 4.200 |
| Ikke-vestlig | 16 | 8.800 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 5 | 31.000 |
| Lejer | 14 | 49.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 13 | 47.000 |
| Ja | 5 | 33.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 9 | 59.000 |
| Ja | 7 | 18.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Symptomer på depression – køn, alder og sociale forhold

Af figur 8.20 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med symptomer på depression blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 16-34 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet.

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd med symptomer på depression.

Alder. De største andele af personer med symptomer på depression ses blandt de 16-34-årige, mens de mindste andele ses blandt personer på 45 år og derover.

Uddannelsesniveau. Andelen med symptomer på depression er størst blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, svarende til hver tiende. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med symptomer på depression blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen med symptomer på depression. De største andele af personer med symptomer på depression ses blandt studerende/skoleelever, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension har symptomer på en depression. De mindste andele ses blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Andelen af personer med symptomer på depression er størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. Der er en markant større andel af personer, der bor i lejebolig, som har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er en markant større andel af personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever, som har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer, der bor med ægtefælle/samlever.

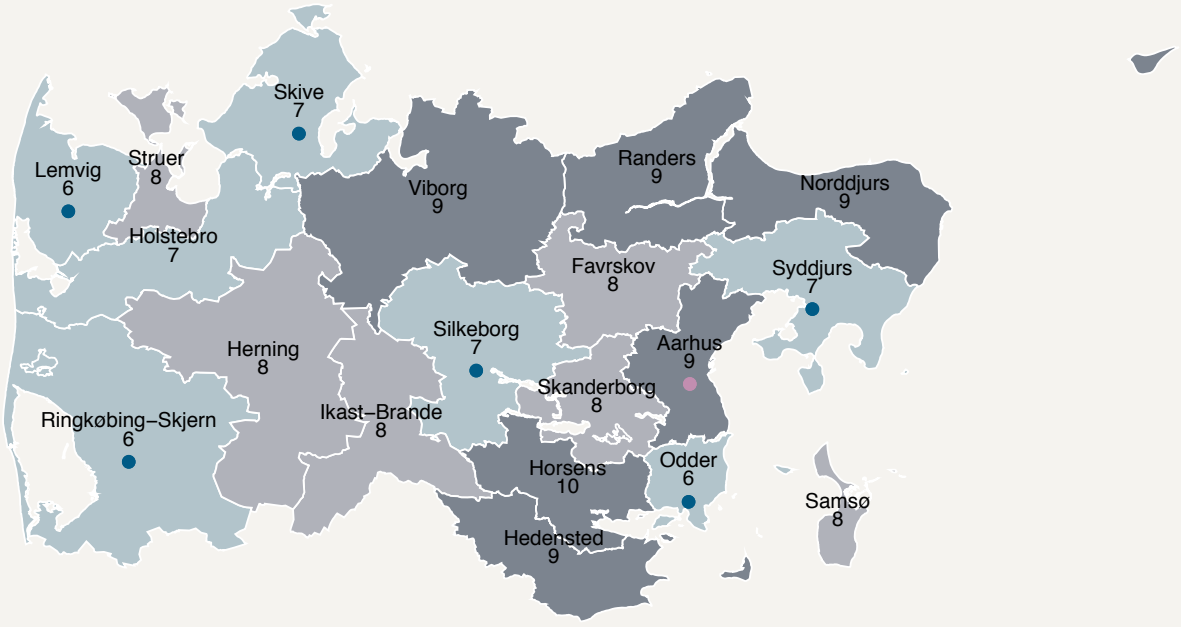
Børn i hjemmet. En lidt større andel af personer uden børn i hjemmet har symptomer på depression, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 er andelen med symptomer på depression steget for både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-44 år og 65-74 år samt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige. Se figur 8.10.S i bind 2. ◄

**Figur 8.21**
Symptomer på depression – kommuner

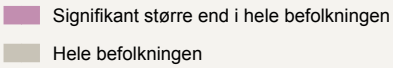
| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Horsens | 10 | 6.300 |
| Norddjurs | 9 | 2.600 |
| Aarhus | 9 | 25.000 |
| Viborg | 9 | 6.500 |
| Randers | 9 | 6.500 |
| Hedensted | 9 | 3.000 |
| Herning | 8 | 5.500 |
| Struer | 8 | 1.300 |
| Favrskov | 8 | 2.800 |
| Samsø | 8 | 200 |
| Ikast-Brande | 8 | 2.400 |
| Skanderborg | 8 | 3.500 |
| Holstebro | 7 | 3.000 |
| Silkeborg | 7 | 4.700 |
| Skive | 7 | 2.300 |
| Syddjurs | 7 | 2.200 |
| Ringkøbing-Skjern | 6 | 2.500 |
| Lemvig | 6 | 900 |
| Odder | 6 | 1.000 |
| Region Midtjylland | 8 | 82.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



**Figur 8.22**
Symptomer på depression – forekomsten i forskellige risikogrupper

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 8 | 82.000 |
| Belastet af dødsfald blandt de nærmeste | 14 | 12.000 |
| Belastet af sygdom hos nærtstående | 16 | 22.000 |
| Belastet af økonomiske forhold | 26 | 32.000 |
| Belastet af arbejdssituation (personer i arbejde) | 15 | 15.000 |
| Dårligt selvvurderet helbred | 28 | 43.000 |
| Tegn på alkoholproblemer | 11 | 13.000 |
| Tegn på social isolation | 21 | 14.000 |
| Svag social støtte | 22 | 12.000 |




## Symptomer på depression – kommuner

Figur 8.21 viser andelen af personer med symptomer på depression i kommunerne.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel af personer, som har symptomer på depression, i Aarhus Kommune, svarende til 9 %.

Det fremgår endvidere, at der er en signifikant mindre andel af personer med symptomer på depression i følgende kommuner:

- Silkeborg
- Skive
- Syddjurs
- Ringkøbing-Skjern
- Lemvig
- Odder

I disse kommuner udgør andelen 6-7 %.

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med symptomer på depression i følgende kommuner: Favrskov, Herning, Holstebro, Horsens, Norddjurs, Randers, Skanderborg, Viborg og Aarhus. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Herning til 4 procentpoint i Favrskov. Se figur 8.11.S i bind 2. ◄

## Symptomer på depression – forekomsten i forskellige risikogrupper

Af figur 8.22 fremgår forekomsten af symptomer på depression i forskellige risikogrupper.

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med symptomer på depression i alle risikogrupper. De højeste forekomster findes blandt personer med dårligt helbred (28 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (26 %). Sammenlignet med hele befolkningen er risikoen for symptomer på depression over 3 gange større for personer, der tilhører disse risikogrupper.

## Sammenfatning

Flertallet af borgerne i Region Midtjylland, svarende til 67 %, vurderer, at de har en god trivsel og livskvalitet. Der er en stærk sammenhæng mellem god trivsel og livskvalitet og erhvervstilknytning. De største andele med god trivsel og livskvalitet findes blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere.

Der er fra 2013 til 2021 sket et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god, både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Faldet ses også i alle kommuner.

Andelen med en høj score på stressskalaen udgør 29 % af befolkningen. Der ses en meget stor andel med en høj score på stressskalaen blandt personer med dårligt selvvurderet helbred (63 %). I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en markant stigning i andelen af personer, som har en høj score på stressskalaen, fra 19 % til 29 %. Der ses i samme periode en stigning i alle kommuner.

Det ses endvidere, at 8 % af befolkningen har været meget generet af angst og anspændthed inden for de seneste 14 dage. Sammenlignet med hele befolkningen er der en markant større andel, som er generet af angst og anspændthed, blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (22 %) eller førtidspension (19 %), personer med dårligt selvvurderet helbred (23 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (21 %). I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af personer, der er generet af angst og anspændthed. Der ses især en meget stor stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed.

Andelen, der føler sig ensomme, udgør 14 % af befolkningen. Den højeste forekomst ses blandt de 16-19-årige (24 %). Forekomsten er faldende med alderen, indtil der ses en stigning i forekomsten af ensomhed i den sene alderdom. Endvidere er der en markant større andel, der føler sig ensomme, blandt arbejdsløse (24 %) og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. (28 %) og førtidspension (27 %), personer med svag social støtte (36 %), personer med tegn på social isolation (34 %) og personer, der er belastet af økonomiske forhold (33 %). Fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i ensomhed i befolkningen.

Andelen, der har symptomer på depression, udgør 8 % af befolkningen. Dette svarer til cirka 82.000 personer i Region Midtjylland. Der er en stærk sammenhæng mellem symptomer på depression og sociale forhold. Eksempelvis varierer andelen med symptomer på depression markant efter uddannelsesniveau, tilknytning til arbejdsmarkedet, etnisk baggrund og boligforhold. Mere end hver femte modtager af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension har symptomer på depression.

Sammenfattende har de fleste borgere i Region Midtjylland en god trivsel og livskvalitet. Der ses imidlertid markante forskelle i forekomsten af dårlig mental sundhed på tværs af sociale grupper. Eksempelvis ses en stor variation i forhold til erhvervstilknytning. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspension er der en markant større andel med dårlig mental sundhed og mentale helbredsproblemer end i hele befolkningen.

Der er fra 2013 til 2021 sket en forværring af befolkningens mentale sundhed. Forværringen er særlig udtalt blandt unge på 16-24 år.

## Referencer


1. Due P, Diderichsen F, Meilstrup C, Nordentoft M, Obel C, Sandbæk A. Børn og unges mentale helbred. København: Vidensråd for forebyggelse; 2014.

2. Eplov LF, Lauridsen S. Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

3. Stefansson C. Major public health problems – mental ill-health. Scand J Public Health Suppl. 2006;34(67):87-103.

4. Mehta N, Croudace T, Davies DSC. Public mental health: evidenced-based priorities. The Lancet. 2015;385(9976):1472-1475.

5. World Health Organization. Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht. Genève: WHO; 2004.

6. World Health Organization. Promoting mental health. Summary report. A Report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne. Genève: WHO; 2004.

7. World Health Organization. Comprehensive mental health action plan 2013-2030. Genève: WHO; 2021.

8. World Health Organization. The world health report 2001 – mental health: new understanding, new hope. Schweiz: WHO; 2001.

9. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.

10. Erlangsen A, Andersen PK, Toender A, Laursen TM, Nordentoft M, Canudas-Romo V. Cause-specific life-years lost in people with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. Lancet Psychiatry: 2017.

11. Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. The Lancet: 2019.

12. Elliot I. Poverty and mental health: A review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation; 2016.

13. Bhui K. Discrimination, poor mental health, and mental illness. Int Rev Psychiatry. 2016;28(4):411-414.

14. Department of Health. Chief Medical Officer: Annual Report: public mental health. 2013. Hentet fra: https://www.gov.uk/government/publications/chief-medical-officer-cmo-annual-report-public-mental-health.

15. World Health Organization Europe. Review of social determinants and the health divide in the WHO European Region: Executive Summary. København: WHO Regional Office for Europe; 2013.

16. NHS Health Scotland. Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). Edinburgh: NHS Health Scotland; 2016.

17. Topp CW, Østergaard SD, Søndergaard S, Bech P. The WHO-5 Well-Being Index: A systematic review of the literature. Psychother Psychosom. 2015;84(3):167-176.

18. Vanhalst J, Klimstra TA, Luyckx K, Scholte RH, Engels RC, Goossens L. The interplay of loneliness and depressive symptoms across adolescence: Exploring the role of personality traits. J Youth Adolesc. 2012;41(6):776-787.

19. Lasgaard M, Goossens L, Elklit A. Loneliness, depressive symptomatology, and suicide ideation in adolescence: Cross-sectional and longitudinal analyses. J Abnorm Child Psychol. 2011;39(1):137-150.

20. Cacioppo JT, Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Thisted RA. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. Psychol Aging. 2006;21(1):140-151.

21. Brown GW, Harris TO. Depression. I: Brown GW, Harris TO, red. Life events and illness. London: Guilford Press; 1989.

22. Hammen C. Stress and depression. Annu Rev Clin Psychol. 2005;1:293-319.

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

24.Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

25. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.

26. PwC. Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse. Odense: Socialstyrelsen; 2020.

27. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen KB, Nielsen L, Nordentoft M. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år: Forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2020.

28. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, Wimberley T, Thygesen M, Madsen KB, Timmerman A, Schendel D, McGrath JJ, Mortensen PB, Pedersen CB. Incidence Rates and Cumulative Incidences of the Full Spectrum of Diagnosed Mental Disorders in Childhood and Adolescence. JAMA Psychiatry: 2020 Feb;77(2):155-164.

29. The Government Office for Science. Foresight mental capital and wellbeing project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.

30. Whittington JE, Huppert FA. Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. Psychol Med. 1996;26(6):1253-1260.

31. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. Applied psychology: Health and well-being: 2009;1(2):137-164.

32. Anwar-McHenry J, Donovan RJ, Jalleh G, Laws A. Impact evaluation of the Act-Belong-Commit mental health promotion campaign. J Public Ment Health. 2012;11(4):186-194.

33. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. The Lancet. 2015;385(9987):2576.

34. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.

35. Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2015.

36. Thybo P. Det Dobbelte KRAM – et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.

37. Health and Social Care Information Centre. Fundamental facts about mental health 2015. London: Mental Health Foundation; 2015.

38. Ormel J, Petukhova M, Chatterji S, et al. Disability and treatment of specific mental and physical disorders across the world. Br J Psychiatry. 2008;192: 368-375.

39. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, Holm SS, Jørring S, Melsen T et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Scand J Clin Lab Invest. 2005;65(7):615-622.

40. Berkman LF, Syme SL. Social networks, host resistance, and mortality: a nine-year follow-up study of Alameda County residents. Am J Epidemiol. 1979;109(2):186-204.

41. Valtorta, Nicole K, Kanaan M, Gilbody S, og Hanratty B. 2018. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *European journal of preventive cardiology* 25 (13): 1387-1396.

42. Camfield L, Skevington S. On subjective well-being and quality of life. J Health Psychol. 2008;13(6):764-775.

43. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

44. Kajandi M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske-enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.

45. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Aarhus: Center for Folkesundhed; 2008.

46. Holmgren K, et al. The prevalence of work-related stress, and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. BMC Public Health. 2009;9(73):73-82.

47. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

48. Kalia M. Assessing the economic impact of stress – the modern day hidden epidemic. Metabolism Suppl. 2002;51(6):49-53.

49. Pedersen A, Zachariae R, Bovbjerg DH. Influence of psychological stress on upper respiratory infection – a meta-analysis of prospective studies. Psychosom Med. 2010;72(8):823-832.

50. Nielsen NR. Stress – folkesundhed og forebyggelse. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 5. udgave. København: Munksgaard; 2009.

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

52. Wheaton B. The stress process as a successful paradigm. I: Avison W, Aneshensel C, Schieman S, Wheaton B, red. Advances in the Conceptualization of the Stress Process. Springer: New York; 2009.

53. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-396.

54. Cohen S, Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States. I: Spacapan S, Oskamp S, red. The social psychology of health. Newbury Park, CA: Sage; 1988.

55. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer Publishing Company; 1984.

56. Cohen S, Tyrrell DAJ, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. J Pers Soc Psychol. 1993;64(1):131-140.

57. Sørensen JB, Lasgaard M, Willert MV, Larsen FB. The relative importance of work-related and non-work-related stressors and perceived social support on global perceived stress in a cross-sectional population-based sample. BMC Public Health. 2021;21(1):543.

58. Sørensen JB, Larsen FB. Belastninger i dagligdagen. Temaanalyse, vol. 10. Hvordan har du det?. Aarhus: DEFACTUM; 2021.

59. Willert MV, Thulstrup AM, Hertz J. Changes in stress and coping from a randomized controlled trial of a three-month stress management intervention. Scand J Work Environ Health. 2009;35(2):145-152.

60. Nielsen AM, Lagermann LC. Stress i gymnasiet – hvad der stresser gymnasieelever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'åben og rolig for unge'. Aarhus: DPU, Aarhus Universitet; 2017.

61. Pearlin LI, Menaghan EG, Lieberman MA, Mullan JT. The stress process. J Health Soc Behav:1981;22(4):337-56.

62. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.

63. Ihlebaek C, Brage S, Eriksen HR. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. Occup Med. 2007;57(1):43-49.

64. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. Work. 2010;37(1):15-21.

65. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.

66. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.

67. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Ronald MR, Wittchen HU. Anxiety disorders. Nat Rev Dis Primers. 2017:4(3).

68. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

69. Holt-Lunstad J, Smith TB, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015;10(2):227-237.

70. Caspi A, Moffitt TE, Harrington H, et al. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. Arch Pediatri Adolesc Med. 2006;160(8):805-811.

71. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau L, D Perlman, red. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. USA: John Wiley; 1982.

72. Rotenberg K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S, red. Loneliness in childhood and adolescence. England: Cambridge University Press; 1999.

73. Madsen KR, Lasgaard M. Ensom, men ikke alene. Viden om et ungdomsproblem. I: Pedersen K, red. Ensom, men ikke alene: En antologi om unge og ensomhed. København: Ventilen; 2014.

74. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. Gerontologi – livet som gammel. København: Munksgaard; 2007.

75. Jones WH. Loneliness and social contact. J Soc Psychol. 1981;113(2):295-296.

76. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. Pers Soc Psychol Bull. 1983;9(2):237-242.

77. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging. 2010;25(1):132-141.

78. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and health of older people. Int J Geriatri Psychiatry. 2008;23(12):1213-1221.

79. Harris RA, Qualter P, Robinson SJ. Loneliness trajectories from middle childhood to pre-adolescence: impact on perceived health and sleep disturbance. J Adolesc. 2013;36(6):1295-1304.

80. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Povoski SP, et al. Pain, depression and fatigue: Loneliness as a longitudinal risk factor. Health Psychol. 2014;33(9):948-957.

81. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. PLOS Med. 2010;7(7):1-20.

82. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed hos ældre mennesker med meget hjemmehjælp: Rapport. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

83. Hargaard A, Bo A, Lasgaard M. Flere i Fællesskaber – baselineundersøgelse. Aarhus: DEFACTUM;2021.

84. Christiansen J, Løvschall C, Laustsen LM, Hargaard A, Maindal HT, Lasgaard M. Interventioner, der skal mindske ensomhed – en systematisk litteraturgennemgang af 136 effektstudier. Aarhus: DEFACTUM; 2021.

85. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. Res Aging. 2004;26(6):655-672.

86. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity and factor structure. J Pers Assess. 1996;66(1):20-40.

87. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. Pers Individ Dif. 2007;42(7):1359-1366.

88. Lasgaard M, Friis K, Shevlin M. Where are all the lonely people? A population based study of high-risk groups across the life span. Soc Psychiatry Psychiatr epidemiol.2016;51(10):1373-1384.

89. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in old age: a national longitudinal study. Soc Sci Med. 2012; 74(6):907-914.

90. Mund M, Freuding MM, Möbius K, Horn N, Neyer FJ. The stability and change of loneliness across the life span: a meta-analysis of longitudinal studies. Personality and social psychology review. 2020;24(1):24-52.

91. Otte C, et al. Major depressive disorder. Nat Rev Dis Primers. 2016;2:1-19.

92. Goldberg D. Epidemiology of mental-disorders in primary-care settings. Epidemiol Rev. 1995;17(1):182-190.

93. van Zoonen K et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. Int J Epidemiol. 2014;43(2):318-329.

94. Olsen LR, Jensen DV, Noerholm V, Martiny K, Bech P. The internal and external validity of the Major Depression Inventory in measuring severity of depressive states. Psychol Med. 2003;33(2):351-356.

95. Olsen LR, Mortensen EL, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(2):96-103.

96. Ellervik C, Kvetny J, Christensen KS, Vestergaard M, Bech P. Prevalence of depression, quality of life and antidepressant treatment in the Danish General Suburban Population Study. Nord J Psychiatry. 2014;68(7):507-512.

97. Olesen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.

98. Larsen FB, Pedersen M, Lasgaard M, Sørensen J, Christiansen J, Lundberg A, et al. Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: DEFACTUM; 2018.

99. Bech P. Klinisk Psykometri. København: Munksgaard; 2011.

# 9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Sundhedsvæsenets aktiviteter drejer sig i stigende grad om at opspore, behandle og rehabilitere borgere med kronisk sygdom samt at forebygge, at nye tilfælde af kronisk sygdom opstår. Det er ikke blot praksissektoren og hospitalerne, der tager sig af mennesker med kronisk sygdom. Tilbud til borgere med kroniske sygdomme er også en fast del af alle kommuners sundhedsindsats, ligesom forebyggelse af kroniske sygdomme udgør en væsentlig del af kommunernes generelle forebyggelsesarbejde (1).

I dette kapitel har vi samlet en række oplysninger, der kan støtte indsatsen i forhold til borgere med kronisk sygdom. Først gives en kort oversigt over indholdet i kapitlet. Dernæst beskrives nogle af de aktuelle udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen. Herefter præsenteres resultaterne fra *Hvordan har du det? 2021*. Resultaterne er inddelt i fire sektioner.

I *første sektion* beskrives forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme. Det er vigtigt at kende udbredelsen af kroniske sygdomme i befolkningen og de ændringer, der sker i sygdomsmønsteret, for at kunne tilpasse sundhedsvæsenets ydelser hertil. Det er ligeledes vigtigt at vide, hvor hyppigt sygdommene optræder i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Forekomsten af multisygdom beskrives også, idet flere og flere borgere har multisygdom, dvs. at de har to eller flere kroniske sygdomme, hvilket kan give særlige udfordringer både for den enkelte borger og for sundhedsvæsenet.

I *anden sektion* beskrives sundhedsvaner hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom. Rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usunde kostvaner og svær overvægt hører til de vigtigste risikofaktorer for udvikling af en række kroniske sygdomme. Disse faktorer øger desuden risikoen for forværring af tilstanden, når sygdom først er opstået, og for udvikling af nye sygdomme. Desuden kan de mindske effekten af visse behandlinger. Derfor er det vigtigt, at der er tilbud om forebyggelse til patienter, der har behov for og er motiverede for at ændre sundhedsvaner. Kapitlets oplysninger om sundhedsvaner hos borgere med kroniske sygdomme og multisygdom kan understøtte den patientrettede forebyggelse.

I *tredje sektion* beskrives det fysiske og mentale helbred hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom. Mange mennesker lever en betydelig del af deres liv med kroniske sygdomme, der kan behandles, men ofte ikke kan kureres. At kunne leve et aktivt og meningsfuldt liv på trods af sygdom og for manges vedkommende at kunne bevare en tilknytning til arbejdsmarkedet er en vigtig målsætning i forhold til denne del af befolkningen. Derfor er det relevant at beskrive, hvordan borgere med kroniske sygdomme har det. Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre helbred og livskvalitet hos borgere med kroniske sygdomme og sikring af arbejdsmarkedstilknytning blandt personer i den erhvervsaktive alder.

I *fjerde sektion* beskrives kontakten med sundhedsvæsenet blandt borgere med kronisk sygdom. Der fokuseres på to aspekter, som er vigtige i den enkeltes kontakt med sundhedsvæsenet. *Behandlingsbyrde*: Hvor stor en indsats kræver det i hverdagen at følge sin behandling? *Sundhedskompetence*: Hvor svært er det at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet? En stor behandlingsbyrde kan gøre det svært for nogle at følge deres behandling. En lav sundhedskompetence kan vanskeliggøre kontakten med sundhedspersonalet og forringe borgerens udbytte af behandlingen. Begge dele kan føre til forringet helbred og livskvalitet og øge sygdomsrisikoen.

Kapitlets oplysninger kan understøtte indsatsen for bedre behandlingsforløb for borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

Boks 9.1 giver en oversigt over de emner, der behandles i dette kapitel, og de mål, der anvendes til beskrivelse af emnerne.

Både emner og mål præsenteres nærmere i de enkelte sektioner. I rapportens øvrige kapitler kan man læse mere om de anvendte mål for sundhedsvaner (kapitel 2-6), dårligt selvvurderet helbred (kapitel 7), ensomhed og symptomer på depression (kapitel 8) og dårlig søvnkvalitet (kapitel 13).

**Boks 9.1**
Kronisk sygdom og multisygdom – oversigt over indholdet i kapitel 9

**SEKTION 1**
**FOREKOMST**
- 18 kroniske sygdomme
- Multisygdom

**SEKTION 2**
**SUNDHEDSVANER**
- Dagligrygere
- Drikker mere end 10 genstande om ugen
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

**SEKTION 3**
**HELBRED**
- Dårligt selvvurderet helbred
- Nedsat arbejdsevne
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål
- Ensomhed
- Symptomer på depression
- Dårlig søvnkvalitet

**SEKTION 4**
**BEHANDLINGSBYRDE OG SUNDHEDSKOMPETENCE**
- Behandlingsbyrde
- Svært ved at læse og forstå information om sundhed
- Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale

## Kronisk sygdom og multisygdom i en coronapandemi

Som redegjort for i rapportens indledning er data til *Hvordan har du det? 2021* indsamlet under coronapandemien. De fleste deltagere besvarede spørgeskemaundersøgelsen under den anden nationale nedlukning, hvor en række restriktioner og tiltag var gældende, og hvor samfundet var væsentligt påvirket af pandemien. Mange personer med kronisk sygdom og multisygdom har været i særlig risiko – og/eller følt sig særligt bekymret – for at få et alvorligt sygdomsforløb, hvis de blev smittet med COVID-19 (se kapitel 11 om COVID-19). Man kan derfor formode, at denne gruppe har været ekstra påvirket af coronapandemien i deres dagligdag.

Derudover har nogle af tiltagene undervejs i pandemien blandt andet omhandlet midlertidig suspendering af udrednings- og behandlingsgarantien i sygehusvæsenet for at sikre kapacitet til behandling af akutte og livstruende sygdomme. Sygehuskapaciteten har – af flere årsager – været under pres, mange planlagte behandlinger har været og er fortsat udskudt, og afviklingen af ventelister forventes muligvis at strække sig helt ind i 2023. Ligeledes har adgang til andre behandlingsmuligheder, herunder hos alment praktiserende læge, været påvirket i varierende grad, blandt andet som følge af midlertidige krav om negative coronatest før fremmøde samt et generelt ønske om at reducere antallet af personer i venteværelset for at mindske risikoen for smittespredning (2-4).

Kombinationen af disse forhold og generelt ændrede levevilkår for mange mennesker under pandemien har givet en bekymring for, at det har forstærket den sociale ulighed i sundhed hos borgere med kronisk sygdom og multisygdom (3, 4). Nogle af kapitlets resultater er med stor sandsynlighed mere påvirket end andre. Det er dog på nuværende tidspunkt svært at afgøre, hvor stor indflydelse pandemien har haft på de forskellige mål, der er anvendt, og om der er tale om forbigående eller længerevarende påvirkninger.

## Udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen

Sundhedsvæsenet har igennem de seneste årtier været igennem en omstillingsproces fra først og fremmest at tage sig af akut behandling og enkeltstående sygdomsepisoder til at kunne yde en længerevarende, kontinuerlig indsats for personer med kroniske sygdomme (5).

I løbet af denne omstillingsproces er der kommet øget fokus på borgerens udbytte af behandlingen, ikke blot i form af overlevelse og afhjælpning af akutte sundhedsproblemer, men også med hensyn til, hvordan personen har det. Det har medført en øget opmærksomhed på, at behandling af sygdom også handler om at sikre så god en livskvalitet som muligt trods et liv med kronisk sygdom (1). Det ideelle mål for behandlingen er, at personen bliver symptomfri, bevarer eller genvinder sin fysiske og mentale funktionsevne samt får en god trivsel og livskvalitet.

Det er en overordnet målsætning i dansk sundhedspolitik, at patienten skal være i centrum (6). Målsætningen skal ses i lyset af, at det i den kliniske hverdag ofte er selve sygdommen og behandlingen, der er i centrum, og at det hele menneske glider i baggrunden, ikke mindst i den højt specialiserede del af sundhedsvæsenet.

Ønsket om øget patientcentrering afspejler sig blandt andet i de otte nationale mål for sundhedsvæsenet, der blev aftalt mellem Sundheds- og Ældreministeriet, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening i 2016. Ud over kravet om et mere effektivt sundhedsvæsen har målene et stærkt patientfokus:

- Bedre sammenhængende patientforløb
- Styrket indsats for kronikere og ældre patienter
- Forbedret overlevelse og patientsikkerhed
- Behandling af høj kvalitet
- Hurtig udredning og behandling
- Øget patientinddragelse
- Flere sunde leveår
- Mere effektivt sundhedsvæsen

Udmøntningen af disse målsætninger sker blandt andet gennem sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner. Et vigtigt formål med sundhedsaftalerne er at bidrage til sammenhæng og koordinering af de patientforløb, der går på tværs af region og kommuner, tilrettelægge differentierede indsatser, som svarer til borgernes behov og ressourcer, samt at understøtte, at sundhedspersonalet inddrager borgere og pårørende i beslutninger om egen sundhed og behandling. Den højt specialiserede behandling af patienter med kroniske sygdomme har ført til bedre behandlingsresultater, men har samtidig skabt nogle udfordringer for både patient og sundhedsvæsen. I det følgende nævnes nogle af de centrale udfordringer og udviklingstendenser i kronikerindsatsen i Danmark og internationalt.

Populationsperspektivet er kommet i fokus. Tanken om, at sundhedsvæsenets arbejde med kronisk sygdom bør tilrettelægges ud fra behovet hos hele patientpopulationer, har vundet større og større udbredelse i de senere år både i sygehusvæsenet, praksissektoren og kommunerne (5, 7, 8). Ved en populationsbaseret tilgang tilrettelægges sundhedsydelserne med udgangspunkt i sygdomsmønster, forekomsten af risikofaktorer for forværring af eksisterende sygdom og udvikling af ny sygdom samt den sociale og demografiske sammensætning af de befolkningsgrupper, der betjenes.

Formålet med den populationsbaserede tilgang er at mindske behovet for akutte og episodiske behandlinger gennem en mere systematisk og kontinuerlig indsats (5). Tilgangen er derfor særlig anvendelig i behandlingen af kronisk sygdom, idet systematisk viden om patientpopulationen blandt andet kan anvendes hos den praktiserende læge til at opspore diagnosticerede patienter, som ikke selv kontakter lægen, før de er akut syge (5). Populationsperspektivet kan dermed understøtte en mere forebyggende og proaktiv indsats fra sundhedsvæsenets side.

Behandlingsbyrde hos personer med multisygdom – en udfordring og en målestok. En patientgruppe, der er særligt udfordret, er personer med to eller flere samtidige kroniske sygdomme – dvs. personer med multisygdom (7). En stor andel af personer med multisygdom er hyppigt i kontakt med sundhedsvæsenet og risikerer at opleve usammenhængende og ukoordinerede behandlingsforløb som følge af dels siloop-

delingen af den specialiserede del af sundhedsvæsenet, dels behandlingsforløb, der ofte går på tværs af sektorer (7, 9, 10). Multisygdom kan derfor medføre en betydelig behandlingsbyrde for patienten, som f.eks. ofte skal koordinere mange aftaler, arrangere transport til og fra konsultationer, kommunikere med mange forskellige sundhedsprofessionelle samt foretage egenomsorgsopgaver (eksempelvis medicinering, hjemmemonitoreringer, livsstilsændringer mv.). Hvis patienten oplever, at behandlingsbyrden bliver for stor, kan det medføre en mangelfuld efterlevelse af behandlingen og dermed øge risikoen for forværring af tilstanden (11, 12). Personer med multisygdom, hvis sygdomme går på tværs af faglige specialer, har desuden større risiko for at opleve bivirkninger og utilsigtede hændelser pga. mangelfuld koordinering af behandlingen (13).

Den patientoplevede behandlingsbyrde anses derfor i stigende grad som et vigtigt aspekt i forbindelse med behandling af og forskning i multisygdom (14). Samtidig kan opgørelse af behandlingsbyrde i en befolkning være med til at belyse, hvor godt sundhedsvæsenet imødekommer borgernes behandlingsbehov under hensyntagen til den enkeltes ressourcer og velbefindende (15, 16).

Nye modeller for kronikerindsatsen og initiativer til mere sammenhængende patientforløb. De negative konsekvenser ved usammenhængende behandlingsforløb har medført en øget interesse for afprøvning af nye modeller for behandling af borgere med kronisk sygdom og særligt patienter med multisygdom. Både nationalt og internationalt er der gjort erfaringer med modeller, der har til formål at gøre behandlingsforløbene mere sammenhængende, skånsomme og effektive for patienterne. Internationalt er der stor interesse for at arbejde med *integrated care* under forskellige former (17-19).

I Danmark har det øgede fokus på at skabe mere sammenhængende patientforløb og bedre tiltag for personer med kronisk sygdom og især multisygdom gennem de senere år afspejlet sig i såvel nationale som regionale politikker og tiltag.

Eksempelvis blev ordningen med patientansvarlige læger udrullet til alle landets sygehuse i 2017 efter en række forudgående pilotprojekter (20), og på tværs af de fem regioner er der etableret i alt 23 såkaldte 'sammedagsløsninger' på flere hospitaler (21). Sammedagsløsningerne er organiseret forskelligt og inkluderer ikke alle de samme sygdomme. Fælles for dem er, at de er målrettet borgere med multisygdom med det formål fysisk at samle (dele af) patienternes forløb samme sted med koordinering af behandling mellem relevante specialer. Dertil kommer andre tiltag som etableringen af Steno Diabetes Centre og afprøvning af ændret klinisk indsats for personer med multisygdom i almen praksis – f.eks. 'Lægefællesskabet' i Grenå og nye tiltænkte pilotprojekter indskrevet i overenskomsten for almen praksis 2022 (21, 22).

I 2020 præsenterede Danske Regioner deres anbefalinger af tiltag til en forbedret indsats for at forebygge og behandle multisygdom i publikationen "360 grader rundt om multisygdom" (21). Og i sommeren 2021 offentliggjorde regeringen, Danske Regioner og Kommunernes Landsforening en aftale om etablering af nye sundhedsklynger med det formål at skabe bedre og mere sammenhængende patientforløb (23). Sundhedsklyngerne etableres omkring landets 21 akuthospitaler og indeholder både et fagligt og et politisk niveau med repræsentanter fra region, kommuner og almen praksis, mens et overordnet sundhedssamarbejdsudvalg i hver region skal koordinere arbejdet i den enkelte regions sundhedsklynger.

I Region Midtjylland er der desuden fokus på sammenhængende patientforløb, håndtering af multisygdom, patientinddragelse og indsatser tilpasset den enkelte i sundhedsaftalen for 2019 til 2023 (24) og i regionens sundheds- og hospitalsplan fra 2020 (25).

Øget patientinddragelse. Borgere med kronisk sygdom har forskellige behov. Særligt hos borgere med multisygdom kan sygdomsbilledet variere fra det relativt simple til det meget komplekse, hvilket ofte kræver et individuelt tilpasset behandlingsforløb. De sociale forskelle i udbredelse og konsekvenser af kroniske sygdomme forstærker yderligere behovet for differentierede indsatser, der tager udgangspunkt i den enkelte borgers samlede livssituation (7). Øget inddragelse af patienterne er helt centralt for at sikre optimale behandlingsforløb for den enkelte borger. Det er erkendelsen bag det ændrede fokus fra en *sygdomsbaseret tilgang*, hvor fokus primært har været på den enkelte sygdom og behandlingen heraf, til en *patientcentreret tilgang* (7, 26, 27). Formålet med den *patientcentrerede tilgang* er at tilpasse sundhedsydelserne til den

enkelte patients behov under hensyntagen til patientens værdier, præferencer og ressourcer.

Planlægning af behandlingsforløbet skal derfor tage udgangspunkt i patientens samlede sygdomsbillede og aktuelle livssituation frem for at fokusere på det optimale forløb for hver specifik sygdom.

Patientrapporterede oplysninger (PRO). For at kunne tilrettelægge behandlingen ud fra den enkelte patients behov og understøtte den patientcentrerede tilgang er det relevant at indhente oplysninger om eksempelvis personens funktionsevne, symptomer og generelle helbredsstatus samt erfaringer med kontakten med sundhedsvæsenet. I forbindelse med behandling og rehabilitering indhentes denne type oplysninger i stigende grad fra patienten selv under betegnelsen *patientrapporterede oplysninger* (PRO) som et supplement til kliniske data (28, 29). PRO omfatter alle oplysninger om patientens helbredstilstand, sundhedsvaner og erfaringer med sundhedsvæsenet, der kommer direkte fra patienten selv, uden at svarene først er fortolket af sundhedspersonalet eller andre (30).

PRO kan desuden anvendes til at monitorere effekten og kvaliteten af behandlingen for en hel patientpopulation, herunder at give indblik i sygdoms- og behandlingsforløb og forbedre sektorovergange. En stor del af de resultater, der præsenteres i nærværende kapitel, bygger på spørgsmål, der også bruges ved indsamling af patientrapporterede oplysninger i klinikken, ved rehabilitering og i patientuddannelsesforløb mv. Kapitlet beskriver, hvordan personer med forskellige kroniske sygdomme har det sammenholdt med befolkningen generelt, samt hvordan personer i behandling oplever kommunikationen med sundhedspersonalet, og hvor meget det kræver af dem at følge deres behandling. Det giver mulighed for at få et populationsoverblik over borgere med specifikke sygdomme eller multisygdom. Oplysningerne kan således bruges som referencedata for PRO-data, der indsamles og anvendes blandt andet som effektmål i det regionale sundhedsvæsen, i praksissektoren eller i kommunalt regi. Et vigtigt PRO-mål for helbredsrelateret livskvalitet er SF-12, som også indgår i *Hvordan har du det? 2021*. Af pladsmæssige grunde har vi valgt ikke at medtage SF-12 i nærværende rapport (se i stedet kapitel 7 og 9 i *Hvordan har du det? 2017*, bind 1).

# SEKTION 1: FOREKOMSTEN AF KRONISKE SYGDOMME OG MULTISYGDOM

I denne sektion beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland og i de 19 kommuner i regionen.

## Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

*Hvordan har du det? 2021* indeholder oplysninger om forekomsten af 19 kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de er årsag til mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne hos store grupper af borgere (se figur 9.1).

I WHO's globale strategi for forebyggelse og behandling af kroniske sygdomme prioriteres forebyggelse af fire kroniske sygdomme: hjerte-kar-sygdom, diabetes, kræft og kroniske luftvejssygdomme (31). WHO's strategi (oprindeligt gældende for 2013-2020, i 2019 forlænget til at gælde for 2013-2030) sigter mod forebyggelse af de kroniske sygdomme, der forårsager mest sygdom og død. De fire sygdomme skønnes at være årsag til over 60 % af alle dødsfald på verdensplan.

I Danmark udgør hjerte-kar-sygdomme, kræft og luftvejssygdomme de hyppigste dødsårsager sammen med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser. Tilsammen var disse sygdomme årsager til to ud af tre dødsfald i 2020 (32).

I Danmark har de nationale sundhedsmyndigheder i de senere år ligeledes taget en række initiativer til at styrke indsatsen i forhold til de sygdomme, der medfører flest dødsfald i den danske befolkning, blandt andet i form af kræftplaner og pakkeforløb for kræft- og hjertepatienter.

Man har samtidig ønsket at styrke indsatsen i forhold til ikke-livstruende sygdomme, der medfører store begrænsninger i livsudfoldelse og risiko for varig funktionsnedsættelse. Her drejer det sig om at fremme livskvalitet og funktionsevne.

Det har således været en målsætning i dansk sundhedspolitik både at mindske sygdomsbyrden af kroniske sygdomme, der forkorter livet, og ikke-livstruende kroniske sygdomme, der forringer livskvaliteten og funktionsevnen (33).

I tråd hermed indeholder *Hvordan har du det?* både oplysninger om, hvad man kan betegne som potentielt livstruende, og om ikke-livstruende kroniske sygdomme. Blandt de kroniske sygdomme, der spørges til i undersøgelsen, kan 7 betegnes som potentielt livstruende og 12 som ikke-livstruende.

Det skal understreges, at potentielt livstruende ikke nødvendigvis er lig med aktuelt livstruende sygdom. Dødelighedsrisikoen hos velbehandlede patienter med forhøjet blodtryk eller diabetes er f.eks. næppe meget højere end hos raske.

Opdelingen i potentielt livstruende kroniske sygdomme og ikke-livstruende kroniske sygdomme er en grov opdeling. F.eks. er kræft den hyppigste dødsårsag i Danmark, men den mest udbredte kræftform er almindelig hudkræft, som kun forårsager få dødsfald (34).

Omvendt er psykiske lidelser i sig selv ikke nogen væsentlig dødsårsag, men de er forbundet med en stærkt forøget selvmordsrisiko, ligesom der blandt psykiatriske patienter er en stor overdødelighed som følge af en række somatiske sygdomme (35). Astma regnes her til de ikke-livstruende sygdomme, men forårsager ligeledes enkelte dødsfald (36), ligesom knoglebrud som følge af knogleskørhed kan være livstruende.

Opdelingen er imidlertid relevant, når man skal prioritere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Et centralt spørgsmål er, hvordan man skal vægte indsatsen i forhold til sygdomme, der er skyld i mange dødsfald, sat over for ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

**Figur 9.1**
Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det? 2021*

| | |
|---|---|
| **Potentielt livstruende kroniske sygdomme** | |
| Hjerte-kar-sygdomme | Forhøjet blodtryk |
| | Hjertekrampe |
| | Blodprop i hjertet |
| | Hjerneblødning, blodprop i hjernen |
| Stofskiftesygdomme | Diabetes |
| Svulster | Kræft |
| Luftvejssygdomme | Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (KOL) |
| **Ikke-livstruende kroniske sygdomme** | |
| Luftvejssygdomme | Astma |
| Overfølsomhedssygdomme | Allergi (ikke astma) |
| Muskel-skelet-sygdomme | Slidgigt |
| | Leddegigt |
| | Knogleskørhed |
| | Diskusprolaps, andre rygsygdomme |
| Psykiske lidelser | Angst |
| | Depression |
| | Psykiske lidelser (af mindre eller mere end 6 måneders varighed) |
| Sygdomme i nervesystem og sanseorganer | Migræne, hyppig hovedpine |
| | Tinnitus |
| | Grå stær |



Det er vanskeligt at sammenligne belastningen af forskellige sygdomme, hvis man skal tage højde for både sygelighed og dødelighed. I WHO's projekt *Global Burden of Disease* har man siden 1990 undersøgt, hvor meget sygdomme og ulykker bidrager til den samlede sygdomsbyrde i en række lande, ved hjælp af begrebet tabte sygdomsjusterede leveår (disability adjusted life years, DALY) (37).

Tabte sygdomsjusterede leveår kombinerer effekten af dødelighed og funktionsnedsættelse af en sygdom i et enkelt tal, som udtrykker, hvor meget den pågældende sygdom øger sygdomsbelastningen i befolkningen.

I Danmark var de sygdomme, som forårsagede flest tabte sygdomsjusterede leveår i 2019 – nævnt i aftagende rækkefølge – kronisk obstruktiv lungesygdom, iskæmiske hjertesygdomme (blodprop i hjertet og hjertekrampe), kræft i luftveje (luftrør, bronkier og lunger), ryg- og nakkesmerter, slagtilfælde (hjerneblødning/blodprop i hjernen), diabetes, depressive lidelser og tarmkræft (38).

Resultaterne understreger, at både potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme bidrager væsentligt til den samlede sygdomsbyrde i den danske befolkning.

Lavere dødelighed og flere år med god livskvalitet og funktionsevne kan til dels opnås med de samme midler. Det gælder især på forebyggelsesområdet, idet flere af de kroniske sygdomme har fælles risikofakto-

rer. En indsats i forhold til rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost vil derfor have en forebyggende effekt i forhold til mange sygdomme (39).

Når det drejer sig om opsporing, behandling og rehabilitering, er det derimod nødvendigt at vælge, hvilke kroniske sygdomme man især ønsker at gøre en indsats for. I Region Midtjylland er der udarbejdet forløbsprogrammer for type 2-diabetes, kronisk obstruktiv lungesygdom (herefter benævnt KOL), hjertesygdom, lænderygsmerter og depression (40). Regionen har således på linje med de nationale sundhedsmyndigheder valgt at styrke indsatsen for både potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme.

## Sådan har vi spurgt om kronisk sygdom

Rapporteringen af sygdommene bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelserne afspejler dermed deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering.

Ved hver sygdom er der spurgt, om man har sygdommen nu, eller om man har haft den tidligere. Hvis man har haft den tidligere, er der spurgt til, om man fortsat har eftervirkninger af sygdommen. I det følgende er aktuel sygdom og eftervirkninger slået sammen.

Der skelnes således mellem personer, der ikke har sygdommen eller ikke har eftervirkninger af den, og personer, der har sygdommen eller har eftervirkninger af den. Det skyldes, at det ved nogle sygdomme kan være vanskeligt at skelne præcist mellem selve sygdommen og eftervirkninger heraf (det gælder f.eks. hjerte-kar-sygdomme). Desuden er det relevant at vide, hvor mange der er præget af en bestemt sygdom, hvad enten det drejer sig om aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdommen.

I og med at opgørelserne baseres på svarpersonernes selvrapporteringer, er det en naturlig følge, at borgere, der er døde som følge af (akut) sygdom, ikke indgår. Det kan have en påvirkning på forekomsten, særligt af sygdomme med høj dødelighed som f.eks. hjerneblødning eller blodprop i hjernen og blodprop i hjertet. Opgørelserne omfatter derfor borgere, der aktuelt lever med sygdom eller eftervirkninger heraf, hvilket kan være relevant både i et forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsperspektiv.

En undersøgelse fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, der sammenholder forekomst af sygdom opgjort ved hjælp af spørgeskemaer og sundhedsvæsenets registre, viser en betydelig uoverensstemmelse mellem de to opgørelsesmetoder, og at graden af overensstemmelse er forskellig fra sygdom til sygdom (41). En del af forklaringen på denne forskel er, at registrene ikke indeholder oplysninger om sygdomme, der udelukkende behandles i almen praksis. Der kan desuden være tale om, at personer afgiver forkerte eller mangelfulde svar i spørgeskemaer, ligesom der kan være misklassifikation i registeropgørelser. Analyserne tyder overordnet på, at de borgere, som identificeres via registre, er mere syge end gruppen, som identificeres via spørgeskemaer.

En spørgeskemaundersøgelse kan give et andet billede af forekomsten af kronisk sygdom i befolkningen, herunder hvor der især er behov for forebyggelse (særligt sekundær forebyggelse). Man får her identificeret en større gruppe af borgere, blandt andet de borgere, som udelukkende behandles i almen praksis, eller som har eftervirkninger af sygdommen.

I det følgende beskrives forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i region og kommuner. Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom analyseres desuden i forhold til køn, alder og sociale forhold.

**Boks 9.2**

### Nye spørgsmål om angst og depression

I *Hvordan har du det? 2021* er der medtaget to nye spørgsmål om selvrapporteret angst og depression. I rapporteringen her i bind 1 er de medtaget i stedet for den tidligere anvendte sygdomsgruppe 'psykiske lidelser'. Dermed rapporteres der i alt om 18 sygdomme i 2021 (16 fysiske sygdomme samt angst og depression).

Ligesom ved foregående undersøgelser er der også spurgt til psykisk lidelse af mindre end 6 måneders varighed og mere end 6 måneders varighed (tidligere samlet betegnet som 'psykiske lidelser'). Af hensyn til sammenligneligheden med foregående undersøgelser er 'psykiske lidelser' anvendt i rapporteringen af udviklingen over tid i bind 2, idet der ikke kan vises udvikling for de nye spørgsmål om angst og depression. I rapporteringen i bind 2 indgår dermed 17 sygdomme (de 16 fysiske sygdomme, som også indgår i bind 1, samt psykiske lidelser).

### Betydning for opgørelse af multisygdom

Opgørelsen af multisygdom påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme der tælles med, og om der benyttes selvrapporterede data eller registerdata. Forekomsten af multisygdom i en given befolkning vil derfor ofte variere fra undersøgelse til undersøgelse på grund af forskelle i datakilder og opgørelsesmetoder (42).

I *Hvordan har du det? 2021* beregnes forekomsten af multisygdom i bind 1 ved at tælle antallet af kroniske sygdomme for hver person ud af de 18 sygdomme, der indgår i bind 1 (de 16 fysiske sygdomme samt angst og depression).

I analyserne af udviklingen over tid i bind 2 beregnes forekomsten af multisygdom – af hensyn til sammenligneligheden med de foregående undersøgelser – ved at tælle antallet af kroniske sygdomme for hver person ud af de 17 sygdomme, der indgår i bind 2 (de 16 fysiske sygdomme samt psykiske lidelser).

Beregningen af forekomsten af multisygdom er derfor forskellig i bind 1 (status for 2021) og bind 2 (udviklingen over tid fra 2010 til 2021), hvorfor der forekommer mindre forskelle i forekomsten af multisygdom i 2021 på tværs af de to rapporter.

**Figur 9.2**
Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger)

| Kroniske sygdomme | | Heraf multisyge | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | |
| **Hjerte-kar** | | | |
| Forhøjet blodtryk | 20 | 85 | 200.000 |
| Hjertekrampe | 2 | 97 | 22.000 |
| Blodprop i hjertet | 1 | 95 | 12.000 |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen | 2 | 93 | 20.000 |
| **Diabetes** | 5 | 90 | 54.000 |
| **Kræft** | 4 | 88 | 36.000 |
| **Luftveje** | | | |
| KOL | 5 | 94 | 50.000 |
| Astma | 8 | 92 | 81.000 |
| **Allergi** | 22 | 72 | 219.000 |
| **Muskel-skelet** | | | |
| Slidgigt | 21 | 89 | 215.000 |
| Leddegigt | 7 | 95 | 70.000 |
| Knogleskørhed | 5 | 93 | 47.000 |
| Diskusprolaps, andre rygsygdomme | 14 | 88 | 146.000 |
| **Psykiske lidelser** | | | |
| Angst | 12 | 88 | 121.000 |
| Depression | 14 | 89 | 136.000 |
| **Nervesystem og sanseorganer** | | | |
| Migræne, hyppig hovedpine | 17 | 80 | 175.000 |
| Tinnitus | 15 | 83 | 158.000 |
| Grå stær | 5 | 92 | 49.000 |
| **Antallet af kroniske sygdomme** | | | |
| Ingen af de 18 sygdomme | 28 | | 290.000 |
| En sygdom | 25 | | 258.000 |
| To-tre sygdomme | 31 | | 315.000 |
| Fire+ sygdomme | 15 | | 158.000 |

Multisygdom: 46 %

## Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland

Figur 9.2 viser forekomsten af 18 kroniske sygdomme og multisygdom i Region Midtjylland i 2021. Forekomsten er både angivet i procent og i antal borgere, der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Antallet af borgere med kronisk sygdom/multisygdom skal sammenholdes med, at Region Midtjylland på tidspunktet for undersøgelsen havde en befolkning på ca. 1.094.000 personer i alderen 16 år og derover.

Nederst i figuren under 'Antallet af kroniske sygdomme' kan man se, hvor stor en del af befolkningen der har henholdsvis ingen, én, to til tre eller fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme. De sidste to grupper udgør tilsammen andelen med multisygdom (to eller flere sygdomme).

Kolonnen 'Heraf multisyge' viser ud for hver sygdom, hvor stor en andel af borgerne med sygdommen der er multisyge. Eksempelvis, at der blandt borgere med forhøjet blodtryk er 85 %, som også har én eller flere andre sygdomme end forhøjet blodtryk.

### De enkelte kroniske sygdomme

Af de 18 kroniske sygdomme er de hyppigst forekommende allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, som optræder hos hver femte borger eller flere på 16 år og derover i Region Midtjylland. Det svarer til omtrent 219.000 personer med allergi, 215.000 personer med slidgigt og 200.000 personer med forhøjet blodtryk. Dernæst kommer migræne eller hyppig hovedpine (hos 17 %), tinnitus (hos 15 %) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme samt depression (hos 14 %).

Generelt dominerer de ikke-livstruende sygdomme i det samlede sygdomsbillede, idet de udgør ni ud af de ti hyppigst forekommende sygdomme, mens hjerte-kar-sygdommene (undtaget forhøjet blodtryk) er de mindst forekommende sygdomme. Denne fordeling af sygdommenes forekomst i befolkningen skal ses som en kombination af, hvor mange borgere der rammes af de enkelte sygdomme, og hvor længe en borger gennemsnitligt forventes at kunne leve med sygdommen – jf. den tidligere beskrivelse af, at eksempelvis hjerte-kar-sygdommene forårsager en stor andel af dødsfaldene i Danmark.

Blandt de ikke-livstruende sygdomme fylder muskel-skelet-sygdomme meget.

- 21 % har slidgigt, svarende til ca. 215.000 personer
- 14 % har diskusprolaps eller andre rygsygdomme, svarende til ca. 146.000 personer
- 7 % har leddegigt, svarende til ca. 70.000 personer
- 5 % har knogleskørhed, svarende til ca. 47.000 personer

Knap hver femte borger (19 %) har én af de fire muskel-skelet-sygdomme, og mere end hver tiende borger (12 %) har to eller flere (ikke vist). Alt i alt betyder det, at næsten hver tredje borger (31 %) har mindst én muskel-skelet-sygdom (svarende til omtrent 320.000 personer).

Sygdomme i nervesystem og sanseorganer er ligeledes hyppige.

- 17 % har migræne eller hyppig hovedpine, svarende til ca. 175.000 personer
- 15 % har tinnitus, svarende til ca. 158.000 personer
- 5 % har grå stær, svarende til ca. 49.000 personer

Mere end hver fjerde borger (26 %) har én af de tre sygdomme i nervesystem og sanseorganer, og 5 % har to eller alle tre (ikke vist). Ligesom ved muskel-skelet-sygdomme er det dermed næsten hver tredje borger (32 %), som har mindst én af de tre sygdomme i nervesystem og sanseorganer (svarende til omtrent 323.000 personer).

Af de nye spørgsmål om angst og depression fremgår det, at:

- 12 % har angst, svarende til ca. 121.000 personer
- 14 % har depression, svarende til ca. 136.000 personer

Mere end hver tiende borger (12 %) har rapporteret at have én af de to sygdomme eller eftervirkninger heraf, og 7 % har rapporteret at have dem begge (ikke vist). Samlet set er det knap hver femte borger (19 %), der har angivet at have angst og/eller depression (svarende til omtrent 189.000 personer).

Blandt de potentielt livstruende kroniske sygdomme er forhøjet blodtryk den hyppigste. Forhøjet blodtryk er i sig selv ikke en vigtig dødsårsag, men det er den største risikofaktor for hjerneblødning/blodprop i hjernen og en væsentlig risikofaktor for blodprop i hjertet. Af figur 9.2 fremgår det, at der er stor forskel på forekomsten af forhøjet blodtryk i forhold til de andre hjerte-kar-sygdomme.

- 20 % har forhøjet blodtryk, svarende til ca. 200.000 personer
- 2 % har hjertekrampe, svarende til ca. 22.000 personer
- 2 % har hjerneblødning eller blodprop i hjernen, svarende til ca. 20.000 personer
- 1 % har blodprop i hjertet, svarende til ca. 12.000 personer

Knap hver femte borger (19 %) har én af de fire hjerte-kar-sygdomme eller eftervirkninger heraf (forhøjet blodtryk i 91 % af tilfældene), og 3 % af borgerne har to eller flere (ikke vist). Alt i alt har mere end hver femte borger (22 %) mindst én af de fire hjerte-kar-sygdomme.

Mere end hver tiende borger i Region Midtjylland (11 %) lever med mindst én af de to luftvejssygdomme, svarende til omtrent 113.000 personer (ikke vist).

- 8 % har astma, svarende til ca. 81.000 personer
- 5 % har KOL, svarende til ca. 50.000 personer

Knap hver tiende borger (9 %) har én af de to luftvejssygdomme, og knap 2 % har dem begge (ikke vist).

Diabetes optræder hos 5 % af regionens borgere, svarende til omtrent 54.000 personer. Der er i undersøgelsen ikke sondret mellem diabetestyper. Det vides fra andre undersøgelser, at ca. 90 % af diabetespatienterne har type 2-diabetes (43).

Knap 4 % af borgerne lever med eller har eftervirkninger af kræft, svarende til omtrent 36.000 personer. For godt halvdelen er der tale om eftervirkninger (54 %) (ikke vist).

### Antallet af kroniske sygdomme og forekomsten af multisygdom

Af figur 9.2 fremgår det endvidere, at 28 % af borgerne i Region Midtjylland (svarende til omtrent 290.000 personer) ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*. Hver fjerde borger (25 %) har én kronisk sygdom, mens næsten dobbelt så mange (46 %) har multisygdom, svarende til omtrent 473.000 personer. Knap hver tredje (31 %) har to til tre kroniske sygdomme, og knap hver syvende (15 %) har fire eller flere kroniske sygdomme. Samlet set har knap tre ud af fire borgere (72 %) én eller flere af de 18 sygdomme.

### Multisygdom blandt de enkelte sygdomsgrupper

Af kolonnen 'Heraf multisyge' i figur 9.2 fremgår det, at der blandt de enkelte sygdomsgrupper generelt er en meget stor andel, der har multisygdom. Andelen med multisygdom varierer fra 72 % blandt personer med allergi til 97 % blandt personer med hjertekrampe.

For alle sygdomsgrupper – bortset fra allergi – er det fire ud af fem personer eller flere, der har multisygdom, og for ni af sygdomsgrupperne er det ni ud af ti personer eller flere.

De ni sidstnævnte sygdomsgrupper omfatter borgere med hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen, borgere med luftvejssygdommene KOL og astma, borgere med muskel-skelet-sygdommene leddegigt og knogleskørhed samt borgere med grå stær og borgere med diabetes.

Uddybende analyser viser, at der blandt de samme ni sygdomsgrupper er de største andele af borgere med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme, varierende fra halvdelen (50 %) blandt personer med diabetes og personer med astma til tre ud af fire (75 %) blandt personer med hjertekrampe (ikke vist). Til sammenligning ses den laveste andel med fire eller flere kroniske sygdomme (30 %) blandt personer med allergi.

### ▶ Udvikling fra 2010 til 2021. *Kroniske sygdomme.*

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 14 ud af de 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i

perioden). De to sygdomme, hvor der ikke er nogen signifikant udvikling, er: hjertekrampe og blodprop i hjertet. Se figur 9.1.S i bind 2.

*Multisygdom.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 36 % til 44 %. Der har været en stigning både i andelen med to til tre kroniske sygdomme (fra 27 % til 30 %) og i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 9 % til 13 %). Modsat har der været et fald både i andelen, der ikke har en kronisk sygdom (fra 35 % til 30 %), og et fald i andelen, der har én kronisk sygdom (fra 29 % til 27 %). Se figur 9.2.S i bind 2. ◄

At andelen med multisygdom i 2021 er større i bind 1 (jf. figur 9.2) end i bind 2 skyldes, at der i bind 1-opgørelsen indgår de to nye spørgsmål om angst og depression, hvilket øger forekomsten af multisygdom sammenlignet med opgørelsen i bind 2, hvor det er den tidligere anvendte sygdomsgruppe 'psykiske lidelser', som indgår (jf. boks 9.2). Forekomsten af multisygdom er dermed en anelse mindre i udviklingsanalyserne i bind 2, men tendenserne i udviklingen er den samme.

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 15 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelserne (jf. boks 9.2). De to sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant udvikling, er: blodprop i hjertet og diabetes. Se figur 9.1.S i bind 2.

*Multisygdom.* I perioden fra 2013 til 2021 har udviklingen været den samme som i perioden fra 2010 til 2021 (se beskrivelsen heraf ovenfor). Se figur 9.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af 13 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelserne (jf. boks 9.2). De fire sygdomme, hvor der ikke ses nogen signifikant udvikling, er: hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og diabetes. Se figur 9.1.S i bind 2.

*Multisygdom.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med multisygdom fra 40 % til 44 %. Der har været en stigning både i andelen med to til tre kroniske sygdomme (fra 29 % til 30 %) og i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 11 % til 13 %). Modsat har der været et fald både i andelen, der ikke har en kronisk sygdom (fra 32 % til 30 %), og et fald i andelen, der har én kronisk sygdom (fra 28 % til 27 %). Se figur 9.2.S i bind 2. ◄

## Forekomsten af kronisk sygdom og multisygdom i kommunerne

Man kan se sygdomsprofilerne for de enkelte kommuner i Region Midtjylland i kommunebilagene på hjemmesiden www.hvordanhardudet.rm.dk. Hver kommunes profil omfatter de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*, samt en opgørelse over antallet af kroniske sygdomme/multisygdom svarende til profilen for hele regionen. For hver sygdomsgruppe er det angivet i procent, hvor stor en andel af kommunens befolkning der aktuelt har sygdommen, eller som har eftervirkninger af sygdommen. Det er ligeledes angivet, hvor mange af kommunens borgere det omtrent drejer sig om, og om kommuneandelen afviger signifikant fra andelen i hele Region Midtjylland.

Nedenfor gives en sammenfatning af sygdomsforekomsterne i 2021 i de 19 kommuner i regionen samt en kort sammenfatning af udviklingen i forekomsterne fra 2010 til 2021 i kommunerne. For yderligere detaljer angående de kommunale sygdomsforekomster og udviklingen heri henvises til kommunebilagene på hjemmesiden.

Det fremgår af boks 9.3, at der er stor forskel på, hvor meget den enkelte kommunes sygdomsprofil afviger fra den generelle sygdomsprofil i regionen: fra Odder Kommune, der ikke har nogen signifikante afvigelser fra regionen som helhed, til Aarhus Kommune, der adskiller sig signifikant ved 15 ud af de 18 enkelte sygdomme – hvoraf de 13 afvigelser skyldes en mindre forekomst i Aarhus end i regionen som helhed. Aarhus Kommune har dermed generelt set den mindste sygdomsforekomst blandt de 19 kommuner.

Af boksen fremgår det også, at sygdomsprofilen i adskillige kommuner overordnet set ligner regionens profil: Foruden Odder, der ikke adskiller sig, har ti kommuner signifikante afvigelser fra regionen ved én til fire ud af de 18 kroniske sygdomme. De resterende syv kommuner (Lemvig, Randers, Norddjurs, Samsø, Skive, Struer og Syddjurs) har signifikante afvigelser ved en tredjedel til halvdelen af de 18 kroniske sygdomme.

Store forskelle i sygdomsforekomster mellem kommunerne. Af kommunebilagene fremgår det, at der ved nogle af sygdommene er store forskelle i de kommunale forekomster. I det følgende ses de største forskelle mellem kommunerne i sygdomsforekomst:

- Forhøjet blodtryk: 14 % i Aarhus mod 26 % i Lemvig og Struer
- Diabetes: 4 % i Aarhus og Silkeborg mod 8 % på Samsø
- Allergi: 16 % i Struer mod 25 % i Aarhus
- Slidgigt: 16 % i Aarhus mod 32 % på Samsø
- Leddegigt: 5 % i Aarhus mod 10 % på Samsø
- Knogleskørhed: 3 % i Aarhus mod 7 % i Skive
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme: 11 % i Aarhus mod 20 % på Samsø
- Angst: 8 % i Lemvig og Ringkøbing-Skjern mod 15 % i Aarhus
- Tinnitus: 14 % i Aarhus mod 19 % på Samsø

Forskelle i forekomsten af multisygdom mellem kommunerne. Det fremgår ligeledes af kommunebilagene, at Aarhus Kommune har en signifikant mindre andel af borgere med multisygdom og en større andel af borgere med ingen eller én kronisk sygdom end i hele regionen. Nedenfor vises forskellene mellem kommunerne i forekomsten af ingen, en, to til tre og fire eller flere sygdomme:

- Ingen af de 18 sygdomme: 21 % på Samsø mod 32 % i Aarhus
- Én sygdom: 21 % i Norddjurs mod 27 % i Aarhus
- To til tre sygdomme: 29 % i Aarhus mod 35 % på Samsø
- Fire eller flere sygdomme: 13 % i Aarhus mod 19 % i Norddjurs, Samsø, Skive og Struer

Foruden Norddjurs, Samsø, Skive og Struer er der en større andel med fire eller flere sygdomme i Randers og Viborg Kommune (18 %).

► Udvikling fra 2010 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i alle 19 kommuner i Region Midtjylland. I alle kommuner er forekomsten steget ved mindst fire sygdomme. Kommunerne med færrest stigninger i sygdomsforekomst er Favrskov og Silkeborg. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst er Hedensted (13 sygdomme), Viborg (11 sygdomme), Norddjurs (10 sygdomme) og Holstebro og Struer (9 sygdomme). Der ses i perioden ingen signifikante fald i forekomsten af sygdommene på kommuneniveau. Se kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk.

**Boks 9.3**
Forekomsten af kroniske sygdomme i kommunerne i 2021.
Sammenfatning af signifikante kommuneafvigelser fra hele befolkningen i Region Midtjylland

| Kommune | STØRRE forekomst i kommunen end i Region Midtjylland | MINDRE forekomst i kommunen end i Region Midtjylland | Samlet antal forskelle mellem kommunen og Region Midtjylland |
|---|---|---|---|
| Favrskov | | Kræft | 1 |
| Hedensted | Forhøjet blodtryk og slidgigt | Angst | 3 |
| Herning | Forhøjet blodtryk og slidgigt | Astma og allergi | 4 |
| Holstebro | Forhøjet blodtryk, slidgigt og grå stær | | 3 |
| Horsens | Hjertekrampe og depression | | 2 |
| Ikast-Brande | Forhøjet blodtryk og diskusprolaps eller andre rygsygdomme | Allergi og depression | 4 |
| Lemvig | Forhøjet blodtryk, KOL, slidgigt, leddegigt og grå stær | Allergi, angst og depression | 8 |
| Norddjurs | Forhøjet blodtryk, kræft, KOL, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og grå stær | | 7 |
| Odder | | | 0 |
| Randers | Forhøjet blodtryk, diabetes, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine | | 7 |
| Ringkøbing-Skjern | Slidgigt | Allergi, angst og depression | 4 |
| Samsø | Forhøjet blodtryk, diabetes, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og tinnitus | | 6 |
| Silkeborg | | Angst | 1 |
| Skanderborg | Tinnitus | Blodprop i hjertet og depression | 3 |
| Skive | Forhøjet blodtryk, KOL, astma, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og grå stær | Allergi | 9 |
| Struer | Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, kræft, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og grå stær | Allergi | 9 |
| Syddjurs | Forhøjet blodtryk, slidgigt, leddegigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og tinnitus | Allergi og angst | 7 |
| Viborg | Knogleskørhed og tinnitus | | 2 |
| Aarhus | Allergi og angst | Forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, diabetes, kræft, KOL, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, tinnitus og grå stær | 15 |

*Multisygdom.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i alle 19 kommuner. Den mindste stigning ses i Aarhus Kommune og den største i Samsø Kommune. Se figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i alle 19 kommuner i Region Midtjylland. I alle kommuner er forekomsten steget ved mindst to sygdomme. Kommunen med færrest stigninger i sygdomsforekomst er Ringkøbing-Skjern. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst er Struer (12 sygdomme), Lemvig, Norddjurs og Skive (9 sygdomme) og Horsens, Randers og Viborg (8 sygdomme). Der ses i perioden ingen signifikante fald i forekomsten af sygdommene på kommuneniveau. Se kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk.

*Multisygdom.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i alle 19 kommuner. Den mindste stigning ses i Ringkøbing-Skjern, Skanderborg og Aarhus Kommune og den største i Norddjurs Kommune. Se figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i sygdomsforekomsten i 16 ud af de 19 kommuner i Region Midtjylland (undtagelserne er Holstebro, Odder og Ringkøbing-Skjern). Blandt de 16 kommuner varierer antallet af signifikante stigninger fra én sygdom i Herning, Ikast-Brande og Silkeborg til seks sygdomme i Randers Kommune. Foruden Randers er kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst Norddjurs, Skanderborg, Skive og Struer. I tre kommuner har der været et signifikant fald i forekomsten af en enkelt sygdom: diabetes i Odder og Silkeborg og allergi i Struer Kommune. Der har i perioden ikke været nogen signifikant ændret forekomst af hjertekrampe eller hjerneblødning eller blodprop i hjernen på kommuneniveau. Se boks 9.2.S i bind 2 og kommunebilagene på www.hvordanhardudet.rm.dk.

*Multisygdom*. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i otte kommuner. Den mindste stigning ses i Aarhus Kommune og den største i Norddjurs Kommune. Forekomsten af fire eller flere kroniske sygdomme er steget signifikant i 11 kommuner med den mindste stigning i Aarhus Kommune og den største i Viborg Kommune. Se figur 9.5.S og 9.6.S i bind 2. ◄

## Kroniske sygdomme – køn, alder og sociale forhold

Figur 9.3 viser forekomsten af de 18 kroniske sygdomme opgjort i forhold til køn, alder, uddannelse og erhvervstilknytning. Figuren belyser, hvilke grupper af befolkningen der er særligt belastede med hensyn til kronisk sygdom.

Køn. Figuren viser en større forekomst blandt mænd af potentielt livstruende kroniske sygdomme end blandt kvinder, idet der blandt mænd er en større andel med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, diabetes og KOL.

Der er til gengæld en større forekomst blandt kvinder af ikke-livstruende kroniske sygdomme: astma, allergi, slidgigt, knogleskørhed, angst, depression, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Det gælder dog ikke leddegigt og tinnitus, hvor andelen blandt mænd er størst.

Ved nogle af sygdommene er der stor forskel i forekomsten hos mænd og kvinder. Eksempelvis diabetes (kvinder 4 %, mænd 7 %), slidgigt (mænd 18 %, kvinder 24 %), knogleskørhed (mænd 2 %, kvinder 7 %), angst (mænd 9 %, kvinder 15 %), migræne eller hyppig hovedpine (mænd 11 %, kvinder 23 %) og tinnitus (kvinder 12 %, mænd 19 %).

Alder. Der er en meget markant sammenhæng mellem alder og forekomsten af de 18 kroniske sygdomme. Den eneste undtagelse er astma, hvor der stort set ikke ses variation på tværs af alder.

Ved alle syv potentielt livstruende sygdomme stiger sygdomsandelene med alderen. Op til aldersgruppen 45-54 år er andelene med den enkelte sygdom mindre end i befolkningen generelt, mens der ved aldersgrupperne fra 55-64 år og derover generelt er en større andel med den enkelte sygdom end i befolkningen som helhed.

Ved seks ud af de 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme stiger sygdomsandelene ligeledes markant med alderen. Det drejer sig om de fire muskel-skelet-sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og diskusprolaps eller andre rygsygdomme), tinnitus og grå stær.

Ved de sidste fire ikke-livstruende kroniske sygdomme falder sygdomsandelene markant med alderen. Det drejer sig om allergi, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine.

De største forskelle i sygdomsforekomsterne, opgjort som forskel i procentpoint, ses ved forhøjet blodtryk (fra 1 % blandt de 16-24-årige til 49 % blandt personer på 75 år og derover), slidgigt (fra 1 % blandt de 16-24-årige til 46 % blandt personer på 75 år og derover) og grå stær (fra 0,1 % blandt de 16-24-årige til 21 % blandt personer på 75 år og derover).

Uddannelsesniveau. Der er ligeledes en meget tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af 17 ud af de 18 kroniske sygdomme.

Ved alle syv potentielt livstruende sygdomme falder sygdomsandelene med stigende uddannelsesniveau.

Ved ni ud af de 11 ikke-livstruende kroniske sygdomme falder sygdomsandelene ligeledes med stigende uddannelsesniveau.

Som den eneste sygdom er forekomsten af allergi stigende med stigende uddannelsesniveau, mens der ved migræne eller hyppig hovedpine ikke ses nogen signifikant forskel på tværs af uddannelsesniveau.

Alt i alt betyder det, at der blandt borgere med lavt uddannelsesniveau er en større forekomst af 16 ud af de 18 kroniske sygdomme, end der er blandt befolkningen generelt (undtagelserne er allergi og migræne eller hyppig hovedpine).

De største forskelle i sygdomsforekomsterne, opgjort som forskel i procentpoint, ses ved forhøjet blodtryk (fra 13 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 36 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau), slidgigt (fra 16 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 35 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau) og leddegigt (fra 4 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 14 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau). Derudover er andelen blandt personer med lavt uddannelsesniveau mere end fire gange så stor sammenlignet med andelen blandt personer med højt uddannelsesniveau ved fire af de potentielt livstruende kroniske sygdomme (hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes og KOL).

**Figur 9.3**
Kroniske sygdomme (aktuel sygdom og eftervirkninger) – køn, alder og sociale forhold

| | Potentielt livstruende kroniske sygdomme | | | | | | | Ikke-livstruende kroniske sygdomme | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Forhøjet blodtryk | Hjertekrampe | Blodprop i hjertet | Hjerneblødning, blodprop i hjernen | Diabetes | Kræft | KOL | Astma | Allergi | Slidgigt | Leddegigt | Knogleskørhed | Diskusprolaps, andre rygsygdomme | Angst | Depression | Migræne, hyppig hovedpine | Tinnitus | Grå stær |
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| **Alle** | 20 | 2 | 1 | 2 | 5 | 4 | 5 | 8 | 22 | 21 | 7 | 5 | 14 | 12 | 14 | 17 | 15 | 5 |
| **Køn** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mand | 20 | 2 | 2 | 2,3 | 7 | 4 | 5,3 | 7 | 19 | 18 | 8 | 2 | 14 | 9 | 11 | 11 | 19 | 4 |
| Kvinde | 19 | 2 | 0,7 | 1,6 | 4 | 3 | 4,5 | 9 | 23 | 24 | 6 | 7 | 14 | 15 | 16 | 23 | 12 | 6 |
| **Alder** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16-24 år | 1 | 0,5 | 0,1 | 0,2 | 0,9 | 0,3 | 0,8 | 8 | 27 | 1 | 0,9 | 0,2 | 3 | 21 | 18 | 19 | 8 | 0,1 |
| 25-34 år | 3 | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 1 | 0,6 | 0,9 | 8 | 27 | 3 | 2 | 0,6 | 7 | 19 | 18 | 20 | 8 | 0,4 |
| 35-44 år | 7 | 0,9 | 0,5 | 0,7 | 2 | 1 | 1 | 7 | 26 | 8 | 4 | 0,6 | 14 | 14 | 15 | 23 | 10 | 0,6 |
| 45-54 år | 16 | 1,6 | 0,6 | 1 | 4 | 2 | 3 | 8 | 23 | 19 | 7 | 2 | 18 | 11 | 13 | 22 | 16 | 1 |
| 55-64 år | 28 | 2 | 2 | 3 | 8 | 4 | 7 | 8 | 19 | 34 | 11 | 5 | 20 | 9 | 13 | 16 | 22 | 4 |
| 65-74 år | 40 | 4 | 2 | 4 | 10 | 8 | 10 | 8 | 15 | 41 | 12 | 10 | 20 | 5 | 9 | 11 | 25 | 10 |
| 75+ år | 49 | 6 | 4 | 6 | 14 | 10 | 13 | 8 | 10 | 46 | 13 | 16 | 18 | 4 | 7 | 7 | 20 | 21 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 36 | 5 | 3 | 4 | 11 | 5 | 11 | 10 | 16 | 35 | 14 | 10 | 21 | 14 | 17 | 16 | 20 | 10 |
| Middel (11-14 år) | 25 | 2 | 1 | 2 | 6 | 4 | 6 | 8 | 19 | 27 | 9 | 5 | 17 | 10 | 13 | 17 | 19 | 6 |
| Højt (15+ år) | 13 | 1 | 0,6 | 1 | 3 | 3 | 2 | 7 | 25 | 16 | 4 | 4 | 12 | 10 | 11 | 17 | 13 | 3 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Studerende/skoleelever | 2 | 0,4 | - | - | 0,8 | 0,2 | 0,4 | 8 | 28 | 1 | 0,7 | 0,3 | 4 | 21 | 18 | 19 | 8 | - |
| Beskæftigede | 13 | 1 | 0,5 | 0,8 | 3 | 2 | 2 | 7 | 23 | 14 | 5 | 2 | 13 | 9 | 10 | 18 | 14 | 1 |
| Arbejdsløse | 11 | 2 | 1 | 1 | 4 | 3 | 4 | 9 | 28 | 13 | 6 | 1 | 14 | 21 | 24 | 21 | 13 | 2 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 15 | 2 | 1 | 2 | 5 | 3 | 5 | 10 | 26 | 18 | 7 | 3 | 16 | 33 | 34 | 25 | 17 | 2 |
| Førtidspensionister | 28 | 5 | 3 | 6 | 11 | 6 | 13 | 16 | 27 | 37 | 17 | 9 | 34 | 35 | 40 | 30 | 22 | 5 |
| Efterlønsmodtagere | 35 | 3 | 0,8 | 2 | 11 | 4 | 8 | 8 | 18 | 38 | 9 | 7 | 17 | 4 | 8 | 11 | 25 | 7 |
| Folkepensionister | 46 | 5 | 3 | 5 | 12 | 9 | 12 | 8 | 13 | 45 | 13 | 14 | 19 | 5 | 8 | 9 | 22 | 16 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen
\- Opgøres ikke på grund af få respondenter

Erhvervstilknytning. Der er endvidere en meget tydelig sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af de 18 kroniske sygdomme.

Særligt førtidspensionister er meget sygdomsbelastede, idet sygdomsandelene er større i denne gruppe sammenlignet med befolkningen generelt ved 17 ud af de 18 kroniske sygdomme (undtagelsen er grå stær, hvor førtidspensionister ikke adskiller sig fra befolkningen som helhed). Det er blandt førtidspensionisterne, man finder de største andele af 10 ud af de 18 sygdomme: hjertekrampe (5 %), blodprop i hjertet (3 %), hjerneblødning eller blodprop i hjernen (6 %), KOL (13 %), astma (16 %), leddegigt (17 %), diskusprolaps eller andre rygsygdomme (34 %), angst (35 %), depression (40 %) og migræne eller hyppig hovedpine (30 %). Både de psykiske lidelser og muskel-skelet-sygdommene fylder meget hos førtidspensionisterne.

Blandt folkepensionister er der også en stor sygdomsforekomst med en større andel af alle syv potentielt livstruende sygdomme samt seks af de ikke-livstruende sygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, tinnitus og grå stær) sammenlignet med befolkningen generelt. Blandt folkepensionister finder man ligesom ved førtidspensionister de største andele med hjertekrampe (5 %) og blodprop i hjertet (3 %). Derudover har folkepensionister de største andele med forhøjet blodtryk (46 %), diabetes (12 %), kræft (9 %), slidgigt (45 %), knogleskørhed (14 %) og grå stær (16 %).

Blandt efterlønsmodtagere er der en større andel med forhøjet blodtryk, diabetes, KOL, slidgigt, knogleskørhed og tinnitus end i befolkningen generelt. Efterlønsmodtagere har den største andel med tinnitus (25 %).

Studerende/skoleelever, arbejdsløse og modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. har alle en større andel med allergi, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine sammenlignet med befolkningen som helhed. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. er der endvidere en større andel med astma end blandt befolkningen generelt. Den største andel med allergi ses blandt studerende/skoleelever og arbejdsløse (28 %). Derudover har studerende/skoleelever den mindste forekomst ved mindst 10 ud af de 18 kroniske sygdomme.

Foruden studerende/skoleelever er beskæftigede en af grupperne med mindst sygdomsbelastning. Her ses en større andel med allergi og migræne eller hyppig hovedpine, men en mindre andel ved de øvrige 16 sygdomme sammenlignet med hele befolkningen.

Ved alle syv potentielt livstruende kroniske sygdomme ses de største forekomster blandt personer, der er permanent uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister). Det samme gør sig gældende for muskel-skelet-sygdommene, tinnitus og grå stær.

*Antal personer (ikke vist).* Ved hver af de syv potentielt livstruende sygdomme er det største antal personer blandt folkepensionister, det andenstørste antal blandt beskæftigede og det tredjestørste blandt førtidspensionister. Samme mønster gør sig gældende ved slidgigt, leddegigt, knogleskørhed og grå stær.

Ved de resterende syv sygdomsgrupper (astma, allergi, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, angst, depression, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus) er det største antal personer blandt beskæftigede.

Disse opgørelser viser, at kronisk sygdom er en problemstilling for mange personer i beskæftigelse, selvom andelen med kronisk sygdom generelt er mindre blandt beskæftigede end blandt befolkningen som helhed.

**Figur 9.4**
Multisygdom – køn, alder og sociale forhold

| | 2-3 kroniske sygdomme | 4 eller flere kroniske sygdomme | 2-3 kroniske sygdomme | 4 eller flere kroniske sygdomme |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 31 | 15 | 315.000 | 158.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 29 | 14 | 142.000 | 69.000 |
| Kvinde | 33 | 17 | 173.000 | 89.000 |
| **Alder** | | | | |
| 16-24 år | 25 | 6 | 34.000 | 7.700 |
| 25-34 år | 24 | 7 | 38.000 | 10.000 |
| 35-44 år | 26 | 9 | 37.000 | 12.000 |
| 45-54 år | 29 | 14 | 49.000 | 23.000 |
| 55-64 år | 35 | 21 | 57.000 | 34.000 |
| 65-74 år | 39 | 25 | 54.000 | 35.000 |
| 75+ år | 39 | 30 | 46.000 | 35.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 36 | 27 | 48.000 | 36.000 |
| Middel (11-14 år) | 33 | 18 | 139.000 | 75.000 |
| Højt (15+ år) | 28 | 11 | 81.000 | 31.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 25 | 6 | 26.000 | 5.900 |
| Beskæftigede | 28 | 9 | 146.000 | 47.000 |
| Arbejdsløse | 31 | 16 | 7.300 | 3.800 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 36 | 23 | 20.000 | 12.000 |
| Førtidspensionister | 37 | 43 | 18.000 | 21.000 |
| Efterlønsmodtagere | 39 | 21 | 4.800 | 2.600 |
| Folkepensionister | 39 | 28 | 87.000 | 63.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 31 | 16 | 286.000 | 142.000 |
| Anden vestlig | 26 | 13 | 12.000 | 6.300 |
| Ikke-vestlig | 28 | 16 | 17.000 | 9.800 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 31 | 14 | 196.000 | 87.000 |
| Lejer | 31 | 18 | 108.000 | 65.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 31 | 18 | 111.000 | 64.000 |
| Ja | 31 | 14 | 196.000 | 89.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 33 | 18 | 229.000 | 125.000 |
| Ja | 25 | 7 | 61.000 | 18.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Multisygdom – køn, alder og sociale forhold

Multisygdom er defineret ved, at en person har to eller flere kroniske sygdomme samtidig. Personer med fire eller flere samtidige kroniske sygdomme udgør en særligt belastet gruppe. I figur 9.4 opgøres multisygdom i forhold til køn, alder og sociale forhold. Multisygdom er i figuren opdelt i henholdsvis to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme. De to multisygdomsgrupper udgør tilsammen den samlede andel af befolkningen med multisygdom opgjort ud fra de 18 sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*.

Af figuren fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *to til tre samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer med dansk baggrund
- Personer uden børn i hjemmet

Det fremgår også, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel af personer med *fire eller flere samtidige kroniske sygdomme* blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer på 55 år og derover
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en større andel af kvinder end mænd, der er multisyge. Både hvad angår to til tre kroniske sygdomme og fire eller flere kroniske sygdomme.

Alder. Både andelen med to til tre kroniske sygdomme og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme stiger markant med alderen. Blandt de 16-24-årige er der i alt 31 % med multisygdom mod 69 % blandt personer på 75 år og derover.

Multisygdom er dermed en stor udfordring blandt de ældre borgere, da en stor andel af de ældre lever med flere samtidige sygdomme. Opgjort i antal personer er multisygdom imidlertid også en stor udfordring blandt personer i den erhvervsaktive alder, da omtrent 300.000 personer i alderen 16-64 år har multisygdom (heraf omtrent 87.000 med fire eller flere sygdomme), mens det omtrent er 170.000 personer i alderen 65 år og derover, der har multisygdom (heraf omtrent 70.000 med fire eller flere sygdomme).

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af multisygdom. Andelen med to til tre kroniske sygdomme varierer fra 28 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 36 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Andelen med fire eller flere kroniske sygdomme varierer fra 11 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 27 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Den samlede andel med multisygdom varierer fra 39 % blandt personer med højt uddannelsesniveau til 64 % blandt personer med lavt uddannelsesniveau.

Målt i antal personer ses det største antal med multisygdom blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau (omtrent 214.000 personer), mens det mindste antal ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau (omtrent 84.000 personer).

Erhvervstilknytning. Der er en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og forekomsten af multisygdom. Der er en større andel blandt personer, der er permanent uden for arbejdsmarkedet (førtidspensionister, efterlønsmodtagere og folkepensionister) samt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., som har multisygdom, end der er i befolkningen generelt.

Den største andel med svær multisygdom (fire eller flere sygdomme) ses blandt førtidspensionister (43 %). Samlet set er det omkring fire ud af fem førtidspensionister (80 %), der har multisygdom.

Den mindste andel med multisygdom ses blandt studerende/skoleelever, hvor det samlet er omkring 30 %, der har multisygdom. Ligeledes er der en mindre andel blandt beskæftigede, der har multisygdom, end blandt befolkningen som helhed. Det er imidlertid blandt personer i beskæftigelse, man finder det største antal personer med multisygdom (omtrent 193.000 personer).

Etnisk baggrund. Andelen med to til tre kroniske sygdomme er større blandt personer med dansk baggrund og mindre blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og ikke-vestlig baggrund end i befolkningen generelt. Der er ingen signifikant sammenhæng mellem etnisk baggrund og andelen med fire eller flere kroniske sygdomme.

Bolig. Der er ingen sammenhæng mellem boligforhold og andelen med to til tre kroniske sygdomme. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. Der er ingen sammenhæng mellem civilstand og andelen med to til tre kroniske sygdomme. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har fire eller flere kroniske sygdomme, end det er tilfældet blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En markant større andel blandt personer uden børn i hjemmet har multisygdom, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.3.S i bind 2.

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper på nær de 16-24-årige (med de største stigninger blandt de ældste aldersgrupper) og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der ligeledes været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.3.S i bind 2.

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom både for mænd og kvinder, blandt de 16-34-årige og 55-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.3.S i bind 2.

I samme periode har der været en signifikant stigning i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme både for mænd og kvinder, blandt de 45-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 9.4.S i bind 2. ◄

I forhold til alder og uddannelse viser analyserne samlet set, at stigningen i forekomsten af multisygdom er mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

# SEKTION 2: SUNDHEDSVANER HOS PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Viden om sundhedsvaner og overvægt blandt personer med kronisk sygdom er vigtig, fordi rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt hører til de væsentligste "nære" årsager til udvikling af forebyggelige kroniske sygdomme og forværring af allerede opstået sygdom, jf. kapitel 2-6.

*Rygning* er en væsentlig risikofaktor for adskillige kroniske sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme, KOL, diabetes og leddegigt, og kan desuden mindske virkningen af behandling. Rygning er fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. Dette gælder både blandt befolkningen i almindelighed og blandt personer med kronisk sygdom (se kapitel 2).

*Et stort forbrug af alkohol* er ligeledes en risikofaktor for udvikling af alvorlige kroniske sygdomme som kræft, hjerte-kar-sygdomme og psykiske lidelser. For kvinder er alkohol samtidig en væsentlig risikofaktor for udvikling af brystkræft. Borgere med kronisk sygdom, der er i medicinsk behandling, risikerer desuden, at der opstår bivirkninger eller nedsat effekt af behandlingen, når der indtages alkohol. På samme måde som for rygning er der betydelige sundhedsgevinster ved at reducere alkoholforbruget blandt borgere med kronisk sygdom (se kapitel 3).

*En fysisk aktiv livsstil* fremmer den enkeltes sundhed, forebygger en lang række sygdomme og nedsætter risikoen for tidlig død. Det er desuden påvist, at fysisk aktivitet er virkningsfuld som led i behandling og rehabilitering i forhold til en lang række sygdomme, herunder hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, knogleskørhed, muskel-skelet-sygdomme og visse former for kræft. Fysisk inaktivitet har derimod en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (se kapitel 4).

*Usund kost* er blandt andet forbundet med en øget forekomst af type 2-diabetes, svær overvægt, kræft og hjerte-kar-sygdomme. Sund kost, karakteriseret ved et lavt indtag af fedt, sukker og salt samt et højt indtag af frugt og grønt, er derimod forbundet med en længere levealder og sund aldring. Sund kost kan dermed have sundhedsfremmende effekter for personer med kroniske sygdomme som for befolkningen generelt (se kapitel 5).

I tråd med de andre sundhedsvaner udgør *svær overvægt* også en betydelig risiko for at udvikle et stort antal kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, forskellige former for kræft, slidgigt og leddegigt og psykisk sygdom. Sygdomme og medicinforbrug kan dog i sig selv være årsag til vægtforøgelse og overvægt, hvorfor der kan være behov for et ekstra fokus på sunde vaner i forhold til kost og fysisk aktivitet blandt særlige grupper af personer med kronisk sygdom (se kapitel 6).

Samlet set er sundhedsvaner ofte væsentlige for behandlingen af mange kroniske sygdomme og den videre prognose for personerne. Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til sundhedsvaner blandt borgere med kronisk sygdom. Det afspejler sig blandt andet i forløbsprogrammer målrettet borgere med specifikke kroniske sygdomme og nationale anbefalinger af forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom (44). Desuden er det besluttet, at der fra 2018 skal være en systematisk og målrettet forebyggelse på hospitalerne, hvor alle relevante patienter skal spørges til ryge- og alkoholvaner – i de tilfælde, hvor det giver mening – samt have tilbud om henvisning til rygestop eller alkoholbehandling i kommunen, hvis det er relevant (45). Beslutningen kommer som opfølgning på Danske Regioners udspil *Sundhed for livet – forebyggelse er en nødvendig investering* fra 2017 (46). Desværre viser tal fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, at der fra 2015 til 2020 er sket næsten en halvering i andelen af hjertepatienter med åreforsnævringer, der gennemfører et rygestop ved indlæggelse (fra 50 % til 27 %). Det peger på, at der stadig er store udfordringer i organiseringen af den patientrettede forebyggelse på en måde, hvor så mange patienter som muligt får gavn af tilbuddene (47).

I det følgende belyses sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Til dette formål

anvendes følgende mål, som alle er præsenteret tidligere i rapporten:

- Dagligrygere
- Drikker mere end 10 genstande om ugen
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt

Målene er opgjort for personer på 16 år og derover.

Dagligrygere angiver andelen, der ryger cigaretter eller anden form for tobak dagligt (se kapitel 2).

Drikker mere end 10 genstande om ugen angiver andelen med et ugentligt forbrug af alkohol på mere end 10 genstande (se kapitel 3).

Fysisk inaktivitet angiver andelen, som er fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen højst én dag om ugen (se kapitel 4).

Usundt kostmønster angiver andelen, der har usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt beregnet ved hjælp af The Dietary Quality Score, der giver et samlet mål for kostens kvalitet (se kapitel 5).

Svær overvægt er defineret som et Body Mass Index (BMI) på 30 eller derover (se kapitel 6).

Derudover belyses forekomsten af flere risikable sundhedsvaner samtidig gennem følgende mål:

- 2 risikable sundhedsvaner
- 3 til 5 risikable sundhedsvaner

Borgere med to eller flere risikable sundhedsvaner er i øget risiko for udvikling og forværring af kroniske sygdomme sammenlignet med borgere med én eller ingen risikable sundhedsvaner, og der er muligvis en synergieffekt mellem risikofaktorer, så den sundhedsskadelige virkning af den enkelte faktor forstærkes (48-50). Derfor beskrives forekomsten af flere samtidige risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Analyserne, der tager udgangspunkt i de fem sundhedsvaner beskrevet ovenfor, dokumenterer behovet for forebyggelsestilbud, der er tilpasset denne gruppe. Opdelingen i henholdsvis 2 og 3 til 5 risikable sundhedsvaner er for at anskueliggøre størrelsen af patientgrupperne med øget kompleksitet, hvor en særlig understøttende indsats kan være nødvendig, hvis livsstilsændringer skal lykkes.

Sektion 2 afsluttes med en kort opsummering af resultaterne omkring sundhedsvaner og udviklingen heri for borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

**Figur 9.5**
Sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom

| | Dagligrygere | Drikker mere end 10 genstande om ugen |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Hele befolkningen** | 13 | 15 |
| **Kroniske sygdomme** | | |
| **Hjerte-kar** | | |
| Forhøjet blodtryk | 14 | 20 |
| Hjertekrampe | 18 | 16 |
| Blodprop i hjertet | 17 | 20 |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen | 18 | 18 |
| **Diabetes** | 15 | 15 |
| **Kræft** | 12 | 17 |
| **Luftveje** | | |
| KOL | 36 | 26 |
| Astma | 16 | 16 |
| **Allergi** | 12 | 14 |
| **Muskel-skelet** | | |
| Slidgigt | 14 | 17 |
| Leddegigt | 19 | 20 |
| Knogleskørhed | 13 | 12 |
| Diskusprolaps, andre rygsygdomme | 18 | 16 |
| **Psykiske lidelser** | | |
| Angst | 21 | 14 |
| Depression | 23 | 15 |
| **Nervesystem og sanseorganer** | | |
| Migræne, hyppig hovedpine | 16 | 10 |
| Tinnitus | 13 | 18 |
| Grå stær | 12 | 18 |
| **Antallet af kroniske sygdomme** | | |
| Ingen af de 18 sygdomme | 10 | 15 |
| En sygdom | 11 | 15 |
| To-tre sygdomme | 14 | 15 |
| Fire+ sygdomme | 19 | 17 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

| Fysisk inaktivitet | Usundt kostmønster | Svær overvægt |
|---|---|---|
| Pct. | Pct. | Pct. |
| 18 | 18 | 18 |
| | | |
| 25 | 19 | 33 |
| 35 | 20 | 25 |
| 39 | 21 | 32 |
| 31 | 19 | 20 |
| 31 | 20 | 41 |
| 26 | 17 | 20 |
| 32 | 27 | 24 |
| 22 | 19 | 27 |
| 18 | 17 | 20 |
| 22 | 16 | 26 |
| 26 | 21 | 29 |
| 28 | 15 | 14 |
| 23 | 20 | 26 |
| 25 | 25 | 24 |
| 28 | 26 | 27 |
| 21 | 20 | 24 |
| 19 | 20 | 22 |
| 24 | 17 | 20 |
| 14 | 16 | 11 |
| 16 | 18 | 16 |
| 19 | 19 | 21 |
| 28 | 21 | 31 |

## Sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.5 belyses forekomsten de fem valgte sundhedsvaner for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Nedenfor beskrives først de fem sundhedsvaner enkeltvis i forhold til kronisk sygdom og multisygdom efterfulgt af en tværgående sammenfatning. Der afsluttes med en beskrivelse af udviklingen i sundhedsvanerne hos personer med kronisk sygdom og multisygdom.

### Dagligrygere blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er stor forskel i andelen af dagligrygere mellem de 18 kroniske sygdomme fra 12 % blandt personer med kræft, personer med allergi og personer med grå stær til det tredobbelte (36 %) blandt personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 13 % er dagligrygere, er der en signifikant større andel af dagligrygere blandt følgende 12 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (36 %)
- Depression (23 %)
- Angst (21 %)
- Leddegigt (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (18 %)
- Hjertekrampe (18 %)
- Blodprop i hjertet (17 %)
- Astma (16 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (16 %)
- Diabetes (15 %)
- Forhøjet blodtryk (14 %)
- Slidgigt (14 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel dagligrygere blandt personer med allergi (12 %).

Af figuren fremgår det også, at andelen af dagligrygere stiger med antallet af sygdomme fra 10 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, til næsten det dobbelte (19 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel dagligrygere blandt personer med multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

### Drikker mere end 10 genstande om ugen blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der også er stor forskel i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, mellem de 18 kroniske sygdomme. Andelen går fra 10 % blandt personer med migræne eller hyppig hovedpine til 26 % blandt personer med KOL.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 15 % drikker mere end 10 genstande om ugen, er der en signifikant større andel af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt følgende syv sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (26 %)
- Blodprop i hjertet (20 %)
- Leddegigt (20 %)
- Forhøjet blodtryk (20 %)
- Grå stær (18 %)
- Tinnitus (18 %)
- Slidgigt (17 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt følgende fire sygdomsgrupper (nævnt fra største til laveste forekomst):

- Allergi (14 %)
- Angst (14 %)
- Knogleskørhed (12 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (10 %)

Figuren viser endvidere, at en større andel af personer med fire eller flere kroniske sygdomme drikker mere end 10 genstande om ugen end i befolkningen som helhed.

### Fysisk inaktivitet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er store forskelle i andelen af fysisk inaktive mellem de 18 sygdomsgrupper. Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % er fysisk inaktive, er der en signifikant større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupper undtaget tinnitus og allergi (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- Blodprop i hjertet (39 %)
- Hjertekrampe (35 %)
- KOL (32 %)
- Diabetes (31 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (31 %)
- Knogleskørhed (28 %)
- Depression (28 %)
- Kræft (26 %)
- Leddegigt (26 %)
- Forhøjet blodtryk (25 %)
- Angst (25 %)
- Grå stær (24 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (23 %)
- Slidgigt (22 %)
- Astma (22 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (21 %)

Derudover ses det af figuren, at andelen af fysisk inaktive stiger med antallet af sygdomme fra 14 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme, til det dobbelte (28 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel fysisk inaktive blandt personer med multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

### Usundt kostmønster blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % har et usundt kostmønster, er der en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt følgende syv sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (27 %)
- Depression (26 %)
- Angst (25 %)
- Leddegigt (21 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (20 %)
- Tinnitus (20 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (20 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster blandt følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (16 %)
- Knogleskørhed (15 %)

Figuren viser også, at der er en større andel med usundt kostmønster (21 %) blandt personer med fire eller flere sygdomme og en mindre andel (16 %) blandt personer, der ikke har nogen af de 18 sygdomme, end blandt hele befolkningen.

### Svær overvægt blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Af figur 9.5 fremgår det, at der er stor forskel i andelen af personer med svær overvægt mellem de 18 kroniske sygdomme fra 14 % blandt personer med knogleskørhed til næsten det tredobbelte (41 %) blandt personer med diabetes.

Sammenlignet med hele befolkningen, hvor 18 % er svært overvægtige, er der en signifikant større andel med svær overvægt blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- Diabetes (41 %)
- Forhøjet blodtryk (33 %)
- Blodprop i hjertet (32 %)
- Leddegigt (29 %)
- Astma (27 %)
- Depression (27 %)
- Slidgigt (26 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (26 %)
- Hjertekrampe (25 %)
- Angst (24 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (24 %)
- KOL (24 %)
- Tinnitus (22 %)
- Allergi (20 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med svær overvægt blandt personer med knogleskørhed (14 %).

Samtidig viser figuren, at andelen med svær overvægt stiger markant med antallet af kroniske sygdomme fra 11 % blandt personer, der ikke har nogen af de 18 sygdomme, til næsten det tredobbelte (31 %) blandt personer, der har fire eller flere sygdomme. Der er en større andel med usundt kostmønster blandt personer med multisygdom (både to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme) end i befolkningen som helhed.

### Tværgående sammenfatning af sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Samlet set fremgår det af figur 9.5, at der sammenlignet med hele befolkningen er:

- To sygdomsgrupper med *større andele af alle fem sundhedsvanemål* (KOL og leddegigt)
- Seks sygdomsgrupper med *større andele af fire sundhedsvanemål* (forhøjet blodtryk, slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, angst, depression og migræne eller hyppig hovedpine)
- Fem sygdomsgrupper med *større andele af tre sundhedsvanemål* (hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, astma og tinnitus)
- To sygdomsgrupper med *større andele af to sundhedsvanemål* (hjerneblødning eller blodprop i hjernen og grå stær)
- Tre sygdomsgrupper med *større andel af ét sundhedsvanemål* (kræft, allergi og knogleskørhed)

Figur 9.5 viser også, at forekomsten af risikable sundhedsvaner er størst blandt personer med multisygdom, særligt personer med fire eller flere kroniske sygdomme, og mindst blandt personer, der ikke har multisygdom, særligt personer, der ikke har nogen af de 18 kroniske sygdomme.

Figur 9.5 peger på sygdomsgrupper med stort forebyggelsespotentiale. Det er imidlertid ikke muligt ud fra figuren at sige noget om, om det primært er de samme personer i en sygdomsgruppe, der har de forskellige risikable sundhedsvaner, eller om det er forskellige personer. Dette belyses nærmere i figur 9.6.

► Udvikling fra 2010 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været et betydeligt fald i forekomsten af *dagligrygere* blandt alle 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). Se figur 9.7.S i bind 2. Der har også været et betydeligt fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt 14 ud af de 16 sygdomme. Undtagelserne er ved blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen (ved sidstnævnte ses et fald i perioden, men det er ikke statistisk signifikant). Se figur 9.8.S i bind 2. Modsat har der været en signifikant stigning i andelen af *fysisk inaktive* hos 6 sygdomsgrupper: forhøjet blodtryk, hjertekrampe, diabetes, kræft, slidgigt og mest markant blodprop i hjertet (fra 29 % til 39 %), mens der har været et betydeligt fald blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Se figur 9.9.S i bind 2. Der har også været en signifikant stigning i andelen med et *usundt kostmønster* blandt 10 ud af de 16 sygdomme – mest udtalt blandt personer med diabetes, se figur 9.10.S i bind 2, og en betragtelig stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 13 ud af de 16 sygdomme. Se figur 9.11.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se figur 9.13.S i bind 2. Der har ligeledes været et fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, uanset antallet af kroniske sygdomme. Det mindste fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme og det største blandt personer uden kronisk sygdom. Se figur 9.14.S i bind 2. Til gengæld har der ikke været nogen udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se figur 9.15.S i bind 2. Andelen af personer med et *usundt kostmønster* og med *svær overvægt* er steget uanset antallet af kroniske sygdomme. De mindste stigninger ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.16.S og figur 9.17.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i forekomsten af *dagligrygere* blandt 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelsen (jf. boks 9.2). Se figur 9.7.S i bind 2. Der har også været et signifikant fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt syv ud af de 17 sygdomme (astma, allergi, slidgigt, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, psykiske lidelser, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus). Se figur 9.8.S i bind 2. Modsat har der været en signifikant stigning i andelen af *fysisk inaktive* blandt personer med forhøjet blodtryk og blodprop i hjertet, mens der ses et signifikant fald blandt personer med grå stær. Se figur 9.9.S i bind 2. Der har også været en signifikant stigning i andelen med et *usundt kostmønster* blandt 9 ud af de 17 sygdomme – størst blandt personer med diabetes, psykiske lidelser og tinnitus, se figur 9.10.S i bind 2, og en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 14 ud af de 17 sygdomme. Se figur 9.11.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se figur 9.13.S i bind 2. Der har ligeledes været et fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.14.S i bind 2. Til gengæld har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se figur 9.15.S i bind 2. Der har været en signifikant stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.16.S i bind 2. Samtidig er andelen med *svær overvægt* steget uanset antallet af kroniske sygdomme. Den mindste stigning ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.17.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en tendens i retning af faldende forekomst af *dagligrygere* hos alle 17 sygdomsgrupper, om end faldet kun er signifikant blandt 11 ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i udviklingsopgørelsen (jf. boks 9.2). Se figur 9.7.S i bind 2. Der har blandt personer med allergi været et signifikant fald i andelen, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*. Se figur 9.8.S i bind 2. Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning i andelen af *fysisk inaktive* (fra 27 % til 39 %), mens der ses et signifikant fald blandt personer med allergi, leddegigt og grå stær. Se figur 9.9.S i bind 2. Der ses ingen signifikant udvikling i andelen med et *usundt kostmønster* blandt de 17 sygdomme. Se figur 9.10.S i bind 2. Derimod har der været en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt 9 ud af de 17 sygdomme. Særligt blandt personer med blodprop i hjertet ses en markant stigning (fra 22 % til 32 %). Se figur 9.11.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme. Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Se figur 9.13.S i bind 2. Der har samtidig været et lille fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, og i andelen af *fysisk inaktive* blandt personer, der ikke har multisygdom. Se figur 9.14.S og figur 9.15.S i bind 2. Til gengæld har der været en signifikant stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt personer med én kronisk sygdom, se figur 9.16.S i bind 2, og en signifikant stigning i andelen med *svær overvægt* blandt personer med én sygdom og to til tre sygdomme. Se figur 9.17.S i bind 2. ◄

Samlet set har udviklingen i sundhedsvanerne været nogenlunde ensartet på tværs af antallet af kroniske sygdomme. Undtagelsen er personer uden kronisk sygdom, hvor der – sammenlignet med de andre grupper – generelt har været en mere hensigtsmæssig udvikling med hensyn til alkohol (at drikke mere end 10 genstande om ugen), usundt kostmønster og svær overvægt. Modsat ses den største risikobelastning med hensyn til sundhedsvaner i alle årene hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

**Figur 9.6**
Antal risikable sundhedsvaner – kroniske sygdomme og multisygdom

| | 2 risikable sundhedsvaner | 3-5 risikable sundhedsvaner | 2 risikable sundhedsvaner | 3-5 risikable sundhedsvaner |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Hele befolkningen** | 15 | 6 | 149.000 | 58.000 |
| **Kroniske sygdomme** | | | | |
| **Hjerte-kar** | | | | |
| Forhøjet blodtryk | 21 | 9 | 41.000 | 18.000 |
| Hjertekrampe | 19 | 12 | 4.100 | 2.600 |
| Blodprop i hjertet | 24 | 12 | 3.000 | 1.400 |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen | 18 | 9 | 3.600 | 1.700 |
| **Diabetes** | 24 | 10 | 13.000 | 5.500 |
| **Kræft** | 14 | 7 | 5.200 | 2.500 |
| **Luftveje** | | | | |
| KOL | 28 | 17 | 14.000 | 8.400 |
| Astma | 19 | 8 | 15.000 | 6.700 |
| **Allergi** | 15 | 5 | 32.000 | 12.000 |
| **Muskel-skelet** | | | | |
| Slidgigt | 18 | 7 | 38.000 | 15.000 |
| Leddegigt | 22 | 9 | 15.000 | 6.500 |
| Knogleskørhed | 15 | 5 | 6.800 | 2.200 |
| Diskusprolaps, andre rygsygdomme | 19 | 9 | 28.000 | 12.000 |
| **Psykiske lidelser** | | | | |
| Angst | 19 | 11 | 23.000 | 13.000 |
| Depression | 22 | 12 | 30.000 | 16.000 |
| **Nervesystem og sanseorganer** | | | | |
| Migræne, hyppig hovedpine | 17 | 7 | 29.000 | 12.000 |
| Tinnitus | 16 | 7 | 25.000 | 11.000 |
| Grå stær | 16 | 6 | 7.800 | 2.700 |
| **Antallet af kroniske sygdomme** | | | | |
| Ingen af de 18 sygdomme | 11 | 3 | 31.000 | 9.900 |
| En sygdom | 13 | 4 | 34.000 | 11.000 |
| To-tre sygdomme | 16 | 6 | 50.000 | 20.000 |
| Fire+ sygdomme | 22 | 11 | 34.000 | 17.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Antal samtidige risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Figur 9.6 viser, hvor stor en andel af personerne i hver sygdomsgruppe der har to ud af fem risikable sundhedsvaner samtidig, og hvor stor en andel der har tre til fem risikable sundhedsvaner samtidig. De risikable sundhedsvaner, der indgår i opgørelsen, er ligesom ved de foregående analyser dagligrygere, drikker mere end 10 genstande om ugen, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt.

*De enkelte kroniske sygdomme*
Af figuren fremgår det, at der blandt hele befolkningen er 15 % (svarende til omtrent 149.000 personer) med *to risikable sundhedsvaner samtidig*. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med to risikable sundhedsvaner blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (28 %)
- Blodprop i hjertet (24 %)
- Diabetes (24 %)
- Depression (22 %)
- Leddegigt (22 %)
- Forhøjet blodtryk (21 %)
- Angst (19 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (19 %)
- Astma (19 %)
- Hjertekrampe (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Slidgigt (18 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (17 %)
- Tinnitus (16 %)

Af figuren ses det også, at der blandt hele befolkningen er 6 % (svarende til omtrent 58.000 personer) med *tre til fem risikable sundhedsvaner samtidig*. Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med tre til fem risikable sundhedsvaner blandt følgende 14 sygdomsgrupper (nævnt fra højeste til laveste forekomst):

- KOL (17 %)
- Depression (12 %)
- Hjertekrampe (12 %)
- Blodprop i hjertet (12 %)
- Angst (11 %)
- Diabetes (10 %)
- Leddegigt (9 %)
- Forhøjet blodtryk (9 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (9 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (9 %)
- Astma (8 %)
- Tinnitus (7 %)
- Slidgigt (7 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (7 %)

Ved at lægge tallene for henholdsvis to og tre til fem sundhedsvaner sammen fremgår det, at det blandt hele befolkningen er hver femte borger (20 %), der har mindst to ud af de fem risikable sundhedsvaner samtidig. Blandt personer med KOL er forekomsten af mindst to risikable sundhedsvaner mere end dobbelt så stor (45 %), mens der ved følgende sygdomsgrupper er tale om mere end hver tredje person: blodprop i hjertet (36 %) samt depression og diabetes (34 %).

*Antallet af kroniske sygdomme*
Figuren viser også, at forekomsten af samtidige risikable sundhedsvaner stiger med antallet af kroniske sygdomme. Andelen med to risikable sundhedsvaner stiger fra 11 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 22 % blandt personer med fire eller flere sygdomme. Andelen med tre til fem risikable sundhedsvaner stiger fra 3 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 11 % blandt personer med fire eller flere sygdomme. Samlet set har hver tredje person med fire eller flere kroniske sygdomme mindst to risikable sundhedsvaner samtidig.

► Udvikling fra 2010 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der blandt hele befolkningen i Region Midtjylland været et signifikant fald i andelen med to til fem samtidige risikable sundhedsvaner. Der har ligeledes været et signifikant fald blandt personer med knogleskørhed og tinnitus, hvorimod der ses en signifikant stigning blandt personer med forhøjet blodtryk og diabetes (der er ikke beregnet udvikling for psykiske lidelser i perioden). Se figur 9.12.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har multisygdom. Faldet er størst blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.18.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 ses der blandt hele befolkningen ingen signifikant udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Derimod har der været en signifikant stigning blandt personer med forhøjet blodtryk, KOL, diskusprolaps eller andre rygsygdomme og størst blandt personer med blodprop i hjertet (fra 28 % til 36 %). Se figur 9.12.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.18.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 ses der blandt hele befolkningen ingen signifikant udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning (fra 28 % til 36 %), mens der ses et fald blandt personer med tinnitus. Se figur 9.12.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.18.S i bind 2. ◄

# SEKTION 3: FYSISK OG MENTALT HELBRED HOS PERSONER MED KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Et liv med kronisk sygdom er ofte forbundet med begrænsninger og belastninger i hverdagen, både fysisk, socialt og mentalt. For mange mennesker i den erhvervsaktive alder kan det blandt andet handle om nedsat arbejdsevne, der har betydning for den enkeltes muligheder for et godt og meningsfuldt arbejdsliv. Mange mennesker, særligt i de ældre aldersgrupper, har desuden brug for hjælp til at kunne klare sig i dagligdagen.

Fælles for alle handler det om muligheden for at have et liv med meningsfuldt indhold og livskvalitet – særligt i dag, hvor det bl.a. på grund af bedre behandlinger er muligt for rigtig mange at leve i mange år med kronisk sygdom.

Et vigtigt mål for behandling og rehabilitering er derfor, at patienter kan opretholde deres funktionsevne eller genvinde tabt funktionsevne helt eller delvis.

I denne sektion belyses det, hvordan personer med kronisk sygdom har det både fysisk og mentalt. Resultaterne fra sektionen kan bruges til at identificere særlige risikogrupper blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom ud fra deres egen vurdering af deres helbredsstatus. Denne indsigt kan anvendes ved tilrettelæggelse af målrettede indsatser særligt tilpasset denne gruppe af borgere med kronisk sygdom og multisygdom.

Følgende mål, som beskrives nærmere nedenfor, er valgt til at belyse fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom:

- Dårligt selvvurderet helbred
- Nedsat arbejdsevne (25-66 år)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år)
- Ensomhed
- Symptomer på depression
- Dårlig søvnkvalitet

Hvis ikke andet er angivet, opgøres målene for personer på 16 år og derover med kronisk sygdom og multisygdom. De enkelte mål introduceres nærmere i forbindelse med beskrivelsen af analyserne.

**Figur 9.7**
Helbred – kroniske sygdomme og multisygdom

| | Dårligt selvvurderet helbred | En del/meget nedsat arbejdsevne (25-66 år) * |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Hele befolkningen** | 16 | 18 |
| **Kroniske sygdomme** | | |
| **Hjerte-kar** | | |
| Forhøjet blodtryk | 28 | 33 |
| Hjertekrampe | 49 | 53 |
| Blodprop i hjertet | 48 | 52 |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen | 42 | 67 |
| **Diabetes** | 35 | 45 |
| **Kræft** | 39 | 45 |
| **Luftveje** | | |
| KOL | 46 | 55 |
| Astma | 28 | 29 |
| **Allergi** | 18 | 20 |
| **Muskel-skelet** | | |
| Slidgigt | 31 | 39 |
| Leddegigt | 39 | 46 |
| Knogleskørhed | 40 | 53 |
| Diskusprolaps, andre rygsygdomme | 36 | 41 |
| **Psykiske lidelser** | | |
| Angst | 36 | 45 |
| Depression | 42 | 47 |
| **Nervesystem og sanseorganer** | | |
| Migræne, hyppig hovedpine | 29 | 30 |
| Tinnitus | 24 | 27 |
| Grå stær | 32 | 38 |
| **Antallet af kroniske sygdomme** | | |
| Ingen af de 18 sygdomme | 3 | 3 |
| En sygdom | 8 | 9 |
| To-tre sygdomme | 20 | 23 |
| Fire+ sygdomme | 46 | 55 |

Signifikant større end i hele befolkningen ; * end i hele befolkningen på 25-66 år ; ** end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen ; * end i hele befolkningen på 25-66 år ; ** end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen ; * fra hele befolkningen på 25-66 år ; ** fra hele befolkningen på 25 år og derover

| Brug for hjælp i dagligdagen (25+ år) ** | Ensomhed | Symptomer på depression | Dårlig søvnkvalitet (≥80 point) |
|---|---|---|---|
| Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| 13 | 14 | 8 | 10 |
| | | | |
| 23 | 13 | 8 | 15 |
| 40 | 22 | 17 | 31 |
| 38 | 16 | 13 | 20 |
| 43 | 18 | 12 | 18 |
| 29 | 16 | 10 | 17 |
| 31 | 13 | 8 | 17 |
| 38 | 19 | 13 | 21 |
| 22 | 18 | 12 | 17 |
| 13 | 17 | 11 | 13 |
| 24 | 14 | 7 | 17 |
| 30 | 17 | 11 | 21 |
| 37 | 16 | 8 | 19 |
| 26 | 17 | 11 | 19 |
| 28 | 36 | 32 | 27 |
| 28 | 39 | 35 | 29 |
| 20 | 22 | 18 | 23 |
| 16 | 16 | 10 | 16 |
| 31 | 15 | 6 | 16 |
| 3 | 8 | 3 | 3 |
| 6 | 11 | 5 | 6 |
| 15 | 15 | 10 | 12 |
| 34 | 24 | 19 | 27 |

## Helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.7 belyses forekomsten af de seks valgte mål for fysisk og mentalt helbred for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. I det følgende beskrives først de seks helbredsmål enkeltvis i forhold til kronisk sygdom og multisygdom efterfulgt af en tværgående sammenfatning, og der afsluttes med en kort beskrivelse af udviklingen i det fysiske og mentale helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom. For ensomhed og symptomer på depression belyses udviklingen kun fra 2017 til 2021 (se kapitel 8).

### Dårligt selvvurderet helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Selvvurderet helbred er en persons egen vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som en opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet. Personer med dårligt selvvurderet helbred har en øget risiko for en række kroniske sygdomme og død. De har et større forbrug af sundhedsvæsenets ydelser og en øget risiko for arbejdsløshed, sygefravær og førtidspension. Dårligt selvvurderet helbred er derfor et simpelt, men effektivt mål, der i mange sammenhænge kan bruges til at identificere personer i øget risiko (se kapitel 7).

I *Hvordan har du det? 2021* belyses selvvurderet helbred ved hjælp af spørgsmålet "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?" med svarmulighederne 1) Fremragende, 2) Vældig godt, 3) Godt, 4) Mindre godt og 5) Dårligt. De to sidste svarmuligheder betegnes som dårligt selvvurderet helbred.

*Dårligt selvvurderet helbred – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 16 % af Region Midtjyllands befolkning har dårligt selvvurderet helbred (omtrent 175.000 personer – ikke vist). Figuren viser også, at der er en signifikant større andel med dårligt selvvurderet helbred hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen generelt. Der er markant forskel i forekomsten af dårligt selvvurderet helbred mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 18 % blandt personer med allergi til 49 % blandt personer med hjertekrampe.

De fem største forekomster af dårligt selvvurderet helbred findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjertekrampe (49 %)
- Blodprop i hjertet (48 %)
- KOL (46 %)
- Depression (42 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (42 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (66.000 personer)
- Depression (57.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (55.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (52.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (51.000 personer)

*Dårligt selvvurderet helbred – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem forekomsten af dårligt selvvurderet helbred og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med dårligt selvvurderet helbred blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 20 % blandt personer med to til tre sygdomme og 46 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Nedsat arbejdsevne blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Hos personer i den erhvervsaktive alder er nedsat arbejdsevne forbundet med øget risiko for længerevarende sygefravær og førtidspension (51). Derudover er graden af nedsat arbejdsevne ligeledes en prædiktor for øget sygefravær, idet personer, der i højere grad føler, at deres arbejdsevne er nedsat, har mere sygefravær end gennemsnittet (52). Endvidere tyder forskning på, at støttet beskæftigelse frem for ledighed fremmer sundhed og trivsel for personer med nedsat arbejdsevne (53). Der er derfor et sundhedsmæssigt potentiale i at kunne understøtte personer med nedsat arbejdsevne i at have en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Kronisk sygdom er i høj grad medvirkende til, at folk må forlade arbejdsmarkedet. Det er derfor relevant at belyse, hvilke grupper af personer med kronisk sygdom der i særlig grad vurderer deres arbejdsevne som nedsat. Formålet er at kunne understøtte initiativer, der kan hjælpe personer med kronisk sygdom til at opretholde en tilknytning til arbejdsmarkedet.

Der kan være mange årsager til, at en person har nedsat arbejdsevne. Nogle årsager kan være mere synlige for omverdenen end andre, ligesom nogle årsager kan have større konsekvenser for én person end for en anden person. Årsagerne kan være rent fysisk betingede, rent psykiske eller en kombination. Det er personens egen vurdering af sit fysiske, sociale og mentale helbred samlet set, der – i kombination med krav og forventninger til arbejdsudførelsen – afgør, om personen føler, at arbejdsevnen er nedsat – og i så fald i hvor høj grad.

Der er i *Hvordan har du det? 2021* spurgt til nedsat arbejdsevne blandt personer på 25 år og derover med spørgsmålet: "Føler du, at din arbejdsevne er nedsat? Her tænkes på en mere varig nedsættelse af arbejdsevnen, *ikke* nedsættelse som følge af forbigående sygdom m.v.". Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Nej, 2) Ja, en smule, 3) Ja, en del og 4) Ja, meget.

I det følgende fokuseres der på personer med en del eller meget nedsat arbejdsevne.

*En del eller meget nedsat arbejdsevne – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 18 % af regionens befolkning mellem 25 og 66 år har en del eller meget nedsat arbejdsevne (omtrent 111.000 personer – ikke vist). Af figuren fremgår det også, at der er en signifikant større andel med nedsat arbejdsevne hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med hele befolkningen på 25-66 år. Der er markant forskel i forekomsten af nedsat arbejdsevne mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 20 % blandt personer med allergi til 67 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af nedsat arbejdsevne findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (67 %)
- KOL (55 %)
- Hjertekrampe (53 %)
- Knogleskørhed (53 %)
- Blodprop i hjertet (52 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (42.000 personer)
- Depression (42.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (40.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (37.000 personer)
- Angst (35.000 personer)

*En del eller meget nedsat arbejdsevne – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem forekomsten af nedsat arbejdsevne og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 23 % blandt personer med to til tre sygdomme og 55 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

## Brug for hjælp til dagligdagens gøremål blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

I *Hvordan har du det? 2021* er behovet for hjælp til at klare dagligdagens gøremål undersøgt blandt personer på 25 år og derover ved brug af et såkaldt ADL-mål, hvor ADL står for *Activities of Daily Living*, på dansk betegnet som almindelig daglig levevis (54). Med målet opgøres det, hvor stor en andel der på grund af deres helbred har brug for hjælp til en eller flere af i alt ti hverdagsaktiviteter: lave mad, spise, vaske sig, klæde sig på, købe ind, betale regninger, gøre rent, besøge bekendte, gå til læge og gå en tur.

*Brug for hjælp til dagligdagens gøremål – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 13 % af regionens befolkning på 25 år og derover har brug for hjælp til at klare dagligdagens gøremål (omtrent 117.000 personer – ikke vist). Af figuren fremgår det også, at en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær allergi har brug for hjælp i dagligdagen sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper er der en forskel i behovet for hjælp i dagligdagen fra 16 % blandt personer med tinnitus til 43 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af behov for hjælp til dagligdagens gøremål findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (43 %)
- Hjertekrampe (40 %)
- KOL (38 %)
- Blodprop i hjertet (38 %)
- Knogleskørhed (37 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Slidgigt (51.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (44.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (37.000 personer)
- Depression (31.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (30.000 personer)

*Brug for hjælp til dagligdagens gøremål – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser, at der er en meget stærk sammenhæng mellem behovet for hjælp i dagligdagen og antallet af kroniske sygdomme. Blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme har 3 % behov for hjælp, mens det er 15 % blandt personer med to til tre sygdomme og 34 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Ensomhed blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Forskning i ensomhed viser, at ensomhed er en selvstændig faktor for dårlig trivsel og helbred, herunder øget risiko for depression og hjerte-kar-sygdomme samt kortere levetid (se kapitel 8). Ensomhed kan derfor have negative konsekvenser for helbredet hos personer med kroniske sygdomme.

Ensomhed er i *Hvordan har du det? 2021* opgjort på baggrund af *the Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS). T-ILS omfatter 3 spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isolereret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. På baggrund af spørgsmålene dannes en score, der går fra 3 til 9 point. En score på 7-9 point klassificeres som ensomhed (se kapitel 8).

*Ensomhed – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 14 % af befolkningen i Region Midtjylland føler sig ensomme (omtrent 134.000 personer – ikke vist). Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, blandt følgende 13 sygdomsgrupper:

- Depression (39 %)
- Angst (36 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (22 %)
- Hjertekrampe (22 %)
- KOL (19 %)
- Astma (18 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (18 %)
- Allergi (17 %)
- Leddegigt (17 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (17 %)
- Tinnitus (16 %)
- Knogleskørhed (16 %)
- Diabetes (16 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel, der føler sig ensomme, blandt personer med forhøjet blodtryk (13 %).

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster af ensomhed i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (51.000 personer)
- Angst (42.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (37.000 personer)
- Allergi (36.000 personer)
- Slidgigt (29.000 personer)

*Ensomhed – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser, at forekomsten af ensomhed går fra 8 % blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme til 15 % blandt personer med to til tre sygdomme og 24 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Symptomer på depression blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Depression er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (36). Depression forringer ikke bare livskvaliteten, men øger også risikoen for en række somatiske sygdomme, herunder diabetes og hjerte-kar-sygdomme, og kortere levetid (se kapitel 8). For personer med kronisk sygdom er depression derfor både en alvorlig mental og social belastning og en risikofaktor for yderligere forværring af helbredet.

I *Hvordan har du det? 2021* er der som tidligere beskrevet medtaget et nyt spørgsmål, hvor svarpersonerne selv rapporterer, om de aktuelt har depression eller har eftervirkninger efter at have haft det tidligere.

Det er imidlertid velkendt i forskningslitteraturen, at der ofte opnås forskellige resultater ved at spørge folk direkte, om de har en depression, sammenlignet med at spørge folk til symptomer på at have en depression.

I *Hvordan har du det? 2021* afdækkes symptomer på depression med Major Depression Inventory (MDI i henhold til WHO's afgrænsning af diagnosen). MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 symptomer på depression inden for de seneste 2 uger. På baggrund heraf skelnes der mellem let, moderat og svær depression (se kapitel 8).

Symptomer på depression angiver andelen af personer, der har symptomer på let til svær depression inden for de seneste 2 uger.

*Symptomer på depression – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 8 % af regionens befolkning har symptomer på depression (omtrent 82.000 personer – ikke vist). Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med symptomer på depression blandt følgende 12 sygdomsgrupper:

- Depression (35 %)
- Angst (32 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (18 %)
- Hjertekrampe (17 %)
- Blodprop i hjertet (13 %)
- KOL (13 %)
- Astma (12 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (12 %)
- Allergi (11 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (11 %)
- Leddegigt (11 %)
- Tinnitus (10 %)

Sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant mindre andel med symptomer på depression blandt personer med slidgigt (7 %) og personer med grå stær (6 %).

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster af symptomer på depression i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (47.000 personer)
- Angst (37.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (31.000 personer)
- Allergi (23.000 personer)
- Slidgigt (16.000 personer)

Som det kunne forventes, ses den største forekomst af symptomer på depression blandt personer, der selv rapporterer, at de har depression eller eftervirkninger heraf. Som beskrevet i sektionens indledning er der imidlertid ikke et stort overlap mellem selvrapporteret depression og symptomer på depression. En del af forklaringen ligger i, at personer tilhørende sygdomsgruppen 'depression' både omfatter personer, der har angivet aktuelt at have depression, og personer, der har angivet at have haft det tidligere og stadig har eftervirkninger af det. I modsætning hertil dækker målingen af symptomer på depression som tidligere nævnt de seneste 14 dage, hvorfor tidshorisonterne for de to opgørelser er forskellige. Blandt de personer, der selv har rapporteret aktuelt at have depression, er det knap halvdelen (48 %), der har symptomer på depression. Derudover formodes det, at der i gruppen af personer med selvrapporteret depression indgår personer, der modtager behandling (terapeutisk og/eller medikamentelt), som bevirker, at de klinisk set ikke længere har symptomer på depression.

*Symptomer på depression – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser yderligere, at der blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme er 3 % med symptomer på depression mod 10 % blandt personer med to til tre sygdomme og 19 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Dårlig søvnkvalitet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Der er stigende opmærksomhed om betydningen af søvn for både det fysiske og mentale helbred (se kapitel 13). Det er derfor relevant at undersøge søvnkvaliteten hos personer med kronisk sygdom. Dårlig søvnkvalitet omfatter vanskelighed ved at falde i søvn, urolig og afbrudt søvn, hyppige opvågninger i løbet af natten og for tidlig opvågning, samt at man ikke føler sig udhvilet (55, 56). Dårlig søvnkvalitet kan være en direkte følge af sygdom, men kan også have andre årsager.

Dårlig søvnkvalitet udgør sammen med kort og lang søvnlængde søvnproblemer, der er forbundet med udvikling af en række kroniske sygdomme, herunder type 2-diabetes, iskæmisk hjertesygdom, slagtilfælde, demens og Alzheimers, og de kan være en stærk prædiktor for langvarigt sygefravær blandt beskæftigede (se kapitel 13).

I *Hvordan har du det? 2021* er dårlig søvnkvalitet undersøgt ved brug af Region Midtjyllands søvnskala. Søvnskalaen omfatter 3 spørgsmål omkring svarpersonernes oplevede søvnkvalitet de seneste 4 uger. Spørgsmålene danner tilsammen en søvnscore, som går fra 0 til 100 point. Dårlig søvnkvalitet defineres som en score på 80 point eller derover (se kapitel 13).

*Dårlig søvnkvalitet – kroniske sygdomme*
Af figur 9.7 fremgår det, at 10 % af Region Midtjyllands befolkning har dårlig søvnkvalitet (omtrent 105.000 personer – ikke vist). Figuren viser endvidere, at andelen med dårlig søvnkvalitet er signifikant større hos samtlige sygdomsgrupper sammenlignet med befolkningen som helhed. Der er stor forskel i forekomsten af dårlig søvnkvalitet mellem de 18 kroniske sygdomme: fra 13 % blandt personer med allergi til 31 % blandt personer med hjertekrampe.

De fem største forekomster af dårlig søvnkvalitet findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjertekrampe (31 %)
- Depression (29 %)
- Angst (27 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (23 %)
- KOL (21 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.7) ses de fem største forekomster i følgende sygdomsgrupper:

- Migræne eller hyppig hovedpine (40.000 personer)
- Depression (39.000 personer)
- Slidgigt (37.000 personer)
- Angst (32.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (29.000 personer)

*Dårlig søvnkvalitet – antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.7 viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem forekomsten af dårlig søvnkvalitet og antallet af kroniske sygdomme. Der er 3 % med dårlig søvnkvalitet blandt personer uden nogen af de 18 kroniske sygdomme mod 12 % blandt personer med to til tre sygdomme og 27 % blandt personer med fire eller flere sygdomme.

### Tværgående sammenfatning af helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Samlet set fremgår det af figur 9.7, at der blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom er store forekomster af forringet helbred.

*De enkelte kroniske sygdomme.* Sammenlignet med hele befolkningen er der:

- Ti sygdomsgrupper, der har større andele af alle seks helbredsmål.
- Fire sygdomsgrupper (blodprop i hjertet, diabetes, knogleskørhed og allergi), der har større andele af fem ud af de seks helbredsmål. Hos de tre første sygdomsgrupper er undtagelsen ensomhed eller symptomer på depression. Hos personer med allergi er undtagelsen brug for hjælp i dagligdagen.
- Fire sygdomsgrupper (forhøjet blodtryk, kræft, slidgigt og grå stær), der har større andele af fire ud af de seks helbredsmål – undtagelserne er ensomhed og symptomer på depression.

Derudover fremgår det, at de fem største andele for de seks helbredsmål er koncentreret ved otte ud af de 18 sygdomsgrupper: tre af hjerte-kar-sygdommene (hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning eller blodprop i hjernen), KOL, knogleskørhed, de psykiske lidelser (angst og depression) samt migræne eller hyppig hovedpine. Dette falder godt i tråd med opgørelserne fra Global Burden of Disease af, hvilke sygdomme der i Danmark står for mange tabte sygdomsjusterede leveår (38).

Af figur 9.7 ses det, at særligt personer med hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen, KOL og depression har store forekomster af forringet helbred på tværs af alle seks helbredsmål.

Ved målene for ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet er der endvidere høje forekomster blandt personer med angst og migræne eller hyppig hovedpine.

Ved målene for dårligt selvvurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp i dagligdagen er der generelt mange af sygdomsgrupperne, der har høje forekomster sammenlignet med regionens befolkning som helhed.

*Antallet af kroniske sygdomme.* Figur 9.7 viser, at andelen med forringet helbred stiger markant i takt med antallet af kroniske sygdomme for samtlige helbredsmål. De største stigninger ses ved nedsat arbejdsevne, dårligt selvvurderet helbred og brug for hjælp i dagligdagen.

► Udvikling fra 2010 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 har der i regionens befolkning som helhed været en stigning i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred* fra 14 % til 16 %. Der ses en tilsvarende stigning blandt personer med allergi, mens der i modsætning hertil ses et markant fald blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen fra 53 % til 42 %. Der har endvidere været et signifikant fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Se figur 9.19.S i bind 2. I befolkningen som helhed mellem 25 år og 66 år har der også været en stigning i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne* fra 15 % til 18 %. Ved ca. en tredjedel af sygdomsgrupperne er der ligeledes tegn på stigende forekomst, dog kun signifikant blandt personer med forhøjet blodtryk og personer med allergi. Se figur 9.20.S i bind 2. Andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, er uændret i perioden. Til gengæld har der været et signifikant fald blandt syv af de kroniske sygdomme. Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (fra 58 % til 43 %), knogleskørhed, grå stær og leddegigt. Se figur 9.21.S i bind 2. Andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* er steget fra 7 % til 10 %. Der ses også en signifikant stigning blandt 10 ud af de 16 sygdomme, der er sammenlignelige i perioden. Se figur 9.24.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2010 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har multisygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.25.S i bind 2. Ligeledes er andelen af de 25-66-årige, der har *en del eller meget nedsat arbejdsevne*, steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.26.S i bind 2. Andelen med *brug for hjælp til dagligdagens gøremål* er faldet blandt alle på nær personer, der ikke en kronisk sygdom. Det største fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.27.S i bind 2. Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.30.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der i befolkningen som helhed været en stigning i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred* fra 14 % til 16 %. Der ses en signifikant stigning i samme størrelsesorden blandt personer med allergi og tinnitus, mens der ses et fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Se figur 9.19.S i bind 2. I befolkningen som helhed mellem 25 år og 66 år har der været en lille stigning i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne*. Der har samtidig været en signifikant stigning blandt personer med allergi og et fald blandt personer med leddegigt. Se figur 9.20.S i bind 2. Andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, er uændret i perioden. Til gengæld har der været et signifikant fald blandt fem af de kroniske sygdomme. Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen, knogleskørhed og grå stær. Se figur 9.21.S i bind 2. Andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* er steget fra 8 % til 10 %. Der ses også en signifikant stigning blandt ni ud af de 17 sygdomme, der indgår i opgørelsen, med den mest markante stigning blandt personer med hjertekrampe. Se figur 9.24.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.25.S i bind 2. Ligeledes er andelen af 25-66-årige med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.26.S i bind 2. Også andelen med *brug for hjælp til dagligdagens gøremål* er faldet blandt personer med multisygdom. Det største fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.27.S i bind 2. Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle nær personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.30.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der hverken i befolkningen som helhed eller blandt de 17 kroniske sygdomme været nogen signifikant udvikling i forekomsten af *dårligt selvvurderet helbred*. Se figur 9.19.S i bind 2. Ligeledes har der ikke været nogen signifikant udvikling i hele befolkningen på 25-66 år eller blandt de 17 kroniske sygdomme i forekomsten af *en del eller meget nedsat arbejdsevne*. Den eneste undtagelse er et signifikant fald i andelen med nedsat arbejdsevne blandt personer med diskusprolaps eller andre rygsygdomme. Se figur 9.20.S i bind 2. Der har været et lille fald i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*. Der

har samtidig været et signifikant fald blandt fem af de kroniske sygdomme, mest markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Se figur 9.21.S i bind 2. Der har i perioden været en stigning i andelen af befolkningen, der føler sig *ensomme,* fra 8 % til 14 %. Der ses en større andel blandt alle 17 sygdomme, om end stigningen ikke er signifikant ved to af sygdommene. De to største stigninger ses blandt personer med psykiske lidelser og personer med hjertekrampe. Se figur 9.22.S i bind 2. Der har ligeledes været en stigning i andelen af befolkningen med *symptomer på depression* fra 6 % til 8 %. Der ses også en signifikant stigning blandt seks ud af de 17 sygdomme med den største stigning blandt personer med psykiske lidelser. Se figur 9.23.S i bind 2. Der har i perioden været en lille stigning i andelen af befolkningen med *dårlig søvnkvalitet* fra 9 % til 10 %. Der har ligeledes været en signifikant stigning blandt fire af de 17 sygdomme. Se figur 9.24.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.25.S i bind 2. Samtidig er andelen af personer på 25-66 år med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* samt andelen af personer på 25 år og derover, der har *brug for hjælp til dagligdagens gøremål*, faldet blandt personer med multisygdom. I begge tilfælde ses det største fald blandt personer med fire eller flere sygdomme. Se figur 9.26.S og figur 9.27.S i bind 2. Modsat er andelen af personer, der føler sig *ensomme*, steget uanset antallet af kroniske sygdomme, se figur 9.28.S i bind 2, mens andelen med *symptomer på depression* er steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme, se figur 9.29.S i bind 2. Andelen med *dårlig søvnkvalitet* er steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom. Se figur 9.30.S i bind 2. ◄

Samlet set indikerer opgørelserne af udviklingen i de seks helbredsmål, at det er de mest sygdomsbelastede personer, opgjort ud fra antallet af kroniske sygdomme, der har haft den bedste helbredsmæssige udvikling med: fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred, (største) fald i andelen med nedsat arbejdsevne, (største) fald i andelen med brug for hjælp i dagligdagen samt uændret andel med symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet (mod stigning blandt de øvrige personer).

# SEKTION 4: BEHANDLINGSBYRDE OG SUNDHEDSKOMPETENCE

Personer med kronisk sygdom er ofte i kontakt med sundhedsvæsenet (7, 57). Kontakten kan eksempelvis gælde egen læge, hospitalsafdelinger, praktiserende speciallæger, fysioterapeuter, psykologer, apoteker mv. Det kan endvidere dreje sig om kontakter til kommunale medarbejdere, idet en stor del af forebyggelses- og plejeopgaven vedrørende kroniske patienter i dag varetages af kommunerne. Særligt personer med multisygdom har typisk mange kontakter, f.eks. i form af flere hospitalsindlæggelser og flere konsultationer ved egen læge (58, 59).

Den oplevede byrde ved at have en eller flere kroniske sygdomme betegnes som *sygdomsbyrden* (på engelsk *burden of illness*) og omfatter blandt andet symptomer, gener, smerter og nedsat funktionsevne. Den løbende forebyggelse, kontrol og behandling er vigtig for patienter med kronisk sygdom for at minimere sygdomsbyrden og sikre dem en så god livskvalitet som muligt på trods af deres sygdom.

At følge en ordineret behandling kan imidlertid også opleves som en byrde. Man taler her om *behandlingsbyrden* (på engelsk *burden of treatment* eller *treatment burden*). Hos nogle personer er behandlingen enkel og let forståelig og muligvis nem at indpasse i hverdagen. Hos andre personer er der tale om komplekse sygdomskombinationer – muligvis endda med modstridende behandlingsbehov – og komplekse forløb. Kronisk sygdom, og i særdeleshed multisygdom, kan være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten (7, 10, 12). Behandlingsbyrden omfatter den tid og de ressourcer, patienten bruger på at følge sine behandlingsforløb. Det kan dreje sig om koordinering af aftaler, konsultationer, transport til og fra konsultationer og egenomsorgsopgaver, herunder medicinering, hjemmemonitorering, gennemførelse af livsstilsændringer mv. (11, 12).

Desværre oplever mange patienter med kronisk sygdom et opsplittet og usammenhængende behandlingsforløb, særligt når der er tale om behandling af flere forskellige sygdomme (7, 10). Det øger behandlingsbyrden. Årsager hertil er blandt andet et højt specialiseret hospitalsvæsen med mangelfuld koordinering på tværs af faglige specialer og sektorer (7, 10).

Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld.

Oplevelse af behandlingsbyrde er subjektiv og afhænger af en lang række andre faktorer end behandlingsomfanget i sig selv. Dette er søgt indfanget i en teoretisk model – *den kumulative kompleksitetsmodel* – der indeholder den samlede "arbejdsbyrde", en person har, i form af sygdomsbyrde, behandlingsbyrde og forpligtelser i forhold til arbejde, familie, økonomi mv. Arbejdsbyrden afvejes i modellen mod den samlede kapacitet, som personen har, i form af fysisk og mentalt helbred, kognitive evner inkl. sundhedskompetence, økonomi, social støtte mv. til at håndtere arbejdsbyrden (60).

Modellen illustrerer, hvordan kombinationen af personens samlede arbejdsbyrde og kapacitet påvirker dennes tilgang til og udnyttelse af behandlingsmuligheder og mestring af egenomsorg. Ubalancer, som opstår, når den samlede byrde overstiger den samlede kapacitet, kan føre til manglende efterlevelse af optimal behandling med forværring af helbredstilstanden til følge, hvilket kan sætte gang i en negativ spiral med endnu større arbejdsbyrde og formindsket kapacitet osv.

Der er derfor argumenteret for, at der i sundhedsvæsenet er behov for en behandlingstilgang, der i højere grad balancerer behandlingsmulighederne med patienternes egne behov og aktuelle livssituation (61). Formålet er at sikre et behandlingsforløb, der er fagligt forsvarligt og samtidig skaber så lidt forstyrrelse i patientens liv som muligt. På engelsk betegnes tilgangen som *minimally disruptive medicine*, på dansk kunne man tale om *minimalt forstyrrende behandling*.

*Hvordan har du det? 2021* indeholder oplysninger om borgere i behandling og deres oplevede behand-

lingsbyrde. Det er derfor muligt at undersøge, om der f.eks. er grupper i befolkningen, som i særlig grad oplever en stor behandlingsbyrde.

Et andet vigtigt aspekt ved at have kronisk sygdom og være i hyppig kontakt med sundhedsvæsenet er behovet for at kunne læse information på medicinpakninger, at kunne spørge sundhedspersonalet til råds og bruge den information, man får, på en hensigtsmæssig måde. Problemer hermed kan ligeledes føre til, at patienten ikke får det optimale udbytte af behandlingen.

*Hvordan har du det? 2021* indeholder oplysninger om borgernes sundhedskompetence, defineret som den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (62, 63). Det gør det muligt at undersøge, hvilke grupper i befolkningen der i særlig grad oplever det som svært at anvende information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonalet.

I det følgende opgøres omfanget af behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence blandt Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover i forhold til køn, alder, sociale forhold, kronisk sygdom og multisygdom samt geografi. Målene til opgørelse af behandlingsbyrde og sundhedskompetence introduceres under det enkelte emne.

**Figur 9.8**
Behandlingsbyrde (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

| | Moderat behandlingsbyrde | Høj behandlingsbyrde | Moderat behandlingsbyrde | Høj behandlingbyrde |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 20 | 13 | 80.000 | 55.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 19 | 13 | 36.000 | 25.000 |
| Kvinde | 20 | 14 | 44.000 | 30.000 |
| **Alder** | | | | |
| 25-34 år | 28 | 24 | 11.000 | 9.500 |
| 35-44 år | 25 | 21 | 11.000 | 8.800 |
| 45-54 år | 22 | 16 | 15.000 | 11.000 |
| 55-64 år | 21 | 13 | 18.000 | 11.000 |
| 65-74 år | 14 | 7 | 13.000 | 6.300 |
| 75+ år | 15 | 10 | 12.000 | 8.500 |
| **Uddannelsesniveau** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 20 | 19 | 16.000 | 15.000 |
| Middel (11-14 år) | 18 | 12 | 37.000 | 25.000 |
| Højt (15+ år) | 21 | 10 | 23.000 | 11.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 31 | 22 | 1.900 | 1.300 |
| Beskæftigede | 20 | 11 | 34.000 | 18.000 |
| Arbejdsløse | 26 | 16 | 2.400 | 1.500 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 26 | 34 | 5.800 | 7.600 |
| Førtidspensionister | 28 | 32 | 10.000 | 12.000 |
| Efterlønsmodtagere | 12 | 5 | 800 | 300 |
| Folkepensionister | 15 | 9 | 23.000 | 14.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 19 | 12 | 72.000 | 46.000 |
| Anden vestlig | 22 | 16 | 3.200 | 2.300 |
| Ikke-vestlig | 25 | 32 | 4.700 | 6.100 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 18 | 10 | 46.000 | 25.000 |
| Lejer | 23 | 21 | 31.000 | 27.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 22 | 17 | 29.000 | 23.000 |
| Ja | 18 | 11 | 48.000 | 30.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 19 | 12 | 58.000 | 39.000 |
| Ja | 24 | 17 | 15.000 | 11.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling

## Behandlingsbyrde

Behandlingsbyrde er som nævnt ovenfor en subjektiv oplevelse af, hvordan hverdagen er påvirket af at være i behandling for sin sygdom. I *Hvordan har du det? 2021* har vi spurgt om behandlingsbyrde hos personer på 25 år og derover, der aktuelt er i behandling.

### Personer i behandling

Hvorvidt en person er i behandling, er belyst ved spørgsmålet: "Får du behandling eller medicin for en eller flere sygdomme, eller går du til genoptræning eller regelmæssig kontrol?" med svarmulighederne 1) Ja og 2) Nej. Spørgsmålet er kun stillet til personer på 25 år og derover. De personer, der har svaret ja til spørgsmålet, betegnes i det følgende som værende i behandling, og det er dem, der er blevet bedt om at svare på spørgsmålene vedrørende behandlingsbyrde.

På tidspunktet for *Hvordan har du det?*-undersøgelsen 2021 var det knap halvdelen (47 %) af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland, der var i behandling. Det svarer til omtrent 412.000 personer. Andelen af befolkningen i behandling er dermed den samme som ved *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2017.

### Behandlingsbyrde blandt personer i behandling

Oplevelsen af behandlingsbyrde er i *Hvordan har du det? 2021* undersøgt ved brug af den dansk-validerede udgave af *the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire* (MTBQ) (64).

MTBQ måler det besvær, som patienter oplever ved at skulle følge deres behandling. MTBQ er udviklet til indsamling af patientrapporterede oplysninger (PRO).

MTBQ består af ti spørgsmål, der tilsammen danner en skala. I MTBQ spørges der: "Hvor stor en indsats kræver det af dig at passe dit helbred, og hvordan påvirker det din dagligdag? – Hvor besværligt er følgende for dig". Skalaens ti spørgsmål omfatter følgende forhold:

- Medicin (hente det, tage det, huske hvordan og hvornår)
- Kontakter med sundhedsvæsenet (aftale tider, have mange kontakter, komme til aftaler)
- Få klar og opdateret besked om sin helbredstilstand
- Gennemføre tilrådede livsstilsændringer
- Være afhængig af hjælp fra familie og venner

Svarmulighederne på spørgsmålene er 1) Ikke besværligt, 2) Lidt besværligt, 3) Ret besværligt, 4) Meget besværligt, 5) Ekstremt besværligt og 6) Gælder ikke for mig.

For hver person beregnes en gennemsnitlig score, hvis der er svaret på minimum 5 ud af de 10 spørgsmål. Efterfølgende beregnes en standardiseret score for alle respondenter, der går fra 0 til 100.

MTBQ er udviklet af Dr Chris Salisbury og Dr Polly Duncan ved *University of Bristol* i England som en videreudvikling af andre eksisterende skalaer til måling af behandlingsbyrde. Forfatterne har venligst stillet MTBQ til rådighed for *Hvordan har du det? 2021*.

Med udgangspunkt i det engelske og det danske valideringsstudie af MTBQ (64, 65) laves der en gruppering af scoren i fire grupper: 1) Ingen behandlingsbyrde (score på 0), 2) Lav behandlingsbyrde (score større end 0 og mindre end 10), 3) Moderat behandlingsbyrde (score på 10 til knap 22) og 4) Høj behandlingsbyrde (score på 22 og derover).

I de følgende analyser fokuseres der på personer med moderat og høj behandlingsbyrde.

Spørgsmål om behandlingsbyrde blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2017, hvorfor udviklingen i behandlingsbyrde kun opgøres for perioden fra 2017 til 2021.

## Behandlingsbyrde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.8 fremgår andelen af Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover i behandling, der oplever moderat behandlingsbyrde og høj behandlingsbyrde. Det ses, at 20 % oplever en moderat behandlingsbyrde (svarende til 80.000 personer), mens 13 % oplever en høj behandlingsbyrde (svarende til 55.000 personer).

Derudover er der 31 %, der oplever en lav byrde (svarende til 126.000 personer), og 36 %, der ikke oplever nogen byrde (svarende til 146.000 personer) (ikke vist). Det er således to ud af tre borgere (64 %) på 25 år og derover i behandling, der oplever en behandlingsbyrde i større eller mindre grad.

Det fremgår af figur 9.8, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *moderat behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med højt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Det ses endvidere af figur 9.8, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant større andel, der oplever en *høj behandlingsbyrde*, blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 25-54 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever
- Personer med børn i hjemmet

Køn. Der er ingen kønsforskelle i andelen, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde.

Alder. Forekomsten af både moderat og høj behandlingsbyrde falder betragteligt med alderen bortset fra den ældste aldersgruppe. De største andele med *moderat behandlingsbyrde* ses blandt de 25-54-årige, mens de mindste andele ses hos personer på 65 år og derover. Ligeledes ses de største andele med *høj behandlingsbyrde* blandt de 25-54-årige, mens de mindste andele igen ses hos personer på 65 år og derover.

Uddannelsesniveau. Der er en meget forskellig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og henholdsvis moderat og høj behandlingsbyrde. Andelen med *moderat behandlingsbyrde* er størst blandt personer med højt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Der ses en markant sammenhæng mellem erhvervstilknytning og andelen, der oplever en behandlingsbyrde. De største andele med *moderat behandlingsbyrde* findes blandt studerende/skoleelever, beskæftigede, arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, mens de mindste andele findes blandt efterlønsmodtagere og folkepensionister. De største andele med *høj behandlingsbyrde* er blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele er blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Samlet set er det over halvdelen af studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, som er i behandling, der oplever en moderat eller høj behandlingsbyrde.

Etnisk baggrund. Både ved *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er andelen størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt personer med dansk baggrund. Særligt ved *høj behandlingsbyrde* er forskellen mellem grupperne stor. Blandt personer med ikke-vestlig baggrund, der er i behandling, oplever mere end halvdelen en moderat eller høj behandlingsbyrde.

Bolig. Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer, der bor i lejebolig, end blandt personer, der bor i ejerbolig. Forskellen mellem grupperne er særligt stor ved *høj behandlingsbyrde*.

Bor med ægtefælle/samlever. Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. Både andelen med *moderat* og *høj behandlingsbyrde* er større blandt personer, der bor med børn i hjemmet, end blandt personer, der ikke bor med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at de personer, der føler sig mest belastet af at være i behandling i form af at opleve en høj behandlingsbyrde, særligt er yngre personer, personer med ikke-vestlig baggrund og marginaliserede grupper i forhold til arbejdsmarkedet (modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister).

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning blandt hele befolkningen i forekomsten af *moderat behandlingsbyrde* fra 18 % til 20 %. Der ses generelt en tendens i retning af stigende forekomst blandt alle grupper, om end stigningen kun er signifikant for kvinder, personer på 65 til 74 år og personer med lavt uddannelsesniveau. Se figur 9.31.S i bind 2. Andelen af befolkningen som helhed med *høj behandlingsbyrde* er uændret i perioden, men der ses en signifikant stigning blandt de 55-64-årige og blandt personer med lavt uddannelsesniveau. Se figur 9.32.S i bind 2. Den samlede andel i befolkningen med moderat til høj behandlingsbyrde er således steget fra 31 % til 33 %, mens der også ses signifikante stigninger blandt kvinder, de 25-34-årige og 55-74-årige og personer med lavt uddannelsesniveau. Se beskrivelse til figur 9.32.S i bind 2. ◄

**Figur 9.9**
Lav sundhedskompetence (25 år og derover) – køn, alder og sociale forhold

| | Svært ved at læse og forstå information om sundhed | Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale | Svært ved at læse og forstå information om sundhed | Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 4 | 7 | 36.000 | 63.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 4 | 6 | 18.000 | 26.000 |
| Kvinde | 4 | 9 | 18.000 | 37.000 |
| **Alder** | | | | |
| 25-34 år | 4 | 10 | 5.600 | 15.000 |
| 35-44 år | 4 | 8 | 5.500 | 12.000 |
| 45-54 år | 4 | 8 | 5.900 | 12.000 |
| 55-64 år | 4 | 7 | 6.100 | 10.000 |
| 65-74 år | 4 | 5 | 5.000 | 7.000 |
| 75+ år | 7 | 7 | 7.900 | 7.100 |
| **Uddannelsesniveau** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 12 | 13 | 15.000 | 16.000 |
| Middel (11-14 år) | 4 | 7 | 15.000 | 29.000 |
| Højt (15+ år) | 1 | 6 | 3.800 | 16.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 3 | 12 | 800 | 2.800 |
| Beskæftigede | 3 | 6 | 13.000 | 30.000 |
| Arbejdsløse | 3 | 10 | 800 | 2.200 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 8 | 17 | 3.200 | 6.300 |
| Førtidspensionister | 13 | 18 | 6.100 | 8.200 |
| Efterlønsmodtagere | 3 | 5 | 400 | 600 |
| Folkepensionister | 6 | 6 | 12.000 | 12.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 4 | 7 | 29.000 | 53.000 |
| Anden vestlig | 5 | 13 | 2.000 | 4.900 |
| Ikke-vestlig | 10 | 11 | 4.900 | 5.100 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 3 | 6 | 17.000 | 34.000 |
| Lejer | 7 | 11 | 18.000 | 28.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 6 | 10 | 15.000 | 25.000 |
| Ja | 3 | 6 | 20.000 | 37.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 4 | 8 | 26.000 | 44.000 |
| Ja | 3 | 7 | 6.500 | 15.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover

## Sundhedskompetence

Sundhedskompetence (på engelsk: *health literacy*) handler først og fremmest om basale funktionelle færdigheder – såsom at kunne læse, forstå og handle på sundhedsrelateret information. Sundhedskompetence handler dog også om aktivt at kunne tage hånd om egen sundhed, at kunne vurdere den information, man får, at kunne samarbejde aktivt med sundhedspersonalet, at kunne navigere i et komplekst sundhedsvæsen og finde relevante informationer om sundhed (62, 63).

Det er vigtigt at være opmærksom på den enkeltes evne til at tilegne sig viden, der er relevant for deres sundhed, og omsætte den til praktisk handling. Disse evner er et væsentligt element i forhold til en persons mulighed for at forebygge sygdom, tage vare på egen sundhed og følge en behandling, så vedkommende får optimalt udbytte af den. God kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale fordrer, at sundhedspersonalet tilpasser sin information til modtagerens forudsætninger (62).

Tidligere studier har vist, at personer med et lavt niveau af sundhedskompetence oftere har mere risikable sundhedsvaner (66, 67), har en eller flere kroniske sygdomme (68), har et uhensigtsmæssigt lavt forbrug af forebyggende sundhedstilbud og et uhensigtsmæssigt højt forbrug af akutte behandlingstilbud (69) samt dør tidligere (70) end personer, der har et højt niveau af sundhedskompetence.

Ved at opnå en nuanceret viden om patientgruppers sundhedskompetence vil sundhedsvæsenet i højere grad kunne tilpasse information om f.eks. egenomsorg til personen med kronisk sygdom eller tilrettelægge forebyggelsestilbud, så personen i højere grad opnår livskvalitet og handlekompetencer i forhold til sin egen sundhed (71). Det er derfor væsentligt at identificere, hvad der kendetegner de patienter, der har begrænsede sundhedskompetencer.

Sundhedskompetencer beskrives i *Hvordan har du det?* med det validerede mål *the Health Literacy Questionnaire* (HLQ). HLQ består af ni skalaer (44 spørgsmål), der belyser forskellige dimensioner af sundhedskompetencer (72). I samarbejde med Dr Richard H Osborne og den australske forskergruppe, der har udviklet HLQ, er der blevet udvalgt to skalaer fra det oprindelige HLQ-spørgeskema til at indgå i *Hvordan har du det?* i Region Midtjylland. HLQ kan anvendes som PRO-mål, idet det gengiver borgernes egne erfaringer med at være patienter i sundhedsvæsenet.

Den første skala handler om at *læse og forstå information om sundhed*. Her er svarpersonerne blevet stillet fem spørgsmål om, hvorvidt de eksempelvis har svært ved at læse og forstå information på medicinpakker, udfylde skemaer med sundhedsoplysninger og følge anvisninger fra sundhedspersonalet.

Den anden skala handler om at *kommunikere med sundhedspersonale*. Skalaen baseres ligeledes på fem spørgsmål. Her er svarpersonerne eksempelvis blevet spurgt om, hvorvidt de har svært ved at stille de nødvendige spørgsmål til sundhedspersonalet, have gode samtaler om helbredet med læger og sikre sig, at sundhedspersonalet forstår helbredsproblemerne rigtigt.

Svarmulighederne på hvert enkelt af spørgsmålene er 1) Meget svært, 2) Svært, 3) Let og 4) Meget let. På baggrund af spørgsmålene beregnes en samlet score for hver person, der går fra 1 til 4, hvor en score på 2 eller derunder betyder, at personen har en lav sundhedskompetence.

Spørgsmålene om sundhedskompetence er kun blevet stillet til personer på 25 år og derover.

I det følgende opgøres det, hvor stor en andel af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland der ud fra ovenstående beregningsmetode har lav sundhedskompetence, dvs. har svært eller meget svært ved henholdsvis at *læse og forstå information om sundhed* og *kommunikere med sundhedspersonale*.

Spørgsmål om sundhedskompetence blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2013, hvorfor udviklingen i lav sundhedskompetence ikke opgøres for perioden fra 2010 til 2021.

## Lav sundhedskompetence – køn, alder og sociale forhold

Af figur 9.9 fremgår andelen af Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover, der har lav sundhedskompetence. Der er 4 %, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed* (svarende til 36.000 personer), og 7 % har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale* (svarende til 63.000 personer).

Af figur 9.9 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, blandt følgende grupper:

- Personer på 75 år og derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Figur 9.9 viser yderligere, at sammenlignet med hele befolkningen på 25 år og derover er der en signifikant større andel af personer, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 25-44 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle/samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og det at have svært ved at læse og forstå information om sundhed, men en større andel af kvinder end mænd har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale.

Alder. Andelen af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er størst blandt personer på 75 år og derover og mindst blandt de 45-54-årige. Omvendt er den største andel af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt de 25-44-årige, og den mindste andel er blandt de 55-74-årige.

Uddannelsesniveau. Der er en stærk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhedskompetence. Både andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, og andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er markant større blandt personer med lavt uddannelsesniveau end blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. De største andele af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister, mens den mindste andel er blandt beskæftigede. De største andele af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. De mindste andele er blandt beskæftigede, efterlønsmodtagere og folkepensionister.

Etnisk baggrund. Den største andel, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, findes blandt personer med ikke-vestlig baggrund, mens den mindste andel er blandt personer med dansk baggrund. De største andele, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt personer med anden vestlig baggrund end dansk og personer med ikke-vestlig baggrund. Den mindste andel er blandt personer med dansk baggrund.

Bolig. En større andel blandt personer, der bor i lejebolig, har svært ved at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har svært ved at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel blandt personer uden børn i hjemmet har svært ved at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

Samlet tegner der sig et billede af, at det i særlig grad er personer med lavt uddannelsesniveau, personer med ikke-vestlig baggrund, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister, som har svært ved eller meget svært ved både at læse og forstå information om sundhed og kommunikere med sundhedspersonale.

De foregående opgørelser i kapitlet viste, at især personer med lavt uddannelsesniveau og førtidspensionister har en større forekomst af de enkelte kroniske sygdomme og multisygdom. Det må derfor formodes, at en stor andel af netop disse grupper hyppigt har kontakt med sundhedsvæsenet, hvor de både skal forholde sig til og følge informationer om sundhed og behandling. Der ligger derfor en vigtig opgave i at tilpasse den sundhedsmæssige information til og kommunikation med ovenstående grupper, så de forstår de sundhedsmæssige budskaber korrekt og får det optimale udbytte af deres behandling.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*. Der har været en lille signifikant stigning blandt de 35-44-årige og personer med middelhøjt uddannelsesniveau, mens der ses et fald blandt personer på 75 år og derover. Se figur 9.33.S i bind 2. Der har i samme periode været en ganske lille stigning i andelen af befolkningen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*. Stigningen skyldes især en øget forekomst blandt de 25-44-årige. Se figur 9.34.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*. Kun blandt personer på 75 år og derover ses der et signifikant fald. Se figur 9.33.S i bind 2. Der har ligeledes ikke været nogen udvikling i andelen af befolkningen, der har svært ved at k*ommunikere med sundhedspersonale*. Kun blandt personer med højt uddannelsesniveau ses der en signifikant stigning. Se figur 9.34.S i bind 2. ◄

**Figur 9.10**
Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kroniske sygdomme og multisygdom

| | Behandlingsbyrde* | | Sundhedskompetence | |
|---|---|---|---|---|
| | Moderat behandlingsbyrde | Høj behandlingsbyrde | Svært ved at læse og forstå information om sundhed | Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale |
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| **Hele befolkningen** | 20 | 13 | 4 | 7 |
| **Kroniske sygdomme** | | | | |
| **Hjerte-kar** | | | | |
| Forhøjet blodtryk | 20 | 14 | 6 | 8 |
| Hjertekrampe | 24 | 27 | 12 | 15 |
| Blodprop i hjertet | 26 | 25 | 15 | 13 |
| Hjerneblødning, blodprop i hjernen | 24 | 25 | 17 | 16 |
| **Diabetes** | 26 | 21 | 9 | 11 |
| **Kræft** | 23 | 15 | 6 | 8 |
| **Luftveje** | | | | |
| KOL | 21 | 20 | 7 | 13 |
| Astma | 24 | 17 | 6 | 10 |
| **Allergi** | 23 | 17 | 4 | 8 |
| **Muskel-skelet** | | | | |
| Slidgigt | 21 | 15 | 6 | 8 |
| Leddegigt | 23 | 20 | 8 | 12 |
| Knogleskørhed | 19 | 16 | 7 | 10 |
| Diskusprolaps, andre rygsygdomme | 24 | 19 | 6 | 11 |
| **Psykiske lidelser** | | | | |
| Angst | 30 | 34 | 10 | 19 |
| Depression | 31 | 33 | 11 | 21 |
| **Nervesystem og sanseorganer** | | | | |
| Migræne, hyppig hovedpine | 25 | 24 | 7 | 14 |
| Tinnitus | 19 | 16 | 5 | 9 |
| Grå stær | 19 | 15 | 8 | 9 |
| **Antallet af kroniske sygdomme** | | | | |
| Ingen af de 18 sygdomme | 11 | 6 | 2 | 4 |
| En sygdom | 14 | 6 | 3 | 6 |
| To-tre sygdomme | 20 | 11 | 5 | 9 |
| Fire+ sygdomme | 26 | 24 | 9 | 14 |

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)

## Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence – kronisk sygdom og multisygdom

I figur 9.10 belyses forekomsten af moderat og høj behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence for hver enkelt af de 18 kroniske sygdomme og i forhold til antallet af kroniske sygdomme. I det følgende beskrives opgørelserne af de fire mål enkeltvis efterfulgt af en tværgående sammenfatning, og der afsluttes med en kort beskrivelse af udviklingen i målene på tværs af sygdomsgrupperne.

### Moderat behandlingsbyrde blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

*De enkelte kroniske sygdomme*

Figuren viser, at sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover i behandling er der en signifikant større andel, der oplever en moderat behandlingsbyrde, blandt følgende 13 sygdomsgrupper:

- Depression (31 %)
- Angst (30 %)
- Blodprop i hjertet (26 %)
- Diabetes (26 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (25 %)
- Hjertekrampe (24 %)
- Astma (24 %)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (24 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (24 %)
- Allergi (23 %)
- Leddegigt (23 %)
- Kræft (23 %)
- Slidgigt (21 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af moderat behandlingsbyrde i følgende sygdomsgrupper:

- Forhøjet blodtryk (32.000 personer)
- Slidgigt (30.000 personer)
- Depression (23.000 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (23.000 personer)
- Allergi (21.000 personer)

*Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser endvidere, at forekomsten af moderat behandlingsbyrde stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 11 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 26 % blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

### Høj behandlingsbyrde blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

*De enkelte kroniske sygdomme*

Det fremgår af figur 9.10, at der er en signifikant større andel blandt 15 ud af de 18 sygdomsgrupper (undtagelserne er kræft, grå stær og forhøjet blodtryk), som oplever en høj behandlingsbyrde, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover i behandling. Blandt de 15 sygdomsgrupper går andelen med høj behandlingsbyrde fra 15 % blandt personer med slidgigt til 34 % blandt personer med angst.

De fem største forekomster af høj behandlingsbyrde findes i følgende sygdomsgrupper:

- Angst (34 %)
- Depression (33 %)
- Hjertekrampe (27 %)
- Blodprop i hjertet (25 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (25 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af høj behandlingsbyrde i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (24.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (22.000 personer)
- Slidgigt (22.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (19.000 personer)
- Angst (19.000 personer)

*Antallet af kroniske sygdomme*

Figur 9.10 viser, at der er en markant større andel med høj behandlingsbyrde blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme end i befolkningen generelt.

### Moderat og høj behandlingsbyrde samlet blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

*De enkelte kroniske sygdomme*

Samlet set er det hver tredje af regionens borgere (33 %) på 25 år og derover, der er i behandling, som oplever moderat til høj behandlingsbyrde. Sammenlignet med befolkningen som helhed er der en signifikant større andel, der oplever moderat til høj behandlingsbyrde, ved 16 ud af de 18 kroniske sygdomme (undtagelserne er knogleskørhed og grå stær) (ikke vist). Blandt de 16 sygdomme går andelen fra 34 % hos personer med forhøjet blodtryk til 64 % hos personer med angst.

De fem (seks) største forekomster af moderat til høj behandlingsbyrde findes i følgende sygdomsgrupper:

- Angst (64 %)
- Depression (63 %)
- Hjertekrampe (51 %)
- Blodprop i hjertet (51 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen og migræne eller hyppig hovedpine (49 %)

Blandt disse grupper ses der en markant større forekomst af moderat til høj behandlingsbyrde sammenlignet med befolkningen som helhed.

*Antallet af kroniske sygdomme*
Den største forekomst af behandlingsbyrde findes blandt borgere med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme, hvor halvdelen (50 %) oplever moderat til høj behandlingsbyrde.

### Svært ved at læse og forstå information om sundhed blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

*De enkelte kroniske sygdomme*
Af figur 9.10 fremgår det, at der er en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær allergi, som har svært ved at læse og forstå information om sundhed, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper, hvor andelen er større end i befolkningen, varierer andelen fra 5 % blandt personer med tinnitus til 17 % blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De fem største forekomster af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, findes i følgende sygdomsgrupper:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (17 %)
- Blodprop i hjertet (15 %)
- Hjertekrampe (12 %)
- Depression (11 %)
- Angst (10 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af personer, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, i følgende sygdomsgrupper:

- Forhøjet blodtryk (12.000 personer)
- Slidgigt (12.000 personer)
- Depression (11.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (9.900 personer)
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme (8.600 personer)

*Antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.10 viser, at forekomsten med svært ved at læse og forstå information om sundhed stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 2 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 9 % blandt personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

### Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

*De enkelte kroniske sygdomme*
Af figur 9.10 fremgår det, at der er en signifikant større andel blandt alle sygdomsgrupperne på nær kræft, som har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, sammenlignet med hele befolkningen i Region Midtjylland på 25 år og derover. Blandt de 17 sygdomsgrupper, hvor andelen er større end i befolkningen, går andelen fra 8 % blandt personer med slidgigt til 21 % blandt personer med depression.

De fem største forekomster af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, findes i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (21 %)
- Angst (19 %)
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen (16 %)
- Hjertekrampe (15 %)
- Migræne eller hyppig hovedpine (14 %)

Opgjort i antal personer (ikke vist i figur 9.10) ses de fem største forekomster af personer, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i følgende sygdomsgrupper:

- Depression (22.000 personer)
- Migræne eller hyppig hovedpine (20.000 personer)
- Angst (17.000 personer)
- Slidgigt (17.000 personer)
- Forhøjet blodtryk (16.000 personer)

*Antallet af kroniske sygdomme*
Figur 9.10 viser, at forekomsten med svært ved at kommunikere med sundhedspersonale stiger med antallet af kroniske sygdomme fra 4 % blandt personer uden nogen af sygdommene til 14 % blandt

personer med fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme.

### Tværgående sammenfatning af behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom

Opgørelserne i figur 9.10, beskrevet ovenfor, tegner et billede af, at det er bestemte sygdomsgrupper, der er i særlig risiko for både at opleve moderat til høj behandlingsbyrde samt at have lav sundhedskompetence. Det drejer sig om personer med angst og depression og personer med hjerte-kar-sygdommene hjertekrampe, blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen. Derudover ses også personer med migræne eller hyppig hovedpine som en af grupperne, der gennemgående har store andele af de fire mål sammenlignet med befolkningen generelt.

► Udvikling fra 2013 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, blandt personer med blodprop i hjertet (fra 8 % til 15 %), mens der har været et fald blandt personer med KOL og grå stær. Se figur 9.37.S i bind 2. Der har i perioden været to signifikante udviklinger i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*: en markant stigning blandt personer med blodprop i hjertet (fra 8 % til 13 %) og et lille fald blandt personer med slidgigt. Se figur 9.38.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, og i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se figur 9.41.S og figur 9.42.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. *Kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en udvikling i retning af en større andel af personer på 25 år og derover i behandling med *moderat behandlingsbyrde* blandt adskillige af de 17 sygdomme. Stigningen er dog kun signifikant blandt fire af sygdommene. Den største stigning er blandt personer med kræft (fra 17 % til 23 %). Se figur 9.35.S i bind 2. Andelen med *høj behandlingsbyrde* er steget blandt personer med forhøjet blodtryk. Ved flere andre sygdomme har der været en udvikling i retning af en faldende forekomst, men ingen af ændringerne blandt de øvrige sygdomme er signifikante. Se figur 9.36.S i bind 2. Der har været et signifikant fald i andelen af personer på 25 år og derover, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, blandt fem ud af de 17 sygdomme. De to største fald ses blandt personer med knogleskørhed og KOL. Se figur 9.37.S i bind 2. Derimod har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, på tværs af sygdomsgrupperne. Se figur 9.38.S i bind 2.

*Antallet af kroniske sygdomme.* I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med *moderat behandlingsbyrde* blandt personer med to til tre kroniske sygdomme. Se figur 9.39.S i bind 2. Der ses ingen signifikant udvikling i andelen med *høj behandlingsbyrde* i forhold til antallet af kroniske sygdomme. Se figur 9.40.S i bind 2. Der har i perioden været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, og i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Se figur 9.41.S og figur 9.42.S i bind 2. ◄

Samlet set peger ovenstående resultater på, at forekomsten af både behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence har været ganske stabil på tværs af årene i forhold til antallet af kroniske sygdomme. De eneste signifikante ændringer er en stigning i moderat behandlingsbyrde blandt personer med to til tre kroniske sygdomme og et fald i begge aspekter af lav sundhedskompetence blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

**Figur 9.11**
Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence (25 år og derover) – kommuner

| | Behandlingsbyrde* | | Sundhedskompetence | |
|---|---|---|---|---|
| | Moderat behandlingsbyrde | Høj behandlingsbyrde | Svært ved at læse og forstå information om sundhed | Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale |
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| Favrskov | 18 | 13 | 4 | 7 |
| Hedensted | 21 | 15 | 5 | 8 |
| Herning | 20 | 15 | 3 | 7 |
| Holstebro | 23 | 11 | 5 | 6 |
| Horsens | 20 | 16 | 5 | 9 |
| Ikast-Brande | 20 | 14 | 5 | 8 |
| Lemvig | 22 | 10 | 6 | 9 |
| Norddjurs | 20 | 14 | 5 | 8 |
| Odder | 16 | 12 | 4 | 6 |
| Randers | 18 | 13 | 5 | 8 |
| Ringkøbing-Skjern | 17 | 12 | 3 | 7 |
| Samsø | 18 | 9 | 5 | 7 |
| Silkeborg | 19 | 14 | 4 | 7 |
| Skanderborg | 20 | 12 | 4 | 8 |
| Skive | 19 | 12 | 4 | 6 |
| Struer | 18 | 15 | 5 | 7 |
| Syddjurs | 18 | 14 | 5 | 6 |
| Viborg | 18 | 13 | 4 | 8 |
| Aarhus | 21 | 13 | 4 | 8 |
| Region Midtjylland | 20 | 13 | 4 | 7 |

Signifikant større end i hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)
Signifikant mindre end i hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen på 25 år og derover (*, der er i behandling)

## Behandlingsbyrde og lav sundheds-kompetence – kommuner

I figur 9.11 belyses forekomsten af moderat og høj behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence for hver af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Det fremgår af figuren, at der generelt er lille variation på tværs af kommunerne for alle fire mål.

Sammenlignet med hele Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover, der er i behandling, er der en signifikant mindre andel med *moderat behandlingsbyrde* i Odder Kommune (16 %), mens der er en signifikant mindre andel med *høj behandlingsbyrde* i Lemvig Kommune (10 %) og Samsø Kommune (9 %).

Sammenlignet med hele Region Midtjyllands befolkning på 25 år og derover er der en signifikant større andel, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, i Lemvig Kommune (6 %), mens der ikke ses nogen signifikante forskelle mellem kommunerne i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*.

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen signifikant udvikling på kommuneniveau i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*. Se figur 9.45.S i bind 2. Der har været en enkelt signifikant stigning i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, i Aarhus Kommune. Se figur 9.46.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en udvikling i retning af en større andel med *moderat behandlingsbyrde* blandt hovedparten af kommunerne. De to største stigninger, som også er de eneste signifikante, er i Holstebro og Lemvig Kommune. Se figur 9.43.S i bind 2. Der har kun været én signifikant udvikling i andelen med *høj behandlingsbyrde*, som er et fald i Ringkøbing-Skjern Kommune. Se figur 9.44.S i bind 2. Samtidig har der været et signifikant fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, i Herning og Viborg Kommune, se figur 9.45.S i bind 2, mens der ikke ses nogen signifikant udvikling på kommuneniveau i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*. Se figur 9.46.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

Forekomsten af kroniske sygdomme. I perioden fra 2010 til 2021 har der generelt været en stigning i forekomsten af kronisk sygdom i Region Midtjylland. Kun forekomsten af blodprop i hjertet er uændret i perioden. Derudover har der ikke været nogen stigning i forekomsten af hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller diabetes siden 2017.

De tre hyppigst forekommende kroniske sygdomme i 2021 er allergi, slidgigt og forhøjet blodtryk, som hver især optræder hos omtrent hver femte borger. Yderligere fem sygdomme optræder hos 12 % til 17 % af befolkningen (migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, diskusprolaps/andre rygsygdomme, depression og angst), mens seks sygdomme optræder hos 5 % til 8 % af befolkningen (astma, leddegigt, diabetes, KOL, grå stær og knogleskørhed). De sidste fire sygdomme, der har den laveste forekomst i befolkningen, er kræft (4 %), hjertekrampe og hjerneblødning/blodprop i hjernen (2 %) og blodprop i hjertet (1 %).

Fra 2010 til 2021 har der været en øget forekomst af fire eller flere kroniske sygdomme i alle 19 kommuner i regionen. Fra 2017 til 2021 har der været en øget forekomst af én eller flere kroniske sygdomme i alle kommuner på nær Holstebro, Odder og Ringkøbing-Skjern. Kommunerne med flest stigninger i sygdomsforekomst siden 2017 er Norddjurs, Randers, Skanderborg, Skive og Struer.

Status i 2021 er, at mange kommuner har en sygdomsprofil, der overordnet set ligner sygdomsprofilen i hele regionen. Den mindste sygdomsforekomst, sammenlignet med regionen som helhed, ses i Aarhus Kommune (mindre forekomst af 13 ud af de 18 sygdomme), mens den største sygdomsforekomst ses i Norddjurs, Randers, Samsø, Skive og Struer Kommune (større forekomst af mindst seks sygdomme).

Særligt slidgigt, knogleskørhed, angst og migræne/hyppig hovedpine optræder oftere hos kvinder end mænd. For hovedparten af de kroniske sygdomme øges forekomsten betydeligt med alderen. Undtagelserne er allergi, angst, depression og migræne/hyppig hovedpine (faldende forekomst med alderen) samt astma (ens på tværs af aldersgrupper). Derudover er der en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og kronisk sygdom: Ved 16 ud af de 18 sygdomme ses den største forekomst hos personer med et lavt uddannelsesniveau og den mindste forekomst hos personer med et højt uddannelsesniveau. Undtagelserne er allergi (stiger med uddannelsesniveauet) og migræne/hyppig hovedpine (ens på tværs af uddannelsesniveau). De største sygdomsforekomster ses blandt førtidspensionister og folkepensionister, og de mindste sygdomsforekomster ses blandt beskæftigede og studerende/skoleelever. Dog har sidstnævnte gruppe en større forekomst af allergi, angst, depression og migræne/hyppig hovedpine sammenlignet med hele befolkningen.

Sundhedsvaner og overvægt hos borgere med kronisk sygdom. Trods et betydeligt fald siden 2010 i andelen af dagligrygere blandt alle sygdomsgrupper er der i 2021 en større andel af dagligrygere hos 12 ud af de 18 sygdomsgrupper sammenlignet med 13 % i hele befolkningen – mest markant blandt personer med KOL, hvor 36 % er dagligrygere.

Siden 2010 har der ligeledes været et betydeligt fald i andelen, der drikker mindst 10 genstande om ugen, hos alle sygdomsgrupper på nær personer med blodprop i hjertet. Udviklingen synes dog at være stagneret siden sidste undersøgelse i 2017 (i nogle tilfælde siden 2013), og i 2021 har syv sygdomsgrupper en større andel end i befolkningen som helhed – igen mest markant blandt personer med KOL (26 % mod 15 % i hele befolkningen).

Siden 2010 har der været et betydeligt fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen. Det er til gengæld det eneste signifikante fald i perioden, mens der ses betydelige stigninger blandt flere af sygdommene – særligt personer med blodprop i hjertet, hvor andelen er steget fra 29 % (27 % i 2017) til 39 % i 2021. Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen er der i 2021 en større andel af fysisk inaktive blandt alle sygdomsgrupper på nær allergi og tinnitus. De største andele ses blandt personer med blodprop i hjertet (39 %), hjertekrampe (35 %) og KOL (32 %).

Andelen med et usundt kostmønster er siden 2010 steget hos hovedparten af sygdomsgrupperne – mest udtalt blandt personer med diabetes (fra 11 % i 2010 til 20 % i 2021). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen i 2021 ses der særligt en stor andel blandt personer med KOL (27 %) og personer med angst (25 %) og depression (26 %).

Siden 2010 er andelen med svær overvægt steget betragteligt hos næsten alle sygdomsgrupper. Ved flere af sygdomsgrupperne er en betydelig del af stigningen sket siden 2017 med den største stigning blandt personer med blodprop i hjertet (fra 22 % i 2017 til 32 % i 2021). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen er der i 2021 en større andel med svær overvægt blandt hovedparten af sygdomsgrupperne – størst blandt personer med diabetes (41 %), forhøjet blodtryk (33 %) og blodprop i hjertet (32 %).

Andelen af personer, der har to til fem af ovenstående risikable sundhedsvaner på samme tid, er siden 2010 steget blandt personer med forhøjet blodtryk, diabetes og mest betydeligt blandt personer med blodprop i hjertet (fra 28 % i 2013/2017 til 36 % i 2021). Sammenlignet med hele befolkningen i 2021 er der en større andel med flere risikable sundhedsvaner i alle sygdomsgrupperne på nær kræft, allergi og grå stær. Den største andel ses blandt personer med KOL.

Alt i alt viser resultaterne, at der er en stor opgave med at få løftet den patientrettede forebyggelse, og at der er behov for forebyggelsestilbud til patienter, der har flere samtidige risikable sundhedsvaner. Særligt personer med KOL er en meget udsat gruppe med store forekomster af risikable sundhedsvaner. Samtidig ses der markante stigninger særligt blandt personer med blodprop i hjertet.

Fysisk og mentalt helbred hos borgere med kronisk sygdom. Analyserne af seks helbredsmål (dårligt selvvurderet helbred, en del eller meget nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet) viser, at der er betydeligt større forekomst af forringet helbred hos borgere med kronisk sygdom sammenlignet med befolkningen generelt.

For ti af sygdomsgrupperne er forekomsten større ved alle seks mål, og for de øvrige sygdomsgrupper er forekomsterne større ved mindst fire af målene. Særligt personer med hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen, KOL og depression har store andele med forringet helbred på tværs af alle seks mål.

Der har fra 2010 til 2021 ikke været noget ensartet mønster i udviklingen af helbredsmålene på tværs af sygdomsgrupperne. Andelen med dårligt selvvurderet helbred har ved de fleste sygdomsgrupper været forholdsvis uændret eller med tendens til et fald. Mest bemærkelsesværdigt er et markant fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 53 % i 2010 til 42 % i 2021) samt et fald blandt personer med leddegigt og knogleskørhed. Sammenlignet med 16 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel med dårligt selvvurderet helbred i alle sygdomsgrupper. Andelen er størst blandt personer med hjertekrampe (49 %) og blodprop i hjertet (48 %).

Andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne er ligeledes faldet blandt personer med leddegigt. Der er endvidere tegn på et fald (ikke signifikant) blandt personer med blodprop i hjertet, slidgigt, knogleskørhed og grå stær, mens der ved ca. en tredjedel af sygdomsgrupperne er tegn på stigende forekomst (ikke signifikant). Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen (25-66 år) i 2021 er der en større andel med en del eller meget nedsat arbejdsevne i alle sygdomsgrupper – størst blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (67 %).

Der har blandt sygdomsgrupperne været flere markante fald i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Det største fald er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 58 % i 2010 til 43 % i 2021). Også blandt personer med knogleskørhed, grå stær og leddegigt er faldet betragteligt. Sammenlignet med 18 % i hele befolkningen (25 år og derover) i 2021 er der en større andel, der har brug for hjælp i dagligdagen, i alle sygdomsgrupper på nær allergi. De største andele er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (43 %) og hjertekrampe (40 %).

I modsætning til de foregående mål har der fra 2017 til 2021 været en tendens til markante stigninger i andelen, der føler sig ensomme, i alle sygdomsgrupper – størst blandt personer med psykiske lidelser og hjertekrampe. Sammenlignet med 14 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel, der føler sig ensomme, i 13 af sygdomsgrupperne. De største andele er blandt personer med depression (39 %) og angst (36 %).

Der har fra 2017 til 2021 været en signifikant stigning i andelen, der har symptomer på depression, i seks af sygdomsgrupperne – størst blandt personer med psykiske lidelser. Sammenlignet med 8 % i hele befolkningen i 2021 er der en større andel i 12 af sygdoms-

grupperne. Andelen er størst blandt personer med depression (35 %) og angst (32 %).

Siden 2010 har der været en stigende tendens i andelen med dårlig søvnkvalitet i hovedparten af sygdomsgrupperne. Status i 2021 er en større andel i alle sygdomsgrupper sammenlignet med 10 % i hele befolkningen. De største forekomster ses blandt personer med hjertekrampe (31 %), depression (29 %) og angst (27 %).

Ovenstående resultater viser, at der siden 2010 er opnået helbredsforbedringer – særligt blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen, leddegigt og knogleskørhed – i forhold til dårligt selvvurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp i dagligdagen, men at der til trods herfor fortsat er markant større forekomster i alle sygdomsgrupper sammenlignet med hele befolkningen. Samtidig indikerer resultaterne en stigende forekomst af dårlig mental sundhed blandt sygdomsgrupperne. Samlet set viser resultaterne, at der fortsat er et stort potentiale i indsatser, som forbedrer helbred og livskvalitet hos personer med kronisk sygdom.

Kontakten med sundhedsvæsenet. Blandt de personer, der er i behandling, har der været en stigning i den samlede andel med moderat og høj behandlingsbyrde fra 31 % til 33 % – primært som følge af en øget forekomst af moderat behandlingsbyrde. En signifikant stigning ses også blandt kvinder, personer i alderen 25-34 år og 55-74 år samt personer med lavt uddannelsesniveau. Status i 2021 er, at både moderat og høj behandlingsbyrde falder betragteligt med alderen og er hyppigst blandt studerende/skoleelever, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. I de to sidstnævnte grupper er det samlet omkring tre ud af fem, der oplever moderat eller høj behandlingsbyrde, hvilket også næsten er tilfældet for personer med ikke-vestlig baggrund (57 %). I forhold til uddannelsesniveau ses den største andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau (40 %).

Ved mere end halvdelen af de 17 kroniske sygdomme har der været en tendens (om end kun signifikant ved fire sygdomme) til øget forekomst af moderat behandlingsbyrde – mest udtalt blandt personer med kræft (fra 17 % til 23 %) og personer med psykiske lidelser. Andelen med høj behandlingsbyrde er uændret eller med tegn på et fald ved hovedparten af sygdomsgrupperne (dog ikke signifikant). I 2021 findes den største forekomst af moderat til høj behandlingsbyrde hos personer med angst og personer med depression (64 %). Desuden opleves moderat til høj behandlingsbyrde hos ca. halvdelen eller flere blandt personer med hjertekrampe, blodprop i hjertet, hjerneblødning/blodprop i hjernen og migræne/hyppig hovedpine.

Andelen med lav sundhedskompetence er stort set uændret siden 2017 både i befolkningen generelt (25 år og derover) og – med få undtagelser – på tværs af køn, alder og uddannelse. Trods et fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, blandt personer på 75 år og derover er det i denne aldersgruppe, at der i 2021 ses den største andel (7 % mod 4 % i befolkningen). Derimod er andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, steget blandt de 25-44-årige, og det er også i denne gruppe, der findes den største andel i 2021 (10 % blandt 25-34-årige mod 7 % i befolkningen). Derudover findes de største forekomster af lav sundhedskompetence hos personer med lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med ikke-vestlig baggrund. Også blandt studerende/skoleelever og personer med anden vestlig baggrund end dansk findes en betydeligt større andel, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, sammenlignet med befolkningen generelt.

Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed (fra 8 % i 2013 til 15 % i 2021), og i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (fra 8 % i 2013 til 13 % i 2021). Blandt personer med KOL, leddegigt, knogleskørhed og grå stær har der været et fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Sammenlignet med hele befolkningen er der i 2021 en større forekomst af lav sundhedskompetence i næsten alle sygdomsgrupper. De største andele, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er blandt personer med hjerte-kar-sygdomme (med undtagelse af forhøjet blodtryk), mens de største andele, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er blandt personer med angst og depression.

Samlet peger ovenstående resultater på særlige risikogrupper i forhold til behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence. Det drejer sig specielt om unge, personer

med lavt uddannelsesniveau, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og personer med ikke-vestlig baggrund foruden personer med hjertekrampe, forhøjet blodtryk, hjerneblødning/blodprop i hjernen, angst og depression.

Antallet af kroniske sygdomme (multisygdom). Andelen af borgere med multisygdom er steget fra 36 % i 2010 og i 2013 til 44 % i 2021.

Der ses en stigning både for mænd og kvinder, alle aldersgrupper og uddannelsesniveauer, men mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Resultatet i 2021 følger et velkendt mønster, hvor andelen med multisygdom er større blandt kvinder end mænd, stiger markant med alderen, falder med stigende uddannelsesniveau og er særlig stor blandt førtidspensionister og andre, der er permanent uden for arbejdsmarkedet eller med svag tilknytning hertil. Andelen med multisygdom er desuden steget i alle 19 kommuner i regionen.

Andelen af dagligrygere er faldet både for personer med og uden multisygdom. Siden 2010 er andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, ligeledes faldet både for personer med og uden multisygdom, men for personer med multisygdom er faldet mindre og synes desuden stagneret siden 2017. Både for personer med og uden multisygdom er andelen, der er fysisk inaktive, uændret siden 2010, mens andelen med et usundt kostmønster og svær overvægt er steget – dog mest blandt personer med multisygdom. Status i 2021 er dermed, at personer med multisygdom generelt – og personer med fire eller flere sygdomme i særdeleshed – fortsat har mere risikable sundhedsvaner sammenlignet med hele befolkningen. Andelen med flere risikable sundhedsvaner på samme tid stiger desuden markant med antallet af sygdomme, og kun blandt personer uden multisygdom har der været et fald siden 2010.

Blandt personer med multisygdom er andelen med dårligt selvvurderet helbred og en del eller meget nedsat arbejdsevne uændret eller faldet siden 2010 (primært med fald blandt personer med fire eller flere sygdomme) i modsætning til personer uden multisygdom, hvor andelen har været uændret eller er steget lidt. Endvidere har der været et fald i andelen, der har brug for hjælp i dagligdagen – også mest udtalt blandt personer med fire eller flere sygdomme. Derimod har der været en markant stigning i andelen, der føler sig ensomme, både for personer med og uden multisygdom, ligesom der har været en stigning i andelen med symptomer på depression og i andelen med dårlig søvnkvalitet for alle undtagen personer med fire eller flere sygdomme. Resultaterne viser, at det er de mest sygdomsbelastede personer (opgjort ud fra antallet af sygdomme), der har haft den bedste helbredsmæssige udvikling.

Forekomsten af såvel behandlingsbyrde som lav sundhedskompetence stiger betydeligt med antallet af kroniske sygdomme. De eneste ændringer siden 2017 er en større forekomst af moderat behandlingsbyrde blandt personer med to til tre sygdomme og en lavere forekomst af lav sundhedskompetence blandt personer med fire eller flere sygdomme.

Alt i alt viser ovenstående resultater, at der – trods udvikling i ønsket retning ved flere af målene – fortsat er markant dårligere helbred, mere risikable sundhedsvaner og større belastning i mødet med sundhedsvæsenet hos personer med multisygdom, særligt personer med fire eller flere sygdomme, sammenlignet med personer, der ikke har multisygdom.

## Referencer

1. Danske Regioner. Sundhed for alle. Vision for et bæredygtigt sundhedsvæsen. København: Danske Regioner; 2017.

2. Danske Regioner. Regioner bakker op: Restriktioner kan fjernes, men hospitaler vil fortsat døje med ventelister; 2022. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2022/januar/regioner-bakker-op-restriktioner-kan-fjernes-men-hospitaler-vil-fortsat-doeje-med-ventelister (januar 2022).

3. Danske Regioner. Ekspertpanel opfordrer til skærpet fokus på mennesker med kronisk sygdom og multisygdom i kølvandet på corona; 2021. https://www.regioner.dk/services/nyheder/2021/maj/ekspertpanel-opfordrer-til-skaerpet-fokus-paa-mennesker-med-kronisk-sygdom-og-multisygdom-i-koelvandet-paa-corona (januar 2022).

4. Danske Regioner. Coronas afledte konsekvenser for sundhed og trivsel – Ekspertpanelets observationer og forslag til handling; 2021. https://www.regioner.dk/media/15963/coronas-afledte-konsekvenser-for-sundhed-og-trivsel_afsluttende-paper.pdf (januar 2022).

5. Madsen MH, Buch MS. Er behandlingen af mennesker med kroniske sygdomme på rette spor? København: Dansk Sundhedsinstitut; 2010.

6. Finansministeriet. Patienten i Centrum; 2016. https://www.fm.dk/nyheder/pressemeddelelser/2016/06/aftale-om-regionernes-oekonomi-i-2017 (januar 2018).

7. Frølich A, Olesen F, Kristensen I, red. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Forlag1.dk; 2017.

8. Region Midtjylland. Strategi for Region Midtjyllands rolle i det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Region Midtjylland, Sundhedsplanlægning; 2017.

9. Boyd CM, Fortin M. Future of multimorbidity research: how should understanding of multimorbidity inform health system design. Public Health Rev. 2010;32(2):451-74.

10. Ørtenblad L, Meillier L, Jønsson A. Multi-morbidity: A patient perspective on navigating the health care system and everyday life. Chronic Illness. 2017;0(0):1-12.

11. Eton DT, Ramalho de Oliveira D, Egginton JS, m.fl. Building a measurement framework of burden of treatment in complex patients with chronic conditions: a qualitative study. Patient Relat Outcome Meas. 2012;3:39-49.

12. Rosbach M, Andersen JS. Patient-experienced burden of treatment in patients with multimorbidity – A systematic review of qualitative data. PLoS One. 2017;12(6):e0179916.

13. Sánchez-Fidalgo S, Guzmán-Ramos MI, Galván-Banqueri M, m.fl. Prevalence of drug interactions in elderly patients with multimorbidity in primary care. Int J Clin Pharm. 2017;39: 343. https://doi.org/10.1007/s11096-017-0439-1.

14. Smith SM, Wallace E, Salisbury C, m.fl. A core outcome set for multimorbidity research (COSmm). Annals of family medicine. 2018;16(2):132-8.

15. Spencer-Bonilla G, Quinones AR, Montori VM, On behalf of the International Minimally Disruptive Medicine W. Assessing the burden of treatment. Journal of general internal medicine. 2017;32(10):1141-5.

16. Eton DT, Yost KJ, Lai J-s, m.fl. Development and validation of the Patient Experience with Treatment and Self-management (PETS): a patient-reported measure of treatment burden. Quality of Life Research. 2017;26(2):489-503.

17. Kodner DL, Spreeuwenberg C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. Int J Integr Care. 2002;2:e12. 12. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 23. How to improve care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464548/pdf/Bookshelf_NBK464548.pdf (januar 2018).

18. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 26. How to support integration to promote care for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/

NBK464580/pdf/Bookshelf_NBK464580.pdf (januar 2018).

19. Tsiachristas A, van Ginneken E, Rijken M, red. Integrated care for people living with multimorbidity. Health Policy. 2018;122(1):1-68.

20. Danske Regioner. Hvidbog for den patientansvarlige læge. København: Danske Regioner; 2017.

21. Danske Regioner. 360 grader rundt om multisygdom; 2020. http://www.e-pages.dk/regioner/187/ (januar 2022).

22. Regionernes lønnings- og takstnævn, Praktiserende lægers organisation. Overenskomst om almen praksis af 26. januar 2022; 2022. https://www.laeger.dk/sites/default/files/55101_ok-22_af_26._januar_2022_1_1.pdf (januar 2022).

23. Regeringen, Danske Regioner, KL. Aftale om sammenhæng og nærhed (sundhedsklynger); 2021. https://fm.dk/media/24844/aftale-om-sammenhaeng-og-naerhed-sundhedsklynger.pdf (januar 2022).

24. Region Midtjylland, de 19 midtjyske kommuner, PLO-Midtjylland. Et nært og sammenhængende sundhedsvæsen i balance. Sundhedsaftalen 2019-2023; 2019. https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/aftale-2019-2023/sundhedsaftalen-2019-2023-sept-2019.pdf (januar 2022).

25. Region Midtjylland. Sundheds- og hospitalsplan for Region Midtjylland. Et sundhedsvæsen på patientens præmisser; 2020. https://www.rm.dk/siteassets/sundhed/fremtidens-sundhedsvasen/sundhedsplan/sundhedsplan/2020-sundheds-og-hospitalsplan/sundheds-hospitalsplan_2020.pdf (januar 2022).

26. European Observatory on Health Systems and Policies, Policy Brief 22. How to strengthen patient-centredness in caring for people with multimorbidity in Europe? 2017. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK464537/pdf/Bookshelf_NBK464537.pdf (januar 2018).

27. Sundheds- og Ældreministeriet. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet; 2016. http://www.sum.dk/Sundhed/Sundhedskvalitet/Ny-tilgang-til-kvalitetsarbejdet.aspx (januar 2018).

28. Greenhalgh J, Dalkin S, Gibbons E, m.fl. How do aggregated patient-reported outcome measures data stimulate health care improvement? A realist synthesis. J Health Serv Res Policy. 2018;23(1):57-65.

29. Sundheds- og Ældreministeriet, KL, Danske Regioner. Nationale mål for sundhedsvæsenet; 2017. http://sum.dk/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2016/Nationale-maal/SUM-Nationale-maal-L-april-2016.pdf, (januar 2018).

30. Cella D, Hahn EA, Jensen SE, m.fl. Patient-reported outcomes in performance measurement. Durham: RTI Press; 2015.

31. World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genève: WHO; 2013.

32. Sundhedsdatastyrelsen. Dødeligheden falder fortsat i 2020; 2022. Tilgængelig på: https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/doedsaarsager (februar 2022).

33. Frølich A, Jacobsen R, Knai C. Denmark. I: Nolte E, Knai C, red. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2015. http://www.euro.who.int/en/about-us/partners/observatory/publications/studies.

34. Kræftens Bekæmpelse. Statistik om basalcelle- og pladecellekræft samlet (hudkræft); 2016. http://www.cancer.dk/Hjaelp+viden/kraeftformer/kraeftsygdomme/huden/statistik+hudkraeft/statistik+basalcelle+og+pladecelle/ (januar 2018).

35. Nordentoft M, Krogh J, Lange P, m.fl. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.

36. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, m.fl. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

37. Lopez AD, Mathers CD, Ezzati M, m.fl., red. Global Burden of Disease and Risk Factors. Washington DC: Oxford University Press and The World Bank; 2006.

38. World Health Organization. Global health estimates: Leading causes of DALYs. Top 10 causes of DALY in Denmark for both sexes aged all ages (2019). https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys (februar 2022).

39. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, m.fl. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.

40. Region Midtjylland. Forløbsprogrammer for kroniske sygdomme. https://www.rm.dk/sundhed/sundhedstilbud-og-forebyggelse/kronisk-sygdom/forlobsprogrammer/ (januar 2018).

41. Robinson KM, Lau CJ, Vind AB, m.fl. Kroniske sygdomme – hvordan opgøres kroniske sygdomme. Glostrup: Forskningscenter for forebyggelse og sundhed; 2011.

42. Violan C, Foguet-Boreu Q, Hermosilla-Perez E, m.fl. Comparison of the information provided by electronic health records data and a population health survey to estimate prevalence of selected health conditions and multimorbidity. BMC Public Health. 2013;13:251. doi: 10.1186/1471-2458-13-251.

43. Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME. Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016. BMJ Open Diabetes Res Care. 2020;8(1):e001071. doi: 10.1136/bmjdrc-2019-001071.

44. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom; 2016. https://sundhedsstyrelsen.dk/da/nyheder/2016/~/media/23A6190B27B64822AB93B319903DDBB0.ashx (januar 2018).

45. Danske Regioner. Dagsorden for møde i Danske Regioners bestyrelse torsdag den 14. december 2017 kl. 10.30. http://www.regioner.dk/media/6453/08-dagsorden-for-moede-den-14-december-2017-i-danske-regioners-bestyrelse.pdf (januar 2018).

46. Danske Regioner. Sundhed for livet – Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.

47. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), styregruppen for Dansk Hjerterehabiliteringsdatabase. Dansk hjerterehabiliteringsdatabase (DHRD). Årsrapport 2020; 2021. https://www.sundhed.dk/content/cms/93/59693_dhrd_aarsrapport2020.pdf (januar 2022).

48. Volpe M, Erhardt LRW, Williams B. Cardiovascular risk management in clinical practice. High Blood Press Cardiovasc Prev. 2008;15:9-16.

49. Danaei G, Ding EL, Mozaffarian D, m.fl. The preventable causes of death in the United States: comparative risk assessment of dietary, lifestyle, and metabolic risk factors. PLoS Med. 2009;6(4):e1000058.

50. Poortinga W. The prevalence and clustering of four major lifestyle risk factors in an English adult population. Prev Med. 2007;44:124-8.

51. Sell L, Bültmann U, Rugulies R, m.fl. Predicting long-term sickness and early retirement pension from self-reported work ability. Int Arch Occup Environ Health. 2009;82:1133-8. Erratum in: Int Arch Occup Environ Health. 2009 Oct;82(9):1139.

52. Lund T, Jensen C, Nielsen ML, m.fl. Sygefravær i et arbejdsmiljøperspektiv; 2003. http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/udgivelser/sygefravaer.pdf (januar 2018).

53. Waddell G, Burton K. Is work good for your health and well-being? London: TSO; 2006.

54. Wæhrens EE, red. Almindelig daglig levevis – ADL. København: Munksgaard; 2015.

55. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, m.fl. Søvn og sundhed: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

56. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, m.fl. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(3):1082.

57. Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it; 2015.

58. Lehnert T, Heider D, Leicht H, m.fl. Review: health care utilization and costs of elderly persons with multiple chronic conditions. Med Care Res Rev. 2011;68(4):387-420.

59. Bähler C, Huber C, Brüngger B, m.fl. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: a claims data based observational study. BMC Health Serv Res. 2015;15:23. doi: 10.1186/s12913-015-0698-2.

60. Shippee ND, Shah ND, May CR, m.fl. Cumulative complexity: a functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. J Clin Epidemiol. 2012;65:1041-51.

61. May C, Montori VM, Mair FS. We need minimally disruptive medicine. BMJ. 2009;339:b2803. doi:10.1136/bmj.b2803.

62. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. Klinisk Sygepleje. 2016;43(01):3-16.

63. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. København: WHO; 2013.

64. Pedersen MH, Duncan P, Lasgaard M, m.fl. Danish validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ) and findings from a population health survey: a mixed-methods study. BMJ Open. 2022;12(1):e055276.

65. Duncan P, Murphy M, Man M-S, m.fl. Development and validation of the Multimorbidity Treatment Burden Questionnaire (MTBQ). BMJ open. 2018;8(4):e019413-2017.

66. Friis K, Vind BD, Simmons RK, m.fl. The relationship between health literacy and health behaviour in people with diabetes: A Danish population-based study. J Diabetes Res. 2016;2016:7823130.

67. Aaby A, Friis K, Christensen B, m.fl. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(17):1880-8.

68. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, m.fl. Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. BMJ Open. 2016;6(1):e009627.

69. Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, m.fl. Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evid Rep Technol Assess. 2011;199:1-941.

70. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. BMJ. 2012;344:e1602.

71. Friis K, Jensen ML, Lasgaard M, m.fl. Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom. Temaanalyse, vol. 2, Hvordan har du det? Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.

72. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, m.fl. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13:658. doi: 10.1186/1471-2458-13-658.

# 10. UNGES SUNDHED

I dette kapitel sættes der fokus på sundhedsforhold, der er særligt relevante for unge. I forbindelse med dataindsamlingen til *Hvordan har du det?* er der i Region Midtjylland anvendt et selvstændigt spørgeskema til unge i alderen 16-24 år. Dette kapitel bygger på data fra dette spørgeskema, som ud over spørgsmål fra skemaet til voksne indeholder et antal spørgsmål, som udelukkende stilles til unge. Aktuel viden om risikoadfærd, sundhedsvaner og mental sundhed hos unge er væsentlig for kommuner, regioner og andre aktører på sundhedsområdet ved tilrettelæggelse af sundhedsindsatser. Samtidig kan viden om unges sundhed være med til at identificere tendenser, der indikerer, hvordan fremtidens sundhedstilstand kommer til at være i den voksne befolkning. Formålet med dette kapitel er således at beskrive den overordnede forekomst og fordeling af forskellige former for risikoadfærd, sundhedsvaner og mental sundhed blandt unge. Endvidere sættes der fokus på sammenhængen mellem belastende oplevelser i barndommen og unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed.

## Risikoadfærd og sundhedsvaner blandt unge

Perioden fra 16-24 år er kendetegnet ved gradvis omstilling fra teenageårene, hvor de fleste unge stadig bor hjemme, til et begyndende voksenliv, hvor hovedparten er flyttet hjemmefra og er i gang med uddannelse eller er i arbejde. I denne periode sker der en markant følelsesmæssig, intellektuel og social udvikling. I takt med større selvstændighed åbner der sig nye muligheder for at eksperimentere med ungdoms- og voksenlivets aktiviteter og adfærdsformer. Derfor er denne periode også karakteriseret ved en høj forekomst af risikoadfærd, der kan have alvorlige konsekvenser for den enkeltes trivsel og helbred. Denne risikoadfærd topper i 20-25-årsalderen, som for mange er forbundet med en høj grad af frihed samt en væsentlig gruppemæssig påvirkning fra jævnaldrende (1-3). Samtidig er det veldokumenteret, at sundhedsvaner ofte grundlægges tidligt i livet (4-8). Sundhedsvaner i ungdomsårene kan således indebære, at konkrete handlinger og adfærdsformer får rutinekarakter, hvilket kan være til gavn eller skade resten af livet. Det er derfor vigtigt at forebygge, at risikable sundhedsvaner etableres i ungdomsårene.

Det er veldokumenteret, at tidlig rygedebut ofte fører til øget nikotinafhængighed, mindre chance for rygestop senere i livet og øget risiko for tidlig død (9-11). Ligeledes tyder undersøgelser på, at hvis man starter med at ryge som ung, har man væsentlig højere risiko for at få lungekræft, end hvis man starter som voksen (12, 13). Forebyggelse af rygestart har længe været et højprioriteret område, da de forebyggende indsatser kan være med til at reducere sygeligheden i Danmark. Der er stærk evidens for, at tiltag såsom højere priser på tobak og røgfri skoletid har stor betydning for unges rygevaner (9). Siden den seneste *Hvordan har du det?* i 2017 er der vedtaget en række politiske tiltag for at reducere forekomsten af rygning blandt unge. Fra 1. juli 2021 er røgfri skoletid et lovkrav for ungdomsuddannelser, der har et optag af elever under 18 år. Derudover steg prisen på tobak den 1. april 2020, således at gennemsnitsprisen for en pakke cigaretter var 55 kr. Den 1. januar 2022 steg gennemsnitsprisen yderligere til 60 kr. for en pakke. De mange tiltag forventes at have en betydelig indflydelse på andelen af unge, der ryger. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at data til denne undersøgelse er indsamlet i februar-maj 2021, hvor den fulde effekt af prisstigningerne endnu ikke var slået igennem.

Et andet udbredt ungdomsfænomen er brug af snus og tyggetobak. Snus er fintmalet tobak, som indeholder nikotin tilsat smagsstoffer. Brug af snus er et relativt nyt fænomen i Danmark, mens det har været udbredt i mange år i eksempelvis Sverige. Man kan blive nikotinafhængig af snus på samme måde som af tobaksrygning. Et litteraturstudie har vist, at brug af snus øger risikoen for kræft i spiserør og bugspytkirtel, forhøjet blodtryk, at dø af hjerteanfald, nedsat karcellefunktion, type 2-diabetes hos mænd samt tidlig fødsel (14). Jævnlig brug af snus og tyggetobak giver desuden skader i munden, bl.a. i slimhinder og tandkød (14, 15).

Blandt unge er alkohol det mest almindelige rusmiddel (16). Indtaget er relativt højt i mange lande, men varierer dog meget (16). Danske unges alkoholforbrug er generelt stort. På trods af at unges forbrug af alkohol har været faldende over en årrække, er danske unge fortsat blandt de unge, der drikker mest i Europa (16-18). Alkoholkulturen blandt unge i Danmark er overvejende en beruselseskultur, hvor der drikkes

med henblik på at opnå en virkning (19). Ligeledes er alkoholkulturen karakteriseret ved at være gruppeorienteret, hvor alkohol spiller en central rolle i forhold til at opbygge og bekræfte venskabsrelationer (19, 20). Dermed er det også svært for unge at vælge alkoholen fra, da de ofte samtidig fravælger en del af deres sociale miljø (19, 20). Samtidig er Danmark kendetegnet ved at være et af få lande, hvor mindreårige kan købe alkohol, hvilket bidrager til tidligere alkoholdebut blandt unge (19, 21). Et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug kan have en række negative konsekvenser for den fysiske og mentale sundhed (22) og er endvidere forbundet med skoleproblemer, ulykker og risikobetonet adfærd såsom usikker sex og brug af euforiserende stoffer (22, 23).

Vidensråd for Forebyggelse udgav i 2019 rapporten *Unges alkoholkultur – Et bidrag til debatten*, der blandt andet sammenfatter den eksisterende viden om interventioner, der kan være med til at mindske unges alkoholforbrug (19). Forskerne bag rapporten konkluderer, at der er god dokumentation for, at en højere aldersgrænse for salg af alkohol, som håndhæves, samt højere alkoholpriser har en markant effekt på alkoholdebut, alkoholforbrug samt alkoholrelaterede problemer (19, 24-29). Endvidere finder forskerne en moderat dokumentation for, at ung-til-ung-indsatser, skærpede regler for markedsføring af alkohol samt skolebaserede forebyggelsesprogrammer har en effekt på unges alkoholforbrug (19, 30-34). I de senere år har flere ungdomsuddannelser udarbejdet en strammere alkoholpolitik – ofte i et samspil med den kommunale sundhedsforvaltning (19). Sundhedsstyrelsen anbefaler, at kommunerne indgår i fælles dialog og samarbejde med de lokale ungdomsuddannelser for at sikre en ensartet rusmiddelpolitik på tværs af uddannelserne og fremhæver, at en tværgående alkohol- og rusmiddelpolitik kan være med til at sikre fælles rammer og normer for unges alkoholforbrug (35). Sammenfattende er der en række indsatser, der kan reducere unges alkoholforbrug, og indsatserne går på tværs af forskellige arenaer. Kombineres de forskellige indsatstyper, og sættes der ind på flere forskellige niveauer samtidig, er der moderat dokumentation for, at man kan forebygge skadeligt alkoholforbrug blandt unge (19).

En del unge prøver euforiserende stoffer med stimulerende, sløvende og/eller hallucinogene virkninger. De fleste fortsætter ikke brugen, men har et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i ungdomsårene (36, 37). Blandt stoffer har hash en særstatus, da mange unge prøver hash, mens et mindretal af unge prøver andre stoffer end hash. De sundhedsmæssige risici ved at bruge euforiserende stoffer varierer meget, blandt andet afhængigt af type af stof og omfang af forbrug (36, 37). Alvorlige risici ved at bruge stoffer er psykose, forgiftning (i værste fald med dødelig udgang), ulykker samt udvikling af længerevarende misbrug og afhængighed med alvorlige sociale, psykiske og helbredsmæssige følgevirkninger. Stofforgiftning blandt unge skyldes typisk hash eller centralstimulerende stoffer (såsom amfetamin og ecstasy), som også er de stoffer, der typisk er anledning til misbrugsbehandling af unge (38, 39).

## Mental sundhed blandt unge

Der har i de senere år været stort fokus på unges mentale sundhed og mentale helbred. Den stigende opmærksomhed skyldes en øget erkendelse af, at mentale helbredsproblemer udgør en stor del af sygdomsbyrden blandt børn og unge (40). Endvidere viser en række danske undersøgelser, at der er sket en markant negativ udvikling i unges mentale sundhed og mentale helbred. *Den Nationale Sundhedsprofil 2017* viste, at der i perioden fra 2010 til 2017 er sket en markant stigning blandt de 16-24-årige i andelen med højt stressniveau og dårligt mentalt helbred – særligt blandt unge kvinder (18). I rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* sammenfattes de seneste årtiers udvikling (40). Med udgangspunkt i danske repræsentative spørgeskema- og registerundersøgelser dokumenteres det, at der i de seneste 20-30 år er sket en stigning i forekomsten af mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme blandt børn og unge. Eksempelvis er andelen af unge kvinder, der ofte er nervøse og stressede, steget fra 14 % i 2005 til 36 % i 2017 (40). Blandt unge mænd er andelen steget fra 8 % til 18 % i samme periode. Undersøgelser baseret på danske registre viser endvidere en markant stigning i perioden fra 1996 til 2016 i forekomsten af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser (40). Omkring 15 % af børn og unge bliver diagnosticeret med en psykisk sygdom eller forstyrrelse, inden de er fyldt 18 år (40, 41).

Der er således meget, der tyder på, at der er sket en forværring af børn og unges mentale sundhed og mentale helbred. Det er imidlertid svært at danne sig et samlet billede af årsagerne til denne udvikling. Forandringerne kan skyldes ændringer i vores måde at tale om psykiske fænomener på eller ændringer i den måde, vi håndterer og diagnosticerer psykiske problemer på, samt hvornår vi mener, det kræver behandling (40). En anden mulig forklaring kan være ændrede samfundsforhold, der har medført øgede krav og forventninger til egne præstationer. Flere studier peger på, at unge oplever, at de skal præstere på en lang række arenaer, herunder uddannelse, venskaber og udseende (42-44). Denne oplevelse kan danne grundlag for en præstationskultur, hvor unge konstant forsøger at præstere bedst muligt for at sikre sig det gode ungdomsliv og derigennem stiller høje krav til sig selv. Samtidig skal unge navigere i de mange muligheder og valg, som er en del af ungdomslivet i det moderne samfund, hvilket kan skabe en frygt for at forspilde sine chancer og føre til selvbebrejdelser, når tingene ikke lykkes (42).

Der er flere grunde til at lave forebyggende og sundhedsfremmende indsatser for børn og unge. Først og fremmest opstår de fleste mentale helbredsproblemer tidligt i livet (45). Derudover udgør mentale helbredsproblemer en betydelig del af sygdomsbyrden hos børn og unge (40). Sidst, men ikke mindst, er der som beskrevet dokumenteret en markant stigning i andelen af børn og unge med mentale helbredsproblemer og psykiske sygdomme (40). Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* indeholder et overblik over forebyggende programmer og vidensbaserede indsatser til børn og unge (40). Endvidere har Sundhedsstyrelsen udarbejdet en forebyggelsespakke, der kan understøtte kommunernes arbejde med sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til at forbedre den mentale sundhed i den brede befolkning (46).

Der har været stor bekymring for, at nedlukningerne som følge af coronapandemien har påvirket unges mentale sundhed negativt. Det danske projekt *Sammen – hver for sig* har gennem spørgeskemaer og kvalitative interviews undersøgt, hvordan unge har håndteret coronapandemiens første nedlukning (47). Data herfra indikerer, at unge ikke har været så bekymrede for selv at få COVID-19, men i højere grad har bekymret sig om, hvornår deres hverdag vendte tilbage til normalen, samt hvornår man kunne se sine venner og sin familie igen. En anden dansk undersøgelse peger på, at flere unge kvinder end mænd havde dårlig trivsel under den første nedlukning, og at mistrivsel var mere udbredt blandt unge, der havde haft psykiske lidelser før pandemien eller kom fra økonomisk dårligt stillede familier (48). Endvidere viser en undersøgelse af danskernes trivsel, at unge mænd og kvinder rapporterede dårligere mental trivsel i den tidlige fase af pandemien sammenlignet med før pandemien (49). Internationale studier har ligeledes dokumenteret, at coronapandemien har medført en markant stigning i andelen med depression og angst, hvilket især ser ud til at have ramt den yngre del af

### Unges sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at gøre opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?* er indsamlet under coronapandemien. De fleste unge besvarede spørgeskemaet under den anden nationale nedlukning, hvor samfundet var væsentligt påvirket af coronapandemien (februar 2021). Nedlukningen af blandt andet skoler, uddannelsesinstitutioner, foreningsliv samt caféer, restauranter og natteliv har betydet, at unges dagligdag har været præget af mindre social kontakt med venner og studiekammerater. Dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i dette kapitel. Undersøgelsen tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen kan henføres til særlige levevilkår i en begrænset periode. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvis med ophævelse af restriktioner.

befolkningen (50). Meget tyder således på, at nedlukningerne i særlig grad har påvirket unge mentalt, men det fulde billede af konsekvenserne er endnu ikke kendt, og det vides ikke på nuværende tidspunkt, hvorvidt coronapandemien varigt har påvirket danske unges mentale sundhed og helbred. I rapportens kapitel 11 er der en mere udførlig beskrivelse af coronapandemiens påvirkning af befolkningen.

## Belastende oplevelser i barndommen

Det er veldokumenteret, at belastende oplevelser i barn- og ungdom kan have skadelige konsekvenser, som strækker sig ind i voksenlivet. En af de vigtigste undersøgelser, som har belyst langtidskonsekvenserne, er en større amerikansk undersøgelse, *The Adverse Childhood Experiences Study*, som blev gennemført i midten af 1990'erne (51). Undersøgelsen viste en klar sammenhæng mellem belastende oplevelser i barndommen (f.eks. at blive udsat for fysisk vold, seksuelle overgreb eller at vokse op i et hjem præget af alkohol- og stofmisbrug) og forskellige former for risikoadfærd og helbredsproblemer i voksenlivet. Endvidere viste studiet også en tydelig dosis-responseffekt, således at risikoen for helbredsproblemer steg i takt med antallet af belastende oplevelser. Siden studiet er der kommet en lang række andre undersøgelser, som på lignende vis har koblet belastende oplevelser i barndommen sammen med risikable sundhedsvaner og helbredsproblemer senere i livet (52-55). Eksempler på disse er rygning (52, 56), alkohol- og stofmisbrug (52, 57, 58), overvægt (52, 59), depression og angst (52, 57, 60), selvskadende adfærd (61), selvmordsforsøg (53, 62), hjerte-kar-sygdomme (63), type 2-diabetes (64), KOL (65), lungekræft (66, 67) og tidlig død (68). Endvidere øger belastninger i barndommen også risikoen for manglende tilknytning til arbejdsmarkedet (69). Sammenfattende viser undersøgelser, at belastende oplevelser i barndommen er væsentlige determinanter for risikoadfærd, sygdom og social marginalisering i voksenlivet.

Selvom enkeltstående faktorer ikke kan forklare sammenhængen, er der særligt to mekanismer, som fremhæves. Den øgede risiko for sygdom kan til dels tilskrives copingmekanismer, såsom overspisning, rygning samt alkohol- og stofmisbrug, som øger risikoen for sygdom (63, 70). Endvidere kan sygdommene opstå som følge af en vedvarende stressbelastning (63, 70-72), som kan medføre kognitiv svækkelse, forstyrre hjernens udvikling og øge risikoen for en række stressrelaterede sygdomme (71, 72).

Undersøgelser har vist, at forholdsvis mange har haft en eller flere belastende oplevelser i barndommen. En dansk spørgeskemaundersøgelse blandt unge i alderen 14-15 år finder, at 17 % af de unge har været udsat for fysisk vold fra mindst en af deres forældre inden for det seneste år, hvoraf 5-6 % har oplevet vold i flere år (73). Samme undersøgelse viser, at 20 % har oplevet uønskede seksuelle hændelser (73). Samtidig er det veldokumenteret, at en betydelig del af de unge, som har været udsat for én form for belastende oplevelse, også har været udsat for andre belastende oplevelser (såkaldt polyviktimisering) (74-76). Undersøgelser som disse indikerer, at man ikke kan betragte belastende oplevelser som enkeltstående fænomener, men at de i stedet optræder i et komplekst samspil.

## Kapitlets opbygning

Formålet med dette kapitel er som nævnt at beskrive den overordnede forekomst og fordeling af sundhedsforhold, der er særligt relevante for unge. I kapitlet belyses unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed. Først beskrives forekomsten i forhold til køn, alder, uddannelses- og beskæftigelsesstatus, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Hermed er det muligt at identificere grupper og sociale arenaer, hvor der er en høj forekomst af unge med risikoadfærd, risikable sundhedsvaner og dårlig mental sundhed. Endvidere sættes der fokus på særligt belastende oplevelser i de unges opvækst, og hvilken sammenhæng der er mellem dette og unges adfærd og sundhed.

Følgende indikatorer for risikoadfærd indgår i analyserne: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash, 5) Andre stoffer end hash. Indikatorerne for daglig rygning og alkohol er beskrevet i henholdsvis kapitel 2 og 3.

### Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.).

Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse brugen af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.): "Bruger du snus,

tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?". I analysen fokuseres på unge, der dagligt bruger røgfri tobak/ nikotinposer (snus mv.).

Stort forbrug af hash. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse et stort forbrug af hash: "Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?" og "Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du røget hash?". I analysen fokuseres på unge, der har haft et stort forbrug af hash (10+ gange inden for et år).

Andre stoffer end hash. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse brug af andre stoffer end hash: "Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer?" og "Hvor mange gange inden for de sidste 12 måneder har du indtaget andre stoffer end hash (f.eks. kokain, amfetamin, ecstasy)?". I analysen fokuseres på unge, der har haft et forbrug af andre stoffer end hash inden for de sidste 12 måneder.

Følgende indikatorer for sundhedsvaner indgår i analyserne: 1) Fysisk inaktive 2) Usundt kostmønster 3) Svær overvægt 4) Dårlig søvnkvalitet. Disse indikatorer er alle beskrevet nærmere i andre kapitler i rapporten: fysisk inaktive (kapitel 4), usundt kostmønster (kapitel 5), svær overvægt (kapitel 6), dårlig søvnkvalitet (kapitel 13).

Følgende indikatorer for mental sundhed indgår i analyserne: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression, 5) Selvskade. De første fire indikatorer er beskrevet nærmere i kapitel 8.

Selvskade. Følgende spørgsmål er anvendt til at belyse selvskadende adfærd: "Har du nogensinde skadet dig selv med vilje uden at have til hensigt at tage dit eget liv (f.eks. ved at skære/cutte, brænde, kradse eller slå dig selv)?" og "Hvor mange gange har du skadet dig selv inden for de seneste 12 måneder?". I analysen fokuseres på svarpersoner, der har udvist selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder.

## Beskrivelse af baggrundsvariable

En del af de baggrundsvariable, der er anvendt i dette kapitel, er beskrevet nærmere i kapitel 1 (køn, alder, etnisk baggrund). Derudover indgår nedenstående baggrundsvariable i kapitlet om unges sundhed.

Uddannelse og beskæftigelse. Svarpersonerne på 16-24 år er i undersøgelsen blevet spurgt ind til en række forhold vedrørende uddannelse og beskæftigelse. Unge, som har angivet, at de er under uddannelse, er blevet bedt om at angive, hvilken type uddannelse de er i gang med. På baggrund af besvarelserne skelnes mellem *grundskole (9. og 10. klasse), alment gymnasium (STX og HF), erhvervsrettet gymnasium (HHX, HTX og EUX), erhvervsuddannelser (EUD)* samt *videregående uddannelse*. Unge, som har angivet, at de er i beskæftigelse, men ikke under uddannelse, karakteriseres som i arbejde. Unge, der har angivet, at de hverken er i arbejde eller under uddannelse, kategoriseres som hverken i arbejde eller under uddannelse.

Kæresteforhold. Svarpersonerne på 16-24 år er blevet spurgt, hvorvidt de har en kæreste eller ægtefælle. På baggrund af dette spørgsmål inddeles svarpersonerne i to grupper: 1) *Har en kæreste/ægtefælle* og 2) *Single*.

Seksuel orientering. Svarpersonerne på 16-24 år er blevet spurgt, hvorvidt de opfatter sig selv som 1) Heteroseksuel, 2) Homoseksuel, 3) Biseksuel, 4) Uafklaret, 5) Andet. På baggrund af besvarelserne inddeles de unge i to grupper: heteroseksuel og anden seksuel orientering end heteroseksuel.

## Beskrivelse af belastende oplevelser i barndommen

Svarpersonerne er blevet spurgt, om de i deres opvækst har været udsat for en række belastende oplevelser og vilkår, før de fyldte 18 år. I analyserne indgår syv indikatorer, som bidrager til at belyse sammenhængen mellem belastende oplevelser i barndommen og unges risikoadfærd, sundhedsvaner og mentale sundhed. De syv indikatorer er:

1) Forældre skilt eller gået fra hinanden (32 % har oplevet dette)
2) Manglende omsorg i opvækst (7 % har oplevet dette)
3) Misbrugsproblemer i hjemmet (12 % har oplevet dette)
4) Psykisk sygdom i hjemmet (21 % har oplevet dette)
5) Fysisk vold i hjemmet (16 % har oplevet dette)
6) Psykisk vold i hjemmet (20 % har oplevet dette)
7) Seksuelle overgreb (4 % har oplevet dette)

Det skal fremhæves, at indikatorerne ikke belyser alvorsgraden, hyppigheden samt varigheden af de enkel-

te oplevelser, hvilket er forhold, som har stor betydning for negative skadevirkninger. Ydermere er det vigtigt at fremhæve, at ovenstående ikke skal betragtes som en udtømmende liste med belastende oplevelser i barndommen, og der kan være en række andre forhold i barndommen, som ligeledes kan have indflydelse på unges sundhed. I *Hvordan har du det?* anvendes følgende spørgsmål til at belyse de nævnte indikatorer:

Forældre skilt eller gået fra hinanden. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, at deres forældre blev skilt eller gik fra hinanden. I analysen indgår den andel, der har angivet dette.

Manglende omsorg i opvækst. Til at belyse manglende omsorg i opvæksten er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, i hvor høj grad de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at deres opvækst var præget af tryghed, nærhed og omsorg, og 2) at der var nogen til at beskytte dem og tage sig af dem, når de havde brug for det. I analysen indgår den andel, der på begge spørgsmål har angivet, at de slet ikke eller i mindre grad har oplevet dette.

Misbrugsproblemer i hjemmet. Til at belyse misbrugsproblemer i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at nogen i deres hjem havde et alkoholproblem, og 2) at nogen i deres hjem var stofmisbruger. I analysen indgår den andel, der har angivet et alkoholproblem og/eller stofmisbrug i hjemmet.

Psykisk sygdom i hjemmet. Til at belyse psykisk sygdom i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at nogen i deres hjem havde en psykisk sygdom, og 2) at nogen i deres hjem forsøgte at begå selvmord. I analysen indgår den andel, der har angivet dette på mindst ét af de to spørgsmål.

Fysisk vold i hjemmet. Til at belyse fysisk vold i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dem for fysisk vold (f.eks. at blive skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget), og 2) at deres mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for fysisk vold (f.eks. at blive skubbet, revet, rusket, slået, sparket eller kastet ind i noget). I analysen indgår den andel, der har angivet, at de selv og/eller andre i familien blev udsat for fysisk vold i hjemmet.

Psykisk vold i hjemmet. Til at belyse psykisk vold i hjemmet er der anvendt to spørgsmål. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, 1) at mor, far, stedforælder eller plejeforælder udsatte dem for psykisk vold (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet), og 2) at deres mor, far, stedforælder eller plejeforælder blev udsat for psykisk vold (f.eks. gentagne gange blev ydmyget, nedgjort eller truet). I analysen indgår den andel, der har angivet, at de selv og/eller andre i familien blev udsat for psykisk vold i hjemmet.

Seksuelle overgreb. Svarpersonerne er blevet spurgt, om de, før de fyldte 18 år, oplevede, at en voksen udsatte dem for seksuelle overgreb eller forsøg på seksuelle overgreb (f.eks. uønsket seksuel beføling, forsøg på samleje eller gennemført samleje). I analysen indgår den andel, der har angivet dette.

Antal forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. På baggrund af de syv førnævnte indikatorer er der konstrueret et simpelt kompositmål, der angiver, hvor mange forskellige af de syv belastende oplevelser og opvækstvilkår man har været udsat for. Sådanne mål har den fordel, at de kan være med til at dokumentere en mulig dosis-responssammenhæng mellem belastninger i barndommen og adfærd og sundhed i ungdomsårene.

Der er 46 % af de unge, der ikke har været udsat for nogen af de syv belastende oplevelser i barndommen. 25 % har haft én af oplevelserne, 13 % har haft to af oplevelserne, 7 % har haft tre af oplevelserne, og 8 % har haft fire eller flere af oplevelserne.

En større andel unge kvinder end mænd er opvokset i et hjem med misbrugsproblemer eller psykisk sygdom, har oplevet psykisk vold i hjemmet og/eller har været udsat for seksuelle overgreb. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den samme person kan have været udsat for flere former for belastende oplevelser. Det største overlap findes blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb, hvor 91 % har angivet mindst én anden belastende oplevelse. Omvendt ses det mindste overlap blandt unge, der har oplevet, at deres forældre blev skilt eller gik fra hinanden, hvor 64 % har angivet mindst én anden belastende oplevelse.

**Figur 10.1**
Unges risikoadfærd – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)

| | Dagligrygere<br>Pct. | Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.)<br>Pct. |
|---|---|---|
| **Alle unge** | 9 | 6 |
| **Køn** | | |
| Unge mænd | 9 | 9 |
| Unge kvinder | 8 | 3 |
| **Alder** | | |
| 16-19 år | 5 | 5 |
| 20-24 år | 11 | 7 |
| **Uddannelse og beskæftigelse** | | |
| Grundskole | 7 | 4 |
| Alment gymnasium | 3 | 5 |
| Erhvervsrettet gymnasium | 4 | 6 |
| Erhvervsuddannelse | 16 | 10 |
| Videregående uddannelse | 5 | 6 |
| I arbejde | 10 | 7 |
| Hverken i arbejde eller under uddannelse | 18 | 4 |
| **Kæresteforhold** | | |
| Har en kæreste/ægtefælle | 10 | 7 |
| Single | 7 | 5 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 8 | 6 |
| Ikke-dansk | 11 | 6 |
| **Seksuel orientering** | | |
| Heteroseksuel | 8 | 7 |
| Anden seksuel orientering | 14 | 4 |

Signifikant større end blandt alle unge i befolkningen
Signifikant mindre end blandt alle unge i befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge i befolkningen

## Unges risikoadfærd – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.1 viser unges risikoadfærd i forhold til køn, alder, uddannelse/beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder), 5) Andre stoffer end hash (inden for de seneste 12 måneder).

Køn. Der er en signifikant større andel unge mænd end unge kvinder, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), rusdrikker ugentligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash.

Alder. Der er en signifikant større andel blandt de 20-24-årige, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash, end det er tilfældet blandt de 16-19-årige.

| Rusdrikker ugentligt | Stort forbrug af hash | Andre stoffer end hash |
|---|---|---|
| Pct. | Pct. | Pct. |
| 17 | 4 | 4 |
| 21 | 6 | 6 |
| 13 | 2 | 3 |
| 18 | 3 | 3 |
| 16 | 5 | 5 |
| 16 | 2 | 1 |
| 20 | 3 | 2 |
| 17 | 3 | 3 |
| 15 | 4 | 4 |
| 17 | 2 | 5 |
| 16 | 4 | 6 |
| 11 | 8 | 5 |
| 14 | 3 | 4 |
| 18 | 4 | 4 |
| 18 | 3 | 4 |
| 9 | 7 | 6 |
| 17 | 3 | 4 |
| 15 | 7 | 9 |



Uddannelse og beskæftigelse. *Grundskole*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i grundskolen en signifikant mindre andel, der har prøvet andre stoffer end hash. *Alment gymnasium*. Blandt unge i alment gymnasium er der en signifikant større andel unge, der rusdrikker ugentligt, sammenlignet med hele ungegruppen. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt og har prøvet andre stoffer end hash. *Erhvervsrettet gymnasium*. På erhvervsrettede gymnasier er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt, sammenlignet med hele ungegruppen. *Erhvervsuddannelse*. På erhvervsuddannelser er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, end i hele ungegruppen. *Videregående uddannelse*. Blandt unge, der er i gang med en videregående uddannelse, er der en signifikant mindre andel, der ryger dagligt og har et stort forbrug af hash, end i hele ungegruppen. *I arbejde*. Unge i arbejde adskiller sig ikke signifikant fra hele ungegruppen i forhold til risikoadfærd. *Hverken i arbejde eller under uddannelse*. Blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der sammenlignet med unge generelt

en signifikant større andel, der ryger dagligt og har et stort forbrug af hash. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der rusdrikker ugentligt.

Kæresteforhold. Blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, end det er tilfældet blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle. Omvendt er der blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle, en signifikant større andel, der rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med dansk baggrund er der en signifikant større andel, der rusdrikker ugentligt, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk.

Seksuel orientering. Der er en stærk sammenhæng mellem unges seksuelle orientering og risikoadfærd. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash og har prøvet andre stoffer end hash, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle. Omvendt er der en signifikant mindre andel, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 16 % til 9 %. Se figur 10.1.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2010 til 2021 været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % til 17 %. Se figur 10.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Se figur 10.1.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2013 til 2021 været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 27 % til 17 %. Se figur 10.2.S i bind 2. Andelen af unge kvinder, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, er siden 2013 steget fra 1 % til 3 %. Se figur 10.4.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Se figur 10.1.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 20 % til 17 %. Se figur 10.2.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2017 til 2021 været et fald i andelen af unge, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, fra 6 % til 4 %. Faldet ses primært blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet fra 8 % til 6 %. Se figur 10.4.S i bind 2. ◄

**Figur 10.2**
Unges risikoadfærd – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)

| | Dagligrygere | Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.) |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Alle unge** | 9 | 6 |
| **Belastende oplevelser i barndommen** | | |
| Forældre skilt eller gået fra hinanden | 13 | 7 |
| Manglende omsorg | 21 | 6 |
| Misbrugsproblemer i hjemmet | 23 | 9 |
| Psykisk sygdom i hjemmet | 14 | 7 |
| Fysisk vold i hjemmet | 19 | 11 |
| Psykisk vold i hjemmet | 16 | 7 |
| Seksuelle overgreb | 24 | 6 |
| **Antal forskellige former for belastende oplevelser i barndommen** | | |
| 0 | 4 | 5 |
| 1 | 7 | 6 |
| 2 | 12 | 7 |
| 3 | 16 | 10 |
| 4+ | 25 | 7 |

Signifikant større end blandt alle unge i befolkningen
Signifikant mindre end blandt alle unge i befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge i befolkningen

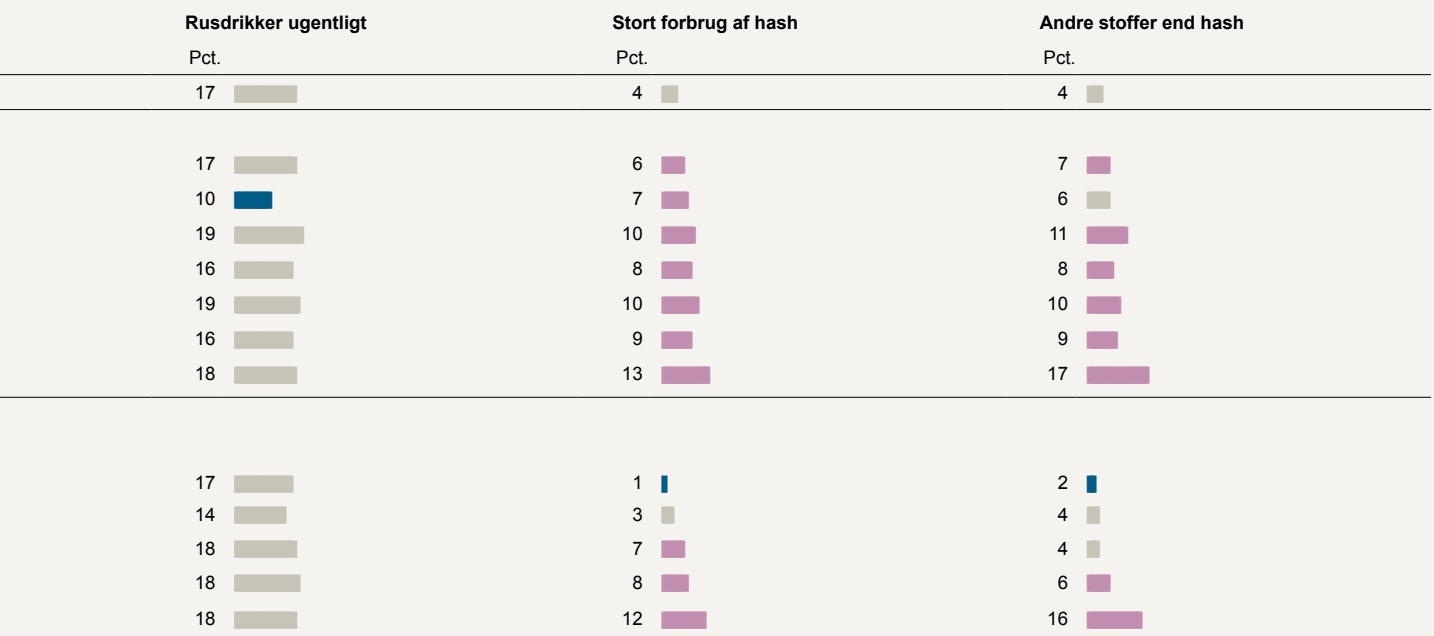
## Unges risikoadfærd – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.2 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og forskellige former for risikoadfærd blandt unge. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Dagligrygere, 2) Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), 3) Rusdrikker ugentligt, 4) Stort forbrug af hash (10+ gange inden for de seneste 12 måneder), 5) Andre stoffer end hash (inden for de seneste 12 måneder).

Dagligrygere. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der ryger dagligt, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb (24 %), og unge, der er opvokset i et hjem med misbrugsproblemer (23 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der ryger dagligt, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft belastende oplevelser i barndommen, er andelen, der ryger dagligt, seks gange større blandt unge, der har haft mindst fire forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Daglig brug af røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.). Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.), blandt unge, der har været udsat for fysisk vold i hjemmet (11 %). Endvidere ses der en signifikant større andel blandt unge, der har været udsat for tre forskellige former for belastende oplevelser i barndommen (10 %).

Rusdrikker ugentligt. Der ses ikke nogen sammenhæng mellem belastende oplevelser i barndommen og andelen, der rusdrikker ugentligt. Dog er der sam-




menlignet med hele ungegruppen en signifikant mindre andel, der rusdrikker ugentligt, blandt dem, som har oplevet manglende omsorg i opvæksten (10 %).

Stort forbrug af hash. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har et stort forbrug af hash, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen (13 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der har et stort forbrug af hash, stiger med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for at have et stort forbrug af hash omtrent 12 gange større blandt unge, der har haft mindst fire forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Andre stoffer end hash. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der har prøvet andre stoffer end hash inden for det seneste år, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen, undtagen unge, der har oplevet manglende omsorg i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i barndommen (17 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der har prøvet andre stoffer end hash, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for at have prøvet andre stoffer end hash inden for det seneste år omtrent otte gange større blandt unge, der har oplevet fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

**Figur 10.3**
Unges sundhedsvaner – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)

| | Fysisk inaktive | Usundt kostmønster | Svær overvægt | Dårlig søvnkvalitet |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| **Alle unge** | 16 | 22 | 9 | 9 |
| **Køn** | | | | |
| Unge mænd | 19 | 25 | 8 | 6 |
| Unge kvinder | 14 | 19 | 9 | 12 |
| **Alder** | | | | |
| 16-19 år | 15 | 20 | 4 | 9 |
| 20-24 år | 17 | 23 | 11 | 9 |
| **Uddannelse og beskæftigelse** | | | | |
| Grundskole | 13 | 18 | 2 | 10 |
| Alment gymnasium | 15 | 17 | 3 | 9 |
| Erhvervsrettet gymnasium | 15 | 19 | 5 | 7 |
| Erhvervsuddannelse | 23 | 38 | 18 | 10 |
| Videregående uddannelse | 14 | 16 | 7 | 9 |
| I arbejde | 13 | 24 | 8 | 7 |
| Hverken i arbejde eller under uddannelse | 28 | 29 | 20 | 15 |
| **Kæresteforhold** | | | | |
| Har en kæreste/ægtefælle | 18 | 24 | 9 | 9 |
| Single | 15 | 20 | 8 | 9 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 16 | 23 | 9 | 9 |
| Ikke-dansk | 20 | 14 | 7 | 13 |
| **Seksuel orientering** | | | | |
| Heteroseksuel | 15 | 22 | 8 | 8 |
| Anden seksuel orientering | 25 | 23 | 15 | 17 |

Signifikant større end blandt alle unge i befolkningen
Signifikant mindre end blandt alle unge i befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge i befolkningen

## Unges sundhedsvaner – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.3 viser unges sundhedsvaner fordelt på køn, alder, uddannelse og beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Fysisk inaktivitet, 2) Usundt kostmønster, 3) Svær overvægt, 4) Dårlig søvnkvalitet.

Køn. Der er en signifikant større andel unge mænd end unge kvinder, der er fysisk inaktive og har et usundt kostmønster. Omvendt er der en signifikant større andel kvinder end mænd, der har en dårlig søvnkvalitet.

Alder. Der er en signifikant større andel med svær overvægt blandt 20-24-årige end blandt 16-19-årige.

Uddannelse og beskæftigelse. Der ses en tydelig sammenhæng mellem en række sundhedsvaner og unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus. *Grundskole*. Blandt unge i grundskolen er en signifikant mindre andel svært overvægtige sammenlignet med hele ungegruppen. *Alment gymnasium*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i alment gymnasium en signifikant mindre andel med usundt kostmønster og svær overvægt. *Erhvervsrettet gymnasium*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i erhvervsrettet gymnasium en signifikant mindre andel med svær overvægt. *Erhvervsuddannelse*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge på erhvervsuddannelser en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har usundt kostmønter og har svær overvægt. *Videregående uddannelse*. Blandt unge på videregående uddannelser er der en signifikant mindre andel med usundt kostmønster, end det er tilfældet i hele ungegruppen. *I arbejde*. Der er en mindre andel blandt unge i arbejde, der er fysisk inaktive og har dårlig søvnkvalitet, sammenlignet med hele ungegruppen. *Hverken i arbejde eller under uddannelse*. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har usundt kostmønster, har svær overvægt og dårlig søvnkvalitet blandt unge, der hverken er i arbejde under uddannelse.

Kæresteforhold. Blandt unge, der har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der har et usundt kostmønster, end det er tilfældet blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med dansk baggrund er der en signifikant større andel med usundt kostmønster, end det er tilfældet blandt unge med anden etnisk baggrund. Omvendt er der en signifikant større andel blandt unge med anden etnisk baggrund, der har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet blandt unge med dansk baggrund.

Seksuel orientering. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, har svær overvægt og dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt unge fra 11 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd og på tværs af aldersgrupper. Se figur 10.5.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt unge fra 18 % til 22 %. Stigningen ses blandt unge kvinder og de 20-24-årige. Se figur 10.6.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 6 % til 9 %. Stigningen ses blandt unge kvinder og de 20-24-årige. Se figur 10.7.S i bind 2. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 3 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt unge fra 13 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd og på tværs af aldersgrupper. Se figur 10.5.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster blandt unge fra 16 % til 22 %. Se figur 10.6.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 6 % til 9 %. Stigningen ses både blandt unge kvinder og unge mænd samt de 20-24-årige. Se figur 10.7.S i bind 2. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 4 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 7 % til 9 %. Se figur 10.7.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge fra 6 % til 9 %. Se figur 10.8.S i bind 2. ◄

**Figur 10.4**
Unges sundhedsvaner – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)

| | Fysisk inaktive | Usundt kostmønster | Svær overvægt | Dårlig søvnkvalitet |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. |
| **Alle unge** | 16 | 22 | 9 | 9 |
| **Belastende oplevelser i barndommen** | | | | |
| Forældre skilt eller gået fra hinanden | 19 | 26 | 12 | 13 |
| Manglende omsorg | 22 | 25 | 12 | 25 |
| Misbrugsproblemer i hjemmet | 20 | 29 | 14 | 18 |
| Psykisk sygdom i hjemmet | 22 | 25 | 13 | 20 |
| Fysisk vold i hjemmet | 22 | 30 | 13 | 20 |
| Psykisk vold i hjemmet | 20 | 27 | 14 | 20 |
| Seksuelle overgreb | 21 | 27 | 12 | 27 |
| **Antal forskellige former for belastende oplevelser i barndommen** | | | | |
| 0 | 14 | 19 | 6 | 5 |
| 1 | 16 | 21 | 9 | 8 |
| 2 | 21 | 26 | 10 | 11 |
| 3 | 18 | 30 | 13 | 18 |
| 4+ | 24 | 30 | 18 | 29 |

Signifikant større end blandt alle unge i befolkningen
Signifikant mindre end blandt alle unge i befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge i befolkningen

## Unges sundhedsvaner – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.4 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og forskellige former for sundhedsvaner blandt unge. Følgende indikatorer for sundhedsvaner indgår i analysen: 1) Fysisk inaktive, 2) Usundt kostmønster, 3) Svær overvægt og 4) Dårlig søvnkvalitet.

Fysisk inaktive. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der manglede omsorg i opvæksten (22 %), har oplevet psykisk sygdom i hjemmet (22 %), fysisk vold i hjemmet (22 %), psykisk vold i hjemmet (20 %) og har haft forældre, der er skilt eller er gået fra hinanden (19 %). Der ses endvidere en signifikant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der har haft to eller fire+ forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Usundt kostmønster. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel, der har et usundt kostmønster, blandt unge, der har oplevet fysisk vold i hjemmet (30 %), misbrugsproblemer i hjemmet (29 %), psykisk vold i hjemmet (27 %) og har haft forældre, der er skilt eller gået fra hinanden (26 %). Der ses endvidere en signifikant større andel med usundt kostmønster blandt unge, der har haft to eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Svær overvægt. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med svær overvægt på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen med undtagelse af unge, der har oplevet manglende omsorg i opvæksten. Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med svær overvægt stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er risikoen for svær overvægt tre gange større blandt unge, der har haft fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Dårlig søvnkvalitet. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i opvæksten (27 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er andelen med dårlig søvnkvalitet mere end tre gange større i denne gruppe. Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med dårlig søvnkvalitet stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med dårlig søvnkvalitet næsten seks gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskelige former for belastende oplevelser i barndommen.

**Figur 10.5**
Unges mentale sundhed – køn, alder og sociale forhold (16-24 år)

| | Høj score på stressskalaen | Generet af angst og anspændthed |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Alle unge** | 44 | 14 |
| **Køn** | | |
| Unge mænd | 32 | 10 |
| Unge kvinder | 54 | 19 |
| **Alder** | | |
| 16-19 år | 45 | 13 |
| 20-24 år | 43 | 15 |
| **Uddannelse og beskæftigelse** | | |
| Grundskole | 36 | 11 |
| Alment gymnasium | 54 | 17 |
| Erhvervsrettet gymnasium | 42 | 13 |
| Erhvervsuddannelse | 39 | 10 |
| Videregående uddannelse | 39 | 14 |
| I arbejde | 39 | 10 |
| Hverken i arbejde eller under uddannelse | 65 | 30 |
| **Kæresteforhold** | | |
| Har en kæreste/ægtefælle | 45 | 13 |
| Single | 43 | 15 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 43 | 14 |
| Ikke-dansk | 50 | 20 |
| **Seksuel orientering** | | |
| Heteroseksuel | 42 | 12 |
| Anden seksuel orientering | 58 | 30 |

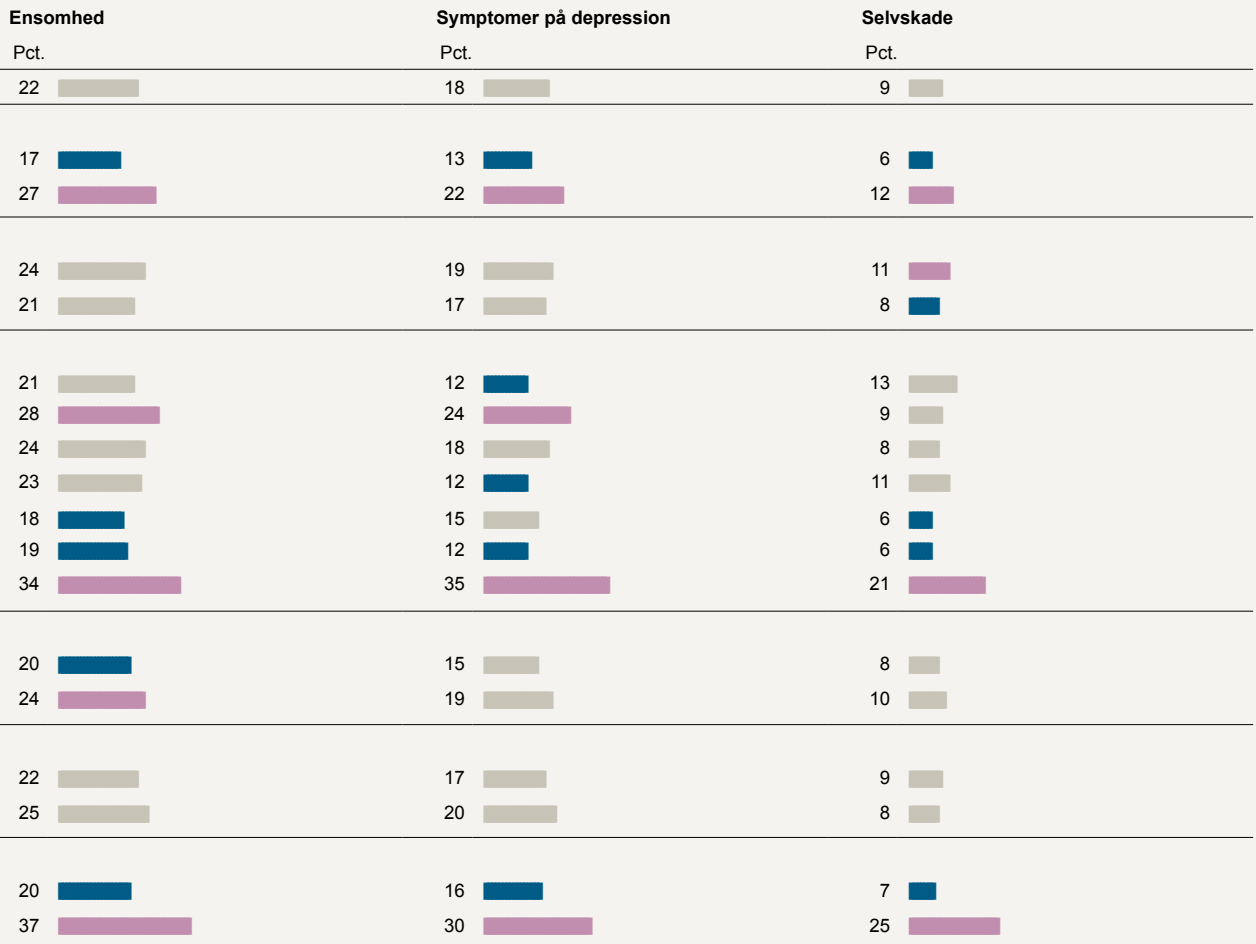
Signifikant større end blandt alle unge i befolkningen
Signifikant mindre end blandt alle unge i befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge i befolkningen

## Unges mentale sundhed – køn, alder og sociale forhold

Figur 10.5 viser andelen af unge med dårlig mental sundhed i forhold til køn, alder, uddannelse og beskæftigelse, kæresteforhold, etnisk baggrund og seksuel orientering. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression og 5) Selvskade.

Køn. Der er en markant større andel unge kvinder end unge mænd, der har en høj score på stressskalaen, er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme, har symptomer på depression og/eller har selvskadende adfærd.

Alder. Blandt unge i alderen 16-19 år er der en signifikant større andel med selvskadende adfærd, end det er tilfældet for unge i alderen 20-24 år.






Uddannelse og beskæftigelse. Blandt unge ses der en tydelig sammenhæng mellem uddannelses- og beskæftigelsesstatus og mental sundhed. *Grundskole*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i grundskolen en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen og har symptomer på depression. *Alment gymnasium*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge i alment gymnasium en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen, føler sig ensomme og har symptomer på depression. *Erhvervsrettet gymnasium*. Unge på erhvervsrettet gymnasium afviger ikke signifikant fra hele ungegruppen på alle indikatorer for mental sundhed. *Erhvervsuddannelse*. Sammenlignet med unge generelt er der på erhvervsuddannelser en signifikant mindre andel, der er generet af angst og anspændthed og har symptomer på depression. *Videregående uddannelse*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge på videregående uddannelse en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, føler sig ensomme og har selvskadende adfærd. *I arbejde*. Sammenlignet med unge generelt er der

blandt unge i arbejde en signifikant mindre andel, der har en høj score på stressskalaen, er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme, har symptomer på depression og har selvskadende adfærd. *Hverken i arbejde eller under uddannelse*. Sammenlignet med unge generelt er der blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, en signifikant større andel med dårlig mental sundhed (alle indikatorer). Omtrent to ud af tre unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har en høj score på stress-skalaen, og omkring hver tredje er generet af angst og anspændthed, føler sig ensomme og/eller har symptomer på depression. Mere end hver femte unge person, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har udvist selvskadende adfærd.

Kæresteforhold. Blandt unge, der ikke har en kæreste/ægtefælle, er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, end det er tilfældet for unge, der har en kæreste/ægtefælle.

Etnisk baggrund. Blandt unge med anden etnisk baggrund end dansk er der en signifikant større andel, der har en høj score på stressskalaen og er generet af angst og anspændthed, end det er tilfældet for unge med dansk baggrund.

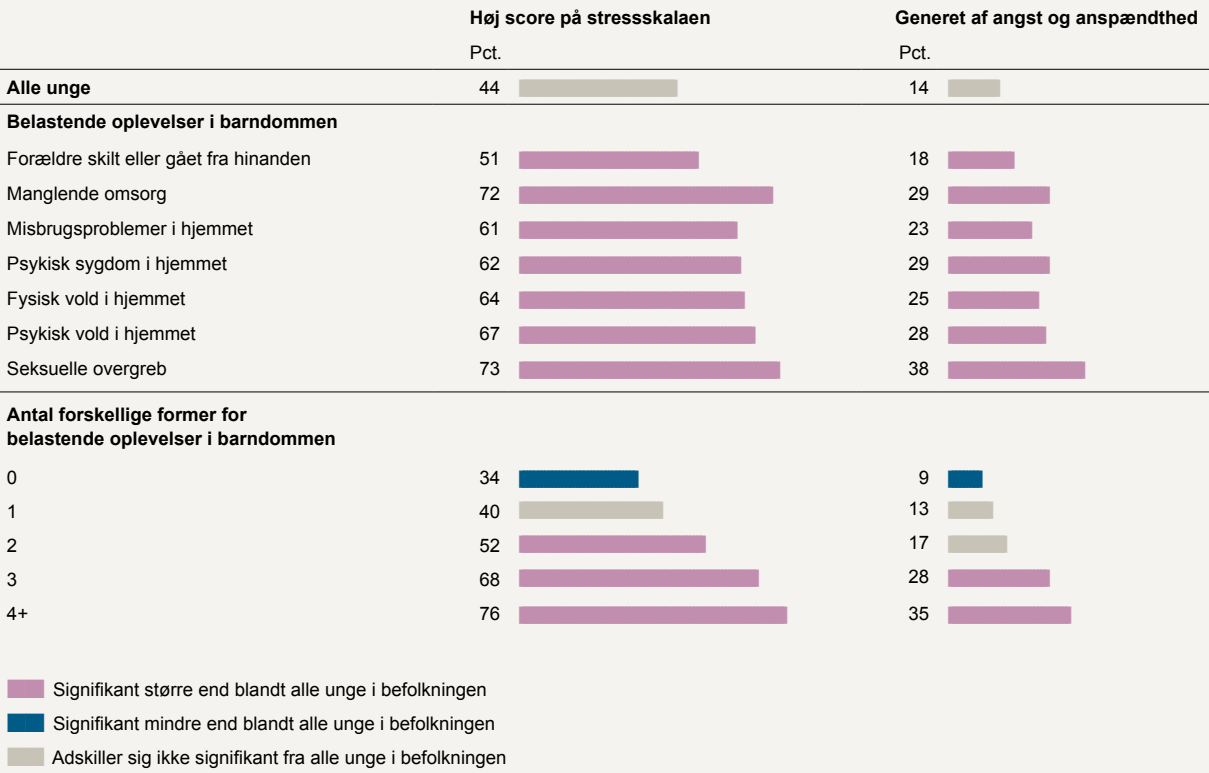
Seksuel orientering. Der er en stærk sammenhæng mellem unges seksuelle orientering og mental sundhed. Blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er der en markant større andel med dårlig mental sundhed (alle indikatorer), end det er tilfældet for unge, der er heteroseksuelle.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Se figur 10.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der har en høj score på stressskalaen, fra 22 % til 44 %. Se figur 10.9.S i bind 2. Endvidere har der i perioden fra 2013 til 2021 været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Se figur 10.10.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der har en høj score på stressskalaen, fra 32 % til 44 %. Se figur 10.9.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 10 % til 14 %. Se figur 10.10.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der føler sig ensomme, fra 12 % til 22 %. Se figur 10.11.S i bind 2. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % til 18 %. Se figur 10.12.S i bind 2. ◄

**Figur 10.6**
Unges mentale sundhed – belastende oplevelser i barndommen (16-24 år)

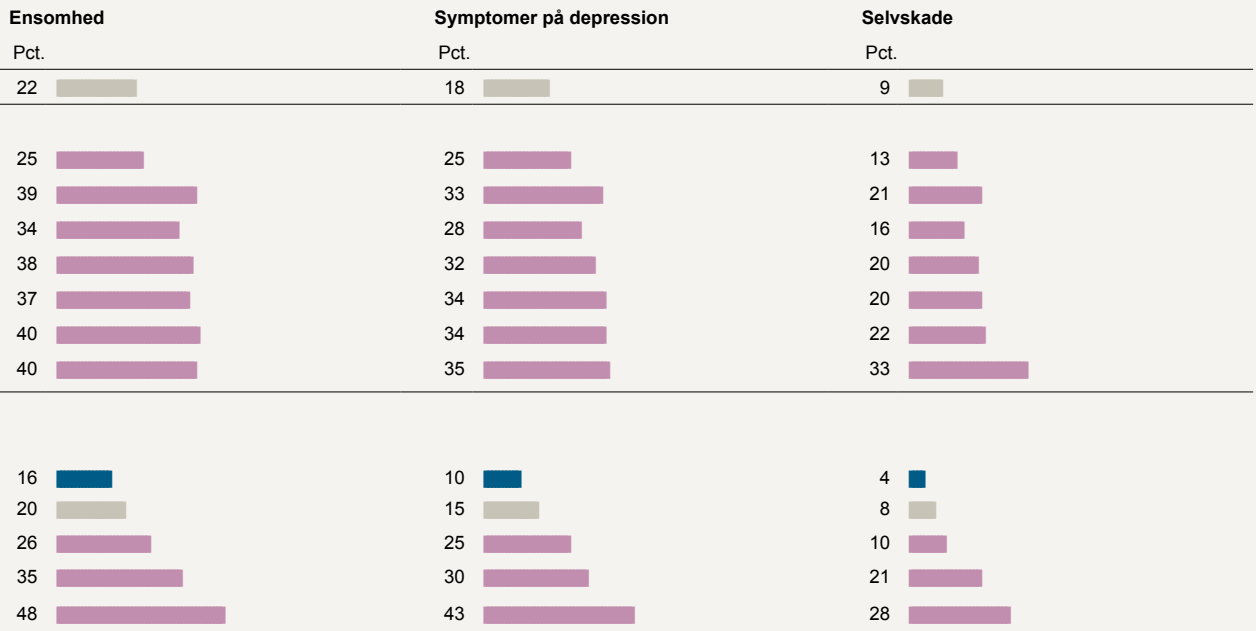



## Unges mentale sundhed – belastende oplevelser i barndommen

Figur 10.6 viser sammenhængen mellem en række belastende oplevelser i barndommen og mental sundhed blandt unge. Følgende indikatorer indgår i analysen: 1) Høj score på stressskalaen, 2) Generet af angst og anspændthed, 3) Ensomhed, 4) Symptomer på depression og 5) Selvskade.

Høj score på stressskalaen. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel med en høj score på stressskalaen i alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. De højeste forekomster findes hos unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (73 %) og har manglet omsorg i opvæksten (72 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med en høj score på stressskalaen stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med en høj score på stressskalaen omkring dobbelt så stor for unge, der har været udsat for fire eller flere forskelige former for belastende oplevelser i barndommen.

Generet af angst og anspændthed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der er generet af angst og anspændthed, i alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst ses blandt unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (38 %). Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der er generet af angst og anspændthed, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har været udsat for belastende oplevelser, er andelen, der er generet af angst og anspændthed, næsten fire gange større for unge, der har været udsat for fire eller flere forskelige former for belastende oplevelser i barndommen.




Ensomhed. Sammenlignet med hele ungegruppen er der en signifikant større andel, der føler sig ensomme, på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen, der føler sig ensomme, stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen, der føler sig ensom, tre gange større for unge, der har været udsat for fire eller flere forskellige former for belastende oplevelser i barndommen.

Symptomer på depression. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med symptomer på depression på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med symptomer på depression stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med symptomer på depression omtrent fire gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskelige former for belastende oplevelser i barndommen.

Selvskade. Sammenlignet med unge generelt er der en signifikant større andel med selvskadende adfærd på tværs af alle grupper med belastende oplevelser i barndommen. Den højeste forekomst af selvskadende adfærd findes hos unge, der har været udsat for seksuelle overgreb i deres barndom (33 %). Sammenlignet med hele ungegruppen er andelen med selvskadende adfærd mere end tre gange større for unge, der har været udsat for seksuelle overgreb. Der ses endvidere en tydelig dosis-responssammenhæng, således at andelen med selvskadende adfærd stiger i takt med antallet af forskellige former for belastende oplevelser i barndommen. Sammenlignet med unge, der ikke har haft nogen af disse belastende oplevelser, er andelen med selvskadende adfærd syv gange større blandt unge, der har været udsat for fire eller flere forskelige former for belastende oplevelser i barndommen.

## Sammenfatning

Andelen af unge, der ryger dagligt, er 9 %. Der er en stærk sammenhæng mellem daglig rygning og de unges uddannelses- og beskæftigelsesstatus. De største andele ses blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (18 %) og på erhvervsuddannelserne (16 %). Siden 2010 har der været et fald i andelen af unge, der ryger dagligt, fra 16 % i 2010 til 9 % i 2021.

Der er 6 % af de unge, der dagligt bruger røgfri tobak/nikotinposer (snus mv.). Andelen er større blandt unge mænd (9 %) end blandt unge kvinder (3 %).

Andelen af unge, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er 17 %. Andelen er større blandt unge mænd (21 %) end blandt unge kvinder (13 %). Endvidere er forekomsten større blandt unge, der går på alment gymnasium (20 %). Siden 2010 er der sket et markant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % i 2010 til 17 % i 2021. Faldet ses både blandt unge mænd og kvinder.

Der er 4 % af de unge, der har et stort forbrug af hash (mere end 10 gange inden for de seneste 12 måneder). Der er tre gange så mange unge mænd (6 %) som unge kvinder (2 %), der har et stort forbrug af hash. Derudover er forekomsten særlig stor blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (8 %). Forekomsten af unge med et stort forbrug af hash har været stabil siden 2013.

Andelen af unge, der har prøvet andre euforiserende stoffer end hash inden for de seneste 12 måneder, er 4 %. Andelen er dobbelt så stor blandt unge mænd (6 %) end blandt unge kvinder (3 %). Siden 2017 har der været et fald i andelen af unge, som har prøvet andre euforiserende stoffer end hash, fra 6 % til 4 %. Faldet ses primært blandt unge mænd. Blandt unge kvinder er andelen steget siden 2013.

Der er 16 % af de unge, der er fysisk inaktive. Forekomsten er større blandt unge mænd (19 %) end blandt unge kvinder (14 %). Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der er fysisk inaktive, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (28 %) og på erhvervsuddannelserne (23 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive, fra 11 % til 16 %.

Blandt de unge har 22 % et usundt kostmønster. Forekomsten er større blandt unge mænd (25 %) end blandt unge kvinder (19 %). Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der har et usundt kostmønster, blandt unge på erhvervsuddannelserne (38 %) og unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (29 %). Siden 2010 har der været en stigning i andelen af unge med usundt kostmønster fra 18 % i 2010 til 22 % i 2021. Stigningen ses primært blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år.

Andelen af unge med svær overvægt er på 9 %. Der ses en markant social gradient, således at andelen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (20 %), og på erhvervsuddannelserne (18 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med svær overvægt fra 6 % til 9 %. Stigningen ses primært blandt unge kvinder og unge i alderen 20-24 år.

Forekomsten af dårlig søvnkvalitet blandt unge er 9 %. Dobbelt så mange unge kvinder (12 %) som unge mænd har en dårlig søvnkvalitet (6 %). Derudover ses der sammenlignet med unge generelt en større forekomst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (15 %). I perioden fra 2010 til 2021 har der været en tredobling i andelen med dårlig søvnkvalitet fra 3 % til 9 %.

Andelen af unge med en høj score på stressskalaen er 44 %. Forekomsten er markant større blandt unge kvinder (54 %) end blandt unge mænd (32%). I forhold til uddannelses- og beskæftigelsesstatus ses der en tydelig variation, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er størst blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (65 %), og unge, der går på alment gymnasium (54 %). I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en fordobling i andelen af unge med en høj score på stressskalaen. I 2013 var det 22 %, der havde en høj score på stressskalaen, mens forekomsten i 2021 var på 44 %.

Der er 14 % af de unge, der er generet af angst og anspændthed. Markant flere unge kvinder (19 %) end unge mænd (10 %) oplever dette. Sammenlignet med unge generelt er der en markant større andel, der er generet af angst og anspændthed, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (30 %). I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %.

Der er 22 % af de unge, der føler sig ensomme, og der er markant flere unge kvinder (27 %) end unge mænd (17 %), der oplever dette. Derudover er der sammenlignet med unge generelt en markant større andel, der føler sig ensomme, blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (34 %), og unge, der går i alment gymnasium (28 %). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge, der føler sig ensomme, fra 12 % til 22 %. Der er således tale om næsten en fordobling.

I alt 18 % af de unge har symptomer på depression, og der er markant flere unge kvinder (22 %) end unge mænd (13 %) med symptomer på depression. Sammenlignet med unge generelt er forekomsten større blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (35 %), og unge, der går i alment gymnasium (24 %). I perioden fra 2017 til 2021 har der været en markant stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % til 18 %.

Andelen af unge med selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder er 9 %. Forekomsten er dobbelt så stor blandt unge kvinder (12 %) end blandt unge mænd (6 %). Sammenlignet med unge generelt er forekomsten af selvskadende adfærd større blandt unge, der hverken er i arbejde eller under uddannelse (25 %). Der har siden 2017 ikke været nogen ændringer i andelen af unge, der har selvskadende adfærd.

Unge, der har haft forskellige former for belastende oplevelser i barndommen (f.eks. været udsat for seksuelle overgreb eller har oplevet fysisk eller psykisk vold i hjemmet) har oftere risikoadfærd, risikable sundhedsvaner og dårlig mental sundhed.

Endelig skal det nævnes, at der blandt unge med anden seksuel orientering end heteroseksuel er en større andel, der ryger dagligt, har et stort forbrug af hash, har prøvet andre stoffer end hash, har risikable sundhedsvaner og har markant dårligere mental sundhed, end det er tilfældet blandt unge, der er heteroseksuelle.

## Referencer

1. Poulsen A. Ungdommen i udviklingspsykologien. Psyke & Logos, 2010. 31(1): s. 19-19.

2. Currie C, et al. Young people's health in context: Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey. 2004: København: WHO Regional Office for Europe.

3. Emerging Adulthood. A Theory of Development From the Late Teens Through the Twenties, in «American Psychologist». 2000, May.

4. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. The lancet, 2003. 362(9387): s. 847-852.

5. Chassin L, et al. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. Health psychology, 1996. 15(6): s. 478.

6. Andersen LB, et al. The relationship between physical fitness and clustered risk, and tracking of clustered risk from adolescence to young adulthood: eight years follow-up in the Danish Youth and Sport Study. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity, 2004. 1(1): s. 1-4.

7. Kristensen PL, et al. Tracking and prevalence of cardiovascular disease risk factors across socio-economic classes: a longitudinal substudy of the European Youth Heart Study. BMC Public Health, 2006. 6(1): s. 1-9.

8. Currie C, et al. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the, 2009. 2010: s. 271.

9. Vestbo J, et al. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker? 2018, København: Vidensråd for Forebyggelse.

10. Pisinger C, et al. Smoking cessation intervention in a large randomised population-based study. The Inter99 study. Preventive medicine, 2005. 40(3): s. 285-292.

11. Chassin L, et al. The natural history of cigarette smoking: predicting young-adult smoking outcomes from adolescent smoking patterns. Health psychology, 1990. 9(6): s. 701.

12. Hymowitz, N. Cigarette smoking and lung cancer: pediatric roots. Lung cancer international, 2012. 2012.

13. Sakata R, et al. Impact of smoking on mortality and life expectancy in Japanese smokers: a prospective cohort study. BMj, 2012. 345.

14. Folkehelseinstituttet. Helserisiko ved snusbruk. Folkehelseinstituttet. 2019: https://www.fhi.no/globalas-sets/dokumenterfiler/rapporter/2019/helserisiko-ved-snusbruk-rapport-2019.pdf

15. Tandlægeforeningen. Snus kan give skader i munden. 2017. https://www.tandlaegeforeningen.dk/pati-enter/livsstil/rygning-tobak-og-snus/snus/snus-kan-give-skader-i-munden/

16. ESPAD Group. ESPAD Report 2019: Results from the european school survey project on alcohol and other drugs. 2020.

17. Jensen HAR, Udesen CH, Ekholm O. Den Europæiske Rusmiddelundersøgelsen (ESPAD) 2019: Rusmiddeladfærd blandt skoleelever i 9. klasse i Danmark og udviklingen siden 1995. 2020.

18. Jensen HAR, et al. Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017. 2018.

19. Tolstrup JS, et al. Unges alkoholkultur: et bidrag til debatten. 2019: Vidensråd for Forebyggelse.

20. MacLean S. Alcohol and the constitution of friendship for young adults. Sociology, 2016. 50(1): s. 93-108.

21. Faktaark om unge, alkohol og aldersgrænser. Bilag præsenteret til Sundheds- og ældreudvalget d. 18 Maj 2017. Sundheds- og Ældreudvalget 2016-2017. https://www.ft.dk/samling/20161/almdel/SUU/bilag/329/1758605.pdf

22. Guo J, et al. Developmental pathways to alcohol abuse and dependence in young adulthood. Journal of studies on alcohol, 2000. 61(6): s. 799-808.

23. Cooper ML. Alcohol use and risky sexual behavior among college students and youth: evaluating the evidence. Journal of Studies on Alcohol, supplement, 2002(14): s. 101-117.

24. Anderson P, Chisholm D, Fuhr DC. Effectiveness and cost-effectiveness of policies and programmes to reduce the harm caused by alcohol. The lancet, 2009. 373(9682): s. 2234-2246.

25. Wagenaar AC, Toomey TL. Effects of minimum drinking age laws: review and analyses of the literature from 1960 to 2000. Journal of Studies on Alcohol, supplement, 2002(14): s. 206-225.

26. Gilligan C, Kuntsche E, Gmel G. Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. Alcohol and alcoholism, 2012. 47(6): s. 732-737.

27. Babor T, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. Rev Bras Psiquiatr, 2010. 26(4): s. 280-283.

28. Martineau F, et al. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. Preventive medicine, 2013. 57(4): s. 278-296.

29. Wagenaar AC, Salois MJ, Komro KA. Effects of beverage alcohol price and tax levels on drinking: a meta-analysis of 1003 estimates from 112 studies. Addiction, 2009. 104(2): s. 179-190.

30. MacArthur G J, et al. Peer-led interventions to prevent tobacco, alcohol and/or drug use among young people aged 11–21 years: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 2016. 111(3): s. 391-407.

31. Anderson P, et al. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. Alcohol and alcoholism, 2009. 44(3): s. 229-243.

32. Hingson R, White A. New research findings since the 2007 Surgeon General's Call to Action to Prevent and Reduce Underage Drinking: A review. Journal of studies on alcohol and drugs, 2014. 75(1): s. 158-169.

33. Das JK, et al. Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. Journal of Adolescent Health, 2016. 59(4): s. S61-S75.

34. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Cochrane Review: Universal school-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 2012. 7(2): s. 450-575.

35. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol 2018: 2300 København S.

36. Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 – Nationale data. 2017: 2300 København S.

37. Sundhedsstyrelsen. Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 1. 2020: Sundhedsstyrelsen, 2300 København S.

38. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser - Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 4. 2021: 2300 København S.

39. Rheinländer TN & Nielsen GA. Unges livsstil og dagligdag 2006. 2007, Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen.

40. Jeppesen P, et al. Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år-forekomst, udvikling og forebyggelsesmuligheder. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2020.

41. Dalsgaard S, et al.. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. JAMA psychiatry, 2020. 77(2): s. 155-164.

42. Sørensen NU, et al. Når det er svært at være ung i DK: unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. 2011.

43. Krogh SC. "It's Just Performance all the Time": Early Adolescents' Accounts of School-Related Performance Demands and Well-Being. Scandinavian Journal of Educational Research, 2022: s. 1-14.

44. Nielsen AM & Lagermann L. Stress i gymnasiet. Hvad der stresser gymnasielever og hvordan forebyggelse og behandling virker med 'Åben og rolig for unge'. DPU, Aarhus Universitet, 2017.

45. Elliott I. Poverty and mental health: a review to inform the Joseph Rowntree Foundation's Anti-Poverty Strategy. London: Mental Health Foundation, 2016: s. 1-110.

46. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. 2018: København S.

47. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing, JA, Tolstrup JS. Sammen – hver for sig. Statens Institut for Folkesundhed. 2021: København K

48. Hoffmann SH, et al. Symptoms of distress among young Danes during the national lockdown in May 2020. European Child & Adolescent Psychiatry, 2021.

49. Würtzen H, et al. Mental well-being, health, and locus of control in Danish adults before and during COVID-19. Acta Neuropsychiatrica, 2021: s. 1-17.

50. Santomauro DF, et al. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. The Lancet, 2021. 398(10312): s. 1700-1712.

51. Felitti VJ, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. American journal of preventive medicine, 1998. 14(4): s. 245-258.

52. Hughes K, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Public Health, 2017. 2(8): s. e356-e366.

53. Kalmakis KA & Chandler GE. Health consequences of adverse childhood experiences: A systematic review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 2015. 27(8): s. 457-465.

54. Hailes HP, et al. Long-term outcomes of childhood sexual abuse: an umbrella review. The Lancet Psychiatry, 2019. 6(10): s. 830-839.

55. Norman RE, et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. PLoS medicine, 2012. 9(11): s. e1001349.

56. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. Jama, 1999. 282(17): s. 1652-1658.

57. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences, alcoholic parents, and later risk of alcoholism and depression. Psychiatric services, 2002. 53(8): s. 1001-1009.

58. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and prescribed psychotropic medications in adults. American journal of preventive medicine, 2007. 32(5): s. 389-394.

59. Williamson DF, et al. Body weight and obesity in adults and self-reported abuse in childhood. International journal of obesity, 2002. 26(8): s. 1075-1082.

60. Chapman DP, et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. Journal of affective disorders, 2004. 82(2): s. 217-225.

61. Liu RT, et al. Childhood maltreatment and non-suicidal self-injury: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry, 2018. 5(1): s. 51-64.

62. Dube SR, et al. Childhood abuse, household dysfunction, and the risk of attempted suicide throughout the life span: findings from the Adverse Childhood Experiences Study. Jama, 2001. 286(24): s. 3089-3096.

63. Dong M, et al. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: adverse childhood experiences study. Circulation, 2004. 110(13): s. 1761-1766.

64. Huang H, et al. Adverse childhood experiences and risk of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Metabolism, 2015. 64(11): s. 1408-1418.

65. Anda RF, et al. Adverse childhood experiences and chronic obstructive pulmonary disease in adults. American journal of preventive medicine, 2008. 34(5): s. 396-403.

66. Brown DW, et al. Adverse childhood experiences are associated with the risk of lung cancer: a prospective cohort study. BMC public health, 2010. 10(1): s. 1-12.

67. Ports KA, et al. Adverse childhood experiences and the presence of cancer risk factors in adulthood: a scoping review of the literature from 2005 to 2015. Journal of pediatric nursing, 2019. 44: s. 81-96.

68. Brown DW, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. American journal of preventive medicine, 2009. 37(5): s. 389-396.

69. Hansen CD, et al. The importance of adverse childhood experiences for labour market trajectories over the life course: a longitudinal study. BMC public health, 2021. 21(1): s. 1-12.

70. Felitti VJ. Adverse childhood experiences and adult health. Academic pediatrics, 2009. 9(3): s. 131.

71. Middlebrooks JS & Audage NC. The effects of childhood stress on health across the lifespan. 2008, National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease.

72. Shonkoff JP, et al. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics, 2012. 129(1): s. e232-e246.

73. Oldrup HH, et al. Vold og seksuelle overgreb mod børn og unge i Danmark 2016. 2016: SFI-Det Nationale Forskningscenter for Velfærd.

74. Finkelhor D, Ormrod RK, Turner HA. Polyvictimization and trauma in a national longitudinal cohort. Development and psychopathology, 2007. 19(1): s. 149-166.

75. Aho N, Proczkowska-Björklund M, Svedin CG. Victimization, polyvictimization, and health in Swedish adolescents. Adolescent health, medicine and therapeutics, 2016. 7: s. 89.

76. Lasgaard M, Lindekilde N, Bramsen RH. Patterns of victimization: A person-centered approach to physical and sexual violence in a representative sample of Danish youth. Child abuse & neglect, 2018. 84: s. 115-122.

# 11. COVID-19

En ny smitsom sygdom, COVID-19, har siden begyndelsen af 2020 sat sit præg på hverdagen i Danmark og resten af verden. I *Hvordan har du det? 2021* er svarpersonerne blevet bedt om at svare på en række spørgsmål om, hvordan COVID-19 har påvirket dem. Det skal understreges, at der er tale om et øjebliksbillede på det tidspunkt, hvor svarene blev afgivet (hovedparten af spørgeskemaerne er udfyldt i februar-marts 2021). Situationen under coronapandemien har ændret sig hurtigt, og kapitlet skal derfor læses i det lys. Kapitlet starter med en introduktion til emnet, og herefter følger en gennemgang af resultaterne.

## COVID-19

COVID-19 er en virussygdom, der primært angriber luftvejene. Sygdommen forårsages af en coronavirus (SARS-CoV-2). Infektionen går ofte over af sig selv – i mange tilfælde uden eller med kun lette symptomer – men i nogle tilfælde udvikler den sig til en alvorlig lungebetændelse, og virussen kan desuden forårsage skader på kredsløbet i form af blodpropper i hjerne, hjerte, nyrer, lunger og arme og ben. COVID-19 kan medføre senfølger og er i værste fald dødelig (1).

Sygdommen overføres ved dråbe- og kontaktsmitte. COVID-19 er mere smitsom end influenza, og sygdommen smitter desuden, selvom smittebæreren (endnu) ikke har symptomer, hvilket gør den vanskelig at inddæmme (inkubationstiden er forholdsvis lang). Der findes indtil videre ingen lægemidler, der kan kurere sygdommen, men sygdomsforløbet kan lindres gennem behandling med bl.a. ilt, antivirale lægemidler og antistofbehandling. Dødeligheden anslås at være mellem 0,15 og 1 % (infection fatality rate). Den stiger kraftigt med alderen og er højere hos personer med en række kroniske sygdomme (1-4).

## Coronapandemien og tiltag for at mindske smittespredningen

De første tilfælde af COVID-19 blev opdaget i december 2019 i den kinesiske millionby Wuhan. Sygdommen spredte sig hurtigt globalt, og i slutningen af januar 2020 erklærede Verdenssundhedsorganisationen (WHO) COVID-19-udbruddet for en global sundhedskrise. Den 11. marts opgraderede WHO trusselsniveauet til en pandemi (5).

På trods af advarsler gennem flere år fra fagfolk om faren for pandemier var de fleste landes regeringer uforberedte på situationen, og mange lande valgte en vent-og-se-strategi frem for med det samme at iværksætte en aggressiv inddæmning af smitten. Det har uden tvivl været med til at accelerere pandemien i den første fase (6, 7).

Midlerne, der er taget i anvendelse under coronapandemien for at forhindre smittespredning (trods store forskelle fra land til land i den konkrete udformning), kan opdeles i fire kategorier:

- Hygiejniske foranstaltninger (hoste og nyse i ærmet, håndhygiejne, mundbind, afspritning af overflader, udluftning o.lign.)
- Fysisk og social distancering (holde afstand, undgå unødig social kontakt, lukning af skoler og arbejdspladser, hjemmearbejde, forbud mod forsamlinger over en vis størrelse, udgangsforbud, lukning af grænser osv.)
- Opsporing og isolation af smittede (testning, kontaktopsporing)
- Immunisering gennem vaccination

Da der ikke var vacciner mod COVID-19 ved pandemiens start, kunne man det første år kun anvende midler inden for de tre første kategorier.

## Evidens for forebyggelse af smittespredning

Coronapandemien har udløst en intensiv forskningsindsats i behandling af og vacciner mod COVID-19. Der er forsket meget mindre i effekten af ikke-farmakologisk forebyggelse af smittespredning. En metaanalyse offentliggjort i november 2021 viser dog, at man ud fra foreliggende undersøgelser kan konkludere, at man ved at holde fysisk afstand kan reducere smittespredningen med 25 %, at man ved at bruge mundbind kan reducere smittespredningen med 53 %, og at man ved at vaske hænder kan reducere smittespredningen med 53 %. Studiet viste imidlertid store huller i vores viden. Det var således ikke muligt at lave metaanalyser af effekten af karantæne

og isolation, omfattende samfundsnedlukninger samt lukning af grænser, skoler og arbejdspladser (8).

## Coronapandemien i Danmark

Til og med den 25. januar 2022 var der konstateret 1.381.511 tilfælde af COVID-19 i Danmark (9). Blandt disse var 3.621 personer døde.

COVID-19 har indtil videre ramt Danmark i tre bølger. Første bølge startede i begyndelsen af 2020. Den første patient med COVID-19 blev diagnosticeret den 27. februar. Den 11. marts annoncerede regeringen en omfattende nedlukning af samfundsaktiviteter med det formål at stoppe smittespredningen. I første omgang var målet at undgå en overbelastning af sundhedsvæsenet. Fra april 2020 påbegyndtes en gradvis genåbning af samfundet, der i maj blev suppleret med en intensiv test- og kontaktopsporingsstrategi, der havde til hensigt at inddæmme smitten. Den 8. maj 2020 blev Folketingets partier enige om en plan for genåbning af landet.

Anden bølge startede i sensommeren 2020. I oktober blev der konstateret udbredt smitte på minkfarme i Vest- og Nordjylland med en særlig minkvariant af SARS-CoV-2, der kunne smitte fra dyr til mennesker, og det blev besluttet at slå alle danske minkbesætninger ned. Der blev indført lokale restriktioner i Nordjylland for at reducere smittespredningen, og fra december blev der igen indført landsdækkende restriktioner. Antallet af smittede toppede i december 2020. Fra marts 2021 blev landet gradvist genåbnet, og den 1. september 2021 blev de sidste indenlandske restriktioner ophævet. En ny variant af SARS-CoV-2 (delta) bidrog til en hurtig udbredelse af smitten, idet den var dobbelt så smitsom som den hidtil dominerende variant. I slutningen af anden bølge blev coronapasset indført, der dokumenterer, at ihændehaveren er testet negativ, tidligere er smittet eller – efter indførelse af vacciner – vaccineret.

Tredje bølge startede i oktober 2021, og i november blev der genindført restriktioner i form af krav om fremvisning af coronapas på en række offentlige steder (bl.a. uddannelsesinstitutioner, statslige og regionale arbejdspladser og på serveringssteder) samt brug af mundbind i butikker, kollektiv trafik, sundhedsvæsenet og visse andre steder i det offentlige rum. I slutningen af november konstateredes en ny variant af SARS-CoV-2 (omikron), som er mere smitsom end deltavarianten, og som derfor hurtigt kom til at dominere i tredje bølge (10). Omikronvarianten førte til en voldsom stigning i smitten, hvilket i en periode medførte yderligere restriktioner (nedlukning af nattelivet, hjemsendelse af skoleelever, der måtte ikke afholdes koncerter med 50 eller flere stående mv.). Smitte med omikron medførte til gengæld lavere risiko for indlæggelse og alvorlig sygdom end smitte med deltavarianten (11), hvilket sammen med effekten af vaccinerne gjorde det muligt at holde de fleste af samfundets aktiviteter åbne. Fra februar 2022 blev de fleste restriktioner afskaffet igen.

En vigtig forudsætning for, at myndighedernes tiltag for at inddæmme pandemien bliver efterlevet, er, at der er støtte i befolkningen. En sammenlignende undersøgelse i otte vestlige lande af befolkningernes opbakning til deres respektive regeringens pandemipolitik viser, at der generelt har været moderat til stor opbakning, men at Danmark er det land, hvor opbakningen har været størst (12). Det gælder dog ikke spørgsmålet om grænselukning, hvor opbakningen var lavest i Danmark (13).

## Dødelighed og tabte leveår i Danmark sammenlignet med andre lande

Målt i dødelighed og tabte leveår er Danmark indtil nu kommet bedre igennem coronapandemien end de fleste andre lande. Sammenligner man på tværs af lande, ligger antallet af døde med COVID-19 i forhold til indbyggertal lavere end i hovedparten af landene i den vestlige verden (9). I Danmark var der til og med den 17. januar 2022 registreret 600 døde pr. mio. Til sammenligning var Bulgarien det europæiske land, der med 4.672 pr. mio. havde den højeste dødsrate, mens Island med 128 pr. mio. havde den laveste dødsrate. Ud over Island havde kun tre europæiske lande en lavere dødsrate end Danmark: Norge med 252 pr. mio., Finland med 310 pr. mio. og Cypern med 558 pr. mio. De resterende 46 europæiske lande havde en højere dødsrate.

Ud over de coronarelaterede dødsfald kan der være dødsfald, der skyldes, at sundhedsvæsenet har aflyst eller udskudt andre behandlinger, eller at borgere har undladt at søge læge ved alvorlige sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme. Nedlukning af samfundet kan også have ført til færre dødsfald som følge af ulykker, influenza osv. Det er derfor relevant også at se på, hvordan pandemien har påvirket den samlede dødelighed.

Et studie med 29 lande viser, at Danmark, Finland og Norge er de eneste lande, der ikke har oplevet fald i middellevetiden fra 2019 til 2020 (14). For mange af de vesteuropæiske lande skal man tilbage til 2. verdenskrig for at finde fald i middellevetiden i samme størrelsesorden, og for de fleste østeuropæiske lande er faldet større end efter østblokkens opløsning.

En anden måde at opgøre forskelle i dødelighed på er tabte leveår. Her beregner man, hvor mange leveår der er tabt som følge af for tidlig død (sammenholdt med forventet restlevetid). Jo tidligere et dødsfald indtræffer, jo flere tabte leveår. Her betyder det altså noget, om COVID-19 først og fremmest har øget dødeligheden blandt midaldrende (mange tabte leveår) eller hos de ældste (få tabte leveår).

Et studie med 37 lande viser, at Danmark sammen med Taiwan, New Zealand, Norge, Island og Sydkorea var de eneste lande, hvor antallet af tabte leveår i 2020 ikke var højere end forventet (15). I de resterende 31 lande gik mere end 222 mio. leveår tabt i 2020, hvilket er 28,1 mio. flere tabte leveår end forventet hos mænd og 10,8 mio. flere hos kvinder.

## Vacciner

En ny fase i inddæmningen af coronapandemien indledtes på globalt plan, da de første vacciner mod COVID-19 var klar til brug i slutningen af 2020 efter en usædvanlig intensiv forsknings- og udviklingsindsats (16). Vaccination betragtes af de danske sundhedsmyndigheder som det vigtigste redskab til bekæmpelse af coronapandemien og dens følger. I Danmark bruges mRNA-vacciner (Pfizer/BioNTech og Moderna), der bygger på en ny vaccineteknologi, der blandt andet muliggør en hurtig tilpasning af vaccinerne til nye virusvarianter (mutationer). De nyudviklede vacciner har en høj effektivitet og har få bivirkninger.

De mindsker ikke blot risikoen for at blive smittet og bringe smitte videre, men giver i de fleste tilfælde også et mildere sygdomsforløb og dermed færre indlæggelser og dødsfald hos personer, der smittes på trods af, at de er vaccinerede (såkaldte gennembrudsinfektioner). Vaccinernes effekt aftager dog over tid (hurtigst hos ældre), og befolkningen skal sandsynligvis genvaccineres med visse mellemrum.

Ved at vaccinere de mest sårbare dele af befolkningen kan man reducere dødeligheden væsentligt. Ved at vaccinere sundheds- og plejepersonalet kan man beskytte de faggrupper, der i kraft af deres arbejde kommer i direkte kontakt med smittede. Gennem massevaccination af store befolkningsgrupper kan man begrænse smittespredningen i væsentligt omfang og reducere antallet, der bliver alvorligt syge og får brug for behandling. Hvis man opnår en tilstrækkelig høj vaccinationsrate, kan man endvidere skabe flokimmunitet igennem vaccination kombineret med immunitet hos personer, der har haft sygdommen, hvorved sygdommen i heldigste fald helt kan udryddes eller i hvert fald holdes på et lavt niveau med sporadiske udbrud.

En række lande påbegyndte vaccination af deres befolkninger, så snart der var tilgængelige vacciner på markedet. I Danmark blev de første borgere vaccinerede i slutningen af december 2020. I januar 2022 var 4,7 millioner i Danmark færdigvaccinerede mod COVID-19 ud af en samlet befolkning på 5,9 millioner (80 %). Desuden var 3,3 millioner (57 %) blevet genvaccineret første gang, idet de havde modtaget en såkaldt booster-vaccine for at genopfriske virkningen af de første to vaccinationer, fordi effekten aftager over tid (17).

Det ideelle mål for vaccinationsindsatsen i Danmark er flokimmunitet, men det er usikkert, om dette mål kan nås. Det vides ikke med sikkerhed, hvor høj vaccinationsraten skal være, for at det sker. En ukendt faktor er, at der i løbet af coronapandemien er fremkommet mere smitsomme varianter af virussen, og det kan ske igen. Jo mere smitsom virussen er, jo større andel af befolkningen skal være immun for at stoppe smittespredningen. Med deltavarianten af SARS-CoV-2 skønnedes det, at mindst 86 % af befolkningen skulle være immune (18). Den mere smitsomme omikronvariant kræver en højere vaccinationsrate. For at opnå en tilstrækkelig høj vaccinationsrate skal børn

også vaccineres. I første omgang var vaccinerne kun godkendt til voksne, men den nedre aldersgrænse er blevet sænket flere gange, og for indeværende tilbydes vaccination ned til 5 år. Hertil kommer, at der kan opstå nye mutationer, som gør de eksisterende vacciner mindre effektive eller virkningsløse, så man må tilpasse vaccinerne og revaccinere befolkningen.

På verdensplan havde 61 % fået minimum én vaccinedosis i slutningen af januar 2022 (19). Udrulningen af vaccinerne i forhold til kontinenter og lande er foregået i et meget ujævnt tempo. Afrika var det kontinent, der med 10 % færdigvaccinerede på dette tidspunkt havde den laveste vaccinationsrate (20). Det er derfor næppe realistisk, at der globalt opnås flokimmunitet gennem vaccination inden for en overskuelig fremtid. Selv om smitten eventuelt i perioder bliver elimineret i Danmark, må det forventes, at der jævnligt vil komme nye smitteudbrud på grund af smitte tilført fra udlandet. Det kan derfor forudses, at COVID-19 vil påvirke befolkningens dagligdag lang tid endnu – muligvis i form af en sæsonvirus, der giver mildere sygdomsforløb, efterhånden som befolkningen opbygger bedre immunitet, eller virussen muterer.

## Påvirkning af dagligdagen

Coronapandemien har grebet dybt ind i den danske befolknings dagligdag og har påvirket samfundslivet i en grad, der sjældent er set i forbindelse med smitsomme sygdomme eller andre "sundhedsbegivenheder". Den statslige regulering har i perioder ændret rammerne for både lønmodtageres og selvstændiges muligheder for at udøve deres erhverv og grebet direkte ind i borgernes omgang med hinanden både i og uden for hjemmet. F.eks. har mange måttet passe deres arbejde fra hjemmet, samtidig med at deres børn var i "hjemmeskole" og havde brug for forældrenes støtte og opmærksomhed.

Man kan skelne mellem de direkte effekter af COVID-19 i form af sygdomsepisoder, dødsfald og senfølger – herunder belastningen af sundhedsvæsenet, der har trukket ressourcer væk fra andre sundhedsaktiviteter – og den indirekte effekt som følge af myndighedernes tiltag for at beskytte udsatte befolkningsgrupper, beskytte sundhedsvæsenet mod overbelastning og begrænse smittespredningen. Myndighedernes nedlukning af en række almindelige samfundsaktiviteter har grebet forstyrrende ind i dagligdagen hos personer i alle aldre og har bl.a. ført til arbejdsløshed og virksomhedslukninger.

Hertil kommer ændringer i befolkningens adfærd, som ikke er en direkte følge af ovennævnte, men skyldes menneskers reaktioner på coronapandemien. Et eksempel er, hvis en person med symptomer, der normalt ville have givet anledning til et lægebesøg, undlader at kontakte sin praktiserende læge af frygt for at blive smittet, eller fordi man ikke vil belaste et i forvejen belastet sundhedsvæsen med sin henvendelse. Et andet eksempel er, hvis en person kompenserer for bortfaldet af sociale kontakter i dagligdagen ved at drikke mere alkohol eller spise mere slik.

Det er vigtigt at være opmærksom på, hvorvidt COVID-19 har belastet nogle befolkningsgrupper mere end andre. Erfaringen fra tidligere pandemier viser, at de har øget den sociale ulighed i sundhed (21). Det kan også blive en effekt af den nuværende pandemi. Der er peget på en række mulige årsager til dette: 1) sociale forskelle i fedme, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske luftvejssygdomme og kræft; 2) sociale forskelle med hensyn til at beskytte sig mod smitte gennem håndvask, brug af masker, hjemmearbejde, mindre brug af offentlig transport mv.; 3) sociale forskelle i eksponeringen for smitte på arbejde og under transport til og fra arbejde (22).

## Befolkningens trivsel

Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens trivsel? Restriktionerne under nedlukningen begrænsede borgernes muligheder for frit at disponere over eget liv, og den sociale kontakt blev indskrænket.

Sociologer, der beskæftiger sig med velfærdsstaten, har påpeget, at rige samfund i stigende omfang er blevet i stand til at beskytte sine befolkninger mod risici og farer som følge af sociale begivenheder, sygdom, naturkatastrofer og krig mv. Det har både skabt en forventning om og en tillid til, at velfærdsstaten skærmer individet, når der opstår krisesituationer (23).

Andre samfundsforskere har påpeget, at opfattelsen af, hvad der udgør en risiko, påvirkes af, hvilke risici man vælger at fokusere på, og at medierne her spiller

en central rolle (24). Ifølge sociologen Ulrik Beck kan det senmoderne samfund betegnes som et "risikosamfund", hvor hverken velfærdsstatens eller videnskabens evne til at skærme individet mod farer kan tages for givet (25). I en vis forstand har vi fået et kulturelt og økonomisk overskud til at tage sorger og risici på forskud, der gør, at borgerne ikke nødvendigvis føler sig trygge (26).

Der er således ikke enighed blandt samfundsforskere om, hvordan en sundhedskrise som den aktuelle vil påvirke befolkningens trivsel. Ud fra de nævnte teorier må man forvente, at befolkningens reaktion på coronapandemien både afhænger af den enkeltes erfaringer med pandemien: Hvordan er jeg personligt eller mine nærmeste blevet påvirket af situationen? Samt af det billede, som medierne har formidlet af pandemien: Hvordan ser det medieformidlede "trusselsbillede" ud? Hvor farlig er sygdommen? Har myndighederne styr på situationen? Har man tillid til, at videnskaben kan udvikle effektive midler mod pandemien?

Undersøgelser af den danske befolknings trivsel under pandemien tegner ikke noget entydigt billede af udviklingen:

- En undersøgelse af den voksne befolkning foretaget under pandemiens første bølge konkluderer, at befolkningens psykiske velbefindende var blevet negativt påvirket af pandemien – i højere grad hos kvinder end mænd (27). En opfølgende undersøgelse under anden bølge viser imidlertid, at befolkningens psykiske velbefindende atter var blevet bedre og stort set var på niveau med før pandemien (28).
- En anden undersøgelse konkluderer i modsætning hertil, at den første bølge af pandemien kun havde en mindre indvirkning på mental og fysisk sundhed i den danske befolkning (29).
- En undersøgelse af den voksne befolknings trivsel før og efter pandemien viser, at unge mænd (18-24 år) og yngre kvinder (18-44 år) samt ældre kvinder (65-74 år) rapporterede dårligere mental trivsel i den tidlige fase af pandemien sammenlignet med 2016 (30).
- En undersøgelse af risikoen for stress/depression før og efter den første nedlukning viser, at der var færre depressive symptomer blandt voksne umiddelbart efter nedlukningen – det gjaldt især voksne med hjemmeboende børn (31).
- En undersøgelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed under den første nedlukning konkluderer, at den danske befolkning ser ud til at have klaret nedlukningen uden alarmerende ændringer i deres mentale helbred (32).
- En forløbsundersøgelse viser, at der generelt skete et fald i befolkningens trivsel fra før nedlukningen i 2019 til efteråret 2020. Overraskende var faldet mest udpræget hos personer uden depression eller kroniske sygdomme (33).
- En undersøgelse af unges trivsel viser, at flere unge kvinder trivedes dårligt under den første nedlukning end unge mænd, og at mistrivslen var mere udbredt blandt unge, der havde haft angst og psykiske lidelser før pandemien eller kom fra økonomisk dårligt stillede familier (34).
- En undersøgelse af trivslen blandt skolebørn i 6.-9. klasse under første nedlukning viser, at flere elever "kunne lide at gå i skole" under nedlukningen, at nedlukningen ikke fik flere til at føle sig ensomme, og at nedlukningen især havde en positiv virkning på børn fra hjem med lav social status (35).
- En undersøgelse af trivsel blandt personer med diabetes i begyndelsen af pandemien viser, at mere end halvdelen var bekymrede for, at de ville blive alvorligt påvirkede af COVID-19, hvis de blev smittet, og en tredjedel var bekymrede for, at de ikke ville kunne regulere deres diabetes (36). En anden undersøgelse blandt personer med diabetes viser, at deres psykiske trivsel blev forbedret efter genåbningen af samfundet efter den første nedlukning (37).
- En undersøgelse af gravides mentale trivsel under første bølge af pandemien viser, at færre gravide havde dårligt mentalt helbred sammenlignet med resten af befolkningen, men at mange var bekymrede for at blive alvorligt syge, hvis de blev smittet, og at de bl.a. var bekymrede for, at deres partner ikke kunne være til stede ved fødslen på grund af restriktionerne (38).

## Brug af sundhedsvæsenet

Som nævnt har coronapandemien påvirket befolkningens brug af sundhedsvæsenet, både fordi ikke-akutte behandlinger er blevet udsat eller aflyst, og video- og telefonkonsultationer i et vist omfang har erstattet fysisk fremmøde, og fordi der er sket ændringer i borgernes praksis med hensyn til at kontakte sund-

hedsvæsenet. Det er stadig uklart, hvordan COVID-19 har påvirket befolkningens kontaktmønster, og hvilken indvirkning det har haft på sundhed, trivsel og dødelighed.

Internationalt har undersøgelser af pandemiens effekt på brugen af sundhedsvæsenet fokuseret på direkte påvirkninger inden for dele af hospitalsvæsenet (f.eks. intensivafdelinger (39, 40) og akutafdelinger (41, 42)) eller indirekte påvirkninger af specifikke sygdomme (især mental sundhed (40, 42, 43) og kræftdødelighed (44)). Data fra USA og Storbritannien viser en betydelig reduktion i hospitalsindlæggelser for livstruende tilstande i løbet af 2020 (45, 46), hvilket tyder på, at borgere kan have undgået kontakt med sundhedsvæsenet. Disse undersøgelser faldt dog sammen med høje forekomster af COVID-19, og derfor kan resultaterne muligvis ikke generaliseres til lande og perioder med lavere smittetryk. Der mangler også viden om, hvad den øgede brug af video- og telefonkonsultationer under coronapandemien har betydet for sundhedsvæsenets betjening af befolkningen.

Opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at det danske sundhedsvæsen var i stand til at genoptage sin aktivitet i fuldt omfang efter pandemiens første og anden bølge (47). Efter tredje bølge var aktiviteten på sygehusene stadig noget nedsat som følge af sygeplejerskestrejken i sommeren 2021, mens aktivitetsniveauet i praksissektoren var normaliseret (48). Sundhedsstyrelsen gør dog opmærksom på, at befolkningen kan have ændret sit henvendelsesmønster til sundhedsvæsenet ud fra et forsigtighedsprincip og derved søgt læge i mindre grad end tidligere.

## Spørgsmålene i *Hvordan har du det?*

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse forekomst og konsekvenser af COVID-19 i befolkningen:

- Har du haft COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, jeg er blevet testet positiv for COVID-19 ved podning eller antistoftest, 2) Ja, jeg tror, jeg har haft COVID-19, 3) Nej, jeg tror ikke, jeg har haft COVID-19, 4) Ved ikke.

- Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder?

Der er spurgt om følgende områder: 1) Om man har været mere bekymret for sit helbred, 2) Om man har været mere bekymret for sin mentale trivsel, 3) Om man har været mere bekymret for sine nærmestes helbred, 4) Om man har været mere bekymret for sine nærmestes mentale trivsel, 5) Om man har følt sig mere isoleret fra andre, 6) Om man har været bekymret for at blive smittet med COVID-19.

Spørgsmålene har svarmulighederne 1) Nej, 2) Ja, lidt, 3) Ja, en del, 4) Ja, meget.

- Har du undladt at tage kontakt til læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, 2) Nej.

- Har du undladt at tage kontakt til læge eller sygehus, fordi du ikke vil belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, 2) Nej.

- Hvor enig er du i følgende udsagn?: Jeg tilhører "risikogruppen" for at blive alvorligt syg af COVID-19.

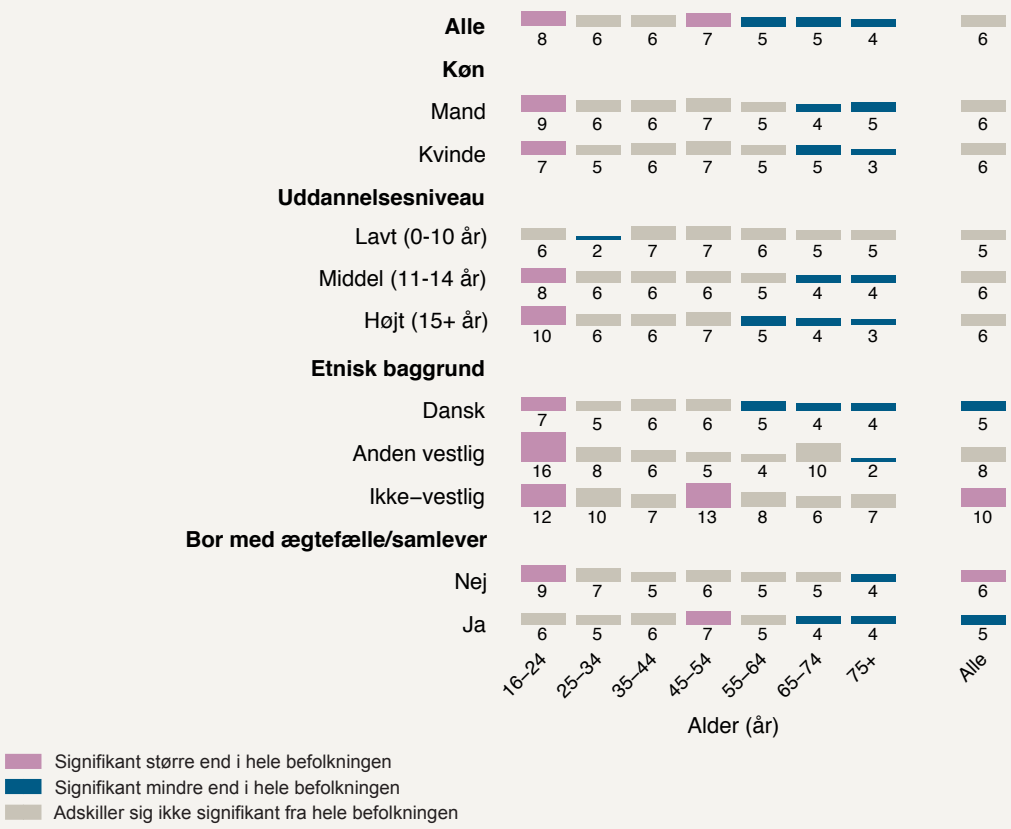
Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Meget uenig, 2) Uenig, 3) Enig, 4) Meget enig, 5) Ved ikke.

- Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien (sammenlignet med din livskvalitet før COVID-19-pandemien)?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, den er blevet meget dårligere, 2) Ja, den er blevet lidt dårligere, 3) Nej, den er uændret, 4) Ja, den er blevet lidt bedre, 5) Ja, den er blevet meget bedre.

Data til *Hvordan har du det?* er som nævnt hovedsageligt indsamlet i februar og marts 2021, der var en periode kendetegnet ved høje smittetal og skærpelse af restriktionerne i begyndelsen og faldende smittetal og afvikling af restriktionerne mod slutningen. Vaccinationen af den danske befolkning var startet. Tidsrammen for svarene omfatter hele perioden fra primo februar 2021 til svartidspunktet. Dataindsamlingen sluttede den 12. maj 2021.

**Figur 11.1**
Har du haft COVID-19? Andelen i procent, der har svaret, at de er 'testet positive', eller som 'tror, de har haft det' i forhold til alder og køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivsstatus




## Hvor mange har haft COVID-19?

Figur 11.1 viser andelen, der oplyser, at de har haft COVID-19 (personer, der er testet positive for COVID-19, og personer, som tror, at de har haft COVID-19). Søjlerne yderst til højre angiver andelen i hele den voksne befolkning samt opdelt på køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivssituation. Søjlerne til venstre herfor viser andelen opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier.

Hele befolkningen. Der er 6 %, som angiver, at de har haft COVID-19 (7 ud af 10 af disse er testet positive, mens 3 ud af 10 tror, at de har haft det). I befolkningen som helhed er der ingen forskel i forekomsten af COVID-19 i forhold til køn og uddannelsesniveau. En større andel med anden etnisk baggrund end dansk har haft COVID-19 sammenlignet med hele befolkningen – det gælder både personer med anden vestlig baggrund end dansk og med ikke-vestlig baggrund – mens en mindre andel med dansk baggrund har haft COVID-19. En lidt større andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har haft COVID-19, sammenlignet med personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Alder. Når man opdeler befolkningen i aldersgrupper, nuanceres dette billede yderligere:

Der er en større andel, der har haft COVID-19, blandt personer i alderen 16-24 år sammenlignet med hele befolkningen. Det gælder især blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever. Der er en mindre andel, der har haft COVID-19, blandt personer i alderen 55 år og derover end i hele befolkningen. Det gælder især blandt personer med

middelhøjt og højt uddannelsesniveau og blandt personer med dansk baggrund.

Tolkning. Generelt peger figur 11.1 i retning af, at der er en sammenhæng mellem sociale faktorer og risikoen for at blive smittet. Det er vigtig viden ved tilrettelæggelse af forebyggende indsatser i forhold til COVID-19 og af sundhedsindsatser efter coronapandemien, idet pandemien kan have forstærket eksisterende sociale uligheder eller skabt nye former for ulighed.

De ret markante forskelle i andelen, der har haft COVID-19, må antages at afspejle forskelle i smitteeksponering hos forskellige befolkningsgrupper. Når dobbelt så mange unge som ældre har været smittet, kan det skyldes, at unge ofte deltager i store "åbne" sociale grupper i forbindelse med uddannelse, fester, koncerter, diskoteker mv., hvoraf nogle kan fungere som superspredningsbegivenheder. Nogle unges adfærd under coronapandemien har måske også været mindre "risikoundvigende", fordi de ikke forventer, at de ville blive alvorligt syge, hvis de blev smittet. Derimod lever mange ældre et liv med færre og mere afgrænsede netværkskontakter, og de har måske også været mere påpasselige, fordi risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 stiger med alderen.

Når andelen, der har været smittet, er højere blandt personer med ikke-vestlig baggrund, kan det skyldes trangere boligforhold eller jobs, der i højere grad har bragt dem i kontakt med mange mennesker, eller hvor det har været svært at holde afstand. Det kan også skyldes forskelle i familiære netværk og samværsformer. Mangelfulde danskkundskaber kan hos nogle have været en barriere for at forstå sundhedsmyndighedernes råd, ligesom en mindre grad af tillid til myndighederne kan have mindsket motivationen for at følge rådene (51-54).

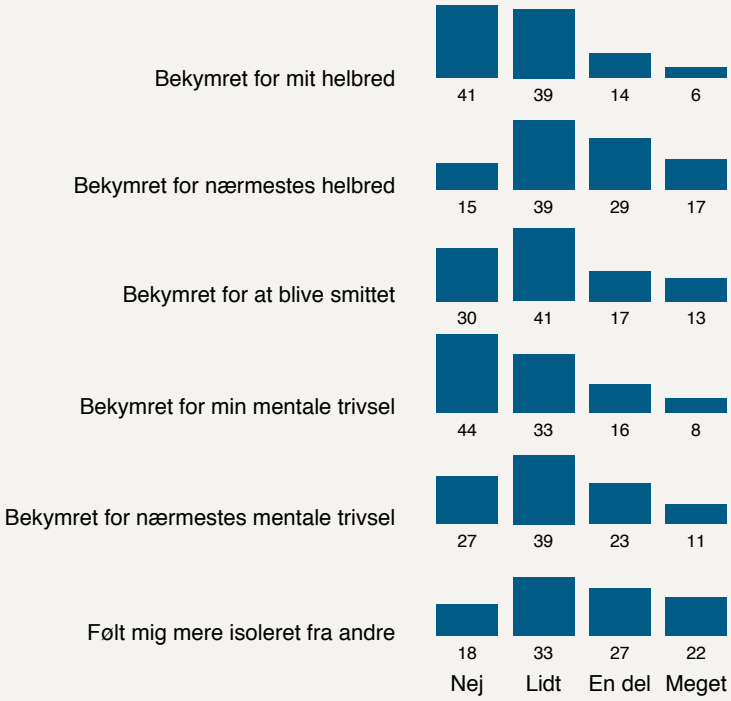
Generelt har der været et væsentligt skel i arbejdsstyrken mellem dem, der i perioder har kunnet arbejde hjemmefra (med mulighed for at arbejde online), og dem, der måtte vedblive at arbejde i deres sædvanlige omgivelser. F.eks. har medarbejdere i sundhedsvæsenet, daginstitutioner, supermarkeder eller rengøringsbranchen sjældent kunnet arbejde hjemmefra og er derfor blevet mere eksponerede for smitte (55, 56).

### Hvor pålidelige er selvrapporterede smittetal for COVID-19?

*Statens Serum Institut* skønner, at der blandt smittede med COVID-19 er lidt under en tredjedel, der ikke oplever symptomer (49). Selvrapporterede smittetal for COVID-19 må derfor antages at undervurdere udbredelsen noget, da personer, der har været smittede uden at have symptomer, kun ved, at de har haft sygdommen, hvis de er blevet testet positive.

Statens Serum Institut fandt antistoffer mod SARS-CoV-2 hos 7 % af den danske befolkning over 12 år i den nationale prævalensundersøgelse foretaget i marts 2021 (50) – altså omkring det tidspunkt, hvor data til *Hvordan har du det? 2021* blev indsamlet. Der er således ikke større afvigelser i forekomsten opgjort på denne måde og ved selvrapportering på trods af mulig under- og fejlrapportering i sidstnævnte.

**Figur 11.2**
Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Procent




## Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag?

Hele befolkningen. Figur 11.2 viser Figur 11.2 viser, at COVID-19 har påvirket dagligdagen hos en stor del af befolkningen. De tre øverste spørgsmål i figuren handler om helbredsbekymringer: Har COVID-19 gjort svarpersonerne mere bekymrede for deres eget helbred, mere bekymrede for deres nærmestes helbred, og hvor bekymrede har de været for at blive smittet med COVID-19?

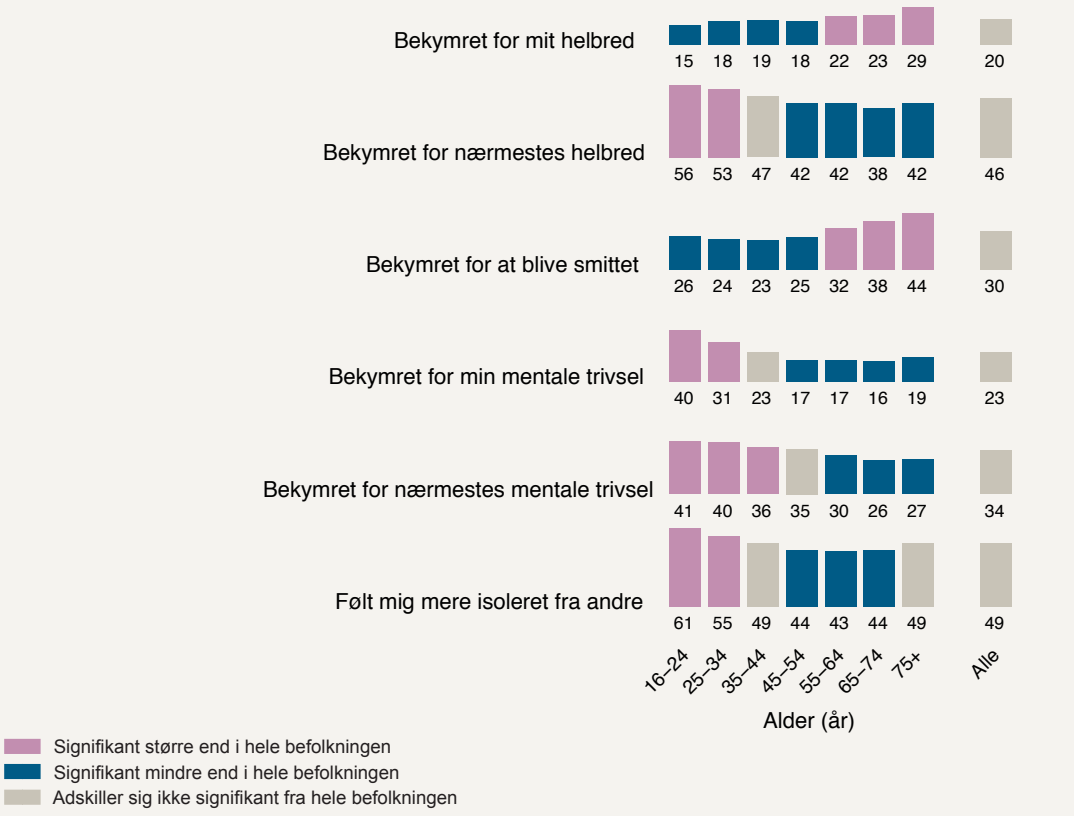
Der er 20 %, som har været en del/meget mere bekymrede for deres eget helbred, mens 46 % har været en del/meget mere bekymrede for deres nærmestes helbred. Bekymringer for de nærmestes helbred fyldte således betydeligt mere end bekymringer for eget helbred. I alt 30 % har været en del/meget bekymrede for at blive smittet.

De tre nederste spørgsmål i figur 11.2 handler om trivsel: Har COVID-19 gjort svarpersonerne mere bekymrede for deres mentale trivsel, mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel, og har de følt sig mere isolerede fra andre?

Også her var der en markant større andel, der har været bekymrede for deres nærmestes end for deres egen mentale trivsel, selv om forskellen er mindre. I alt 24 % har været en del/meget mere bekymrede for deres egen mentale trivsel, mens 34 % har været en del/meget mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel.

Mest udbredt var følelsen af at være mere isoleret fra andre under coronapandemien. I alt har 49 % af befolkningen svaret en del/meget til dette spørgsmål.

**Figur 11.3**
Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget', i forskellige aldersgrupper




Alder. Figur 11.3 viser, at der er nogle markante aldersforskelle i, hvordan COVID-19 har påvirket dagligdagen (en del/meget). Følelsen af at være mere isoleret fra andre er især udbredt hos unge. I alderen 16-24 år har 61 % følt sig mere isolerede, og i alderen 25-34 år var det 55 %. Andelen er betydeligt lavere hos midaldrende og "de unge ældre": 44 % i alderen 45-54 år, 43 % i alderen 55-64 år og 44 % i alderen 65-74 år.

Der er også en markant sammenhæng mellem alder og bekymringen for egen mental trivsel. I alderen 16-24 år har 40 % været mere bekymrede for deres egen mentale trivsel, i alderen 25-34 år var det 31 %, mens det fra 45 år og derover svinger mellem 17 % og 19 %.

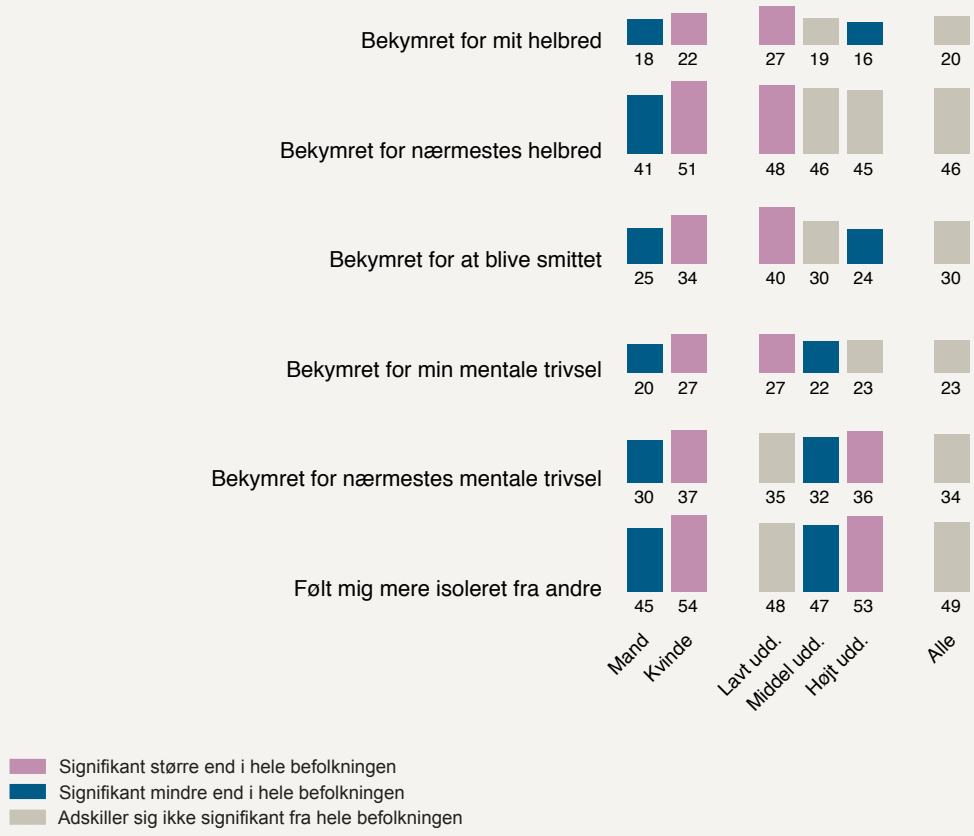
Flere unge end ældre har været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og mentale trivsel. I alderen 16-24 år var 56 % mere bekymrede for deres nærmestes helbred, mens det fra 45 år og derover svinger mellem 38 % og 42 %. I alderen 16-24 år var 41 % mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel, mens det fra 55 år og derover svinger mellem 26 % og 30 %.

Bekymringerne for eget helbred stiger med alderen. I alderen 16-24 år har 15 % været mere bekymrede for eget helbred, mens det fra 75 år og derover var 29 %.

Bekymringen for at blive smittet ligger forholdsvist lavt hos unge og midaldrende – her er ca. hver fjerde bekymret for at blive smittet – mens andelen er større hos personer fra 55 år og derover. Blandt de ældste (75 år og derover) var 44 % bekymrede for at blive smittet.

Sammenfattende kan det konstateres, at færre unge har været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittet, men flere har til gengæld oplevet dårligere trivsel og følt sig mere isolerede end ældre.

**Figur 11.4**
Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget', i forhold til køn og uddannelsesniveau




Køn. Figur 11.4 viser, at kvinders dagligdag har været mere belastet af pandemien end mænds. Den største forskel ses i forhold til bekymring for nærmestes helbred. Her har 51 % af kvinderne være mere bekymrede mod 41 % af mændene.

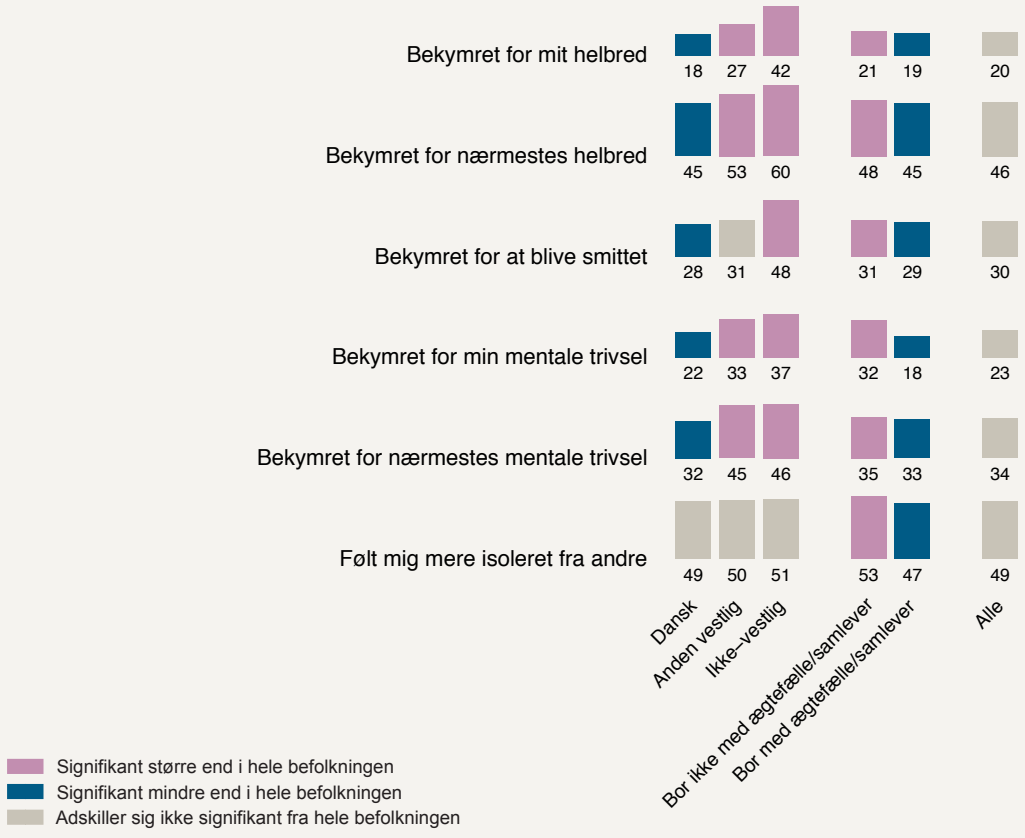
Der er desuden flere kvinder end mænd, som har følt sig mere isolerede fra andre på grund af COVID-19. I alt 54 % af kvinderne har følt sig mere isolerede mod 45 % af mændene. Bekymringen for at blive smittet har også været mere udbredt blandt kvinder, hvor 34 % har været bekymret for at blive smittet mod 25 % blandt mændene.

Kønsforskellen er mindst i forhold til bekymringen for eget helbred. Der er 22 % af kvinderne, som har været mere bekymrede for eget helbred, mod 18 % af mændene.

Uddannelsesniveau. Figur 11.4 viser, at uddannelsesniveau især på to områder spiller en rolle for, hvordan COVID-19 har påvirket dagligdagen. Andelen, der har været mere bekymret for at blive smittet, er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau (40 %) og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau (24 %). Det samme gælder bekymringen for eget helbred, hvor 27 % af personer med lavt uddannelsesniveau har været mere bekymrede, mens 16 % af personer med højt uddannelsesniveau har været mere bekymrede.

Etnisk baggrund. Figur 11.5 viser, at personer med ikke-vestlig baggrund og personer med anden vestlig baggrund end dansk generelt har følt sig mere belastede af COVID-19 sammenlignet med personer med dansk baggrund. Mest belastede er personer med ikke-vestlig baggrund. En undtagelse er oplevelsen af social isolation. Her har en lige stor andel af de tre grupper følt sig en del eller meget isoleret fra andre.

**Figur 11.5**
Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget' i forhold til etnisk baggrund og samlivsstatus




De største forskelle finder man ved bekymringer for eget helbred og for at blive smittet. Der er 18 % med dansk baggrund, der har været mere bekymrede for eget helbred, mod 42 % med ikke-vestlig baggrund. Det gælder også bekymringer for egen mental trivsel, bekymringer for nærmestes helbred samt bekymringer for nærmestes mentale trivsel, hvor forskellene er mindre, men dog markante.

Samliv. Figur 11.5 viser, at personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere belastede af COVID-19 end personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Størst er forskellen ved bekymringer for egen mental trivsel, hvor 32 % af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever har været mere bekymrede mod 18 % blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Forskellen på de øvrige områder er forholdsvis beskeden.

Tolkning. Svarmønstret kan forstås ud fra, hvad der har været på spil for de forskellige befolkningsgrupper under pandemien.

Unges sociale liv adskiller sig som regel væsentligt fra midaldrende og ældres. Kontakten med andre unge er helt centralt for et tilfredsstillende ungdomsliv. Coronapandemien har på forskellig måde ført til begrænsninger i samværet med andre unge. Elever og studerende har i perioder været sendt hjem. Restauranter, musiksteder og fritidsaktiviteter har ligeledes været lukket i perioder. Muligheden for at rejse i andre lande og "opleve verden" har også været begrænset. Til gengæld er risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 væsentlig mindre hos unge sammenlignet med midaldrende og i særdelshed ældre. Det må antages at være forklaringen på, at unge generelt har oplevet dårligere trivsel og følt sig mere isolerede end ældre, men at de til gengæld har været mindre bekymrede for eget helbred og for

at blive smittet. Det kan hos nogle unge have ført til en adfærd, der øgede risikoen for smitte. Bekymringen for de nærmestes helbred er på den anden side mere udbredt hos unge end ældre, og hensynet til familien kan have haft den modsatte effekt – nemlig at man har været påpasselig med at undgå smitte for på den måde at beskytte ældre familiemedlemmer.

Når flere kvinder end mænd har været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og trivsel under pandemien, kan det skyldes, at kvinder ofte har flere omsorgsfunktioner i familien end mænd, og at de f.eks. derfor bekymrer sig mere for, at ældre, svagelige familiemedlemmer bliver smittet med COVID-19. Desuden er kvinders sociale netværk generelt større end mænds (57, 58), og det kan være forklaringen på, at flere kvinder end mænd har følt sig mere isolerede under pandemien, fordi de sædvanlige sociale kontakter har været stærkt begrænsede.

Uddannelse sorterer befolkningen i forhold til de forskellige dele af arbejdsmarkedet og påvirker desuden indkomstniveauet og graden af sikkerhed i beskæftigelsen. Det kan være forklaringen på, at personer med lavt uddannelsesniveau generelt har været mere bekymrede for eget helbred og for at blive smittet end den øvrige befolkning. Mange personer med lavt uddannelsesniveau kan under pandemien have oplevet, at det var svært at skærme sig mod smitte på arbejde på grund af arbejdets karakter, mens f.eks. mange med boglig uddannelse har haft mulighed for at arbejde hjemme. Trangere boligforhold kan desuden have gjort det sværere for denne gruppe at undgå smittespredning, hvis et medlem af husholdningen blev smittet. Risikoen for at miste jobbet i forbindelse med sygdom er generelt også større hos personer med lavt uddannelsesniveau end hos de øvrige arbejdstagere.

Den udbredte bekymring for ens eget og de nærmestes helbred og trivsel hos personer med anden etnisk baggrund end dansk skyldes formentlig en blanding af flere faktorer. Dels har smitten været mere udbredt i disse grupper (jf. figur 11.1), så pandemien er "kommet tættere på" i dagligdagen. Dels er der langt flere personer med lavt uddannelsesniveau blandt personer med ikke-vestlig baggrund med de konsekvenser, det har i forhold til job og indkomst.

Når personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere bekymrede for egen mental trivsel end samlevende under pandemien, er en nærliggende forklaring, at nedlukningen har gjort det sværere for dem at få dækket deres sociale behov.

## Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19?

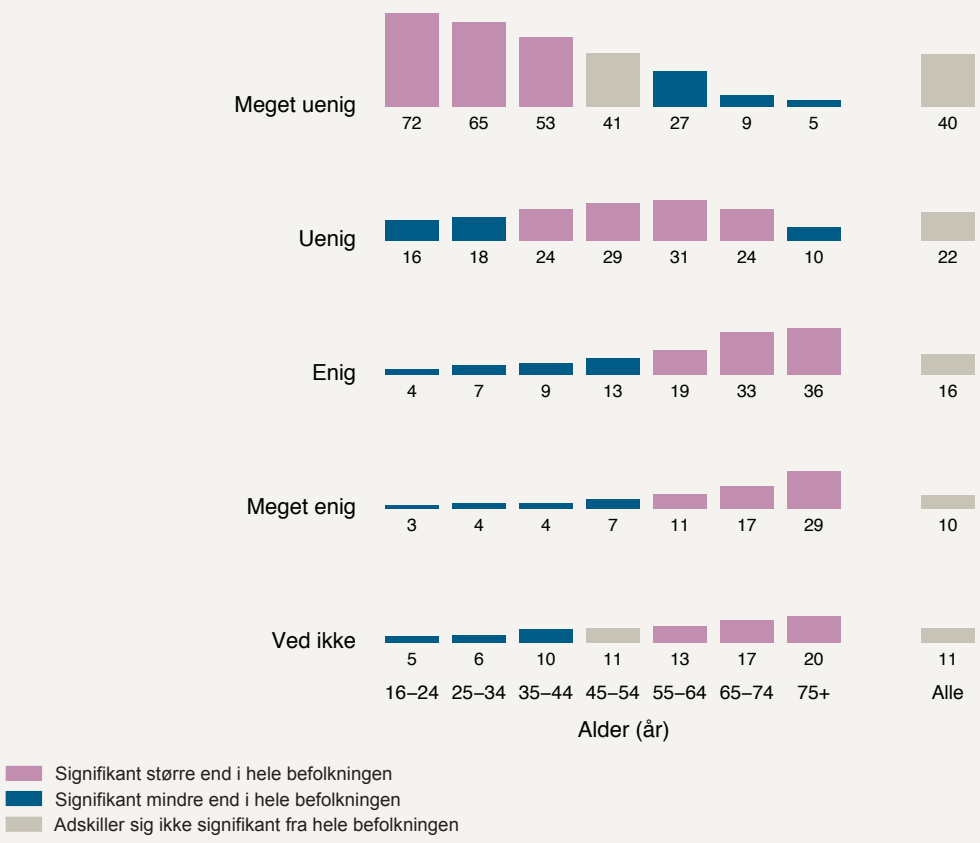
Nogle personer, der bliver syge med COVID-19, får et mildt forløb, mens andre får et mere alvorligt forløb med behov for indlæggelse på sygehus. Sundhedsstyrelsens information til befolkningen om, hvem der er i særlig risiko for at blive alvorligt syg af COVID-19, lyder således:

- *Personer i alderen 80 år eller ældre*
  Uanset om du er frisk og rask eller har kroniske sygdomme og tilstande, er du i øget risiko.
- *Personer i alderen 65-79 år*
  Mange friske og raske personer i aldersgruppen er ikke i øget risiko, men har du f.eks. kroniske sygdomme eller mental og fysisk svækkelse mv., så kan du være i øget risiko.
- *Personer under 65 år*
  Meget få er i øget risiko, men personer i aldersgruppen med visse kroniske sygdomme, svært kontrollerbare kroniske sygdomme, overvægt med BMI på 35 eller derover og/eller nedsat immunforsvar menes at være i øget risiko (59).

Desuden nævnes specifikt beboere på plejehjem og gravide (både den gravide selv og det ufødte barn) som særlige risikogrupper. Udmeldingerne bygger på den forskningsbaserede viden om COVID-19, der er opbygget i løbet af pandemien. Baggrunden er bl.a. en rapport fra Sundhedsstyrelsen om en række specifikke sygdomme og tilstande, der øger risikoen for et alvorligt forløb (60). Denne viden har f.eks. været anvendt til at prioritere, hvem der først skulle tilbydes vaccination ved udrulning af vacciner. Der er tale om en viden, der løbende opdateres, efterhånden som der kommer nye forskningsresultater.

Det er relevant at undersøge, i hvilket omfang borgernes risikovurdering er i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes. Den individuelle vurdering af risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 er vigtig, fordi det må antages, at der er en sammenhæng mellem risikovurdering og det, den enkelte gør for at beskytte sig mod smitte. Dette underbygges af uden-

**Figur 11.6**
Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper



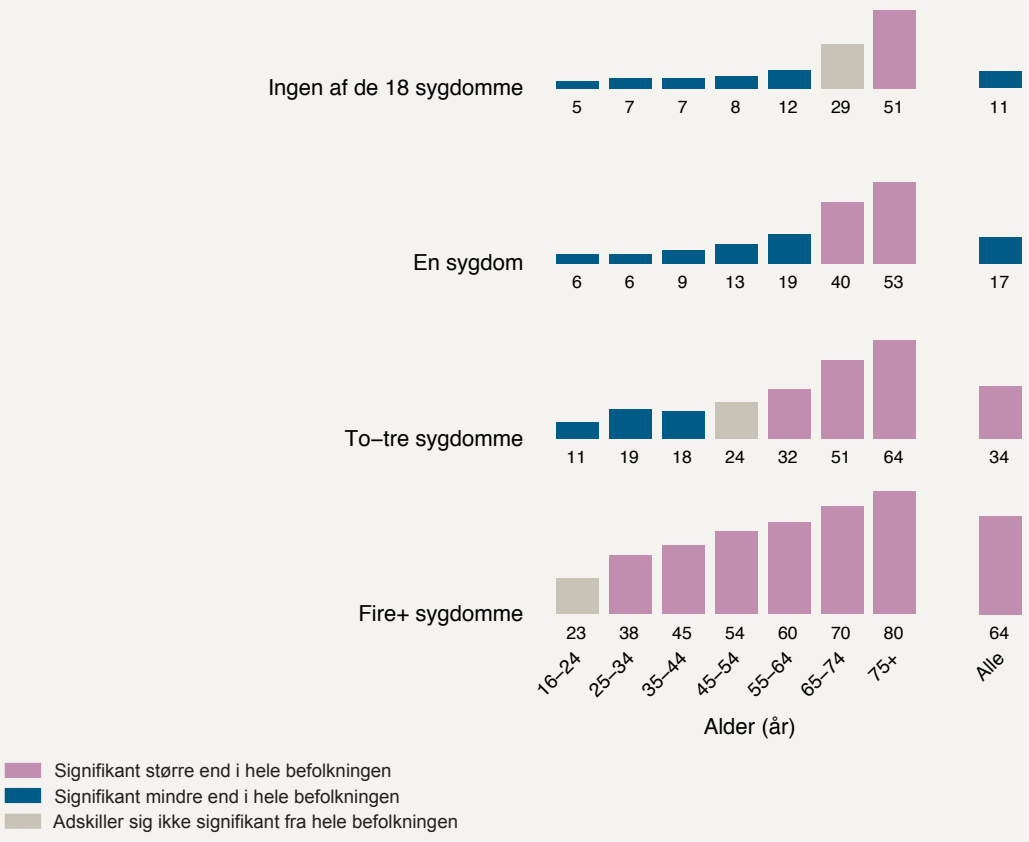

landske studier (61, 62). En undervurdering af risikoen for at blive alvorligt syg kan føre til en overdrevet letsindig adfærd. På den anden side kan en overvurdering af risikoen skabe andre problemer, hvis det f.eks. medfører en meget restriktiv livsførelse med få sociale kontakter eller en overdreven frygt for eget helbred (helbredsangst). Det er naturligvis vigtigt at understrege, at ingen på forhånd kan vide, hvor syg man bliver ved smitte med COVID-19.

Hele befolkningen. Figur 11.6 viser at 26 % er enige i udsagnet "Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19" (enig/meget enig). Hver tiende har svaret 'ved ikke'. Resten mener ikke, at de tilhører en særlig risikogruppe (uenig/meget uenig).

Alder. Figur 11.6 viser desuden at der er en meget stærk sammenhæng mellem alder og risikovurdering. Blandt personer på 75 år og derover er der kun 15 %, som er uenige i, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 (uenig/meget uenig), mod næsten 9 ud af 10 blandt personer i alderen 16-24 år. Andelen, der har svaret 'ved ikke', stiger desuden markant med alderen fra 5 % hos de yngste til 20 % hos de ældste borgere.

Kronisk sygdom og alder. Figur 11.7 viser andelen af personer, der mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 (enig/meget enig). Søjlen yderst til højre viser andelen i hele befolkningen opdelt i forhold til, hvor mange kroniske sygdomme de har, mens søjlerne til venstre herfor viser svarfordelingen opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier. Der er 26 % i hele befolkningen, der mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge (jf. figur 11.6 enig/meget enig). Det er denne andel, der er brugt i de statistiske sammenligninger i figur 11.7.

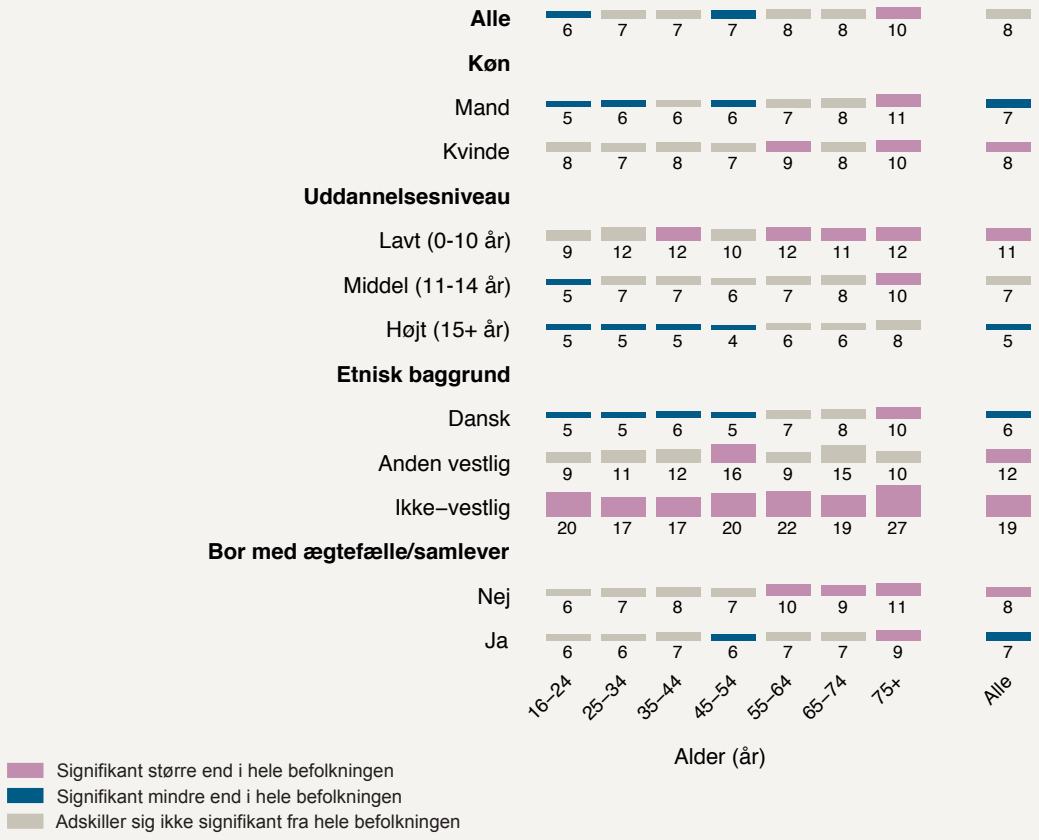
**Figur 11.7**
Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19 (enig, meget enig).
Andelen i procent i forskellige aldersgrupper i forhold til antal kroniske sygdomme




Kun 11 % blandt personer, der ikke har kroniske sygdomme, mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 64 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Når man kombinerer alder og antallet af sygdomme, ser man en meget tydelig sammenhæng mellem alder og kronisk sygdom på den ene side og risikovurdering på den anden. I den yngste aldersgruppe uden kroniske sygdomme mener kun 5 %, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 80 % i den ældste aldersgruppe med fire eller flere kroniske sygdomme.

Tolkning. Der er god overensstemmelse mellem sundhedsmyndighedernes udmeldinger om, hvilke befolkningsgrupper der på grund af deres alder og/eller kroniske sygdomme er i særlig risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19, og folks egen vurdering. Dette er bemærkelsesværdigt. Typiske kilder til information om sundhedsrisici er medieomtale og information fra myndighederne. Erfaringer, som man selv eller personer i ens netværk har gjort, kan også spille en vigtig rolle. Der er dog ofte en tendens til enten at under- eller overvurdere specifikke risici (både på sundhedsområdet og i andre sammenhænge) (63). Når dette ikke i højere grad synes at være tilfældet her, kan det skyldes en række særlige forhold: Oplysninger om COVID-19, herunder risikoen forbundet med at have sygdommen, har haft en dominerende plads i nyhedsformidlingen under pandemien. Budskaberne har stort set stået uimodsagt. Afsenderne af budskaberne har haft en høj troværdighed ("eksperter"). Der har især i begyndelsen af pandemien været en kriseagtig stemning i befolkningen, fordi COVID-19 var en ny og ukendt trussel, hvilket formentlig har været stærkt motiverende for mange til at søge information om sygdommen.

**Figur 11.8**
Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper




## Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien?

Frygt for smitte. Figur 11.8 viser at 8 % har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19.

Der er lidt flere kvinder end mænd, markant flere med lavt uddannelsesniveau, markant flere med anden etnisk baggrund end dansk – især personer med ikke-vestlig baggrund – og lidt flere blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, sammenlignet med hele befolkningen.

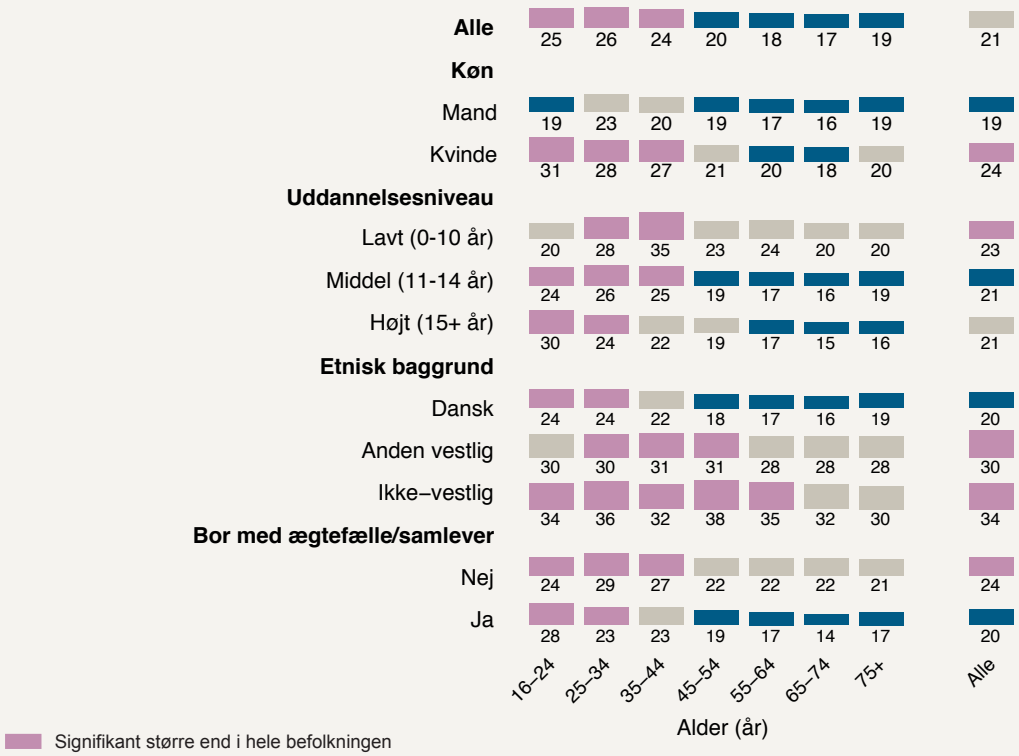
Sammenhængen med alder er ikke så markant. Dog ses en tendens til, at andelen, der har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet, stiger med alderen. Det gælder for alle undergrupper.

Ville ikke belaste sundhedsvæsenet. Figur 11.9 viser at 21 % har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19.

Der er en større andel blandt kvinder, en lidt større andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau, en væsentlig større andel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, sammenlignet med befolkningen som helhed.

Der er en sammenhæng med alder, når det drejer sig om ikke at ville belaste sundhedsvæsenet yderligere. Jo yngre, jo større en andel har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19. Sammenhængen er altså modsat af, hvad der gør sig gældende, når det drejer sig om at undlade kontakt med sundhedsvæsenet af frygt for at blive smittet.

**Figur 11.9**
Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus, fordi man ikke ville belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper




Personer med kroniske sygdomme. Figur 11.10 viser, hvor mange blandt personer med kroniske sygdomme der har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus, A) af frygt for at blive smittet, B) for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere eller C) af mindst en af disse grunde.

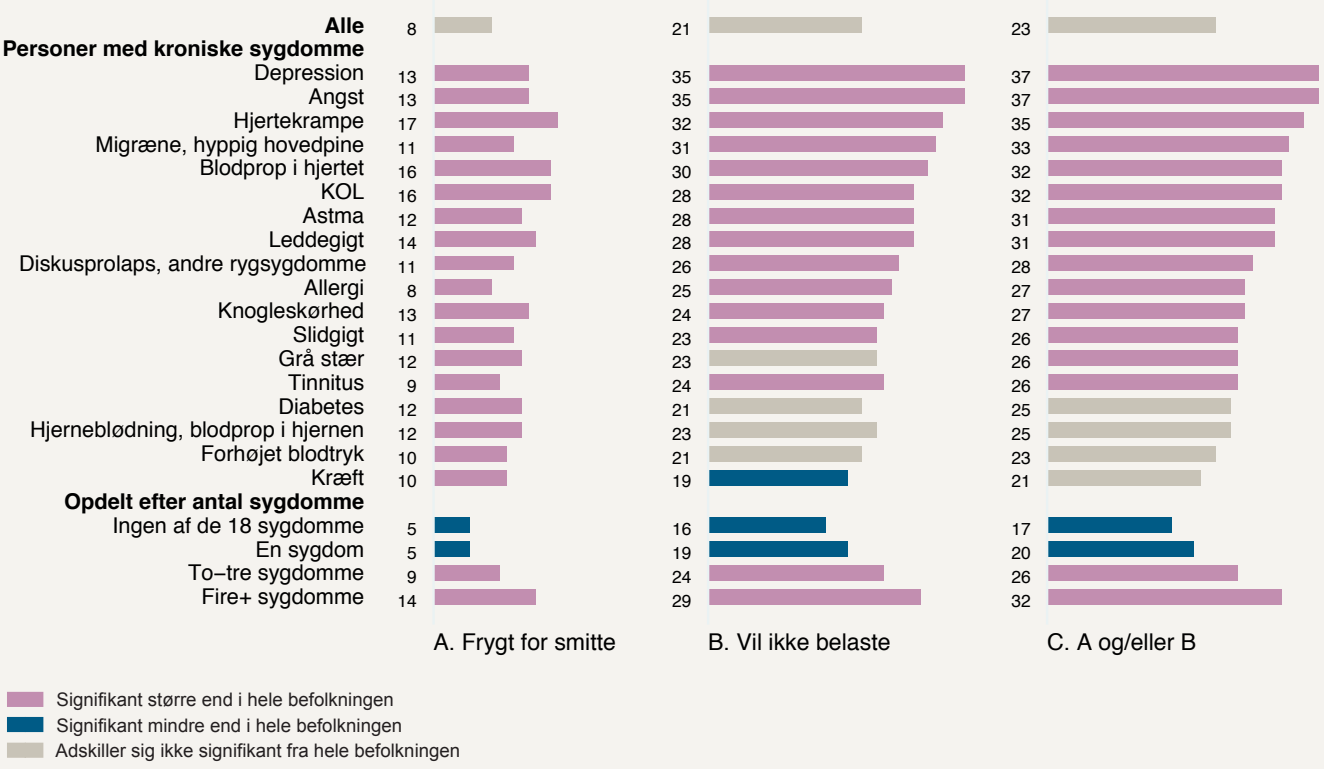
Ved alle kroniske sygdomme gælder, at en større andel end i befolkningen som helhed har undladt kontakt af frygt for at blive smittet – færrest blandt personer med allergi, flest blandt personer med hjertekrampe. Andelen, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, stiger markant i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Der er en større andel blandt de fleste sygdomsgrupper end i hele befolkningen, der har undladt at kontakte sundhedsvæsenet for ikke at belaste det yderligere, mens der var COVID-19. Det gælder ved 13 ud af 18 sygdomme – mest markant ved depression og angst. Andelen, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet, stiger ligeledes markant med antallet af kroniske sygdomme.

Det beskrevne mønster gentager sig, når man ser på de to grunde til at undlade kontakt med sundhedsvæsenet under ét. Blandt personer med depression og angst, hjertekrampe eller blodprop i hjertet, KOL og migræne/hyppig hovedpine har omtrent tre ud af ti undladt at tage kontakt. Ved 14 ud af de 18 sygdomme er andelen højere end i befolkningen som helhed. Hver fjerde med to-tre kroniske sygdomme har undladt kontakt, mens det gælder for hver tredje med fire eller flere kroniske sygdomme.

Tolkning. Coronapandemien har påvirket befolkningens brug af sundhedsvæsenet. Tallene viser, at det ikke blot skyldes, at sundhedsvæsenet har aflyst aftaler

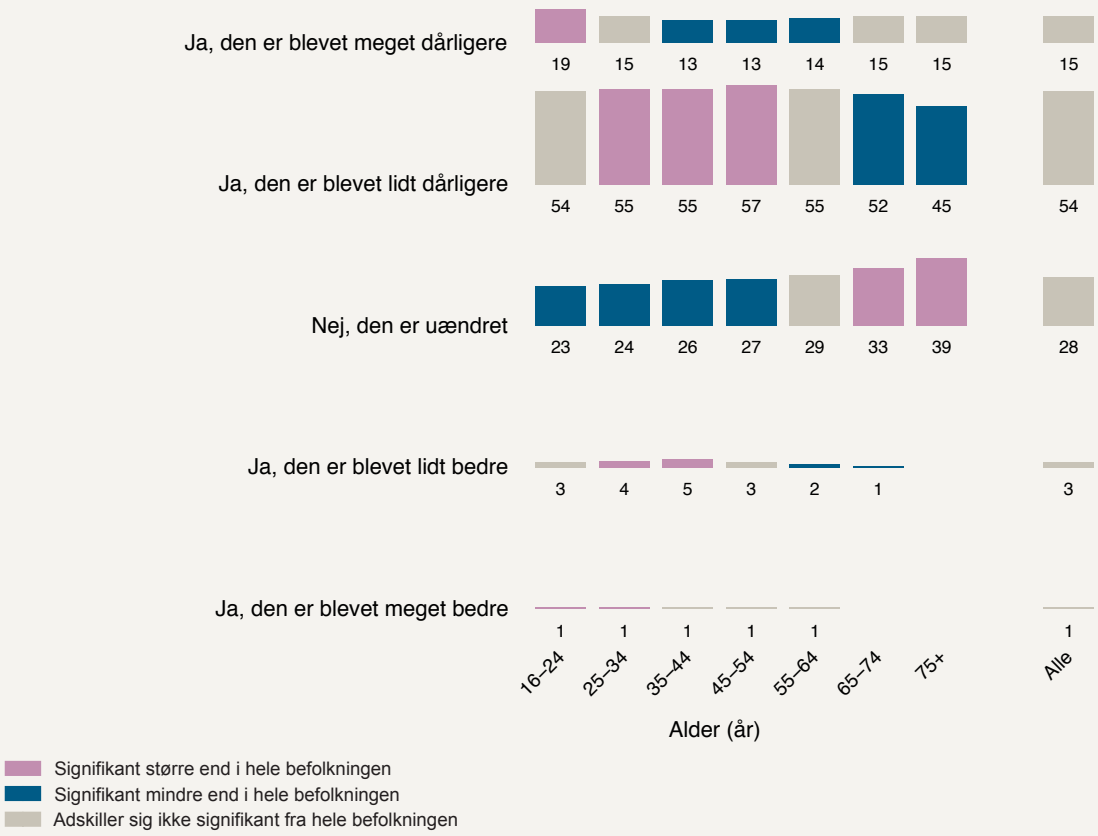
**Figur 11.10**
Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19, eller fordi man ikke ville belaste sundhedsvæsenet. Andelen i procent for 18 kroniske sygdomme




med patienter eller har indskrænket borgernes muligheder for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet. Mange har også selv reageret på pandemien ved at ændre deres kontaktmønster. Mange har undladt at kontakte læge eller sygehus for at vise hensyn til et presset sundhedsvæsen. Der er også personer, der har undladt at tage kontakt med sundhedsvæsenet af frygt for at blive smittet med COVID-19. Det er dog en mindre andel, hvilket kan ses som et udtryk for, at der generelt har været en høj grad af tillid til, at sundhedspersonalet har kunnet skærme patienterne mod smitte. Vi ved dog ikke, hvor mange af dem der har haft kontakt med sundhedsvæsenet under pandemien, som har været bekymrede for at blive smittet, men alligevel har valgt at henvende sig.

Konsekvenserne af de undladte kontakter til sundhedsvæsenet kendes på nuværende tidspunkt ikke. Nogle af de undladte kontakter har muligvis ingen alvorlige helbredsmæssige følger for patienterne. I andre tilfælde kan det have betydelige og i værste fald livsforkortende konsekvenser, hvis en patient ikke får den fornødne hjælp af sundhedspersonalet, når behovet opstår. Nogle patienter går i langvarige behandlingsforløb, der kræver regelmæssig kontakt med en læge eller andet sundhedspersonale. Her kan det mindske effekten af behandlingen, hvis patienten i en periode udebliver fra sin behandling. Mange kroniske patienter går ligeledes til rutinemæssige tjek hos egen læge eller i sygehusenes ambulatorier. Manglende fremmøde kan føre til, at ting, der skulle have været handlet på, først opdages senere. Desuden kan et brud på "rutinerne" få nogle patienter til helt at droppe ud af et kontrolforløb. Det må derfor antages, at der er behov for et "genopretningsarbejde" i forhold til borgere, der er blevet underdiagnosticerede eller underbehandlede under pandemien.

**Figur 11.11**
Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (Sammenlignet med før pandemien). Andelen i procent i forskellige aldersgrupper




## Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten?

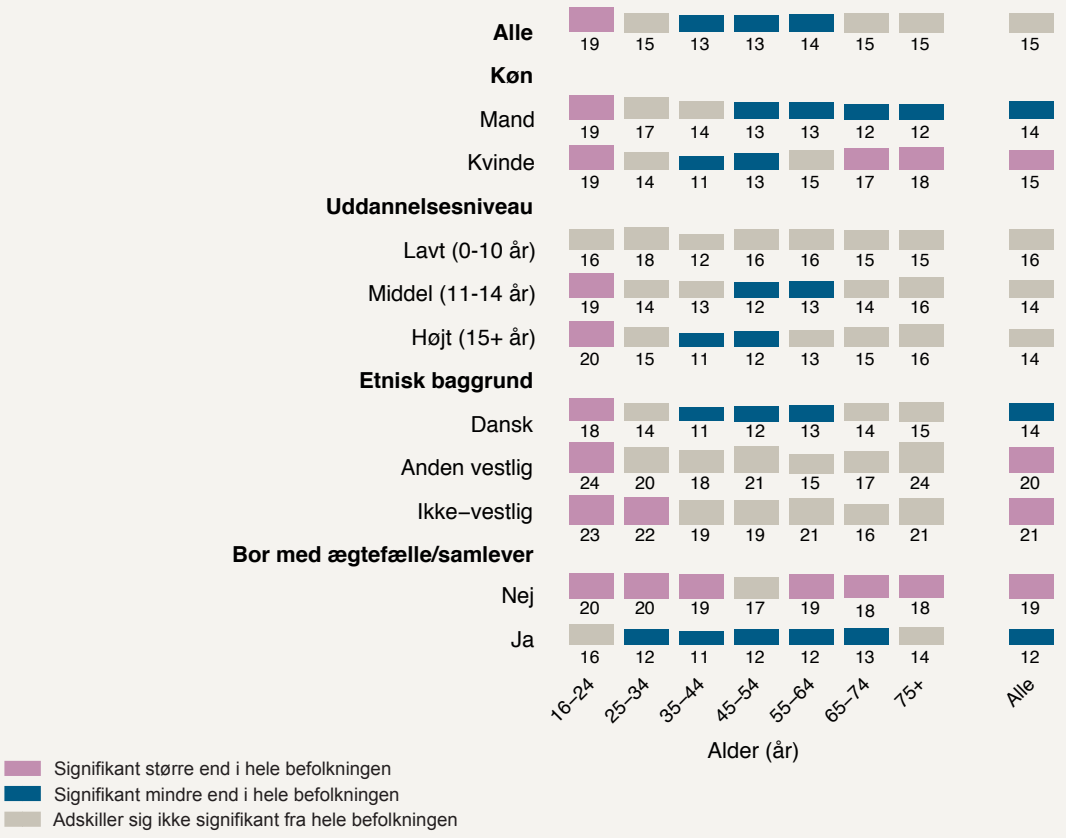
Menneskers livskvalitet påvirkes af både "ydre" og "indre" faktorer. Hvordan man vurderer sin livskvalitet, afhænger både af, "hvordan man har det" – det vil sige de faktiske omstændigheder – og "hvordan man tager det" – det vil sige, hvordan man oplever og tolker disse omstændigheder.

Høj livskvalitet er knyttet til muligheden for at tilfredsstille sine behov, men behovene varierer fra person til person. Coronapandemien har medført så store ændringer i de fleste menneskers dagligdag, at det er nærliggende at antage, at mange har oplevet en ændring i deres livskvalitet. Det er også rimeligt at antage, at der for de fleste har været tale om en forringelse af livskvaliteten. Det skyldes, at de indtrådte ændringer typisk har gjort det vanskeligere at få opfyldt sine behov.

På den anden side er de fleste mennesker i besiddelse af en betydelig evne til at klare modgang og tilpasse sig nye omstændigheder (resiliens). Det er derfor vanskeligt at forudsige, hvordan så ekstraordinær en situation som coronapandemien har påvirket befolkningens livskvalitet.

Mange har oplevet COVID-19 som en trussel mod eget eller nære familiemedlemmers helbred, hvilket i sig selv kan have været en stressfaktor. Pandemien har medført begrænsninger i sociale kontakter, herunder muligheden for at deltage i stimulerende aktiviteter uden for hjemmet i fritiden. For nogle kan det have fremmet oplevelsen af isolation og ensomhed. Hjemmemiljøet i mange familier har ligeledes været påvirket, f.eks. fordi børnene har været i hjemmeskole, samtidig med at forældrene har passet deres arbejde hjemmefra, og det kan have gjort det sværere for den enkelte at finde ro og har måske

**Figur 11.12**
Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (Sammenlignet med før pandemien)
Andelen i procent med meget dårligere livskvalitet i forhold til alder og opdelt på køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivsstatus




øget antallet af konflikter mellem familiemedlemmer. Nedlukningen kan dog også have været en positiv oplevelse i nogle familier, fordi der har været bedre tid til at være sammen, eller fordi hjemmearbejde har givet mindre transporttid og mere fokus på kerneopgaver.

Generelt har pandemien øget usikkerheden om fremtiden, og mange planlagte aktiviteter er blevet udskudt eller aflyst (fester, rejser osv.). For nogle har pandemien ført til arbejdsløshed, jobusikkerhed eller indkomsttab. Begrebet "coronatræthed" har vundet indpas i sproget som et ord, der signalerer udmattelse som følge af de mange negative påvirkninger af dagligdagen, som pandemien har medført.

Hele befolkningen. Figur 11.11 viser svarpersonernes vurdering af, hvordan deres livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19. Søjlerne yderst til højre viser svarfordelingen for hele befolkningen, mens søjlerne til venstre herfor viser svarfordelingen opdelt på aldersgrupper.

Hos 15 % er livskvaliteten meget dårligere end før pandemien, hos 54 % er den lidt dårligere, mens den er uændret hos 28 %. Kun 3 % vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt bedre, og 1 %, at den er blevet meget bedre.

Alder. Der er en vis forskel mellem aldersgrupperne, idet en større andel af unge end midaldrende og ældre oplever en meget dårligere livskvalitet, mens flere ældre oplever, at deres livskvalitet er uændret.

Meget dårligere livskvalitet. Figur 11.12 viser, hvor mange der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien. Søjlerne yderst til højre viser andelen i hele den voksne befolkning samt opdelt på køn,

uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivssituation. Søjlerne til venstre herfor viser andelen i disse grupper opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier. Det er de 15% i hele befolkningen med meget dårligere livskvalitet, der er brugt i de statistiske sammenligninger i figur 11.12.

Køn. Forskellen mellem mænd og kvinder som helhed er beskeden, men der er betydeligt flere ældre kvinder end mænd, der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien.

Uddannelsesniveau. Der er som helhed ingen forskel i forhold til uddannelsesniveau, men flere unge med middelhøjt og højt uddannelsesniveau har fået en meget dårligere livskvalitet.

Etnisk baggrund. Markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en meget dårligere livskvalitet end personer med dansk baggrund. Den laveste andel, der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien, finder man hos personer i alderen 35-64 år med dansk baggrund.

Samliv. Der er markant flere personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der har fået en meget dårligere livskvalitet sammenlignet med før pandemien, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Denne forskel findes inden for alle aldersgrupper.

Tolkning. Størstedelen af befolkningen har oplevet, at deres livskvalitet er blevet dårligere under pandemien. For størstedelens vedkommende er der dog tale om en lille nedgang i livskvalitet, mens 1 ud af 7 har oplevet, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere.

Det er nærliggende at tolke de forskelle i forringelse af livskvaliteten under pandemien, der ses mellem forskellige befolkningsgrupper, som et resultat af forskelle i behovsbegrænsninger og forskelle i muligheder for at kompensere for disse begrænsninger.

Nogle af de samme faktorer, som er nævnt under afsnittet om pandemiens påvirkning af befolkningens dagligdag, kan nævnes her. Unge har i højere grad end midaldrende og ældre oplevet, at deres muligheder for at få deres behov opfyldt er blevet begrænset under pandemien.

Begrænsninger i sociale kontakter uden for hjemmet i perioder med nedlukning har ligeledes ramt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, hårdere, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Det er formentlig også forklaringen på, at flere ældre kvinder end mænd har oplevet et fald i livskvalitet, idet 6 ud af 10 kvinder på 75 år og derover ikke lever sammen med en ægtefælle/samlever mod 3 ud af 10 mænd i samme aldersgruppe.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk er generelt blevet mere påvirket af pandemien end personer med dansk baggrund. Flere er blevet smittet med COVID-19, flere har været mere bekymrede for deres eget og deres nærmestes helbred og for at blive smittet. Der er dog ikke flere, der har følt sig mere socialt isolerede, end i de andre grupper. Det må formodes, at det er summen af disse påvirkninger, der er forklaringen på, at markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en dårligere livskvalitet under pandemien.

## Sammenfatning

Kapitlet belyser, hvordan COVID-19 har påvirket borgernes dagligdag på en række områder.

Der er 6 %, som ifølge egne oplysninger havde haft COVID-19, da data blev indsamlet. Der er en større andel med anden etnisk baggrund end dansk, som har været smittet. Forekomsten af smittede er størst hos unge (16-24 år) og her især hos mænd, personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever.

COVID-19 har påvirket mange sider af dagligdagen. Halvdelen af befolkningen har følt sig mere socialt isolerede fra andre under pandemien, og mange har været mere bekymrede for deres eget og deres nærmestes helbred og trivsel end før pandemien og for selv at blive smittet.

Der er en markant sammenhæng med alder. Flere ældre end unge har været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittet, mens unge i højere grad har været mere bekymrede for deres egen mentale trivsel og har følt sig mere isolerede fra andre. De unge har desuden været mere bekymrede for deres

nærmestes helbred og trivsel end midaldrende og ældre.

Kvinders dagligdag er generelt blevet mere belastet under pandemien end mænds. Især har flere kvinder været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og har følt sig mere isolerede fra andre.

I forhold til uddannelse har flere med lavt uddannelsesniveau været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittede.

Personer med ikke-vestlig baggrund har følt sig mere belastede af COVID-19 end personer med dansk baggrund. Det gælder også, omend i mindre grad, for personer med anden vestlig baggrund end dansk. De største forskelle finder man ved bekymringer for eget helbred og for at blive smittet. Med hensyn til oplevelsen af at være mere isoleret fra andre under pandemien er der dog ingen forskel på tværs af etniske grupper.

Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere belastede af pandemien end personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Især er der flere, der har været bekymrede for deres egen mentale trivsel.

En fjerdedel af befolkningen vurderer, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19. Der er en stærk sammenhæng mellem alder, kronisk sygdom og risikovurdering. I den yngste aldersgruppe uden kroniske sygdomme mener kun 5 %, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 80 % i den ældste aldersgruppe med fire eller flere kroniske sygdomme.

En del har undladt at kontakte læge eller sygehus under pandemien. Der er 8 %, som har undladt at tage kontakt af frygt for at blive smittet, og 21 %, som har undladt at tage kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der var COVID-19.

Der er en moderat sammenhæng med alder, idet andelen, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, stiger med alderen, mens andelen, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet, falder med alderen.

Ved begge grunde til at undlade at tage kontakt med læge eller sygehus er der markant flere med anden etnisk baggrund end dansk.

Ved samtlige 18 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er der en større andel blandt personer med disse sygdomme end i befolkningen som helhed, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, og ved 14 af sygdommene er der desuden flere, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der var COVID-19. Blandt personer med psykiske lidelser, hjertekrampe/blodprop i hjertet, KOL og migræne/hyppig hovedpine har omtrent tre ud af ti undladt at tage kontakt af frygt for smitte, eller fordi de ikke ville belaste sundhedsvæsenet yderligere. Hver fjerde med to-tre kroniske sygdomme har undladt kontakt og hver tredje med fire eller flere kroniske sygdomme.

Hos en stor del af befolkningen er livskvaliteten blevet dårligere under pandemien. Hos 15 % er livskvaliteten meget dårligere end før pandemien, hos 54 % er den lidt dårligere, mens den er uændret hos 28 %. Kun 3 % vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt bedre, og 1 %, at den er blevet meget bedre.

Flere unge med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og flere ældre kvinder har fået en meget dårligere livskvalitet under pandemien end befolkningen generelt. Markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en meget dårligere livskvalitet end personer med dansk baggrund. Den laveste andel med en meget dårligere livskvalitet end før pandemien finder man hos personer i alderen 35-64 år med dansk baggrund. Der er markant flere, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der har fået en meget dårligere livskvalitet sammenlignet med før pandemien, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Denne forskel findes inden for alle aldersgrupper.

## Referencer

1. Ellekvist P. COVID-19, SARS CoV-2. 2021 [citeret 23.11.2021]. Hentet fra: https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/infektioner/sygdomme/import-og-tropesygdomme/covid-19-sars-cov-2/.

2. Ioannidis JPA. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. European Journal of Clinical Investigation. 2021;51(5).

3. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. European Journal of Epidemiology. 2020;35(12):1123-38.

4. Salzberger B, Buder F, Lampl B, Ehrenstein B, Hitzenbichler F, Holzmann T, m.fl. Epidemiology of SARS-CoV-2. Infection. 2021;49(2):233-9.

5. Andersen PB, Jacobsen BA, Kühle L, Christensen HR, Pedersen HF, Würtzen H, m.fl. COVID-19-krisen: Forløb og bekymringer. Religionsvidenskabeligt Tidsskrift. 2021(72):6-17.

6. Horton R. The COVID-19 catastrophe: What's gone wrong and how to stop it happening again. 2nd edition ed. Cambridge: Polity Press; 2021.

7. Pedersen KM. Smittetryk og samfundssind. Kritiske nedslag i coronaens tid. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2021.

8. Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z, m.fl. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2021;375:e068302.

9. Worldometers.info. Dover, Delaware, USA. 2022. Hentet fra: https://www.worldometers.info/coronavirus/country/denmark/

10. https://en.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2_Omicron_variant

11. Bager P, Wohlfahrt J, Rasmussen M, Albertsen M, Krause TG. Hospitalisation associated with SARS-CoV-2 delta variant in Denmark. The Lancet Infectious Diseases. 2021;21(10):1351.

12. Jørgensen F, Bor A, Lindholt MF, Petersen MB. Public support for government responses against COVID-19: assessing levels and predictors in eight Western democracies during 2020. West European Politics. 2021;44(5-6):1129-58.

13. Lindholt MF, Jørgensen F, Bor A, Petersen MB. Support for border security during the COVID-19 pandemic: evidence on levels and predictors from eight Western democracies in 2020. Journal of Elections, Public Opinion and Parties. 2021;31(sup1):1-14.

14. Aburto JM, Schöley J, Kashnitsky I, Zhang L, Rahal C, Missov TI, m.fl. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. International Journal of Epidemiology. 2021.

15. Islam N, Jdanov DA, Shkolnikov VM, Khunti K, Kawachi I, White M, m.fl. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. BMJ. 2021;375:e066768.

16. Bond E, Subbarao K, Soltani H, (red.). Vaccine research and development to advance pandemic and seasonal influenza preparedness and response: Lessons from COVID-19. Washington, DC: The National Academies Press; 2021.

17. Covid-19-dashboards, vaccinestatus: Statens Serum Institut. Hentet fra: https://experience.arcgis.com/experience/9824b03b114244348ef0b-10f69f490b4/page/page_3/

18. Sundhedsstyrelsen. Vedr. vaccination af børn på 12-15 år. København; 2021.

19. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Hentet fra: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL.

20. Africa CDC. COVID-19 Vaccination. Hentet fra: https://africacdc.org/covid-19-vaccination/.

21. Mamelund SE, Shelley-Egan C, Rogeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2021;16(9):e0244346.

22. Mamelund SE, Dimka J. Social inequalities in infectious diseases. Scand J Public Health. 2021;49(7):675-80.

23. Norris P, Inglehart R. Sacred and secular: Religion and politics worldwide. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.

24. Douglas M, Wildavsky A. Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers. Berkeley and Los Angeles, California University of California Press; 1983.

25. Beck U. Risk Society: Towards a New Modernity. Thousand Oaks: SAGE; 1992.

26. Sørensen JF, Baunvig KF, Pedersen HF, Jacobsen BA, Kühle L, Andersen PB. Historiske og teoretiske baggrunde for COVID-19-pandemiens påvirkning af den danske befolkning. Religionsvidenskabeligt Tidsskrift. 2021(72):42-67.

27. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. Acta Neuropsychiatrica. 2020;32(4):226-8.

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

29. Petersen MW, Dantoft TM, Jensen JS, Pedersen HF, Frostholm L, Benros ME, m.fl. The impact of the Covid-19 pandemic on mental and physical health in Denmark – a longitudinal population-based study before and during the first wave. BMC Public Health. 2021;21(1):1418.

30. Würtzen H, Clausen LH, Andersen PB, Santini ZI, Erkmen J, Pedersen HF. Mental well-being, health, and locus of control in Danish adults before and during COVID-19. Acta Neuropsychiatrica. 2021:1-17.

31. Andersen LH, Fallesen P, Bruckner TA. Risk of stress/depression and functional impairment in Denmark immediately following a COVID-19 shutdown. BMC Public Health. 2021;21(1):984.

32. 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. Scandinavian Journal of Public Health. 2021;49(1):79-87.

33. Thygesen LC, Møller SP, Ersbøll AK, Santini ZI, Nielsen MBD, Grønbæk MK, m.fl. Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. Journal of Psychiatric Research. 2021;144:151-7.

34. Hoffmann SH, Pisinger VSC, Rosing JA, Tolstrup JS. Symptoms of distress among young Danes during the national lockdown in May 2020. European Child & Adolescent Psychiatry. 2021.

35. Jensen SS, Reimer D. The effect of COVID-19-related school closures on students' well-being: Evidence from Danish nationwide panel data. SSM - Population Health. 2021;16:100945.

36. Joensen L, Madsen K, Holm L, Nielsen K, Rod M, Petersen A, m.fl. Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries? Diabetic Medicine. 2020;37(7):1146-54.

37. Madsen KP, Willaing I, Rod NH, Varga TV, Joensen LE. Psychosocial health in people with diabetes during the first three months of the COVID-19 pandemic in Denmark. Journal of Diabetes and its Complications. 2021;35(4):107858.

38. Severinsen ER, Kähler LKA, Thomassen SE, Varga TV, Fich Olsen L, Hviid KVR, m.fl. Mental health indicators in pregnant women compared with women in the general population during the coronavirus disease 2019 pandemic in Denmark. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica. 2021;100(11):2009-18.

39. Burrell AJ, Pellegrini B, Salimi F, Begum H, Broadley T, Campbell LT, m.fl. Outcomes for patients with COVID-19 admitted to Australian intensive care units during the first four months of the pandemic. Med J Aust. 2021;214(1):23-30.

40. Fox GJ, Trauer JM, McBryde E. Modelling the impact of COVID-19 on intensive care services in New South Wales. Med J Aust. 2020;212(10):468-9.

41. Cheek JA, Craig SS, West A, Lewena S, Hiscock H. Emergency department utilisation by vulnerable paediatric populations during the COVID-19 pandemic. Emerg Med Australas. 2020;32(5):870-1.

42. Mitchell RD, O'Reilly GM, Mitra B, Smit V, Miller JP, Cameron PA. Impact of COVID-19 State of Emergency restrictions on presentations to two Victorian emergency departments. Emerg Med Australas. 2020;32(6):1027-33.

43. Fisher JR, Tran TD, Hammarberg K, Sastry J, Nguyen H, Rowe H, m.fl. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. Med J Aust. 2020;213(10):458-64.

44. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, m.fl. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. Lancet Oncol. 2020;21(8):1023-34.

45. Rashid M, Gale CP, Curzen N, Ludman P, De Belder M, Timmis A, m.fl. Impact of coronavirus disease 2019 pandemic on the incidence and management of out-of-hospital cardiac arrest in patients presenting with acute myocardial infarction in England. J Am Heart Assoc. 2020;9(22):e018379.

46. Lange SJ, Ritchey MD, Goodman AB, Dias T, Twentyman E, Fuld J, m.fl. Potential Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Use of Emergency Departments for Acute Life-Threatening Conditions - United States, January-May 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2020;69(25):795-800.

47. Sundhedsstyrelsen. COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemien – 10. rapport. 2021.

48. Sundhedsstyrelsen. Notat – monitorering af aktiviteten på udvalgte områder i praksis- og sygehussektoren. København; 2022.

49. Statens Serum Institut. Notat. Covid-19: Den Nationale Prævalensundersøgelse. Resultaterne fra 3. runde af antistofundersøgelse med 70.000 inviterede deltagere, uge 38-51, 2020. 2021 14.1.2021.

50. Statens Serum Institut. Notat. Covid-19: Den Nationale Prævalensundersøgelse. Resultaterne fra 4. runde af antistofundersøgelse med 50.000 udtrukne borgere, uge 9-12, 2021. 2021 4.5.2021.

51. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and Psychological Correlates of Compliance with the COVID-19 Public Health Measures in France. Canadian Journal of Political Science-Revue Canadienne De Science Politique. 2020;53(2):253-8.

52. Devine D, Gaskell J, Jennings W, Stoker G. Trust and the Coronavirus Pandemic: What are the Consequences of and for Trust? An Early Review of the Literature. Political Studies Review. 2021;19(2):274-85.

53. Jorgensen F, Bor A, Petersen MB. Compliance without fear: Individual-level protective behaviour during the first wave of the COVID-19 pandemic. British Journal of Health Psychology. 2021;26(2):679-96.

54. Six F, De Vadder S, Glavina M, Verhoest K, Pepermans K. What drives compliance with COVID-19 measures over time? Explaining changing impacts with Goal Framing Theory. Regulation & Governance.

55. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID-19 and other infection exposure according to race and ethnicity. American Journal of Industrial Medicine. 2020;63(9):817-20.

56. Zhang M. Estimation of differential occupational risk of COVID-19 by comparing risk factors with case data by occupational group. American Journal of Industrial Medicine. 2021;64(1):39-47.

57. McLaughlin D, Vagenas D, Pachana NA, Begum N, Dobson A. Gender Differences in Social Network Size and Satisfaction in Adults in Their 70s. Journal of Health Psychology. 2010;15(5):671-9.

58. Fuhrer R, Stansfeld SA. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from ”close persons”. SOCIAL SCIENCE & MEDICINE. 2002;54(5):811-25.

59. https://www.sst.dk/da/corona/covid-19-og-ny-coronavirus/personer-i-oeget-risiko.

60. Sundhedsstyrelsen. Personer med øget risiko ved COVID-19. Fagligt grundlag. 2021.

61. Qin H, Sanders C, Prasetyo Y, Syukron M, Prentice E. Exploring the dynamic relationships between risk perception and behavior in response to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak. Soc Sci Med. 2021;285:114267.

62. Hilverda F, Vollmann M. The Role of Risk Perception in Students’ COVID-19 Vaccine Uptake: A Longitudinal Study. Vaccines. 2022;10(1):22.

63. Breakwell DGM. The psychology of risk. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.

# 12. SEKSUELLE KRÆNKELSER

I lyset af #MeToo-bevægelsen har en lang række danske kvinder i løbet af de seneste år stået frem med deres fortællinger og oplevelser af seksuelle krænkelser, især på arbejdspladsen, hvilket har skabt stor opmærksomhed omkring problematikken.

Betegnelsen 'seksuelle krænkelser' er bred og inkluderer forskellige former for seksuelt grænseoverskridende adfærd, krænkelser og overgreb af varierende karakter, som ikke nødvendigvis involverer fysisk kontakt, men som også kan være verbal eller digital (1). Det kan eksempelvis være nedsættende seksuelle kommentarer, deling af intime billeder på sociale medier, blotteri, uønsket beføling, tvangssamleje eller forsøg på tvangssamleje.

En befolkningsundersøgelse fra 2017 blandt danskere i alderen 18 år og opefter har vist, at 6 % af danskerne i løbet af deres liv er blevet tvunget til sex, og at 4 % af danskerne har været udsat for forsøg på tvungen sex (1).

En EU-undersøgelse fra 2014 har fundet, at omkring hver femte af alle europæiske kvinder har været udsat for seksuelle krænkelser af fysisk, digital eller verbal karakter inden for de seneste 12 måneder (2). De danske tal fra denne undersøgelse viste, at 37 % af danske kvinder angiver, at de har oplevet seksuelle krænkelser inden for de seneste 12 måneder, hvilket var den højeste forekomst i de europæiske lande (2).

Undersøgelser har vist, at langt flere kvinder end mænd udsættes for seksuelle krænkelser (1, 3). Det er især yngre kvinder, enlige kvinder, kvinder i mandsdominerede jobs og homoseksuelle kvinder, der udsættes for seksuelle krænkelser (3-5). Blandt mænd er det især yngre mænd og homoseksuelle mænd (3).

Seksuelle krænkelser kan have en væsentlig betydning for den mentale sundhed og er blandt andet forbundet med dårlig søvn, depressive symptomer, angst og posttraumatisk stressforstyrrelse (3, 4, 6-9). Samtidig er der en øget risiko for selvmordsforsøg og selvmord blandt personer, der har været udsat for seksuelle krænkelser (8, 9). Endvidere kan seksuelle krænkelser medføre øget sygefravær og nedsat arbejdsmotivation (10).

Personer kan have meget forskellige opfattelser af, om den adfærd, de bliver udsat for, kan betegnes som en seksuel krænkelse. Dette hænger blandt andet sammen med de fremherskende sociale og kulturelle værdier, normer og holdninger, der findes i forskellige grupper i befolkningen i forhold til kønsroller og acceptable omgangsformer. Når man skal afdække omfanget af seksuelle krænkelser, kan man derfor ikke nøjes med at spørge, om man har været udsat for en seksuel krænkelse, da svaret på dette er meget subjektivt.

I *Hvordan har du det?* er svarpersonerne blevet bedt om at svare på syv spørgsmål om konkrete typer af seksuelle krænkelser af forskellig alvorlighedsgrad inden for de seneste to år. I spørgsmålene specificeres det ikke, hvor de seksuelle krænkelser er foregået.

Spørgsmålene lyder:

Du har måske oplevet, at folk har en adfærd over for dig, som du betragter som stødende og uønsket. Har du inden for de seneste to år været udsat for en eller flere af følgende uønskede seksuelle hændelser:

- At nogen stirrede på dig eller lavede kropsbevægelser med seksuelle undertoner på en måde, som du fandt stødende og uønsket?
- At nogen sendte dig beskeder eller billeder med seksuelt indhold, som du fandt stødende og uønsket (f.eks. via e-mail, sms eller sociale medier)?
- At nogen kom med seksuelle kommentarer om din krop og dit udseende på en måde, som du fandt stødende og uønsket?
- At nogen gav dig seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som du fandt stødende og uønskede?
- At nogen rørte, kyssede eller omfavnede dig på en måde, som du fandt stødende og uønsket?
- At nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dig til at indgå i seksuelle aktiviteter mod din vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje)?

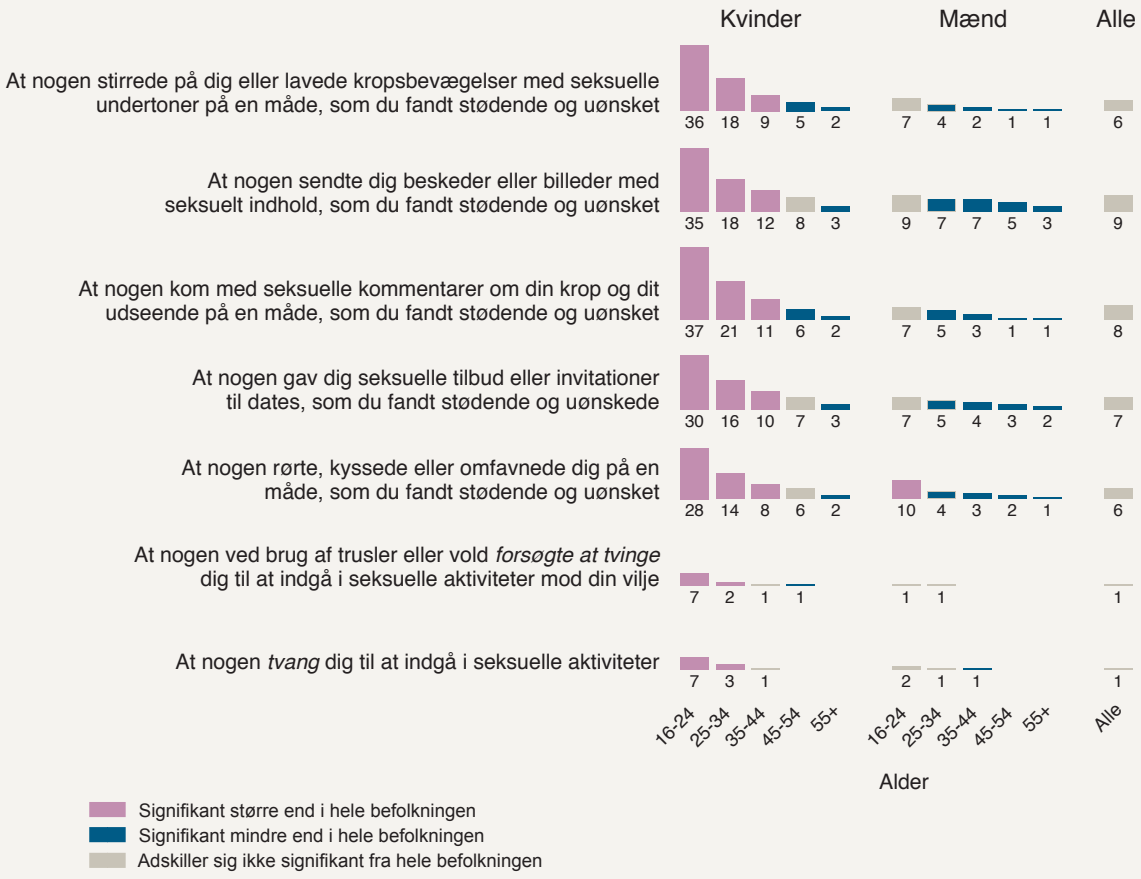
- At nogen tvang dig til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje)?

Til hvert spørgsmål har der været følgende svarmuligheder: 1) Nej, 2) Ja, én gang og 3) Ja, flere gange.

I det følgende belyses, hvor stor en andel af befolkningen der en eller flere gange har oplevet at være udsat for en seksuel krænkelse i løbet af de seneste to år. Indledningsvist belyses forekomsten for hele befolkningen i Region Midtjylland fordelt på køn og alder.

Da seksuelle krænkelser i vid udstrækning foregår i ungdomsårene, belyses forekomsterne i de efterfølgende analyser for 16-24-årige i forhold til alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering. Analyserne laves særskilt for unge kvinder og unge mænd. I disse analyser belyses kun de sidste fem spørgsmål, som omfatter mere alvorlige typer af seksuelle krænkelser.

**Figur 12.1**
Andel i procent, der en eller flere gange har oplevet følgende seksuelle krænkelser inden for de seneste to år



Figur 12.1 viser andelen af kvinder og mænd i forskellige aldersgrupper, der inden for de seneste to år har været udsat for forskellige typer af seksuelle krænkelser. Yderst til højre ses forekomsten i hele befolkningen.

I alt 6 % har oplevet, at nogen stirrede på dem eller lavede kropsbevægelser med seksuelle undertoner på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

Der er 9 %, der har oplevet, at nogen sendte beskeder eller billeder med seksuelt indhold, som de fandt stødende og uønsket.

I alt 8 % har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

Der er 7 %, der har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede.

I alt 6 % har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

Der er 1 %, der har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold *forsøgte at tvinge* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod sin vilje, og 1 %, der har oplevet, at nogen *tvang* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje).

Tendensen for alle typer af seksuelle krænkelser er klar: at det i langt højere grad er kvinder end mænd, der har oplevet seksuelle krænkelser.

For både kvinder og mænd gælder det, at forekomsten falder markant med stigende alder.

De klart største forekomster ses blandt de helt unge kvinder i alderen 16-24 år, hvor andelen, der har oplevet seksuelle krænkelser, er signifikant større end i hele befolkningen for alle typer af krænkelser, der er spurgt til. De næststørste forekomster ses hos de 25-34-årige kvinder, hvor andelen også er signifikant større end i hele befolkningen ved alle syv spørgsmål om seksuelle krænkelser.

Blandt mænd er der en enkelt forekomst blandt de 16-24-årige, hvor andelen, der har oplevet en seksuel krænkelse, er signifikant større end i hele befolkningen. Det drejer sig om, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

**Figur 12.2**
Seksuelle krænkelser blandt unge kvinder (16-24 år) inden for de seneste to år – alder og sociale forhold

| | At nogen kom med seksuelle kommentarer om din krop og dit udseende på en måde, som du fandt stødende og uønsket | At nogen gav dig seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som du fandt stødende og uønsket |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Alle** (16-24-årige) | 37 | 30 |
| **Alder** | | |
| 16-19 | 39 | 31 |
| 20-24 | 37 | 29 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 38 | 30 |
| Ikke-dansk | 37 | 23 |
| **Kæresteforhold** | | |
| Har en kæreste/ægtefælle | 37 | 30 |
| Single | 38 | 29 |
| **Uddannelse og beskæftigelse** | | |
| Grundskole | 36 | 30 |
| Alment gymnasium | 40 | 30 |
| Erhvervsrettet gymnasium | 40 | 35 |
| Erhvervsuddannelser | 35 | 33 |
| Videregående uddannelse | 34 | 26 |
| I arbejde | 39 | 29 |
| Hverken i arbejde eller under uddannelse | 41 | 36 |
| **Seksuel orientering** | | |
| Heteroseksuel | 34 | 27 |
| Anden seksuel orientering end heteroseksuel | 56 | 42 |

Signifikant større end blandt alle unge kvinder
Signifikant mindre end blandt alle unge kvinder
Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge kvinder

| At nogen rørte, kyssede eller omfavnede dig på en måde, som du fandt stødende og uønsket | At nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dig til at indgå i seksuelle aktiviteter mod din vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje) | At nogen tvang dig til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje) |
|---|---|---|
| Pct. | Pct. | Pct. |
| 28 | 7 | 7 |
| 28 | 8 | 9 |
| 27 | 6 | 7 |
| 29 | 7 | 8 |
| 17 | 4 | 5 |
| 31 | 9 | 8 |
| 26 | 6 | 7 |
| 29 | 8 | 8 |
| 31 | 8 | 8 |
| 35 | 12 | 9 |
| 25 | 15 | 19 |
| 25 | 3 | 4 |
| 26 | 4 | 4 |
| 31 | 14 | 15 |
| 26 | 6 | 6 |
| 37 | 13 | 13 |

## Unge kvinders oplevelser med seksuelle krænkelser – alder og sociale forhold

### Unge kvinder, som har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket

Af figur 12.2 fremgår det, at 37 % af kvinder i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket. Der er ingen signifikant sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold eller uddannelses- og beskæftigelsessituation i forhold til, om de unge kvinder har oplevet dette. Til gengæld er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket (56 %).

### Unge kvinder, som har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede

Af figur 12.2 fremgår det, at 30 % af kvinder i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede. Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold eller uddannelses- og beskæftigelsessituation i forhold til, om de unge kvinder har oplevet dette. Til gengæld er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede (42 %).

### Unge kvinder, som har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket

Af figur 12.2 fremgår det, at 28 % af kvinder i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket. Der er ingen sammenhæng med alder eller uddannelses- og beskæftigelsessituation i forhold til, om de unge kvinder har oplevet dette. Til gengæld er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder med dansk etnisk baggrund (29 %), unge kvinder, der har en kæreste/ægtefælle (31 %), og unge kvinder med en anden seksuel orientering end heteroseksuel (37 %), der har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

### Unge kvinder, som har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje

Af figur 12.2 fremgår det, at 7 % af kvinder i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje). Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund eller kæresteforhold i forhold til, om de unge kvinder har oplevet dette. Til gengæld er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder på erhvervsuddannelser (15 %), som har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje, ligesom en større andel af unge kvinder, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, har oplevet dette (14 %). Endelig er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje (13 %).

### Unge kvinder, som har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter

Af figur 12.2 fremgår det, at 7 % af kvinder i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje). Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund eller kæresteforhold i forhold til, om de unge kvinder har oplevet dette. Til gengæld er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel af unge kvinder på erhvervsuddannelser, som har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (19 %), ligesom en større andel af unge kvinder, der hverken er i arbejde eller under uddannel-

se, har oplevet dette (15 %). Endelig er der, sammenlignet med unge kvinder generelt, en signifikant større andel unge kvinder med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (13 %).

**Figur 12.3**
Seksuelle krænkelser blandt unge mænd (16-24 år) inden for de seneste to år – alder og sociale forhold

| | At nogen kom med seksuelle kommentarer om din krop og dit udseende på en måde, som du fandt stødende og uønsket | At nogen gav dig seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som du fandt stødende og uønsket |
|---|---|---|
| | Pct. | Pct. |
| **Alle** (16-24-årige) | 7 | 7 |
| **Alder** | | |
| 16-19 | 7 | 6 |
| 20-24 | 8 | 8 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 7 | 7 |
| Ikke-dansk | 8 | 8 |
| **Kæresteforhold** | | |
| Har en kæreste/ægtefælle | 7 | 7 |
| Single | 7 | 7 |
| **Uddannelse og beskæftigelse** | | |
| Grundskole | 8 | 9 |
| Alment gymnasium | 7 | 10 |
| Erhvervsrettet gymnasium | 7 | 5 |
| Erhvervsuddannelser | 4 | 7 |
| Videregående uddannelse | 8 | 9 |
| I arbejde | 7 | 5 |
| Hverken i arbejde eller under uddannelse | 11 | 10 |
| **Seksuel orientering** | | |
| Heteroseksuel | 7 | 7 |
| Anden seksuel orientering end heteroseksuel | 12 | 12 |

Adskiller sig ikke signifikant fra alle unge mænd

| At nogen rørte, kyssede eller omfavnede dig på en måde, som du fandt stødende og uønsket | At nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dig til at indgå i seksuelle aktiviteter mod din vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje) | At nogen tvang dig til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje) |
|---|---|---|
| Pct. | Pct. | Pct. |
| 10 | 1 | 2 |
| 8 | 1 | 2 |
| 11 | 1 | 2 |
| 9 | 1 | 2 |
| 12 | 2 | 1 |
| 11 | 0,5 | 1 |
| 8 | 1 | 2 |
| 12 | 0,0 | 0,0 |
| 10 | 1 | 1 |
| 8 | 1 | 1 |
| 7 | 0,5 | 2 |
| 12 | 1 | 1 |
| 7 | 0,0 | 0,7 |
| 11 | 4 | 6 |
| 8 | 1 | 1 |
| 15 | 3 | 5 |

## Unge mænds oplevelser med seksuelle krænkelser – alder og sociale forhold

### Unge mænd, som har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket

Af figur 12.3 fremgår det, at 7 % af mænd i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket. Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet dette.

### Unge mænd, som har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede

Af figur 12.3 fremgår det, at 7 % af mænd i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede. Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet dette.

### Unge mænd, som har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket

Af figur 12.3 fremgår det, at 10 % af mænd i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket. Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet dette.

### Unge mænd, som har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje

Af figur 12.3 fremgår det, at 1 % af mænd i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold forsøgte at tvinge dem til at indgå i seksuelle aktiviteter mod deres vilje (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje). Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet dette.

### Unge mænd, som har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter

Af figur 12.3 fremgår det, at 2 % af mænd i alderen 16-24 år inden for de seneste to år har oplevet, at nogen tvang dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje). Der er ingen sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet dette.

## Sammenfatning

Inden for de seneste to år har en markant større andel af kvinder oplevet seksuelle krænkelser, end det er tilfældet blandt mænd. Samtidig ses også markant større andele hos både unge kvinder og mænd (16-24 år), der har oplevet seksuelle krænkelser, end i befolkningen generelt.

Mellem 28 % og 37 % af de unge kvinder har inden for de seneste to år oplevet, at nogen kom med seksuelle kommentarer om deres krop og deres udseende på en måde, som de fandt stødende og uønsket, at nogen gav dem seksuelle tilbud eller invitationer til dates, som de fandt stødende og uønskede, og/eller at nogen rørte, kyssede eller omfavnede dem på en måde, som de fandt stødende og uønsket.

Der er ligeledes 7 % af de unge kvinder, der inden for de seneste to år har oplevet, at nogen ved brug af trusler eller vold *forsøgte at tvinge* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter, og 7 %, der har oplevet, at nogen *tvang* dem til at indgå i seksuelle aktiviteter (f.eks. at dele nøgenbilleder, røre ved kønsdele eller have samleje). Næsten hver femte unge kvinde på erhvervsuddannelserne har inden for de seneste to år oplevet at blive tvunget til at indgå i seksuelle aktiviteter, og blandt unge kvinder, der hverken er i arbejde eller under uddannelse, er der 15 %, der har oplevet dette.

For unge kvinder gælder det, at der er en markant større andel med en anden seksuel orientering end heteroseksuel, der har oplevet seksuelle krænkelser.

For de unge mænd gælder det, at der ikke er en sammenhæng med alder, etnisk baggrund, kæresteforhold, uddannelses- og beskæftigelsessituation og seksuel orientering i forhold til, om de unge mænd har oplevet seksuelle krænkelser.

## Referencer

1. Heinskou MB, Schierff LM, Ejbye Ernst P, Friis CB, Liebst LS. Seksuelle krænkelser i Danmark: Omfang og karakter. København: Det Kriminalpræventive Råd; 2017.

2. FRA: Den Europæiske Unions Agentur for Grundlæggende Rettigheder. "Vold mod kvinder: en EU-undersøgelse". 2014.

3. McDonald P. Workplace Sexual Harassment 30 Years on: A Review of the Literature. International Journal of Management Reviews, Vol. 14, 1-17 (2012).

4. Quick JC, McFadyen AM. Sexual harassment: Have We Made Any Progress? Journal of Occupational Health Psychology, 2016.

5. Berdahl JL. (2007). Harassment based on sex: Protecting social status in the context of gender hierarchy. *The Academy of Management Review*, 32(2), 641-658.

6. Dahl GB, Knepper M. Why Is Workplace Sexual Harassment Underreported? The Value of outside Options amid the Threat of Retaliation. NBER Working Paper No. 29248, september 2021.

7. Willness C, Steel P, Lee K. A meta-analysis of the antecedents and consequences of workplace sexual harassment. Personnel Psychology, 60, s. 127-162.

8. Magnusson LL, Nyberg A, Mittendorfer-Rutz E, Bondestam F, Madsen IEH. Work related sexual harassment and risk of suicide and suicide attempts: prospective cohort study. BMJ, september 2020.

9. Ullman SE, Brecklin LR. "Sexual Assault History and Suicidal Behavior in a National Sample of Women". The American Association of Suicidology, Volume 32 (2) Jun 2002.

10. Minnotte KL, Legerski EM. Sexual harassment in contemporary workplaces: Contextualizing structural vulnerabilities. Sociology Compass. 2019; 13:e12755.

# 13. SØVN

Søvn er uundværlig for, at vi kan fungere normalt, og en af søvnens vigtigste funktioner er restitution af kroppen samt vedligeholdelse af hjernens funktioner. Der er store individuelle forskelle på, hvor stort et søvnbehov man har, og søvnbehovet ændrer sig også markant i løbet af livet. Blandt voksne er det gennemsnitlige søvnbehov omkring 7,5 time i døgnet, og for langt de fleste voksne ligger søvnbehovet mellem 6 og 9 timer (1). Det er ganske almindeligt og ufarligt at opleve søvnproblemer i kortere perioder. Dog kan selv korte episoder med søvnmangel føre til svækket reaktions- og koncentrationsevne samt nedsat hukommelse (2, 3).

## Søvnproblemer

Søvnproblemer er symptomer og gener forbundet med søvnen, som både omfatter dårlig søvnkvalitet samt for kort og for lang søvnlængde (1). Søvnkvalitet kan beskrives som den subjektive opfattelse af at være udhvilet, og *dårlig søvnkvalitet* omfatter vanskelighed ved at falde i søvn, urolig og fragmenteret søvn, hyppige opvågninger i løbet af natten og for tidlig opvågning, samt hvor udhvilet man føler sig (1, 4). *Kort søvn* defineres som mindre end seks timers samlet søvn i døgnet, mens *lang søvn* defineres som mere end ni timers søvn (1). Definitionen af søvnproblemer er således ikke kun afgrænset til klinisk definerede søvnsygdomme som insomni eller hypersomni. I stedet er der tale om en bred definition, som dækker flere forskellige aspekter af søvnen, og som ikke nødvendigvis siger noget om de bagvedliggende årsager til problemerne.

## Konsekvenser af søvnproblemer

I de senere år er der kommet en del videnskabelig dokumentation for, at vedvarende søvnproblemer har stor betydning for vores helbred og trivsel (1). Således er vedvarende søvnproblemer associeret med udvikling af overvægt, type 2-diabetes samt forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom og slagtilfælde (1, 5-9). Desuden peger forskning på, at oplevede søvnproblemer kan være en stærk prædiktor for langvarigt sygefravær blandt beskæftigede (10). Der er endvidere en stigende videnskabelig evidens for, at søvnproblemer spiller en vigtig rolle i udviklingen af demens og Alzheimers (11, 12). Endelig har epidemiologiske undersøgelser fundet en U-formet sammenhæng mellem søvnlængde og dødelighed, hvor der er en større dødelighed blandt personer med kort eller lang søvnlængde (13, 14).

Trods de observerede sammenhænge mellem søvn og sygelighed er de underliggende mekanismer endnu ikke fuldt ud kortlagt (1, 13). For henholdsvis kort og lang søvnlængde er der dog formentlig tale om forskellige mekanismer. Sammenhængen mellem kort søvnlængde og dødelighed kan forklares ved, at søvnen er med til at opretholde og styrke kroppens immunsystem, hvilket igen er med til at forebygge udviklingen af en række kroniske lidelser (1, 13). Igennem eksperimentelle undersøgelser er det påvist, at begrænset søvnmængde medfører markante stigninger i en række kliniske biomarkører for inflammation (15, 16). Undersøgelser som disse indikerer, at kronisk søvnmangel kan bidrage til en kronisk systemisk inflammation, som bidrager til udviklingen af en række kroniske sygdomme, såsom hjerte-kar-lidelser og diabetes. Ved lang søvnlængde er der formentlig tale om andre mekanismer, og den øgede sygelighed og dødelighed kan delvis forklares ved, at lang søvnlængde kan være en indikator for en underliggende fysisk eller psykisk sygdom (1, 13, 17). Udover ovenstående kan søvnproblemer også være indikator på en underliggende søvnsygdom (1).

Selvom de bagvedliggende mekanismer mellem søvnproblemer og sygelighed endnu ikke er kortlagt, indikerer ovenstående, at vedvarende søvnproblemer både kan betragtes som en risikofaktor for udvikling eller forværring af en række kroniske sygdomme samt en indikator for en underliggende ikke-diagnosticeret sygdom. Set i dette lys kan vedvarende søvnproblemer betragtes som et folkesundhedsanliggende på lige fod med eksempelvis fysisk aktivitet, overvægt og mental sundhed (1).

## Faktorer, der påvirker søvnen

Vores livsstil er med til at påvirke søvnlængde og søvnkvalitet. Blandt andet kan rygning samt indtag af koffein, alkohol og energi- eller fedtrig kost før sengetid have en negativ indvirkning på både søvnlængde og søvnkvalitet (1). Udover livsstilfaktorer kan eksempelvis lys fra skærme inden sengetid, støj samt for høj eller for lav temperatur i soveværelset medvirke til udviklingen og fastholdelsen af søvnproblemer (1). Omvendt viser undersøgelser, at regelmæssig moderat fysisk aktivitet

har en lille, men gavnlig effekt på både søvnlængde og søvnkvalitet (18, 19).

Der er et betydeligt overlap mellem oplevet stress og forekomsten af søvnproblemer (20). Stress er forbundet med øget fysisk, psykisk og følelsesmæssig aktivering, der kan manifestere sig som overdreven bekymring over dagligdagens udfordringer og hændelser. Dette aktiverer en række biologiske processer, som øger sandsynligheden for nedsat søvnkvalitet, hvilket i sig selv kan være med til at øge risikoen for stress i løbet af dagen (21).

En række undersøgelser har fokuseret på sammenhængen mellem strukturelle forhold på arbejdspladsen og risikoen for at udvikle søvnproblemer. Herigennem har man identificeret en række faktorer vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø, der er associeret med udviklingen af søvnproblemer. Faktorerne spænder over høje arbejdskrav, lav grad af kontrol over arbejdet, psykisk belastende arbejde, hyppige deadlines og lange arbejdstider (22). Omvendt er der også forhold vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø, som har vist sig at have en beskyttende effekt. Personer, der således oplever høj grad af kontrol over deres arbejde eller støtte fra kolleger og ledelse, ser ud til at have en lavere risiko for at udvikle søvnproblemer (22). På trods af den veldokumenterede sammenhæng har det dog vist sig at være vanskeligt at opstille et samlet billede af de mekanismer, der er på spil. Psykisk belastende arbejde kan på den ene side medvirke til et højere stressniveau, som manifesterer sig som dårlig og urolig søvn. Omvendt kan søvnproblemer også være årsag til ændringer i individets opfattelse af arbejdsmiljøet eller være direkte årsag til reduceret produktivitet, hvilket giver en følelse af, at arbejdet stiller højere krav til individet (23).

## Måling af søvnproblemer i *Hvordan har du det? 2021*

I rapporten belyses tre forskellige former for søvnproblemer: kort søvnlængde (mindre end seks timers søvn i døgnet), lang søvnlængde (mere end ni timers søvn i døgnet) samt dårlig søvnkvalitet.

I rapporten måles svarpersonernes søvnlængde med spørgsmålet: "I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sov du cirka på et almindeligt hverdagsdøgn?". Dette spørgsmål bruges til at opgøre henholdsvis *kort* og *lang* søvnlængde:

- Kort søvnlængde: sover mindre end seks timer på et almindeligt hverdagsdøgn
- Lang søvnlængde: sover mere end ni timer på et almindeligt hverdagsdøgn

Svarpersonernes søvnkvalitet belyses ved hjælp af en søvnskala baseret på fem spørgsmål omkring den oplevede søvnkvalitet de seneste fire uger:

- Har du fået nok søvn til at føle dig udhvilet?
- Har du haft svært ved at falde i søvn?
- Er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?
- Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?
- Har du sovet dårligt og uroligt?

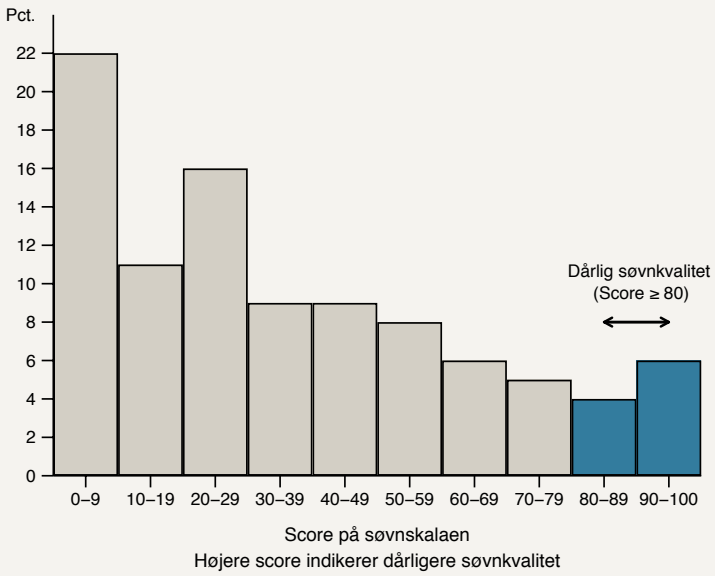
Søvnskalaen er udarbejdet på baggrund af en Mokken-analyse, der er en psykometrisk analysemetode til at validere sammenhængen mellem en række spørgsmål (24). Resultaterne fra analysen viser, at de fem spørgsmål tilsammen danner en stærk endimensionel skala til at belyse søvnkvalitet i befolkningen. På skalaen er det muligt at score fra 0 til 100 point, hvor en højere score indikerer dårligere søvnkvalitet. Figur 13.1 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score på skalaen er på 35,0. Som det kan udledes af figuren, er der mange, der scorer lavt på skalaen, hvilket indikerer, at en stor del af befolkningen oplever ingen eller få problemer med deres søvn. Omvendt ses også en mindre del med en høj score på skalaen. Denne gruppe er karakteriseret ved at opleve søvnproblemer flere gange ugentlig.

Det er vigtigt at fremhæve, at der i skalaen ikke er en indbygget standard for, hvornår man karakteriseres som havende dårlig søvnkvalitet. Andre epidemiologiske undersøgelser peger dog på, at forekomsten af søvnløshed forekommer hos 5-15 % af den voksne befolkning (25-27). Da der er et betydeligt overlap mellem egentlig søvnløshed og dårlig søvnkvalitet (1), antages det, at en score på skalaen svarende til de øverste 10 % indikerer dårlig søvnkvalitet. Dette svarer til en score på 80 eller mere på søvnskala.

Da andelen med dårlig søvnkvalitet således er defineret på forhånd, giver det ikke mening at tale om en egentlig forekomst. I stedet er det vigtigt at fokusere

på de grupper, der afviger signifikant fra det regionale gennemsnit. For at sikre at den observerede fordeling ikke skyldes vores valg af cut-off, er der foretaget sensitivitetsanalyser, hvor der er anvendt flere forskellige cut-offs på søvnskalaen. Derefter sammenholdes fordelingen ved de forskellige cut-offs med den observerede fordeling på tværs af køn, alder og sociale forhold. Resultaterne af sensitivitetsanalyserne peger på, at det er de samme grupper, der træder frem, uanset hvor vi lægger snittet. Ligeledes er det overordnet set den samme tendens, der ses, når vi ser på udviklingen i befolkningens søvnkvalitet over tid. Selvom definitionen af dårlig søvnkvalitet ikke beror på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, så indikerer ovenstående, at resultaterne fra analyserne er robuste til at identificere de grupper, hvor forekomsten af dårlig søvnkvalitet må forventes at være størst.

**Figur 13.1**
Befolkningens søvnkvalitet målt ved Region Midtjyllands søvnskala – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



**Figur 13.2**
Dårlig søvnkvalitet (≥80 point) – køn, alder og sociale forhold

| | Pct. | Antal personer i Region Midtjylland |
|---|---|---|
| **Alle** | 10 | 105.000 |
| **Køn** | | |
| Mand | 8 | 42.000 |
| Kvinde | 12 | 63.000 |
| **Alder** | | |
| 16-24 år | 9 | 13.000 |
| 25-34 år | 9 | 13.000 |
| 35-44 år | 10 | 15.000 |
| 45-54 år | 12 | 21.000 |
| 55-64 år | 12 | 20.000 |
| 65-74 år | 9 | 13.000 |
| 75+ år | 10 | 12.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | |
| Lavt (0-10 år) | 15 | 20.000 |
| Middel (11-14 år) | 11 | 44.000 |
| Højt (15+ år) | 7 | 21.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | |
| Studerende/skoleelever | 9 | 9.900 |
| Beskæftigede | 8 | 41.000 |
| Arbejdsløse | 13 | 3.100 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 21 | 11.000 |
| Førtidspensionister | 29 | 14.000 |
| Efterlønsmodtagere | 7 | 800 |
| Folkepensionister | 10 | 22.000 |
| **Etnisk baggrund** | | |
| Dansk | 10 | 88.000 |
| Anden vestlig | 12 | 5.600 |
| Ikke-vestlig | 19 | 12.000 |
| **Bolig** | | |
| Ejer | 8 | 52.000 |
| Lejer | 14 | 47.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | |
| Nej | 13 | 44.000 |
| Ja | 9 | 57.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | |
| Nej | 11 | 74.000 |
| Ja | 9 | 21.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Dårlig søvnkvalitet – køn, alder og sociale forhold

Af figur 13.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en signifikant større andel kvinder med dårlig søvnkvalitet sammenlignet med mænd.

Alder. De største andele med dårlig søvnkvalitet ses blandt de 45-64-årige. De mindste andele ses blandt personer i alderen 16-34 år.

Uddannelsesniveau. Andelen med dårlig søvnkvalitet falder med stigende uddannelsesniveau. Der er 15 % med dårlig søvnkvalitet blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 7 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen med dårlig søvnkvalitet er størst blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Omvendt er der en mindre andel blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere.

Etnisk baggrund. Andelen med dårlig søvnkvalitet er mindre blandt personer med dansk baggrund og større blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har dårlig søvnkvalitet end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

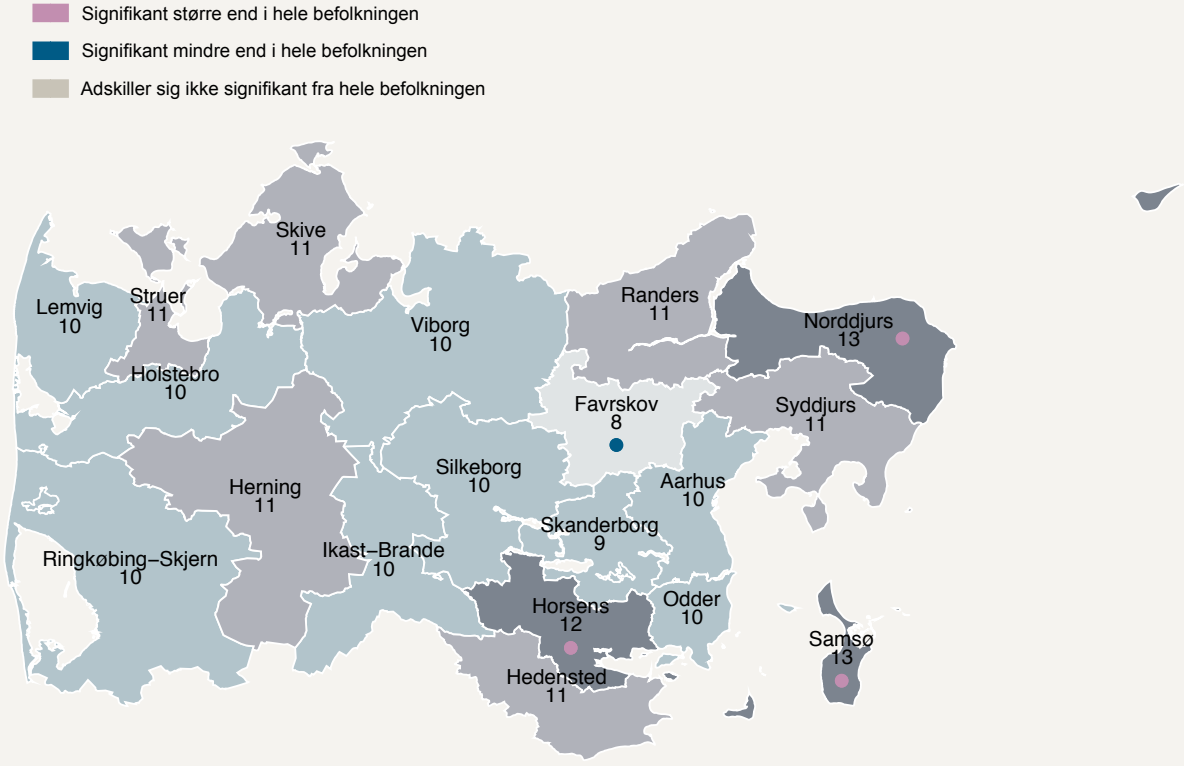
► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-64 år og blandt personer i alderen 75 år og derover. Dertil ses en stigning på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år samt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◄

**Figur 13.3**
Dårlig søvnkvalitet (≥80 point) – kommuner

| | Pct. | Antal personer i kommunerne |
|---|---|---|
| Samsø | 13 | 400 |
| Norddjurs | 13 | 3.700 |
| Horsens | 12 | 8.600 |
| Randers | 11 | 8.500 |
| Herning | 11 | 7.600 |
| Hedensted | 11 | 3.900 |
| Skive | 11 | 3.800 |
| Syddjurs | 11 | 3.600 |
| Struer | 11 | 1.700 |
| Viborg | 10 | 7.600 |
| Ikast-Brande | 10 | 3.200 |
| Lemvig | 10 | 1.500 |
| Ringkøbing-Skjern | 10 | 4.300 |
| Aarhus | 10 | 27.000 |
| Odder | 10 | 1.700 |
| Holstebro | 10 | 4.200 |
| Silkeborg | 10 | 6.800 |
| Skanderborg | 9 | 4.400 |
| Favrskov | 8 | 2.900 |
| Region Midtjylland | 10 | 105.000 |



## Dårlig søvnkvalitet – kommuner

Figur 13.3 viser, at andelen med dårlig søvnkvalitet varierer mellem kommunerne fra 8 % i Favrskov til 13 % på Samsø og i Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet i følgende kommuner:

- Samsø
- Norddjurs
- Horsens

I disse kommuner varierer andelen fra 12 % til 13 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med dårlig søvnkvalitet i Favrskov, hvor andelen er på 8 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i samtlige kommuner. Se figur 11.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i Favrskov, Hedensted, Herning, Horsens, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Struer, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Se figur 11.3.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i Norddjurs, Randers og Aarhus. Se figur 11.3.S i bind 2. ◄

**Figur 13.4**
Kort og lang søvnlængde – køn, alder og sociale forhold

| | Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) | Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) | Kort søvnlængde | Lang søvnlængde |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| **Alle** | 10 | 5 | 100.000 | 47.000 |
| **Køn** | | | | |
| Mand | 9 | 5 | 46.000 | 23.000 |
| Kvinde | 11 | 5 | 54.000 | 24.000 |
| **Alder** | | | | |
| 16-24 år | 9 | 6 | 13.000 | 7.800 |
| 25-34 år | 10 | 4 | 15.000 | 6.800 |
| 35-44 år | 10 | 3 | 14.000 | 3.800 |
| 45-54 år | 11 | 3 | 18.000 | 4.800 |
| 55-64 år | 11 | 3 | 18.000 | 5.400 |
| 65-74 år | 8 | 5 | 11.000 | 7.400 |
| 75+ år | 10 | 11 | 11.000 | 12.000 |
| **Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)** | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 15 | 9 | 19.000 | 11.000 |
| Middel (11-14 år) | 10 | 4 | 43.000 | 18.000 |
| Højt (15+ år) | 7 | 3 | 19.000 | 8.000 |
| **Erhvervstilknytning** | | | | |
| Studerende/skoleelever | 9 | 4 | 9.100 | 4.200 |
| Beskæftigede | 9 | 2 | 46.000 | 10.000 |
| Arbejdsløse | 12 | 7 | 2.800 | 1.600 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 16 | 11 | 8.300 | 5.600 |
| Førtidspensionister | 21 | 13 | 9.800 | 6.000 |
| Efterlønsmodtagere | 7 | 3 | 800 | 400 |
| Folkepensionister | 9 | 8 | 20.000 | 18.000 |
| **Etnisk baggrund** | | | | |
| Dansk | 9 | 5 | 83.000 | 42.000 |
| Anden vestlig | 11 | 6 | 5.200 | 2.800 |
| Ikke-vestlig | 20 | 4 | 12.000 | 2.600 |
| **Bolig** | | | | |
| Ejer | 8 | 4 | 51.000 | 22.000 |
| Lejer | 13 | 6 | 43.000 | 22.000 |
| **Bor med ægtefælle/samlever** | | | | |
| Nej | 13 | 6 | 43.000 | 22.000 |
| Ja | 8 | 4 | 53.000 | 23.000 |
| **Børn i hjemmet 0-15 år** | | | | |
| Nej | 10 | 5 | 67.000 | 36.000 |
| Ja | 10 | 2 | 24.000 | 5.200 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Kort og lang søvnlængde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 13.4 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med *kort søvnlængde* (<6 timer/døgn) blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever

Af figur 13.4 fremgår det desuden, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med *lang søvnlængde* (>9 timer/døgn) blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 16-24 år og personer i alderen 65 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel kvinder end mænd med kort søvnlængde. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og lang søvnlængde.

Alder. De største andele med kort søvnlængde ses blandt de 45-64-årige, mens de mindste andele ses blandt de 65-74-årige. De største andele med lang søvnlængde ses blandt de 16-24-årige og blandt personer i alderen 65 år og derover. De mindste andele ses blandt personer i alderen 34-64 år.

Uddannelsesniveau. Andelene med henholdsvis kort og lang søvnlængde falder med stigende uddannelsesniveau. Det gælder for både kort og lang søvnlængde, at andelene er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og lavest blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen med kort søvnlængde er signifikant større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og blandt førtidspensionister. Omvendt er andelen signifikant mindre blandt efterlønsmodtagere og personer i beskæftigelse. Andelen med lang søvnlængde er signifikant større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister samt folkepensionister. Omvendt er andelen med lang søvnlængde signifikant mindre blandt personer i beskæftigelse.

Etnisk baggrund. Andelen med kort søvnlængde er mindst blandt personer med dansk baggrund og størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund. Der ses ikke nogen sammenhæng mellem etnisk baggrund og lang søvnlængde.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har kort søvnlængde, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig. Det samme mønster gør sig gældende ved lang søvnlængde.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har en kort søvnlængde, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Det samme mønster gør sig gældende ved lang søvnlængde.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem kort søvnlængde, og hvorvidt der bor børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har en lang søvnlængde, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år samt på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.4.S i bind 2. Ligeledes har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, blandt de 45-54-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-64 år samt blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se figur 11.4.S i bind 2. I perioden har der været en mindre stigning i andelen med lang søvnlængde blandt mænd og kvinder, personer i alderen 65-74 år samt blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 11.6.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde blandt de 16-24-årige. Se figur 11.4.S i bind 2. I perioden har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd. Se figur 11.6.S i bind 2. ◄

**Figur 13.5**
Kort og lang søvnlængde – kommuner

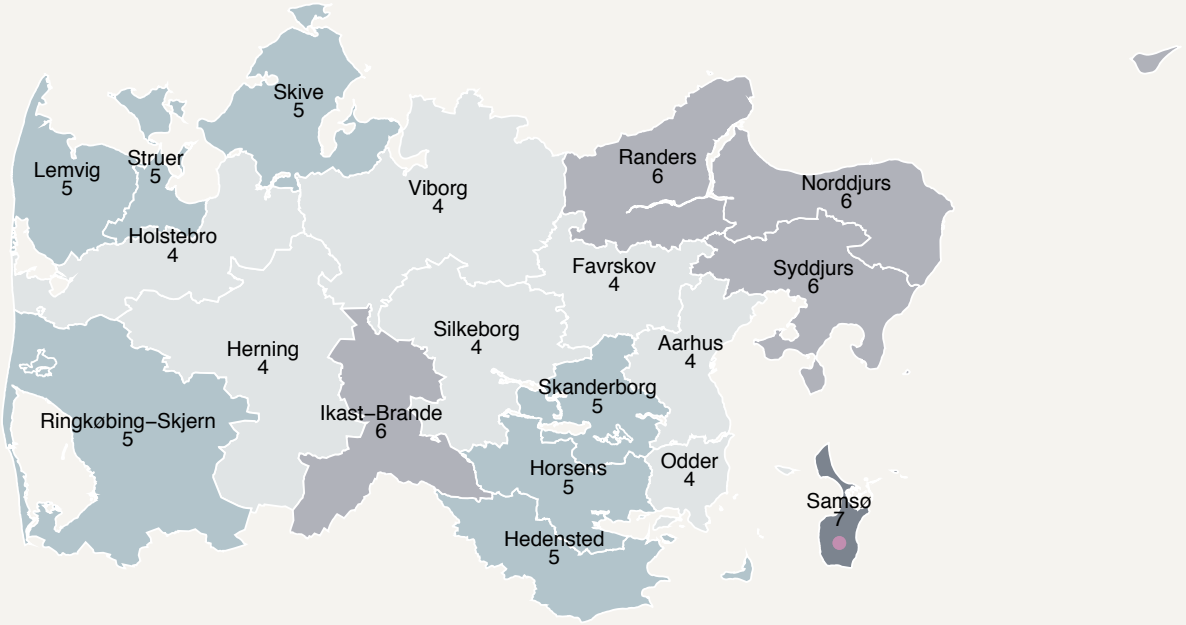
| | Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) | Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) | Kort søvnlængde | Lang søvnlængde |
|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Norddjurs | 13 | 6 | 3.700 | 1.600 |
| Randers | 12 | 6 | 8.700 | 4.100 |
| Skive | 11 | 5 | 4.000 | 1.600 |
| Viborg | 11 | 4 | 8.300 | 3.100 |
| Ikast-Brande | 11 | 6 | 3.500 | 1.700 |
| Syddjurs | 11 | 6 | 3.600 | 1.800 |
| Horsens | 10 | 5 | 7.100 | 3.700 |
| Struer | 10 | 5 | 1.700 | 900 |
| Hedensted | 10 | 5 | 3.600 | 1.800 |
| Skanderborg | 10 | 5 | 4.500 | 2.200 |
| Holstebro | 10 | 4 | 4.200 | 1.800 |
| Silkeborg | 10 | 4 | 6.900 | 2.900 |
| Lemvig | 10 | 5 | 1.500 | 800 |
| Herning | 10 | 4 | 6.400 | 2.800 |
| Aarhus | 9 | 4 | 25.000 | 12.000 |
| Samsø | 9 | 7 | 300 | 200 |
| Ringkøbing-Skjern | 9 | 5 | 3.700 | 2.000 |
| Odder | 8 | 4 | 1.300 | 800 |
| Favrskov | 7 | 4 | 2.600 | 1.600 |
| Region Midtjylland | 10 | 5 | 100.000 | 47.000 |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

**Kort søvnlængde**




**Lang søvnlængde**



## Kort søvnlængde – kommuner

Figur 13.5 viser, at andelen med kort søvnlængde varierer mellem kommunerne fra 7 % i Favrskov til 13 % i Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers

I disse kommuner varierer andelen fra 12 % til 13 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Aarhus
- Odder
- Favrskov

I disse kommuner varierer andelen fra 7 % til 9 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde i Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brande, Norddjurs, Randers, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Se figur 11.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde i Norddjurs, Randers, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Viborg og Aarhus. Se figur 11.5.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været signifikante ændringer i andelen med kort søvnlængde i nogen af kommunerne i Region Midtjylland. Se figur 11.5.S i bind 2. ◄

## Lang søvnlængde – kommuner

Figur 13.5 viser, at sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med lang søvnlængde på Samsø, hvor forekomsten er 7 %.

► Udvikling fra 2010 til 2021. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Favrskov, Hedensted og Lemvig. Se figur 11.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2013 til 2021. I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Hedensted, Lemvig og Struer. Se figur 11.7.S i bind 2. ◄

► Udvikling fra 2017 til 2021. I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Hedensted, Horsens, Norddjurs og Struer. Se figur 11.7.S i bind 2. ◄

## Sammenfatning

I *Hvordan har du det? 2021* har vi fokuseret på tre former for søvnproblemer: dårlig søvnkvalitet, kort søvnlængde og lang søvnlængde. Andelen med dårlig søvnkvalitet er defineret som de øverste 10 % i befolkningen, der scorer højest på søvnskalaen. Andelen med kort søvnlængde, svarende til mindre end seks timers søvn i løbet af et døgn, er på 10 %. Endvidere har 5 % af befolkningen en lang søvnlængde, svarende til mere end ni timers søvn i løbet af et døgn. Der er flere kvinder end mænd, som har dårlig søvnkvalitet og kort søvnlængde, mens der ikke ses nogen kønsforskel i andelen med lang søvnlængde.

Der ses en tydelig social gradient i andelen med søvnproblemer. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlængde sammenlignet med regionen som helhed. Omvendt er der en signifikant mindre andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlængde blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Søvnproblemer er mere udbredt blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. I disse grupper er der en markant større andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlænge. Omvendt er der en signifikant mindre andel med søvnproblemer blandt personer i beskæftigelse og efterlønsmodtagere.

Sammenfattende er der siden 2010 sket en stigning i andelen af borgere, der oplever søvnproblemer. Der ses en markant stigning i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet samt kort søvnlængde. Denne udvikling er sket i de fleste aldersgrupper, om end der er sket en markant negativ udvikling blandt de 16-34-årige. Ligeledes er der sket en mindre stigning i andelen med lang søvnlængde.

## Referencer

1. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, et al. Søvn og sundhed: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

2. Goel N, Basner M, Rao H, Dinges DF. Circadian rhythms, sleep deprivation, and human performance. Progress in molecular biology and translational science. 2013;119:155-90.

3. Tononi G, Cirelli C. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. Neuron. 2014;81(1):12-34.

4. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2021;18(3):1082.

5. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep medicine. 2017;32:246-56.

6. Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. Sleep medicine reviews. 2018;39:25-36.

7. 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. 2010;33(2):414-20.

8. 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. 2011;32(12):1484-92.

9. Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and meta-analysis. Sleep medicine reviews. 2016;30:11-24.

10. Madsen IE, Larsen AD, Thorsen SV, Pejtersen JH, Rugulies R, Sivertsen B. Joint association of sleep problems and psychosocial working conditions with registered long-term sickness absence. A Danish cohort study. Scandinavian journal of work, environment & health. 2016:299-308.

11. Xu W, Tan C-C, Zou J-J, Cao X-P, Tan L. Sleep problems and risk of all-cause cognitive decline or dementia: an updated systematic review and meta-analysis. Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. 2020;91(3):236-44.

12. Shi L, Chen S-J, Ma M-Y, Bao Y-P, Han Y, Wang Y-M, et al. Sleep disturbances increase the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. Sleep medicine reviews. 2018;40:4-16.

13. 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. 2010;33(5):585-92.

14. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. Journal of sleep research. 2009;18(2):148-58.

15. Meier-Ewert HK, Ridker PM, Rifai N, Regan MM, Price NJ, Dinges DF, et al. Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. Journal of the American College of Cardiology. 2004;43(4):678-83.

16. Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador JM, Meier-Ewert HK. Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation. Progress in cardiovascular diseases. 2009;51(4):294-302.

17. Grandner MA, Drummond SP. Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. Sleep medicine reviews. 2007;11(5):341-60.

18. Yang P-Y, Ho K-H, Chen H-C, Chien M-Y. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. Journal of physiotherapy. 2012;58(3):157-63.

19. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. Journal of behavioral medicine. 2015;38(3):427-49.

20. Jennum P, Zachariae B. Stress og insomni. Ugeskrift for Læger. 2012;174(4):197-200.

21. Garde AH, Albertsen K, Persson R, Hansen ÅM, Rugulies R. Bi-directional associations between psychological arousal, cortisol, and sleep. Behavioral Sleep Medicine. 2012;10(1):28-40.

22. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. Sleep medicine reviews. 2015;23:10-9.

23. Magnusson Hanson LL, Åkerstedt T, Näswall K, Leineweber C, Theorell T, Westerlund H. Cross-lagged relationships between workplace demands, control, support, and sleep problems. Sleep. 2011;34(10):1403-10.

24. Hardouin J-B, Bonnaud-Antignac A, Sébille V. Nonparametric item response theory using Stata. The Stata Journal. 2011;11(1):30-51.

25. Mallon L, Broman J-E, Åkerstedt T, Hetta J. Insomnia in Sweden: a population-based survey. Sleep disorders. 2014;2014.

26. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. Sleep medicine. 2014;15(2):173-9.

27. Calem M, Bisla J, Begum A, Dewey M, Bebbington PE, Brugha T, et al. Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. Sleep. 2012;35(3):377-84.

# 14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED

I enhver befolkning er der individuelle forskelle i sundhed som følge af forskelle i alder, gener, livshistorie m.m. Social ulighed i sundhed er i modsætning hertil systematiske forskelle i sundhed mellem grupper i samfundet som følge af forskelle i social position (1-4). Social ulighed i sundhed har også en geografisk dimension, der blandt andet skyldes en geografisk opdeling af befolkningen via boligmarkedet samt lokale forskelle i uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder (1, 3, 5).

Social ulighed i sundhed kan beskrives enten som en social gradient i sundhed eller som en sundhedskløft (1, 3). Den sociale gradient i sundhed beskriver en stigning i sygelighed og risiko for død med faldende social position. Sundhedskløften beskriver en markant højere forekomst af sygelighed og risiko for død i særligt udsatte grupper, eksempelvis blandt misbrugere og hjemløse. Det er i store træk de samme risikofaktorer, der skaber både den sociale gradient i sundhed og sundhedskløften (1, 3). Forskellen ligger primært i en meget høj forekomst og langvarig påvirkning af risikofaktorerne blandt særligt udsatte grupper (6, 7).

Valget af perspektiv på social ulighed i sundhed har praktiske konsekvenser (1, 3). Indsatser for større social lighed i sundhed, der tager udgangspunkt i sundhedskløften, retter sig typisk mod de mest marginaliserede grupper i samfundet. Et eksempel kan være en mobil sundhedsklinik for hjemløse. Indsatser, der tager udgangspunkt i sundhedsgradienten, har derimod en bredere målgruppe. Et eksempel kan være rygestoptilbud på arbejdspladser med mange kortuddannede. Kommunale og regionale politikker for større social lighed i sundhed kan med fordel kombinere de to tilgange (3). Der skal brede indsatser til for at mindske den sociale ulighed på befolkningsniveau. Men disse indsatser når sjældent ud til de mest udsatte borgere. Her kræves indsatser, der retter sig specielt mod dem.

Social ulighed i sundhed har som nævnt også en geografisk dimension. Nogle områder har en høj koncentration af borgere med længerevarende uddannelse, høje indtægter og fast tilknytning til arbejdsmarkedet, mens det modsatte er tilfældet i andre områder. Det fører til geografisk ulighed i sundhed (2, 8), der i en dansk sammenhæng bl.a. er beskrevet i sammenligningen mellem beboere i almene boligområder og den øvrige befolkning (9).

Social ulighed i sundhed er et gennemgående tema i de foregående kapitler. De fleste sundhedsmål (f.eks. daglig rygning, kroniske sygdomme og ensomhed) præsenteres således opdelt på en række sociale baggrundsvariable som uddannelsesniveau, erhvervstilknytning, etnisk baggrund og boligforhold. I dette kapitel gives et samlet overblik over den sociale ulighed i sundhed både i forhold til sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed. Ud over opdelingen på sociale baggrundvariable beskrives også den geografiske dimension af social ulighed i sundhed.

I tekstboks 14.1 er der en række forslag til indsatser mod social ulighed i sundhed, og i tekstboks 14.2 er der en gennemgang af indsatser til sundhedsfremme i udsatte lokalområder.

## Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives den sociale ulighed i sundhed ud fra det brede perspektiv (sundhedsgradienten), idet befolkningen opdeles på uddannelsesniveau, erhvervstilknytning og geografi. Opdelingen på uddannelsesniveau anvendes til beskrivelse af både gradient fra lavt til højt uddannelsesniveau og til at sætte særligt fokus på gruppen med et lavt uddannelsesniveau. Opdelingen på erhvervstilknytning anvendes til sammenligning af grupper og til at sætte særligt fokus på grupper i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet. Den geografiske opdeling anvendes til at sætte fokus på gradienten fra de socialt ressourcestærkere områder til de socialt ressourcesvagere områder og til at sætte fokus på lokalområder med særlige sundhedsmæssige udfordringer.

I dette kapitel beskrives den sociale og geografiske ulighed i sundhed i regionen som helhed, i hver af de 19 kommuner og i de fem klynger, hvor det lokale samarbejde om sundhedsaftalerne er organiseret (Horsensklyngen, Midtklyngen, Randersklyngen, Vestklyngen og Aarhusklyngen). Formålet med kapitlet er at beskrive omfanget af social og geografisk ulighed i sundhed i befolkningen på tværs af en række vigtige sundhedsmål. Beskrivelsen gør det muligt for kommu-

ner, region m.fl. at identificere målgrupper og områder, hvor behovet for sundhedsindsatser er størst.

Kapitlet indledes med en kort indføring i social ulighed i sundhed efterfulgt af en beskrivelse af social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed i regionen. I analyserne bliver social ulighed i sundhed belyst i forhold til uddannelse og erhvervstilknytning. Det todelte fokus tjener til at illustrere behovet for både at forbedre sundheden blandt de cirka 15 % med et lavt uddannelsesniveau og blandt allerede marginaliserede grupper på arbejdsmarkedet. Hertil kommer behovet for at forbedre sundheden blandt særligt socialt udsatte.

Geografisk ulighed i sundhed indledes med en kort indføring i området efterfulgt af en beskrivelse af den anvendte inddeling i sociogeografiske områder, der er baseret på indkomst, tilknytning til arbejdsmarkedet og uddannelsesniveau. Dernæst beskrives den geografiske ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred, mental sundhed og levevilkår opgjort på sociogeografiske områder og i regionen som helhed.

Efter beskrivelsen af den sociale og geografiske ulighed i sundhed følger en beskrivelse af forholdene i de enkelte kommuner, klynger og hele regionen. For hver kommune er der et kort, som viser kommunen opdelt på sociogeografiske områder. Desuden er der en side med komprimerede oplysninger om borgernes sundhedstilstand, *Sundhed på én side*, opgjort både for kommunen som helhed og for de sociogeografiske områder. Kapitlet afsluttes med *Sundhed på én side* for de fem klynger og hele regionen, der er opbygget på samme måde som S*undhed på én side* for kommunerne. Formålet med *Sundhed på én side* er at give et resumé af sundhedstilstanden i den enkelte kommune og klynge og samtidig at beskrive omfanget af geografisk ulighed i sundhed.

## Årsager til social ulighed i sundhed

Hvad er de væsentligste årsager til social ulighed i sundhed? Spørgsmålet er relevant, når man tilrettelægger indsatser for større social lighed i sundhed. Desværre giver forskningslitteraturen ikke noget entydigt svar.

Helt overordnet diskuteres det fortsat, om social ulighed i sundhed, målt som sygdom og tidlig død, overvejende forårsages af forskelle mellem forskellige socialgrupper i *sundhedsvaner* (f.eks. rygning og alkohol) eller i *psykosociale belastninger* (f.eks. arbejdsløshed og stress), eller om det er forskellene i *levevilkår* i sig selv (f.eks. økonomi, bolig og uddannelse), der gør udslaget (10). Både sundhedsvaner og psykosociale belastninger påvirkes af den enkeltes sociale position og ressourcer (1, 4, 11). Der er samtidig en indbyrdes påvirkning mellem psykosociale belastninger og sundhedsvaner, der vanskeliggør en vurdering af, hvilke der spiller den største rolle (11). Johan Mackenbach, der er en af de førende forskere på området, konkluderer, at der ud over et stærkt velfærdssystem, beskyttende indsatser i barndommen og en aktiv fordelingspolitik, der imødegår (for) store forskelle i materielle goder, er behov for at reducere eksponering for risikofaktorer som dårligt arbejdsmiljø, dårlige boligforhold og risikable sundhedsvaner hos personer med lav social position (4).

Der findes en del forskning, der belyser sammenhængen mellem psykosociale belastninger og social ulighed i sundhed. Resultaterne er dog modstridende, og der kan derfor ikke drages nogen entydig konklusion med hensyn til, hvor stor betydning psykosociale belastninger har for social ulighed i sundhed (11).

En omfattende gennemgang af den nyere forskning i sundhedsvaner og social ulighed i sundhed tyder på, at sundhedsvaner kan forklare en betydelig del af de sociale forskelle i sundhed (12). Kost, rygning, alkohol og fysisk aktivitet bidrager til den sociale gradient i sygelighed (hjerte-kar-sygdomme og diabetes) og dødelighed, dog i meget varierende grad afhængigt af den undersøgte befolkning og den anvendte metode. Af de fire undersøgte sundhedsvaner er det rygning, der bidrager mest til den sociale ulighed i sundhed, nemlig med 19 % (medianbidrag). Derfor anbefaler forfatterne, at man laver indsatser i forhold til sundhedsvaner for at reducere den sociale ulighed i sundhed.

Som eksempler på forskning, der støtter denne konklusion, kan nævnes et dansk og to britiske studier, hvor op mod 70 % af den observerede sociale ulighed i sundhed kan forklares af rygning, alkohol, kost og

fysisk aktivitet (13-15). Et nyere engelsk studie finder, at en stor del af den sociale ulighed i hjertedødelighed kan forklares af forskelle i sundhedsvaner og markører for inflammation (betændelsestilstand) (16). I modsætning til dette står to studier, der finder, at sundhedsvaner kun bidrager i mindre grad til social ulighed i tidlig død af alle årsager (17, 18). Forfatterne konkluderer derfor, at fremme af sund livsstil er vigtig, men ikke alene kan rette op på social ulighed i sundhed.

Inden for kræftområdet er der også en betydelig social ulighed i både risikoadfærd, udvikling af kræft, overlevelse og dødelighed (19). I forlængelse af dette konkluderer *International Agency for Research on Cancer*, at forebyggelse har det største potentiale for at reducere ulighed i kræft, men at forskning i forebyggelse samtidig er underprioriteret i forhold til andre kræftområder.

**Boks 14.1**
**Inspiration til indsatser for større social lighed i sundhed**

Større social lighed i sundhed har været en politisk målsætning nationalt, regionalt og kommunalt i en årrække. Det er imidlertid et område, hvor det er vanskeligt at opnå succes. Årsagerne til den sociale ulighed i sundhed er komplekse og kan være svære at ændre på. Det er derfor vigtigt, at indsatser for større social lighed i sundhed bygger på videnskabelig evidens, og at man gør sig klart, hvad det er for mekanismer, man ønsker at påvirke (se uddybningen nederst i boksen). Effektive indsatser kræver desuden, at man arbejder på flere samfundsniveauer og på tværs af sektorer.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2020 *Indsatser mod ulighed i sundhed*. Rapporten peger på en række indsatser, der forventes at kunne øge den sociale lighed i sundhed ud fra den samlede evidens (3). Rapporten fokuserer på forhold, som påvirker risikoen for at blive syg og konsekvenserne af at være syg.

**Anbefalinger for børns tidlige udvikling og uddannelse**

- Styrk fokus på opsøgende og fastholdende indsatser til sårbare familier
- Begræns børnefattigdom
- Tilbyd forældrestøtteprogrammer
- Sørg for tidlig indsats til børn i særlig risiko med fokus på kognitive evner, sociale kompetencer og motoriske færdigheder
- Tilfør personale og kompetencer til daginstitutioner i udsatte områder
- Øg gennemførelse af ungdomsuddannelse gennem forbedret motivation og deltagelse i erhvervsuddannelser og erhvervspraktik
- Iværksæt særlig indsats til børn/familier med psykiske symptomer eller misbrug
- Skab boligområder med blandede naboskaber

**Anbefalinger for arbejdsliv, indkomst, miljø og sundhedsadfærd**

- Begræns fysisk belastende jobs, og styrk muligheder for indflydelse, særligt for kortuddannede
- Forstærk arbejdstilsyn
- Styrk overførselsindkomsterne ved f.eks. sygdom og arbejdsløshed
- Reducer arbejdsløshed blandt kortuddannede
- Fokuser på tillid, samarbejde og netværk i udsatte boligområder
- Hæv afgifter og differentier moms
- Reguler markedsføring af alkohol og usund kost
- Hæv og håndhæv aldersgrænser for alkohol og tobak
- Lovgiv om mindre salt i mad
- Etabler sikre rammer for fysisk aktivitet, og synliggør bevægelsesmuligheder

Den mangelfulde viden om årsagerne til social ulighed i sundhed er en udfordring, når man skal vælge, hvilke indsatser man vil sætte i værk for at fremme lighed i sundhed. Det understreger blot vigtighed af, at man gør det klart, hvilke mekanismer, det er, man ønsker at påvirke gennem indsatserne, og at effekten af indsatserne evalueres.

## Anvendte mål for social position

Man taler om social ulighed i sundhed, når personer med en lavere social position målt ved f.eks. uddannelse eller indkomst har en større risiko for sygdom og død end personer med en højere social position (1-4). Der kan også være social ulighed i det udbytte, den enkelte får af sundhedsvæsenets behandlinger, og i konsekvenser af sygdom, eksempelvis i forhold til funktionsevne, livskvalitet og tilbagevenden til arbejde.

**Anbefalinger for sundhedsvæsen, socialt arbejde og rehabilitering**

- Forstærk indsats mod hjemløshed
- Giv socialt udsatte en fast kontakt til egen læge og/eller socialsygeplejerske
- Styrk fokus på somatisk sygdom hos psykisk syge
- Styrk integration af psykiatri og misbrugsbehandling
- Udvikl indikatorer for ulighed i adgang, brug, kvalitet og effekt af sundhedsvæsenet
- Tilfør ekstra ressourcer til primærsektoren i udsatte områder
- Afprøv fælles ledelse, budget og værktøj til indsamling af patientdata i det nære sundhedsvæsen
- Sænk brugerbetaling
- Indfør mere fleksible arbejdskrav

De oplistede emner kan bruges som inspiration ved udformning af lokale, regionale og nationale indsatser for større social lighed i sundhed.

Ved tilrettelæggelse af indsatsen for at reducere den sociale ulighed i sundhed må man træffe en række valg med hensyn til målgrupper og indsatstyper. Ønsker man at mindske den sociale gradient i sundhed eller at reducere sundhedskløften? Vil man arbejde med sundhedsvaner, psykosociale belastninger eller levevilkår?

Indsatser for større social lighed i sundhed bør være metodisk og teoretisk mere stringente, end det typisk har været tilfældet, hvis de skal have den tilsigtede virkning (22).

*For det første* bør sundhedsindsatser og behandling evalueres i forhold til deres effekt på forskellige sociale grupper og ikke kun i forhold til deres gennemsnitlige effekt på befolkningen.

*For det andet* bør indsatser være stærkt teoretisk funderede på baggrund af den eksisterende forskningslitteratur om årsagerne til de specifikke former for social ulighed i sundhed, man ønsker at mindske, samt kendskab til de vilkår, som forskellige sociale grupper lever under.

*For det tredje* bør indsatserne baseres på en troværdig programteori, der angiver, hvilke mekanismer man forventer at kunne påvirke gennem indsatsen. Formålet med programteorien er at opstille tydelige antagelser om sammenhængen mellem indsats og resultater, som efterfølgende kan evalueres.

Se endvidere boks 14.2 om indsatser i socialt udsatte lokalområder.

Uddannelse er et af de hyppigst anvendte mål for social position inden for sundhedsområdet (4, 20). Et lavt uddannelsesniveau er hovedsageligt en årsag til, ikke en konsekvens af, dårligt helbred (1, 2, 4). Manglende erhvervstilknytning er derimod ofte en konsekvens af dårligt helbred. Samtidig er det en helbredsbelastning at stå uden for arbejdsmarkedet (1, 3, 21). Uddannelse og erhvervstilknytning repræsenterer derfor to forskellige indgangsvinkler til social ulighed i sundhed med forskellige – men til dels overlappende – målgrupper og arenaer (3).

Målet for indsatser med fokus på uddannelse er at svække sammenhængen mellem lavt uddannelsesniveau og dårligt helbred. Det er f.eks. ikke nogen naturlov, at rygning er mere udbredt blandt personer med korte uddannelser end blandt personer med lange uddannelser. I et samfund med social lighed i sundhed er der ikke nogen systematisk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sundhed. Målet for indsatser med fokus på personer uden for arbejdsmarkedet er at fremme sundhed og trivsel i en gruppe, hvor mange allerede har et dårligt helbred.

Der skelnes i *Hvordan har du det?* mellem tre uddannelsesniveauer: lavt, middelhøjt og højt. Lavt uddannelsesniveau svarer i store træk til ufaglærte og specialarbejdere. Middelhøjt uddannelsesniveau omfatter i store træk lærlinge/elevuddannelser, andre faglige uddannelser og korte videregående uddannelser. Højt uddannelsesniveau omfatter personer med en mellemlang og lang videregående boglig uddannelse.

Erhvervstilknytning repræsenterer et andet perspektiv på social ulighed i sundhed med fokus på voksne i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet. Dårligt helbred er ofte en medvirkende årsag til en svag eller manglende tilknytning til arbejdsmarkedet (1, 3, 21). Omvendt kan udstødelse fra arbejdsmarkedet også være en helbredsmæssig belastning. Der er med andre ord tale om et komplekst samspil mellem sociale og sundhedsmæssige forhold, hvor der fortsat er en række ubesvarede spørgsmål (4). Førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og arbejdsløse har det til fælles, at de står uden for arbejdsmarkedet. Der er tale om heterogene målgrupper, og det er ikke alle borgere i de tre grupper, der er socialt eller sundhedsmæssigt udsatte. Men samlet set er disse grupper på langt de fleste områder dårligere stillet end befolkningen som helhed (1-3).

Det er derfor relevant at beskrive sundheden i de tre grupper og sammenligne dem med personer i beskæftigelse. Dels som led i beskrivelsen af den sociale ulighed i sundhed generelt, dels for at belyse, hvilke helbredsmæssige barrierer der er for at varetage et arbejde. Det sidste skal ikke mindst ses i lyset af det øgede fokus på aktiv arbejdsmarkeds-politik.

Der er et vist sammenfald i målgrupperne, da personer med et lavt uddannelsesniveau er overrepræsenterede blandt arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Der er derfor også et overlap i relevante arenaer for indsatser målrettet personer med et lavt uddannelsesniveau og personer uden for arbejdsmarkedet. Det gælder især inden for social- og beskæftigelsesområdet i kommunerne.

I tekstboks 14.2 nævnes nogle af de indsatstyper, som kommunerne m.fl. kan anvende for at fremme sundheden i udsatte lokalområder.

## Beskrivelse af social ulighed i sundhed

I det følgende beskrives social ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed i forhold til uddannelsesniveau og erhvervstilknytning.

Social ulighed i sundhed beskrives ved hjælp af 13 sundhedsmål. Der er 5 mål for sundhedsvaner, 1 mål for ophobning af risikable sundhedsvaner, 4 mål for generelt helbred og 3 mål for mental sundhed (figur 14.1):

### Sundhedsvaner

1. Daglig rygning
2. Alkohol. Drikker mere end 10 genstande om ugen
3. Fysisk inaktivitet. Fysisk aktiv 0-1 dag om ugen i mindst 30 minutter
4. Usundt kostmønster. Usunde kostvaner med hensyn til frugt, grønt, fisk og fedt
5. Svær overvægt. Et BMI på 30 eller derover
6. Mindst 2 af 5 risikable sundhedsvaner. Fokus på ophobning af risikable sundhedsvaner

### Generelt helbred

7. Dårlig søvnkvalitet. En score på søvnskalaen svarende til de øverste 10 % i befolkningen
8. Dårligt selvvurderet helbred. Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred
9. Nedsat arbejdsevne. En del eller meget nedsat arbejdsevne
10. Fire eller flere kroniske sygdomme. Fire eller flere af de 18 kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det? 2021*

### Mental sundhed

11. Høj score på stressskalaen. En score på 18-40 point på *Perceived Stress Scale*
12. Symptomer på depression. Let, moderat og svær depression opgjort ved hjælp af *Major Depression Inventory*
13. Ensomhed. Følelse af at være isolereret, at savne nogen at være sammen med og at føle sig udenfor opgjort ved hjælp af *Three-Item Loneliness Scale*

**Figur 14.1**
Social ulighed i sundhed – uddannelse og erhvervstilknytning

| | | Uddannelsesniveau (25+ år) | | |
|---|---|---|---|---|
| **Sundhedsmål** | Alle | Lavt | Middel | Højt |
| Dagligrygere | 13 | 22 ● | 15 ● | 7 ● |
| Drikker mere end 10 genstande om ugen | 15 | 14 ● | 16 ● | 14 ● |
| Fysisk inaktive | 18 | 28 ● | 18 ● | 15 ● |
| Usundt kostmønster | 18 | 27 ● | 20 ● | 10 ● |
| Svær overvægt | 18 | 26 ● | 23 ● | 13 ● |
| 2-5 risikable sundhedsvaner | 20 | 32 ● | 24 ● | 12 ● |
| Dårlig søvnkvalitet | 10 | 15 ● | 11 ● | 7 ● |
| Dårligt selvvurderet helbred | 16 | 29 ● | 17 ● | 12 ● |
| Høj score på stressskalaen | 29 | 34 ● | 25 ● | 23 ● |
| Symptomer på depression | 8 | 10 ● | 6 ● | 6 ● |
| Ensomhed | 14 | 15 ● | 12 ● | 12 ● |
| 4+ kroniske sygdomme | 15 | 27 ● | 18 ● | 11 ● |
| En del/meget nedsat arbejdsevne (25-66 år) | 18 | 40 ● | 19 ● | 9 ● |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Social ulighed i sundhed – uddannelse og erhvervstilknytning

Figur 14.1 viser en tydelig social ulighed i sundhed på de valgte sundhedsmål. Den sociale ulighed i sundhed findes for både uddannelsesniveau og erhvervstilknytning.

For en lang række af de valgte sundhedsmål er der en uddannelsesgradient, hvor forekomsten af risikable sundhedsvaner, dårligt generelt helbred og dårlig mental sundhed stiger med faldende uddannelsesniveau. Det gælder for dagligrygere, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster, svær overvægt, 2-5 risikable sundhedsvaner, dårlig søvnkvalitet, dårligt selvvurderet helbred, høj score på stressskalaen, fire eller flere kroniske sygdomme/multisygdom og nedsat arbejdsevne blandt de 25-66-årige.

Personer med et højt uddannelsesniveau ligger bedre på alle sundhedsmål end regionsgennemsnittet bortset fra ensomhed, der ikke er statistisk signifikant. Modsat ligger personer med et lavt uddannelsesniveau dårligere end regionsgennemsnittet på alle sundhedsmål bortset fra alkoholforbrug ("drikker mere end 10 genstande om ugen"), der er lavere end regionsgennemsnittet. Personer med middelhøjt uddannelsesniveau ligger på niveau med regionsgennemsnittet på tre sundhedsmål og dårligere end regionsgennemsnittet på syv sundhedsmål. For fysisk inaktivitet, høj score på stressskalaen og ensomhed ligger de bedre end regionsgennemsnittet.

Studerende og skoleelever ligger på niveau med eller bedre end hele befolkningen i forhold til sundhedsvaner og generelt helbred, men dårligere end hele befolkningen i forhold til de tre mål for mental sundhed.

| Erhvervstilknytning | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Studerende/ skoleelever | Beskæftigede | Arbejdsløse | Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | Førtids-pensionister | Efterløns-modtagere | Folke-pensionister |
| 8 | 12 | 20 | 20 | 31 | 15 | 11 |
| 17 | 14 | 13 | 13 | 13 | 17 | 20 |
| 17 | 15 | 21 | 26 | 33 | 14 | 23 |
| 19 | 17 | 22 | 23 | 28 | 15 | 16 |
| 9 | 18 | 24 | 23 | 32 | 23 | 18 |
| 9 | 8 | 13 | 21 | 29 | 7 | 10 |
| 10 | 10 | 23 | 32 | 48 | 13 | 23 |
| 43 | 23 | 45 | 53 | 52 | 13 | 22 |
| 17 | 5 | 16 | 23 | 22 | 1 | 4 |
| 22 | 10 | 24 | 28 | 27 | 9 | 10 |
| 6 | 9 | 16 | 23 | 43 | 21 | 28 |

Således har en større andel studerende og skoleelever en høj score på stressskalaen, symptomer på depression og oplever ensomhed.

Personer i beskæftigelse ligger bedre end hele befolkningen på samtlige sundhedsmål. For svær overvægt er forskellen dog ikke statistisk signifikant.

De tre grupper, der er uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister) ligger dårligere end hele befolkningen på de fleste sundhedsmål. Blandt de arbejdsløse er der en høj andel, der ryger dagligt, har et usundt kostmønster og har svær overvægt. Hertil kommer en stor andel med dårligt selvvurderet helbred og dårlig mental sundhed. Blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister er der en større andel, der ligger dårligt på samtlige sundhedsmål – bortset fra alkoholforbrug, hvor der er en lavere andel end i hele befolkningen.

Blandt efterlønsmodtagerne er der en mindre andel af fysisk inaktive samt en mindre andel med dårlig søvnkvalitet og dårlig mental sundhed end i hele befolkningen. Der er også en større andel med svær overvægt og fire eller flere kroniske sygdomme.

Blandt folkepensionisterne er der en mindre andel af dagligrygere og en mindre andel med usundt kostmønster og dårlig mental sundhed end i hele befolkningen. Der er også en større andel, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er fysisk inaktive, har dårligt selvvurderet helbred og har fire eller flere kroniske sygdomme.

## Om geografisk ulighed i sundhed

Geografisk ulighed i sundhed skyldes flere forhold (1, 3, 5). Via boligmarkedet sker der en geografisk sortering af befolkningen i forhold til indkomst. Uddannelses- og beskæftigelsesmuligheder påvirker ligeledes den geografiske fordeling af befolkningen.

Sundhedstilstanden i et lokalområde afspejler til en vis grad befolkningens sociale sammensætning (5, 23). Beboerne i socialt dårligt stillede lokalområder udsættes desuden gennemgående for større helbredsrisici fra omgivelserne end andre (24). Enten direkte, f.eks. i form af luftforurening, støj, kriminalitet og ulykkesrisici, eller indirekte ved, at det er vanskeligere at træffe sunde valg, fordi der er færre muligheder for motion, indkøb af sunde madvarer mv. i området (1). På den måde kan de negative sundhedsmæssige effekter af lav social position og usunde omgivelser forstærke hinanden i nogle lokalområder (5). Mennesker skaber steder, men steder skaber også mennesker. Sundhedsindsatser i disse områder kan udgøre en vigtig del af en bred indsats for større social lighed i sundhed.

Kommunerne har mange strenge at spille på, hvis de ønsker at mindske den geografiske ulighed i sundhed. Man kan arbejde med de "nære" årsager til social ulighed i sundhed som rygning og fysisk aktivitet eller med de bagvedliggende årsager ("årsagerne til årsagerne") i form af de økonomiske og sociale forhold, der påvirker befolkningens sundhedsvaner (3, 6).

I tekstboks 14.2 nævnes nogle af de væsentligste indsatstyper, som kommunerne kan anvende for at fremme sundheden i udsatte lokalområder. De forskellige indsatstyper kan kombineres, ligesom der er et vist overlap imellem indsatstyperne.

**Boks 14.2**
**Inspiration til sundhedsfremme i udsatte lokalområder**

Sundhedsfremmende indsatser i udsatte lokalområder kan bidrage til at øge den sociale lighed i sundhed. Det følgende er tænkt som inspiration til denne type indsatser.

**Styrkelse af den individrettede forebyggelse**

Man kan styrke den individrettede forebyggelse i geografiske områder med det største behov (25). Det kan f.eks. dreje sig om lokalt forankrede rygestoptilbud, motionstilbud eller tilbud til unge med angst, depression eller adfærdsproblemer. De kommunale institutioner i området kan bl.a. bruges som rekrutteringskanal til disse tilbud. Der kan etableres et samarbejde med boligforeninger og andre lokale aktører om drift af lokale sundhedstilbud osv. I nogle kommuner har man desuden haft gode erfaringer med proaktiv rekruttering i udvalgte lokalområder i form af uopfordrede henvendelser om at deltage i en sundhedsindsats (25).

**Forbedringer af fysiske og sociale rammer**

Man kan forbedre de fysiske og sociale rammer i et lokalområde, bl.a. gennem byplanlægning. Faktorer, der påvirker sundheden i en positiv retning, er bl.a. jobmuligheder, skoler og dagtilbud af god kvalitet, adgang til grønne områder, sikre gang- og cykelstier, butikker med et godt udvalg af sund mad og let adgang til sundhedstilbud (3, 23). Den målrettede ændring af de fysiske og sociale rammer i udsatte boligområder betragtes af flere forskere som en lovende vej til at reducere den sociale ulighed i sundhed (24).

### En helhedsorienteret sundhedsindsats med fælles områdeansvar

Ved at etablere en samarbejdsstruktur mellem de sundhedsprofessionelle i et lokalområde kan der skabes en fælles forståelse af områdets sundhedsmæssige udfordringer, og der kan udvikles fælles løsningsstrategier. Almen praksis, kommune og region kan gå sammen om at løfte sundheden i et lokalområde, ikke bare for den enkelte borger, men for lokalbefolkningen som helhed (det såkaldte 'populationsperspektiv'). De lokale sundhedsaktører kan på den måde påtage sig et fælles områdeansvar for sundheden (3). Det muliggør en mere helhedsorienteret sundhedsindsats, hvor sundhedsfremme, forebyggelse, behandling og sociale indsatser integreres i højere grad, end det er tilfældet i dag. Sundhedsproblemerne er ofte komplekse i dårligt stillede områder. Mange borgere er f.eks. multisyge og har samtidig en uhensigtsmæssig livsstil og slås med sociale problemer.

### Økonomisk og social udvikling gennem kvarterløft

Kvarterløftprojekter kan fremme den økonomiske og sociale udvikling i et lokalområde og forbedre befolkningens levevilkår og derigennem også befolkningens sundhed (26, 27). Det vil typisk kræve en helhedsplan for den lokale udvikling – som f.eks. helhedsplanerne for Gellerup og Bispehaven i Aarhus Kommune – med omfattende investeringer i nye arbejdspladser, infrastruktur og boliger samt borgerinddragelse og etablering af private og offentlige partnerskaber (28). Gennem kvarterløft kan man påvirke de bagvedliggende årsager til den geografiske ulighed i sundhed (27).

### Brug af fysisk planlægning til at udjævne geografiske forskelle i sundhed

Den fysiske planlægning er et vigtigt redskab til at ændre på den sociale sammensætning på tværs af en kommune og hermed også til at reducere de geografiske forskelle i sundhed på længere sigt. Den sociale blanding af befolkningen antages at have en gavnlig effekt på sundheden hos den socialt dårligst stillede del af befolkningen, fordi de negative påvirkninger fra det fysiske og sociale miljø mindskes, mens de positive miljøpåvirkninger øges (29). Indsatser, der har til formål at bryde udsatte områders sociale og fysiske isolation – såkaldte bystrategiske indsatser – strækker sig typisk over en længere årrække.

De nævnte indsatser kan med fordel kombineres med Sundhedsstyrelsens *Indsatser mod ulighed i sundhed*, som indeholder en række indsatser der forventes at reducere social ulighed i sundhed (3). Der er samtidig behov for en geografisk fordeling af ressourcer, f.eks. i almen praksis og kommunale indsatser, der tager højde for den geografiske og sociale ulighed i sundhed og dermed befolkningens sundhedsudfordringer og behov (3).

## Beskrivelse af geografisk ulighed i sundhed

Region Midtjylland er i det følgende inddelt i fem sociogeografiske områder. Inddelingen blev introduceret i *Hvordan har du det? 2013* og gentaget i *Hvordan har du det? 2017* med det formål at understøtte kommunernes indsatser i lokalområder med særlige sundhedsmæssige udfordringer (30, 31). Inddelingen tager udgangspunkt i sogne, der er den mindste administrative enhed i Danmarks Statistiks befolkningsregistre, og er baseret på den voksne befolkning på 25 år og derover. Der er 634 sogne i regionen med en gennemsnitlig befolkning af voksne på 1.459 personer.

Sognenes sociale sammensætning er beskrevet ved hjælp af tre variable:

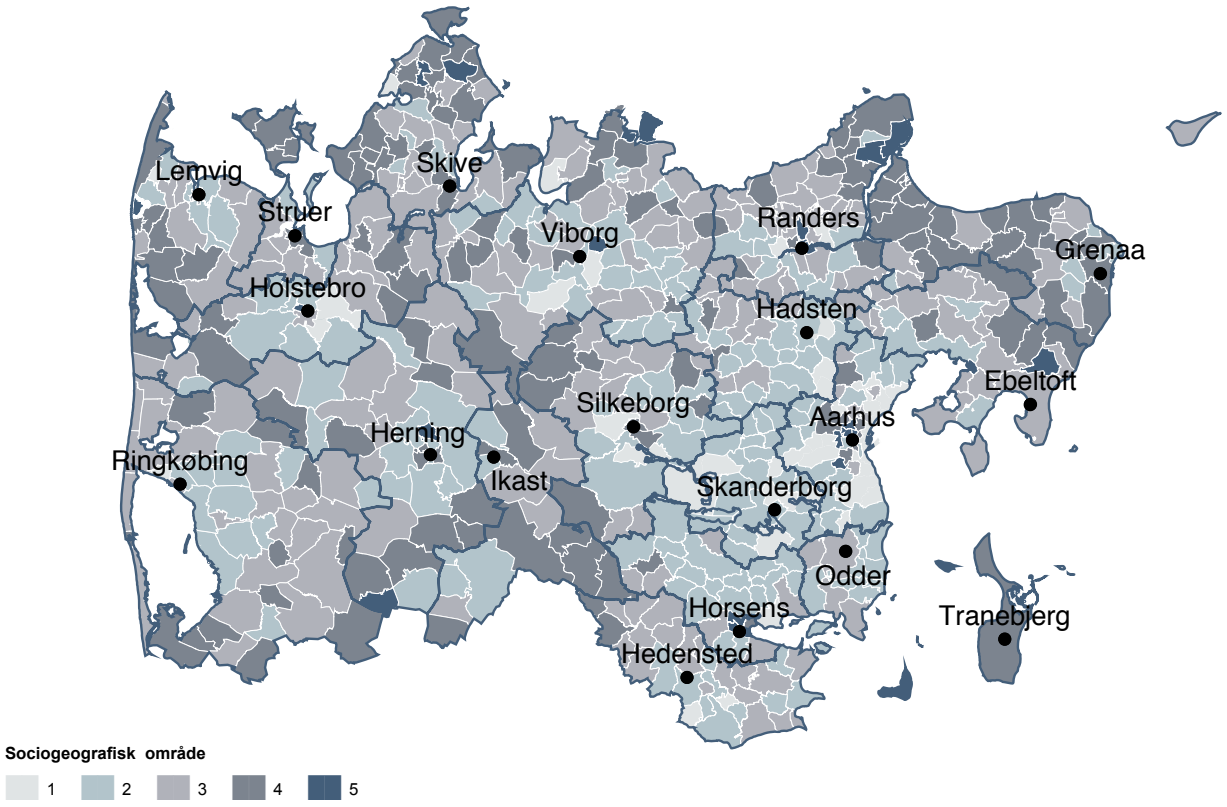
- Gennemsnitlig personindkomst
- Andel uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (25-64 år)
- Andel med kort uddannelse

Ved hjælp af en statistisk metode (latent profilanalyse) er sognene inddelt i grupper, der er homogene med hensyn til social sammensætning inden for den enkelte gruppe, men har forskellig social sammensætning på tværs af grupperne.

Figur 14.2 viser et kort over Region Midtjylland med angivelse af, hvilket sociogeografisk område det enkelte sogn tilhører. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere er områdets socioøkonomiske status.

Oplysningerne om sognene er udtrukket af Danmarks Statistik for hele den voksne befolkning (personer på 25 år og derover) i hvert sogn i 2020 og altså ikke kun for de personer, der har deltaget i *Hvordan har du det? 2021*. Der er derfor ikke nogen stikprøveusikkerhed på de data, der ligger til grund for inddelingen i sociogeografiske områder.

**Figur 14.2**
Sognene i Region Midtjylland opdelt i fem sociogeografiske områder



**Tabel 14.1**
Beskrivelse af de fem sociogeografiske områder

| | Sociogeografisk område | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Alle** |
| **Sociogeografiske kendetegn** | | | | | | |
| Gennemsnitlig personindkomst (kr.) | 449.285 | 390.183 | 353.710 | 325.802 | 296.186 | 367.359 |
| Andel uden arbejde (25-64 år) (%) | 10 | 13 | 16 | 21 | 30 | 16 |
| Andel med kort uddannelse (%) | 17 | 24 | 29 | 33 | 36 | 27 |
| **Størrelse** | | | | | | |
| Andel af den voksne befolkning (%) | 15 | 29 | 23 | 25 | 8 | 100 |
| Antal voksne indbyggere (25+ år) | 139.480 | 269.163 | 214.655 | 230.486 | 71.121 | 924.905 |
| Antal sogne | 49 | 196 | 214 | 150 | 25 | 634 |

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

Tabel 14.1 viser fordelingen af sogne på de fem sociogeografiske områder. Som det fremgår, er der betydelige forskelle i gennemsnitsindkomst, andelen uden arbejde i den erhvervsaktive alder og andelen med kort uddannelse på tværs af områder. Personer uden arbejde omfatter arbejdsløse, andre dagpengemodtagere, førtidspensionister og kontanthjælpsmodtagere.

Sociogeografisk område 1 består af de 49 mest ressourcestærke sogne med en voksenbefolkning på i alt 139.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 449.000 kr. Kun 10 % i den erhvervsaktive alder er uden arbejde, og 17 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 2 består af 196 sogne med en voksenbefolkning på tilsammen 269.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 390.000 kr. Der er 13 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 24 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 3 består af 214 sogne med en voksenbefolkning på 215.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 354.000 kr. Der er 16 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 29 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 4 består af 150 sogne med en voksenbefolkning på 230.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 326.000 kr. Der er 21 % i den erhvervsaktive alder, som er uden arbejde, og 33 % har et lavt uddannelsesniveau.

Sociogeografisk område 5 består af de 25 mest ressourcesvage sogne med en voksenbefolkning på 71.000 personer. Gennemsnitsindkomsten er på 296.000 kr. Hele 30 % i den erhvervsaktive alder er uden arbejde, og 36 % har et lavt uddannelsesniveau.

Tabel 14.2 viser indbyggertallet i hvert af de fem sociogeografiske områder opdelt på kommuner. Indbyggertallet varierer betydeligt i de enkelte områder på tværs af kommuner. Otte kommuner har sogne i alle fem sociogeografiske områder. De resterende 11 kommuner har sogne i et til fire områder. Med hensyn til de mest ressourcesvage lokalområder, sociogeografisk område 5, er der 6 kommuner, som har mindst 1.000 voksne indbyggere i denne kategori varierende fra 1.629 indbyggere i Herning til 28.233 indbyggere i Aarhus.

Figur 14.3 viser kommunernes sociogeografiske profiler sammenholdt med den sociogeografiske profil for hele regionen, som er angivet med en gul streg. Kommunerne er sorteret efter andelen af voksne borgere, der bor i sociogeografisk område 4 og 5, altså de to dårligst stillede områder. Der er stor forskel på kommunernes andel af borgere i område 4 og 5.

I kommunerne øverst i figuren er der en overvægt af borgere i område 1-3 og få eller ingen borgere i område 4 og 5. I Skanderborg, Odder, Favrskov og Hedensted er befolkningsandelen i område 4 og 5 således mellem 0 % og 7 %. Herefter følger et antal

**Tabel 14.2**
De fem sociogeografiske områder – kommuner, antal voksne indbyggere i 2020 (25 år og derover)

| | Sociogeografisk område | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **Alle** |
| Favrskov | 5.628 | 15.805 | 10.635 | 1.421 | 0 | 33.489 |
| Hedensted | 1.098 | 11.099 | 18.533 | 2.374 | 0 | 33.104 |
| Herning | 0 | 29.980 | 12.124 | 18.656 | 1.629 | 62.389 |
| Holstebro | 5.573 | 9.789 | 13.015 | 7.375 | 5.257 | 41.009 |
| Horsens | 4.437 | 29.579 | 4.025 | 10.884 | 14.410 | 63.335 |
| Ikast-Brande | 0 | 10.471 | 3.529 | 15.100 | 0 | 29.100 |
| Lemvig | 31 | 2.836 | 4.707 | 7.016 | 78 | 14.668 |
| Norddjurs | 0 | 691 | 2.926 | 24.084 | 0 | 27.701 |
| Odder | 0 | 5.558 | 10.781 | 0 | 90 | 16.429 |
| Randers | 3.352 | 7.662 | 31.061 | 11.390 | 16.459 | 69.924 |
| Ringkøbing-Skjern | 126 | 7.589 | 21.904 | 10.731 | 0 | 40.350 |
| Samsø | 0 | 0 | 0 | 3.015 | 0 | 3.015 |
| Silkeborg | 13.343 | 18.444 | 13.212 | 21.168 | 0 | 66.167 |
| Skanderborg | 11.284 | 31.483 | 0 | 0 | 0 | 42.767 |
| Skive | 109 | 4.016 | 5.636 | 23.038 | 906 | 33.705 |
| Struer | 0 | 2.179 | 3.326 | 10.017 | 0 | 15.522 |
| Syddjurs | 79 | 9.566 | 17.740 | 4.033 | 378 | 31.796 |
| Viborg | 5.830 | 19.248 | 19.669 | 19.632 | 3.681 | 68.060 |
| Aarhus | 88.590 | 53.168 | 21.832 | 40.552 | 28.233 | 232.375 |
| **Region Midtjylland** | 139.480 | 269.163 | 214.655 | 230.486 | 71.121 | 924.905 |

Kilde: Danmarks Statistik og egne beregninger

kommuner, hvor der er en større spredning på områder.

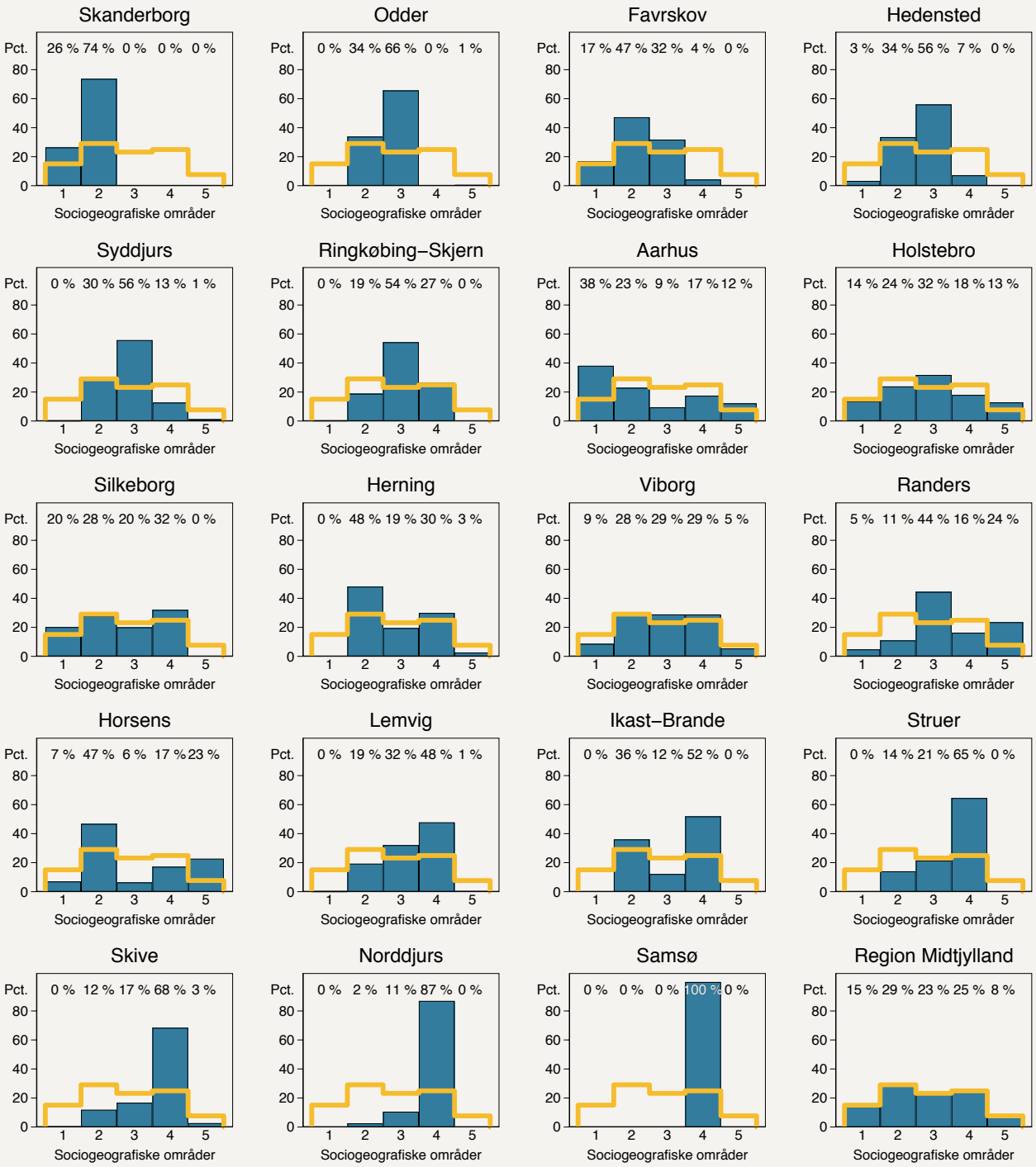
Nederst i figuren finder man de kommuner, der har en stor andel af borgere i område 4 og 5. I Lemvig, Ikast-Brande, Struer, Skive, Norddjurs og på Samsø udgør befolkningsandelen i område 4 og 5 mellem 49 % og 100 %.

I det følgende beskrives den geografiske ulighed i sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed samt levevilkår opgjort på sociogeografiske områder i regionen som helhed. Fokus er således både på den geografiske ulighed i sundhed og levevilkår af en mere generel karakter, der påvirker den enkeltes mulighed for blandt andet at leve sundt og trives.

Den geografiske ulighed beskrives ved hjælp af 13 sundhedsmål og 6 mål for levevilkår. Sundhedsmålene består af 5 sundhedsvaner og 1 mål for ophobning af risikable sundhedsvaner, 4 mål for generelt helbred og 3 mål for mental sundhed. De 13 sundhedsmål er ligeledes opgjort på kommuneniveau i afsnittet *Sundhed på én side*. Alle sundhedsmål er opgjort på baggrund af data fra *Hvordan har du det? 2021*. Levevilkårene består af manglende social støtte, oplevelsen af at være belastet af sin økonomi, arbejdssituation, boligsituation og af sygdom samt manglende indflydelse på arbejde.

I figur 14.4, der viser de 18 sundhedsmål opgjort på sociogeografiske områder, er der for hvert enkelt område angivet, om andelen afviger signifikant fra befolkningen som helhed.

**Figur 14.3**
Kommunernes sociogeografiske profiler



**Figur 14.4**
Geografisk ulighed i sundhed og levevilkår

| | Region Midtjylland | Sociogeografisk område | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
| **Sundhedsmål** | | | | | | |
| Dagligrygere | 13 | 8 ● | 12 ● | 13 ● | 15 ● | 18 ● |
| Drikker mere end 10 genstande om ugen | 15 | 19 ● | 15 ● | 14 ● | 15 ● | 14 ● |
| Fysisk inaktive | 18 | 14 ● | 18 ● | 19 ● | 20 ● | 22 ● |
| Usundt kostmønster | 18 | 12 ● | 17 ● | 20 ● | 22 ● | 21 ● |
| Svær overvægt | 18 | 10 ● | 18 ● | 21 ● | 22 ● | 19 ● |
| 2-5 risikable sundhedsvaner | 20 | 14 ● | 19 ● | 21 ● | 24 ● | 24 ● |
| Dårlig søvnkvalitet | 10 | 9 ● | 9 ● | 10 ● | 12 ● | 13 ● |
| Dårligt selvvurderet helbred | 16 | 12 ● | 15 ● | 17 ● | 18 ● | 21 ● |
| Høj score på stressskalaen | 29 | 26 ● | 26 ● | 27 ● | 32 ● | 36 ● |
| Symptomer på depression | 8 | 7 ● | 7 ● | 7 ● | 10 ● | 13 ● |
| Ensomhed | 14 | 13 ● | 12 ● | 13 ● | 15 ● | 18 ● |
| 4+ kroniske sygdomme | 15 | 12 ● | 14 ● | 17 ● | 17 ● | 19 ● |
| En del/meget nedsat arbejdsevne (25-66 år) | 17 | 12 ● | 15 ● | 19 ● | 20 ● | 27 ● |
| **Levevilkår** | | | | | | |
| Manglende social støtte | 17 | 13 ● | 16 ● | 17 ● | 19 ● | 22 ● |
| Belastet af økonomi | 13 | 12 ● | 11 ● | 11 ● | 15 ● | 19 ● |
| Belastet af arbejdssituation | 17 | 19 ● | 16 ● | 16 ● | 18 ● | 21 ● |
| Belastet af boligsituation | 8 | 8 ● | 7 ● | 7 ● | 9 ● | 12 ● |
| Belastet af egen sygdom | 17 | 14 ● | 15 ● | 16 ● | 19 ● | 21 ● |
| Manglende indflydelse på arbejde | 5 | 4 ● | 4 ● | 4 ● | 5 ● | 7 ● |

Signifikant større end i hele befolkningen
Signifikant mindre end i hele befolkningen
Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

## Geografisk ulighed i sundhed og levevilkår

Figur 14.4 viser en tydelig geografisk ulighed i sundhed. De socialt ressourcestærkere områder (1 og 2) er kendetegnet ved en lavere forekomst af risikable sundhedsvaner og dårligt generelt helbred og mental sundhed. Det modsatte gør sig gældende for de socialt ressourcesvagere områder (4 og 5), mens område 3 både ligger bedre på nogle sundhedsmål og dårligere på andre sundhedsmål end regionsgennemsnittet.

For en lang række af de valgte sundhedsmål er der en geografisk gradient, idet forekomsten af risikable sundhedsvaner, dårligt generelt helbred og dårlig mental sundhed stiger med faldende social status i et geografisk område. Det eneste sundhedsmål, der afviger markant fra dette, er andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, hvor den højeste forekomst findes i område 1 og den laveste i område 3 og 5.

Den geografiske ulighed i levevilkår er mindre udtalt end den geografiske ulighed i sundhed. Forskellene for de enkelte levevilkår er ikke så store som for sundhedsmålene, men det samlede billede viser en tydelig geografisk ulighed i levevilkår. Sociogeografisk område 1, 2 og 3 (særligt område 2) er kendetegnet ved en lavere forekomst af belastende levevilkår. Samtidig er der i de socialt ressourcesvagere områder (4 og 5) en større forekomst af alle belastende levevilkår – dog bortset fra manglende indflydelse på arbejde i område 4.

## Sammenfatning

De præsenterede resultater viser, at der er en betydelig social og geografisk ulighed i sundhed i Region Midtjylland. Det gælder både, når målene for sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed opdeles på uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og sociogeografiske områder.

Resultaterne viser en uddannelsesgradient for en række sundhedsvaner og mål for generelt helbred og mental sundhed, hvor faldende uddannelsesniveau (fra højt over middelhøjt til lavt) betyder stigende forekomst af risikable sundhedsvaner og dårligt generelt helbred og dårlig mental sundhed.

Personer med et højt uddannelsesniveau ligger bedre på næsten alle sundhedsmål end befolkningen som helhed. Modsat ligger personer med et lavt uddannelsesniveau dårligere end befolkningen som helhed på alle sundhedsmål bortset fra alkoholforbrug.

Studerende og skoleelever ligger dårligere end hele befolkningen i forhold til mental sundhed. De tre grupper, der er uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister) ligger dårligere end hele befolkningen på langt de fleste sundhedsmål.

De socialt ressourcesvagere områder er defineret ved, at borgerne som gennemsnit har færre ressourcer end i de socialt ressourcestærkere områder opgjort på indkomst, uddannelse og beskæftigelse. Borgere i de socialt ressourcesvagere områder ligger dårligere på stort set samtlige sundhedsmål og levevilkår end borgerne i de socialt ressourcestærkere områder. Det gælder for både personer med lavt uddannelsesniveau, de tre grupper uden for arbejdsmarkedet og personer, der bor i socialt ressourcesvagere områder, at de har færre ressourcer (indkomst, uddannelse og arbejde), dårligere levevilkår (flere belastninger, mindre støtte og indflydelse) og dårligere sundhed (sundhedsvaner, generelt helbred og mental sundhed). Samlet set er der en betydelig social ulighed i sundhed i Region Midtjylland.

## Sundhed på én side

På de følgende sider præsenteres den sociogeografiske profil og *Sundhed på én side* for hver af de 19 kommuner i Region Midtjylland, de fem klynger, hvor det lokale samarbejde om sundhedsaftalerne er organiseret (Horsensklyngen, Midtklyngen, Randersklyngen, Vestklyngen og Aarhusklyngen) og afslutningsvis for hele Region Midtjylland.

Hver kommunes oplysninger præsenteres på to sider. På den første side ses den sociogeografiske profil for kommunen.

I oversigten øverst kan man se, hvor mange indbyggere og hvilke sogne der er i hvert sociogeografisk område. Det er vigtigt at holde sig for øje, at sognene er slået sammen til fem sociogeografiske områder på tværs af hele Region Midtjylland. Det er derfor ikke alle fem sociogeografiske områder, der er repræsenteret i alle kommuner (områder, der ikke er repræsenteret, er markeret med en streg).

På kortet angiver farverne på de enkelte sogne, hvilket sociogeografisk område de tilhører. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere er områdets socioøkonomiske status. På kommunekortet er der indsat bynavne for at lette aflæsning af kortet.

Søjlegrafen på den første side viser den procentvise fordeling af befolkningen på de sociogeografiske områder for kommunen, og den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

På den anden side præsenteres *Sundhed på én side* for kommunen. I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af 13 forskellige sundhedsmål i hele Region Midtjylland og i den specifikke kommune. De valgte sundhedsmål er beskrevet i de foregående afsnit om social og geografisk ulighed i sundhed.

I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. I søjlegraferne ses, hvordan kommunen for det enkelte sundhedsmål er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen. I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.

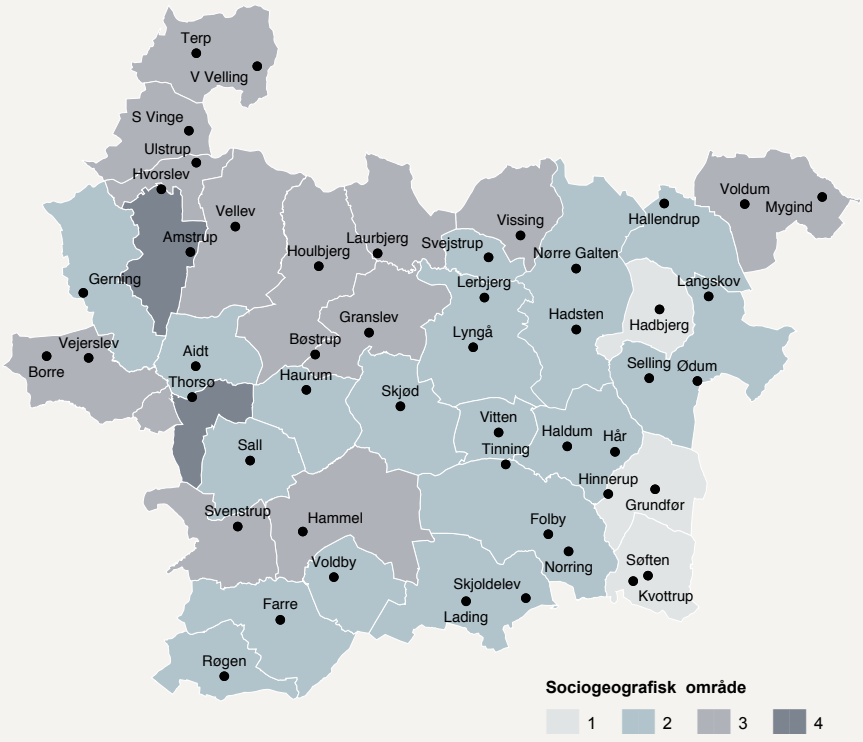
Hvis der i en kommune er mindre end 50 svarpersoner i et sociogeografisk område, udelades resultaterne fra dette område i *Sundhed på én side*, fordi den statistiske usikkerhed ellers bliver for stor. Dette er markeret med en streg.

Klyngernes oplysninger præsenteres på samme måde som for kommunerne. På den første side ses oversigten med antal indbyggere i hvert af de sociogeografiske områder og regionskortet med de kommuner, der indgår i klyngen. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere er områdets socioøkonomiske status. På den anden side præsenteres *Sundhed på én side* for klyngen på samme måde som beskrevet ovenfor for kommunerne.

Oplysninger for hele Region Midtjylland præsenteres på samme måde som klyngerne.

# FAVRSKOV KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 5.600 | **Område 2**<br>Antal personer: 15.800 | **Område 3**<br>Antal personer: 10.600 | **Område 4**<br>Antal personer: 1.400 | **Område 5**<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| Grundfør Sogn | Aidt Sogn | Granslev Sogn | Hvorslev Sogn | – |
| Hadbjerg Sogn | Foldby Sogn | Hammel Sogn | Thorsø Sogn | |
| Søften Sogn | Gerning Sogn | Houlbjerg Sogn | | |
| | Hadsten Sogn | Laurbjerg Sogn | | |
| | Haldum Sogn | Skorup Sogn | | |
| | Haurum Sogn | Søby Sogn | | |
| | Lading Sogn | Sønder Vinge Sogn | | |
| | Lerbjerg Sogn | Ulstrupbro Sogn | | |
| | Lyngå Sogn | Vejerslev Sogn | | |
| | Rud Sogn | Vellev Sogn | | |
| | Røgen Sogn | Vester Velling Sogn | | |
| | Sall Sogn | Vissing Sogn | | |
| | Skjød Sogn | Voldum Sogn | | |
| | Sporup Sogn | | | |
| | Vitten Sogn | | | |
| | Voldby Sogn | | | |
| | Ødum Sogn | | | |
| | Voldby Sogn | | | |
| | Ødum Sogn | | | |



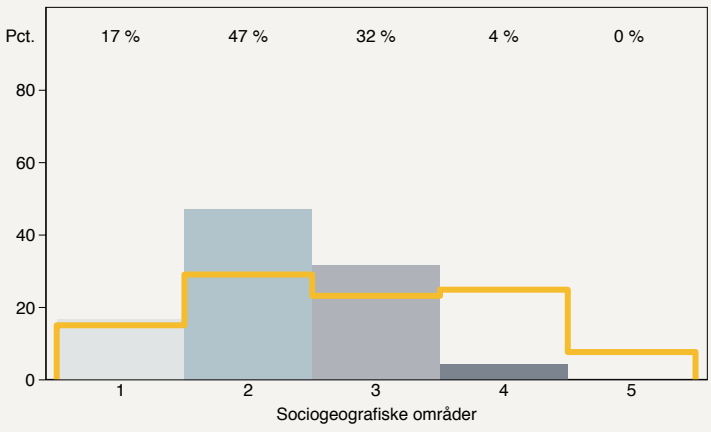

**Læsevejledning:**
**Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Favrskov Kommune bor i område 1, 2 og 3. Kun en lille andel bor i område 4, og ingen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

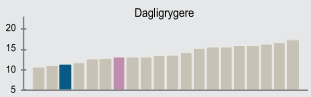
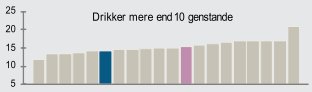
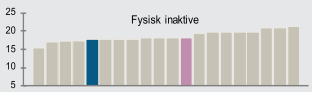
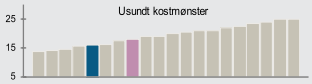
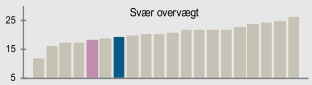
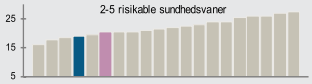
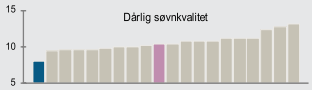
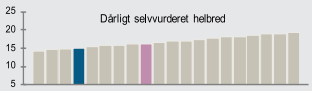
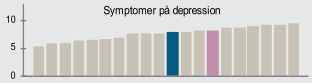
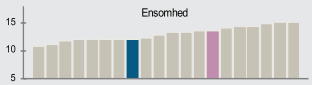
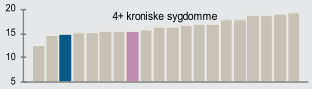
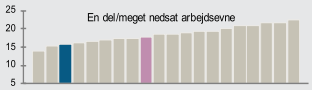


# FAVRSKOV KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Favrskov Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

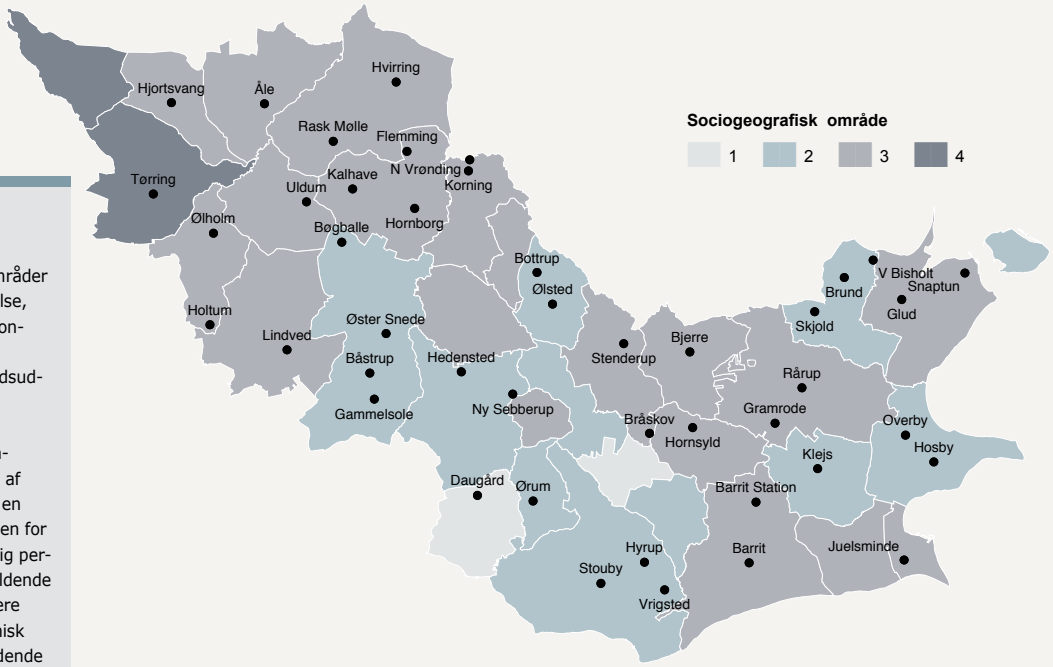
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Favrskov Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 4.000 | 13 | 11* | 6* | 11 | 14 | 16 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 5.100 | 15 | 14 | 17 | 14 | 13 | 17 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 6.300 | 18 | 18 | 17 | 16 | 21* | 18 | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 5.600 | 18 | 16* | 10* | 15 | 21* | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 6.800 | 18 | 19 | 12* | 21 | 20 | 32* | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 6.900 | 20 | 19 | 15 | 17 | 23* | 25 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 2.900 | 10 | 8* | 6 | 9 | 7 | 13 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 5.700 | 16 | 15 | 16 | 13 | 16 | 22 | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 9.100 | 29 | 25* | 22 | 24 | 27 | 30 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 2.800 | 8 | 8 | 11 | 8 | 8 | 4 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 4.300 | 14 | 12 | 13 | 11 | 12 | 16 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 5.400 | 15 | 15 | 9* | 15 | 17 | 26* | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 5.400 | 18 | 15 | 11 | 15 | 17 | - | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# HEDENSTED KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 1.100 | Område 2<br>Antal personer: 11.100 | Område 3<br>Antal personer: 18.500 | Område 4<br>Antal personer: 2.400 | Område 5<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| Daugård Sogn<br>Hornum Sogn | As Sogn<br>Hedensted Sogn<br>Hjarnø Sogn<br>Klejs Sogn<br>Skjold Sogn<br>Stouby Sogn<br>Urlev Sogn<br>Vrigsted Sogn<br>Ølsted Sogn<br>Ørum Sogn<br>Øster Snede Sogn | Barrit Sogn<br>Bjerre Sogn<br>Glud Sogn<br>Hatting Sogn<br>Hornborg Sogn<br>Hvirring Sogn<br>Juelsminde Sogn<br>Klakring Sogn<br>Korning Sogn<br>Langskov Sogn<br>Linnerup Sogn<br>Løsning Sogn<br>Nebsager Sogn<br>Rårup Sogn<br>Sindbjerg Sogn<br>Stenderup Sogn<br>Store Dalby Sogn<br>Uldum Sogn<br>Aale Sogn | Hammer Sogn<br>Tørring Sogn | – |




**Læsevejledning:**
**Sociogeografiske områder**

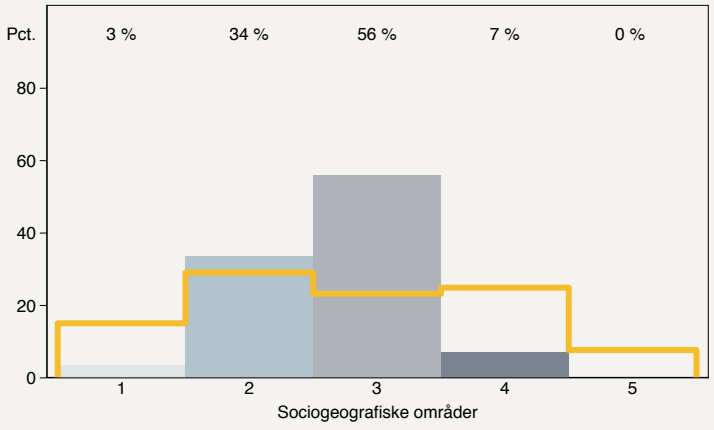
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Hedensted Kommune bor i område 2 og 3. Kun en lille andel bor i område 1 og 4, og ingen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

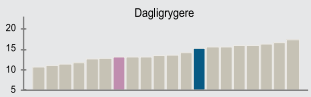
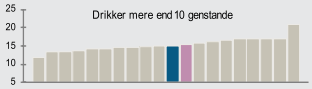
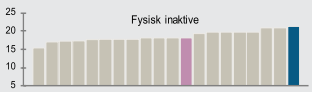
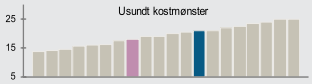
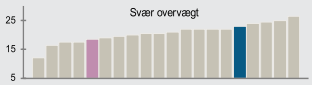
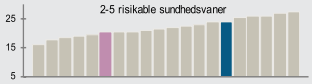
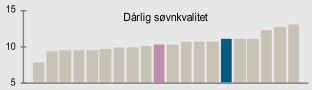
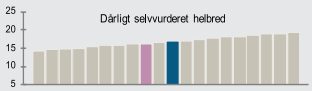
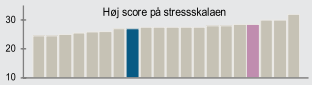
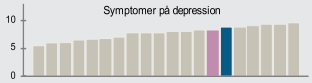
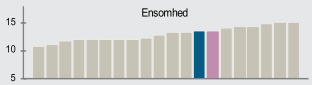
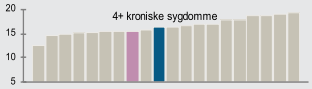
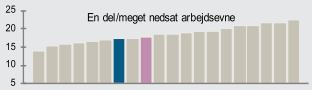


# HEDENSTED KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Hedensted Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

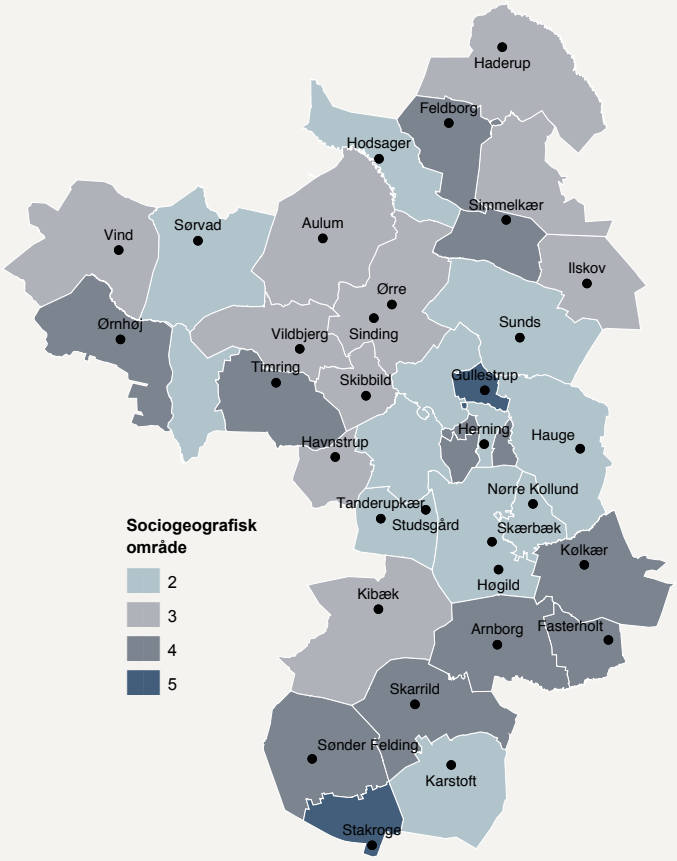
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Hedensted Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 5.300 | 13 | 15* | 12 | 13 | 16 | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 5.300 | 15 | 15 | 30* | 14 | 15 | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 7.300 | 18 | 21* | 23 | 18* | 22 | 26 | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 7.100 | 18 | 21* | 17 | 22 | 20 | 23 | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 7.800 | 18 | 23* | 13* | 21 | 24 | 30 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 8.600 | 20 | 24* | 26 | 21 | 25 | 29 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 3.900 | 10 | 11 | 13 | 11 | 11 | 12 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 6.400 | 16 | 17 | 13 | 14* | 19* | 18 | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 9.800 | 29 | 27 | 21 | 28 | 26 | 31 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 3.000 | 8 | 9 | 9 | 9 | 9 | 9 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 4.600 | 14 | 14 | 20 | 13 | 13 | 15 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 5.800 | 15 | 16 | 6* | 15 | 18* | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 5.800 | 18 | 17 | - | 14* | 21* | 19 | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# HERNING KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 0 | **Område 2**<br>Antal personer: 30.000 | **Område 3**<br>Antal personer: 12.100 | **Område 4**<br>Antal personer: 18.700 | **Område 5**<br>Antal personer: 1.600 |
|---|---|---|---|---|
| – | Gjellerup Sogn<br>Herning Sogn<br>Hodsager Sogn<br>Karstoft Sogn<br>Kollund Sogn<br>Rind Sogn<br>Snejbjerg Sogn<br>Studsgård Sogn<br>Sunds Sogn<br>Tiphede Sogn<br>Tjørring Sogn<br>Vinding Sogn | Assing Sogn<br>Aulum Sogn<br>Grove Sogn<br>Haderup Sogn<br>Haunstrup Sogn<br>Ilskov Sogn<br>Nøvling Sogn<br>Vildbjerg Sogn<br>Vind Sogn<br>Ørre-Sinding Sogn | Arnborg Sogn<br>Fasterholt Sogn<br>Feldborg Sogn<br>Fredens Sogn<br>Hedeager Sogn<br>Kølkær Sogn<br>Sankt Johannes Sogn<br>Simmelkær Sogn<br>Skarrild Sogn<br>Sønder Felding Sogn<br>Timring Sogn<br>Ørnhøj Sogn | Ilderhede Sogn<br>Gullestrup Sogn |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

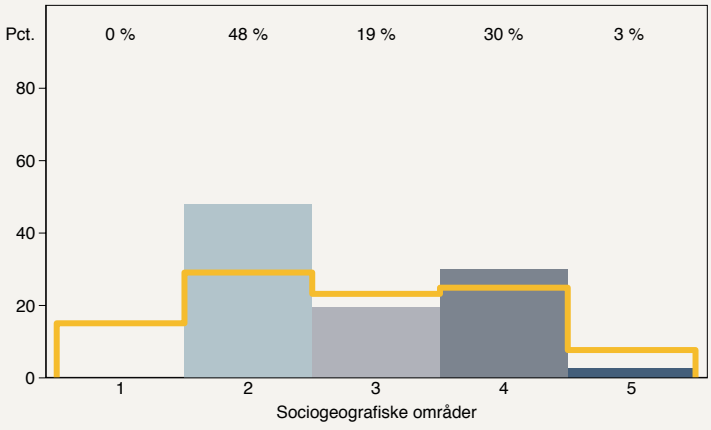
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Herning Kommune bor i område 2, 3 og 4. Kun en lille andel bor i område 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

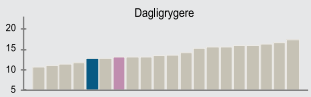
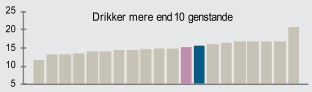
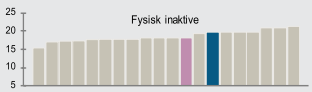
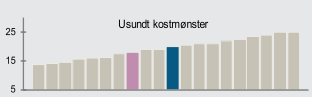
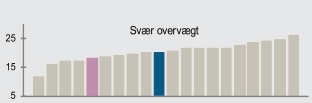
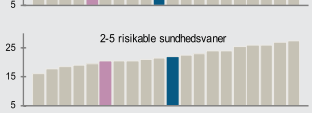
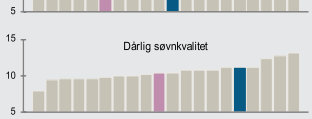
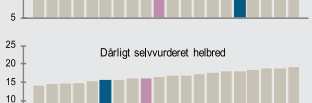
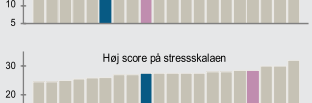
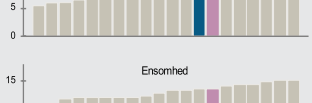


# HERNING KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Herning Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Herning Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 8.500 | 13 | 13 | - | 13 | 11 | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 10.000 | 15 | 16 | - | 18 | 14 | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 20 | - | 19 | 18 | 23 | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 20 | - | 19 | 17 | 25* | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 20 | - | 18 | 22 | 22 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 15.000 | 20 | 22 | - | 20 | 21 | 26* | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 7.600 | 10 | 11 | - | 11 | 9 | 13 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 11.000 | 16 | 16 | - | 13* | 14 | 20* | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 19.000 | 29 | 27 | - | 24* | 27 | 32* | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 5.500 | 8 | 8 | - | 8 | 6 | 10 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 7.300 | 14 | 11* | - | 9* | 10 | 15* | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 10.000 | 15 | 15 | - | 13* | 14 | 20* | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 10.000 | 18 | 17 | - | 15 | 16 | 21 | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# HOLSTEBRO KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 5.600 | **Område 2**<br>Antal personer: 9.800 | **Område 3**<br>Antal personer: 13.000 | **Område 4**<br>Antal personer: 7.400 | **Område 5**<br>Antal personer: 5.300 |
|---|---|---|---|---|
| Mejdal Sogn<br>Mejrup Sogn | Ellebæk Sogn<br>Idom-Raasted Sogn<br>Madum Sogn<br>Måbjerg Sogn<br>Naur Sogn<br>Nørre Felding Sogn<br>Sir Sogn<br>Tvis Sogn<br>Sir Sogn<br>Staby Sogn<br>Tvis Sogn | Borbjerg Sogn<br>Bur Sogn<br>Ejsing Sogn<br>Gørding Sogn<br>Handbjerg Sogn<br>Holstebro Sogn<br>Husby Sogn<br>Ryde Sogn<br>Sahl Sogn<br>Staby Sogn<br>Trandum Sogn | Herrup Sogn<br>Hogager Sogn<br>Sevel Sogn<br>Sønder Nissum Sogn<br>Ulfborg Sogn<br>Vemb Sogn<br>Vinderup Sogn | Nørrelands Sogn |

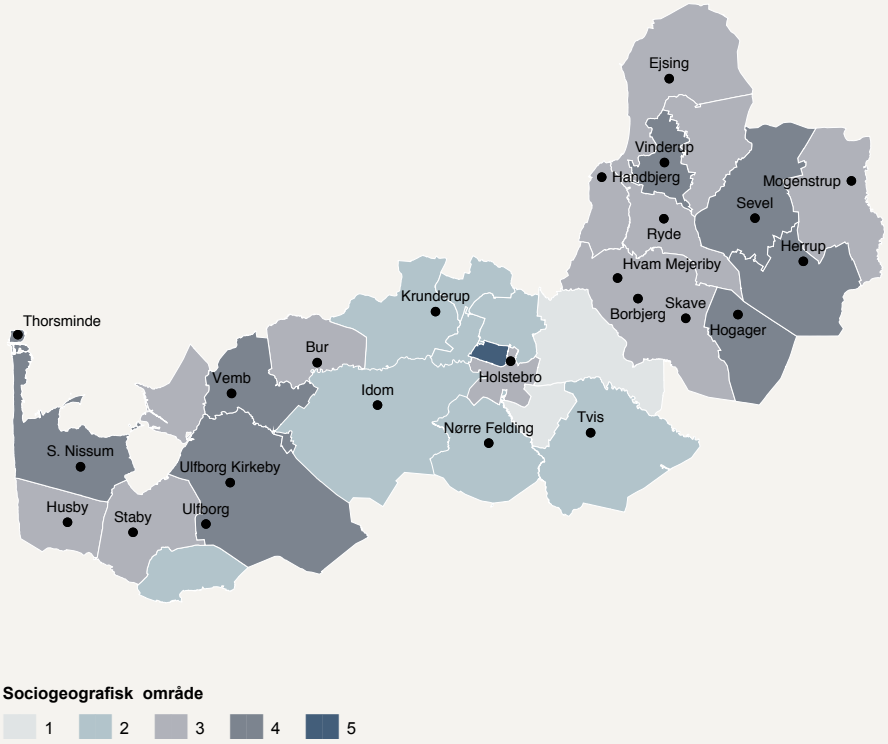
**Læsevejledning:**
**Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

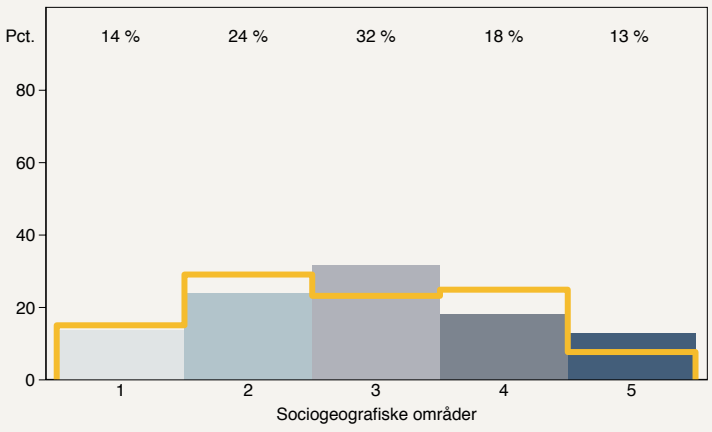
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Holstebro Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. En relativ stor del af befolkningen bor i område 5. Holstebro Kommune har en sociogeografisk profil, der minder meget om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen).

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



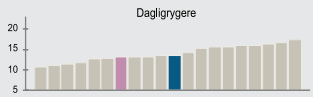
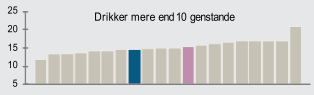
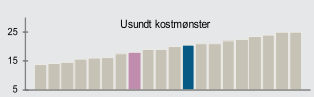
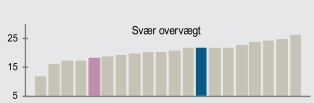
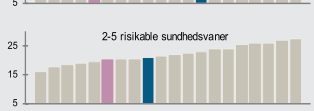
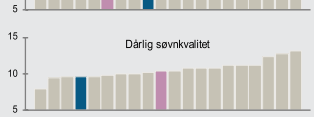
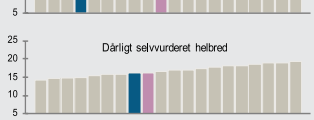
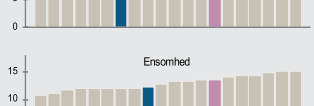
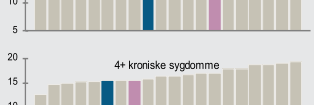



# HOLSTEBRO KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Holstebro Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

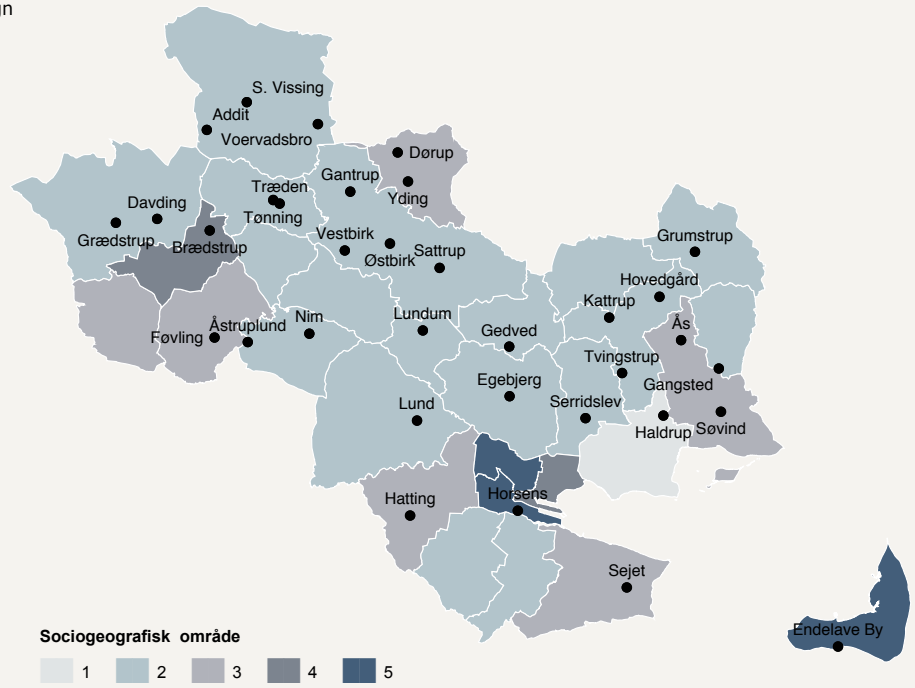
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Holstebro Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 5.900 | 13 | 14 | 7* | 14 | 13 | 16 | 19 |  | ● | ● | ○ |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 6.200 | 15 | 15 | 10* | 15 | 15 | 19 | 14 |  | ● | ○ | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 7.800 | 18 | 18 | 12* | 14* | 20 | 23 | 21 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 8.700 | 18 | 20* | 17 | 19 | 21 | 25 | 20 |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 9.300 | 18 | 22* | 15* | 19 | 22 | 27 | 29 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 9.300 | 20 | 21* | 11* | 19 | 23 | 28* | 23 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 4.200 | 10 | 10 | 7 | 7* | 10 | 11 | 16* |  | ● | ○ | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 7.500 | 16 | 16 | 10* | 10* | 17 | 21 | 26* |  | ● | ○ | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 12.000 | 29 | 28 | 16* | 25 | 28 | 30 | 40* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 3.000 | 8 | 7 | 3* | 6 | 7 | 7 | 15* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 5.200 | 14 | 12 | 5* | 11 | 13 | 12 | 21* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 6.800 | 15 | 15 | 8* | 14 | 17 | 17 | 23* |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 6.800 | 18 | 18 | 8* | 17 | 19 | 24 | 27 |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# HORSENS KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 4.400 | **Område 2**<br>Antal personer: 29.600 | **Område 3**<br>Antal personer: 4.000 | **Område 4**<br>Antal personer: 10.900 | **Område 5**<br>Antal personer: 14.400 |
|---|---|---|---|---|
| Vær Sogn | Gangsted Sogn<br>Grædstrup Sogn<br>Hansted Sogn<br>Kattrup Sogn<br>Lundum Sogn<br>Nebel Sogn<br>Nim Sogn<br>Sønder Vissing Sogn<br>Tamdrup Sogn<br>Tolstrup Sogn<br>Torsted Sogn<br>Træden Sogn<br>Tyrsted Sogn<br>Tønning Sogn<br>Underup Sogn<br>Vedslet Sogn<br>Voerladegård Sogn<br>Ørridslev Sogn<br>Østbirk Sogn | Føvling Sogn<br>Hatting Sogn<br>Søvind Sogn<br>Tyrsting Sogn<br>Uth Sogn<br>Yding Sogn<br>Uth Sogn<br>Yding Sogn | Brædstrup Sogn<br>Klostersogn | Endelave Sogn<br>Sønderbro Sogn<br>Vor Frelsers Sogn |




**Læsevejledning:**
**Sociogeografiske områder**

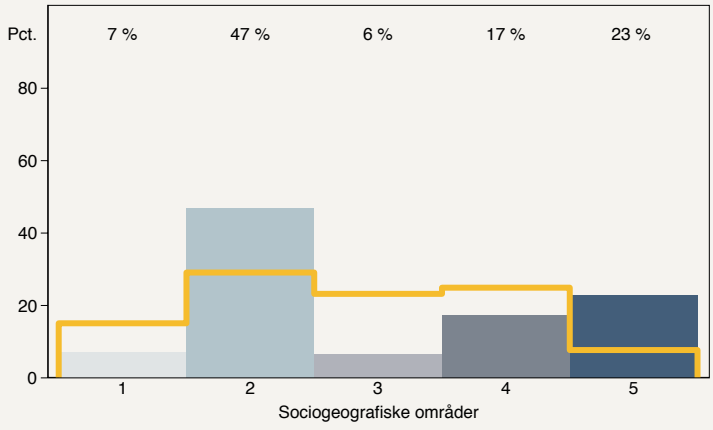
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Horsens Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Næsten halvdelen bor i område 2, og en fjerdedel af befolkningen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland. Bemærk at 27 % af den voksne befolkning bor i Klostersogn.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

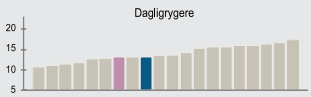
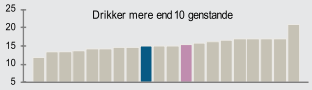
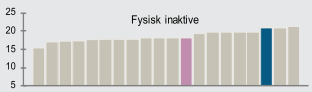
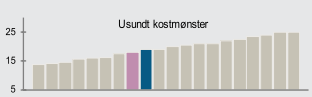
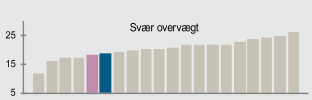
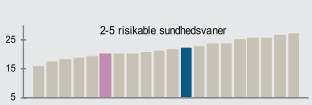
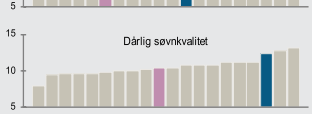
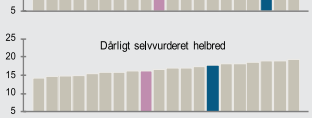
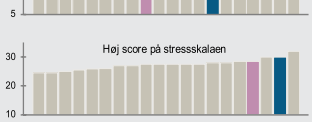
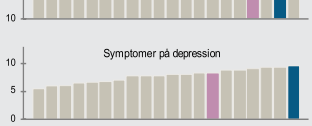
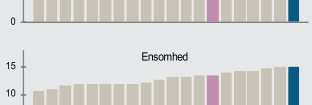
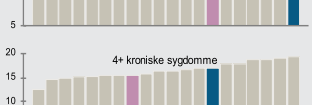


# HORSENS KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Horsens Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

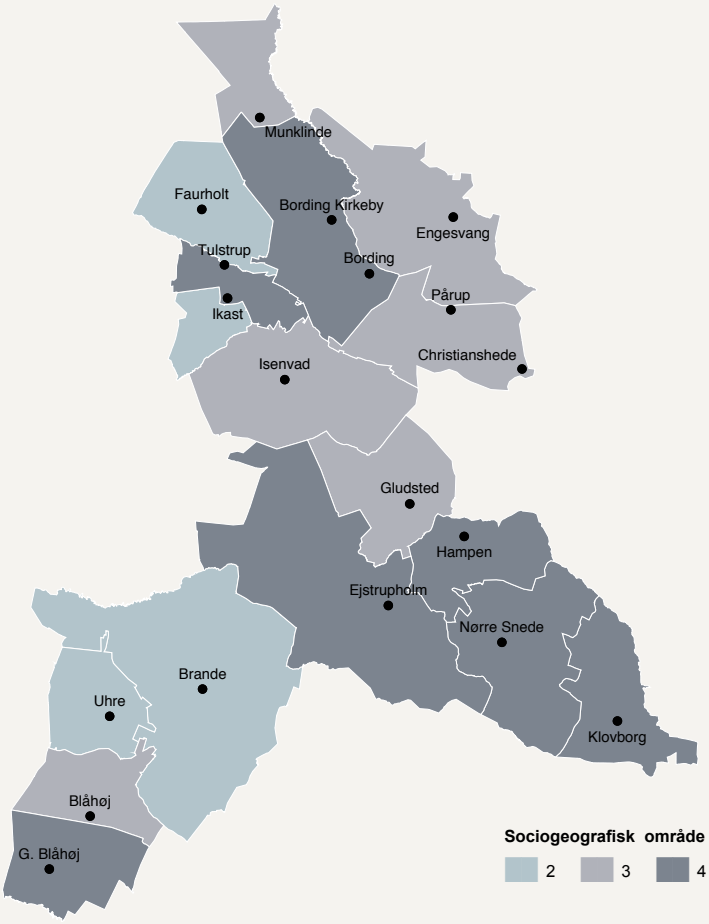
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Horsens Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 9.100 | 13 | 13 | 10 | 11 | 11 | 14 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 10.000 | 15 | 15 | 24* | 13* | 17 | 17 | 15 |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 14.000 | 18 | 21* | 15 | 18* | 30 | 21 | 25 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 19 | 10* | 18 | 15 | 19 | 23 |  | ● | ○ | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 19 | 9* | 19 | 28 | 19 | 20 |  | ● | ○ | ○ |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 16.000 | 20 | 22 | 15* | 21 | 25 | 22 | 27 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 8.600 | 10 | 12* | 10 | 10* | 11 | 16 | 15 |  | ● | ● | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 13.000 | 16 | 18 | 16 | 14* | 20 | 19 | 24* |  | ○ | ○ | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 21.000 | 29 | 30 | 15* | 23* | 34 | 39* | 41* |  | | ● | ○ |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 6.300 | 8 | 10 | 4* | 7* | 9 | 12 | 14* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 10.000 | 14 | 15 | 6* | 13 | 17 | 19 | 17 |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 12.000 | 15 | 17 | 17 | 13* | 25 | 18 | 21 |  | ● | ● | ○ |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 12.000 | 18 | 21* | 10* | 16* | 28 | 25 | 31* |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# IKAST-BRANDE KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 0 | **Område 2**<br>Antal personer: 10.500 | **Område 3**<br>Antal personer: 3.500 | **Område 4**<br>Antal personer: 15.100 | **Område 5**<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| – | Brande Sogn<br>Faurholt Sogn<br>Fonnesbæk Sogn<br>Uhre Sogn | Christianshede Sogn<br>Engesvang Sogn<br>Gludsted Sogn<br>Ilskov Sogn<br>Isenvad Sogn<br>Skærlund Sogn | Blåhøj Sogn<br>Bording Sogn<br>Ejstrup Sogn<br>Hampen Sogn<br>Ikast Sogn<br>Klovborg Sogn<br>Nørre Snede Sogn | – |



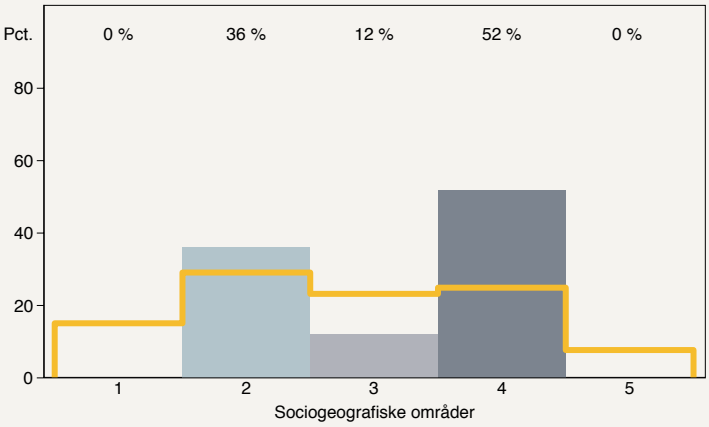

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Ikast-Brande Kommune bor i område 2, 3 og 4. Mere end halvdelen bor i område 4. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

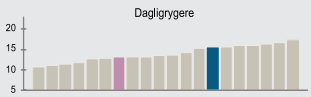
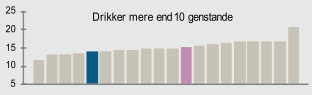
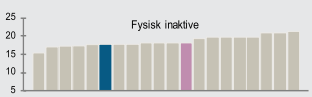
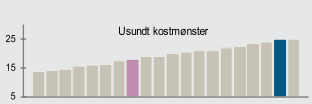
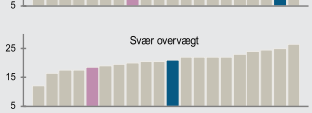
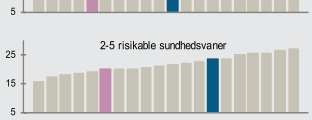
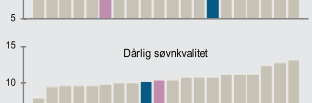
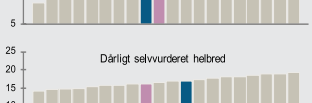
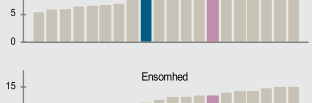
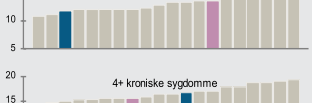
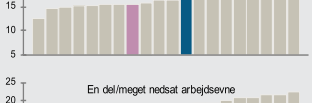


# IKAST-BRANDE KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Ikast-Brande Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

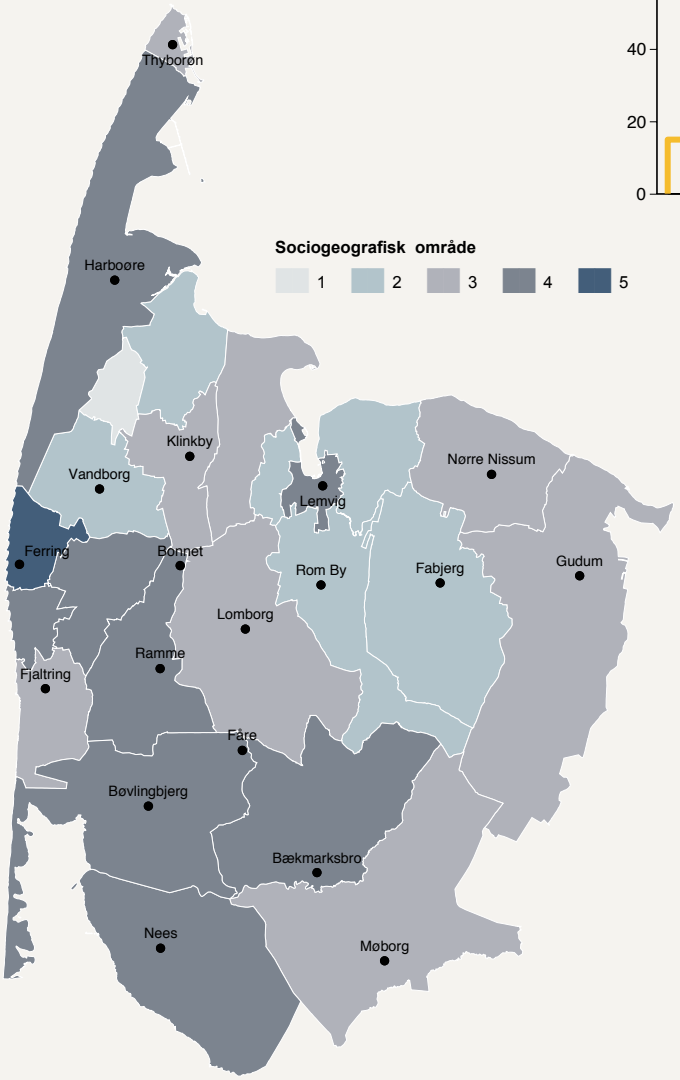
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Ikast Brande Kommune | Sociogeografiske områder Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere** Antal personer: 4.900 | 13 | 15* | - | 13 | 14 | 17 | - |   | | | |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen** Antal personer: 4.400 | 15 | 14 | - | 17 | 14 | 13 | - |   | | | |
| **Fysisk inaktive** Antal personer: 5.500 | 18 | 18 | - | 17 | 17 | 19 | - |   | | | |
| **Usundt kostmønster** Antal personer: 7.500 | 18 | 25* | - | 23 | 25 | 26 | - |   | | | |
| **Svær overvægt** Antal personer: 6.300 | 18 | 21* | - | 20 | 20 | 22 | - |   | | | |
| **2-5 risikable sundhedsvaner** Antal personer: 7.700 | 20 | 24* | - | 21 | 25 | 26 | - |   | | | |
| **Dårlig søvnkvalitet** Antal personer: 3.200 | 10 | 10 | - | 10 | 5* | 11 | - |   | | | |
| **Dårligt selvvurderet helbred** Antal personer: 5.600 | 16 | 17 | - | 16 | 13 | 18 | - |   | | | |
| **Høj score på stressskalaen** Antal personer: 8.800 | 29 | 27 | - | 25 | 23 | 30 | - |   | | | |
| **Symptomer på depression** Antal personer: 2.400 | 8 | 8 | - | 6 | 4 | 10* | - |   | | | |
| **Ensomhed** Antal personer: 3.600 | 14 | 12 | - | 12 | 7* | 13 | - |   | | | |
| **4+ kroniske sygdomme** Antal personer: 5.300 | 15 | 17 | - | 15 | 15 | 18 | - |   | | | |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)** Antal personer: 5.300 | 18 | 18 | - | 16 | 20 | 20 | - |   | | | |

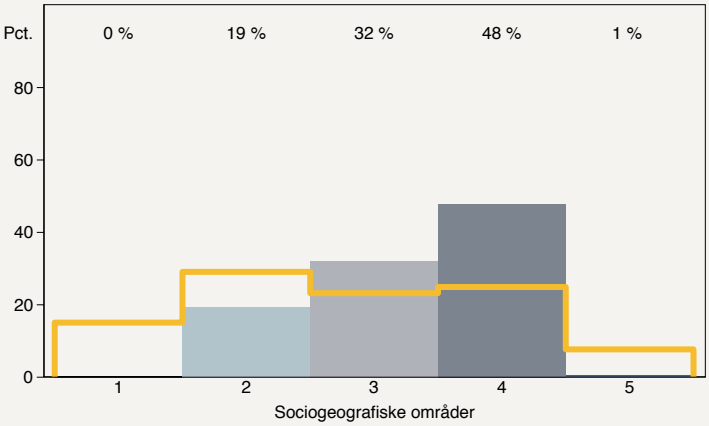
**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# LEMVIG KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: <100 | **Område 2**<br>Antal personer: 2.800 | **Område 3**<br>Antal personer: 4.700 | **Område 4**<br>Antal personer: 7.000 | **Område 5**<br>Antal personer: <100 |
|---|---|---|---|---|
| Engbjerg Sogn | Fabjerg Sogn<br>Heldum Sogn<br>Hygum Sogn<br>Nørlem Sogn<br>Rom Sogn<br>Vandborg Sogn | Fjaltring Sogn<br>Gudum Sogn<br>Hove Sogn<br>Lomborg Sogn<br>Møborg Sogn<br>Nørre Nissum Sogn<br>Thyborøn Sogn<br>Tørring Sogn | Bøvling Sogn<br>Dybe Sogn<br>Flynder Sogn<br>Harboøre Sogn<br>Lemvig Sogn<br>Nees Sogn<br>Ramme Sogn<br>Trans Sogn | Ferring Sogn |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Lemvig Kommune bor i område 2, 3 og 4. Næsten halvdelen bor i område 4, og kun en meget lille andel bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

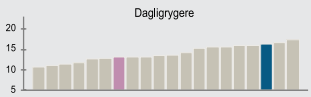
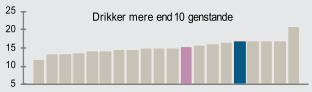
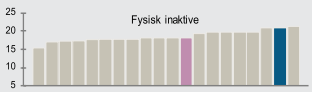
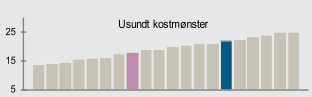
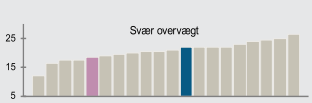
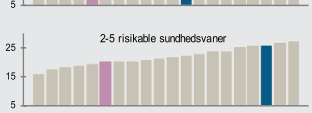
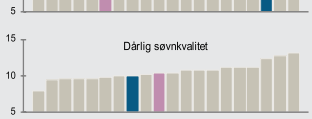
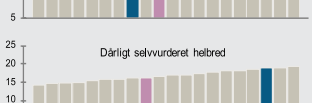
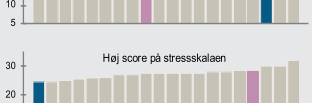
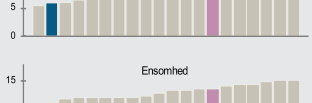
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# LEMVIG KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Lemvig Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Lemvig Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 2.500 | 13 | 16* | - | 9* | 16 | 19* | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 2.500 | 15 | 17 | - | 15 | 20 | 15 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 3.200 | 18 | 21* | - | 16* | 20 | 24* | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 3.300 | 18 | 22* | - | 19 | 21 | 25* | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 3.200 | 18 | 22* | - | 18 | 22 | 23 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 4.100 | 20 | 26* | - | 17* | 27 | 30* | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 1.500 | 10 | 10 | - | 8 | 12 | 9 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 3.100 | 16 | 19* | - | 14* | 18 | 22* | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 3.800 | 29 | 24* | - | 19* | 25 | 26 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 900 | 8 | 6* | - | 4 | 6 | 7 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 1.600 | 14 | 11* | - | 8* | 11 | 12 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 2.600 | 15 | 17 | - | 13 | 17 | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 2.600 | 18 | 20 | - | 19 | 22 | 20 | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# NORDDJURS KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 0 | Område 2<br>Antal personer: 700 | Område 3<br>Antal personer: 2.900 | Område 4<br>Antal personer: 24.100 | Område 5<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| – | Enslev Sogn<br>Hammelev Sogn<br>Karlby Sogn<br>Vejlby Sogn<br>Vester Alling Sogn | Albøge Sogn<br>Anholt Sogn<br>Fausing Sogn<br>Ginnerup Sogn<br>Gjerrild Sogn<br>Homå Sogn<br>Nørager Sogn<br>Rimsø Sogn<br>Øster Alling Sogn | Auning Sogn<br>Estruplund Sogn<br>Fjellerup Sogn<br>Gjesing Sogn<br>Glesborg Sogn<br>Grenaa Sogn<br>Hemmed Sogn<br>Hoed Sogn<br>Holbæk Sogn<br>Kastbjerg Sogn<br>Lyngby Sogn<br>Stenvad Sogn<br>Udby Sogn<br>Veggerslev Sogn<br>Vejlby Sogn<br>Villersø Sogn<br>Vivild Sogn<br>Voer Sogn<br>Voldby Sogn<br>Ørsted Sogn<br>Ørum Sogn<br>Ålsø Sogn | – |

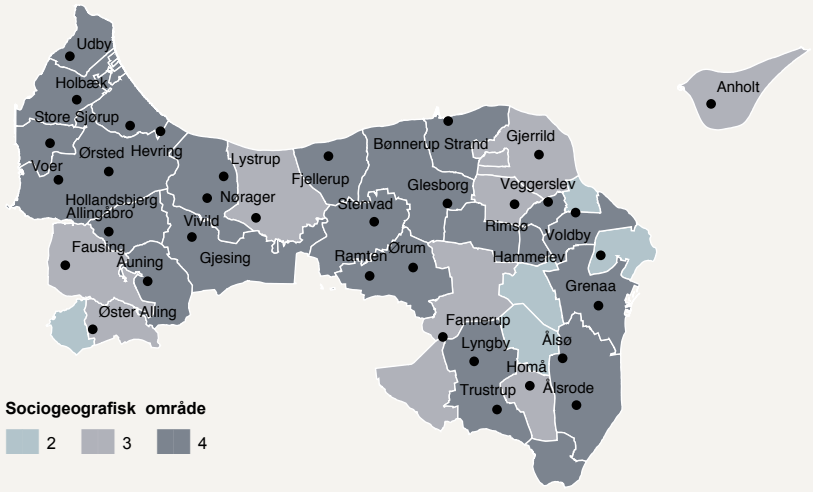
**Læsevejledning:**
**Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

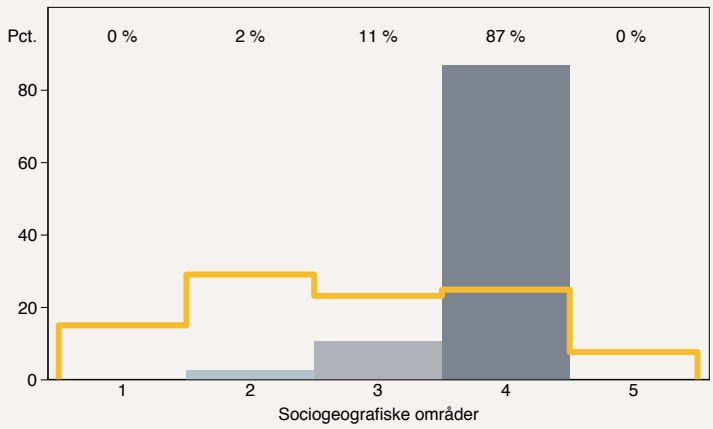
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at langt hovedparten af befolkningen i Norddjurs Kommune bor i område 4. Kun en lille andel bor i område 2 og 3, og ingen bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland. Bemærk at 35 % af den voksne befolkning bor i Grenaa Sogn.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



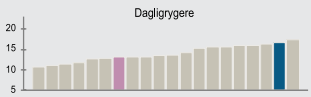
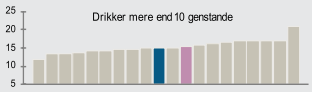
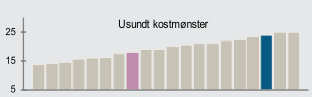
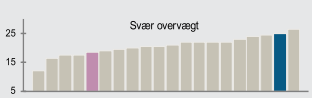
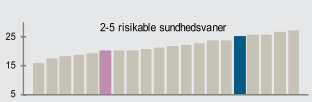
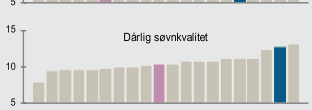
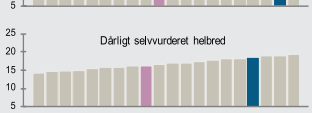
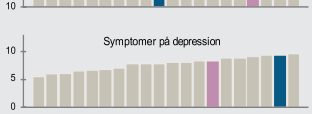
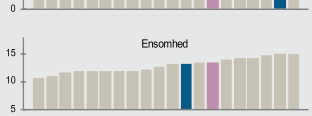
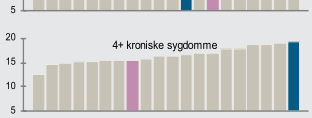
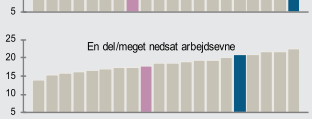



# NORDDJURS KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Norddjurs Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

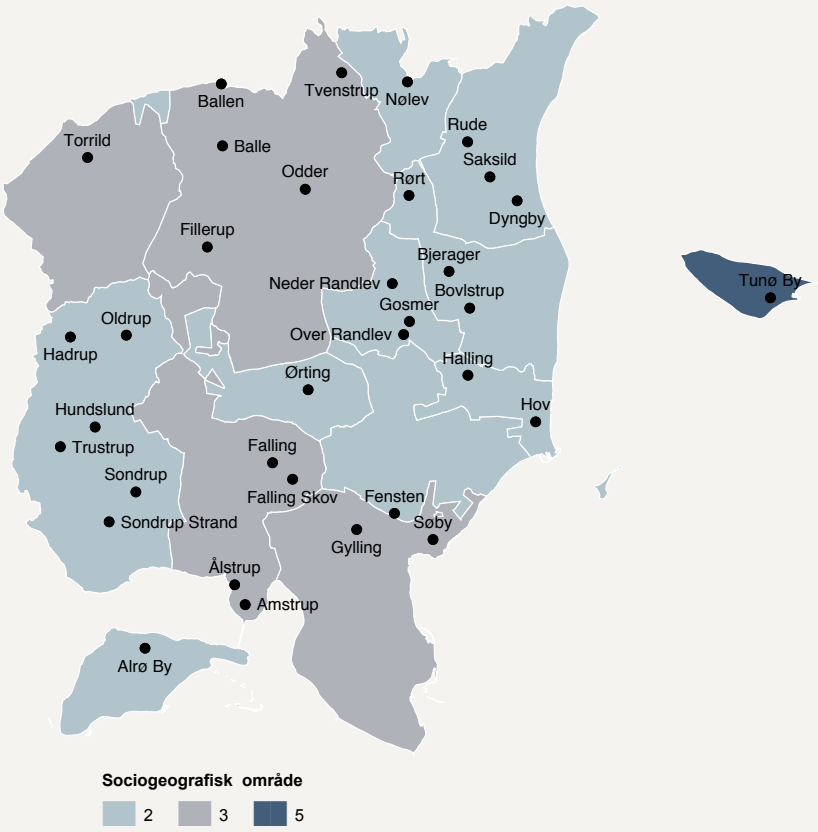
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Norddjurs Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 4.800 | 13 | 17* | - | - | 14 | 17 | - |  | ● | ○ | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 4.200 | 15 | 15 | - | - | 19 | 15 | - |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 5.200 | 18 | 18 | - | - | 14 | 19 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 6.700 | 18 | 24* | - | - | 16* | 25* | - |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 6.900 | 18 | 25* | - | - | 25 | 25 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 7.400 | 20 | 26* | - | - | 23 | 26 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 3.700 | 10 | 13* | - | - | 10 | 13 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 5.800 | 16 | 19* | - | - | 16 | 19 | - |  | ● | ○ | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 8.100 | 29 | 27 | - | - | 19* | 29* | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 2.600 | 8 | 9 | - | - | 5* | 10* | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 3.700 | 14 | 13 | - | - | 10 | 14 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 5.700 | 15 | 19* | - | - | 17 | 20 | - |  | ● | ● | ○ |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 5.700 | 18 | 21* | - | - | 21 | 21 | - |  | ● | ○ | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# ODDER KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 0 | **Område 2**<br>Antal personer: 5.600 | **Område 3**<br>Antal personer: 10.800 | **Område 4**<br>Antal personer: 0 | **Område 5**<br>Antal personer: <100 |
|---|---|---|---|---|
| – | Alrø Sogn<br>Bjerager Sogn<br>Gosmer Sogn<br>Halling Sogn<br>Hundslund Sogn<br>Hvilsted Sogn<br>Nølev Sogn<br>Randlev Sogn<br>Saksild Sogn<br>Ørting Sogn | Falling Sogn<br>Gylling Sogn<br>Odder Sogn<br>Torrild Sogn | – | Tunø Sogn |



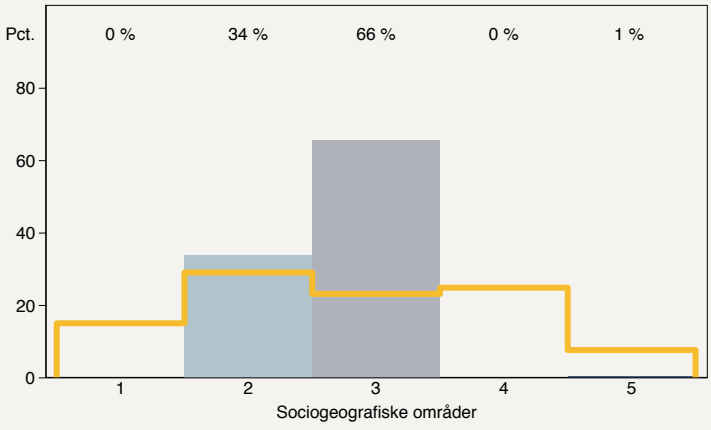

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Odder Kommune bor i område 2 og 3. Kun en meget lille andel bor i område 5, og ingen bor i område 1 og 4. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland. Bemærk at 56 % af den voksne befolkning bor i Odder Sogn.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

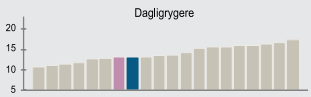
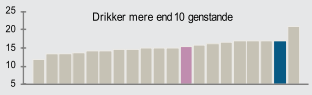
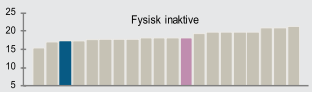
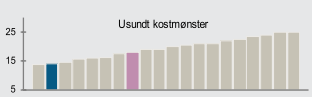
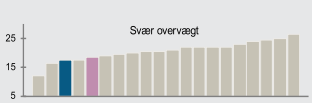
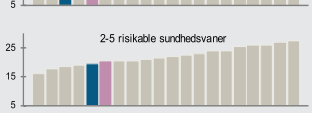
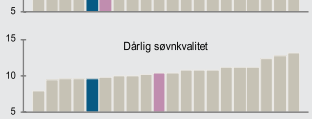
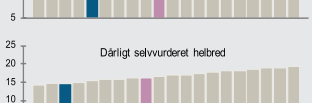
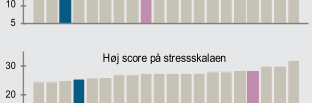
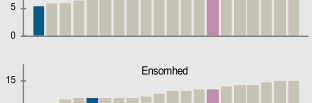


# ODDER KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Odder Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

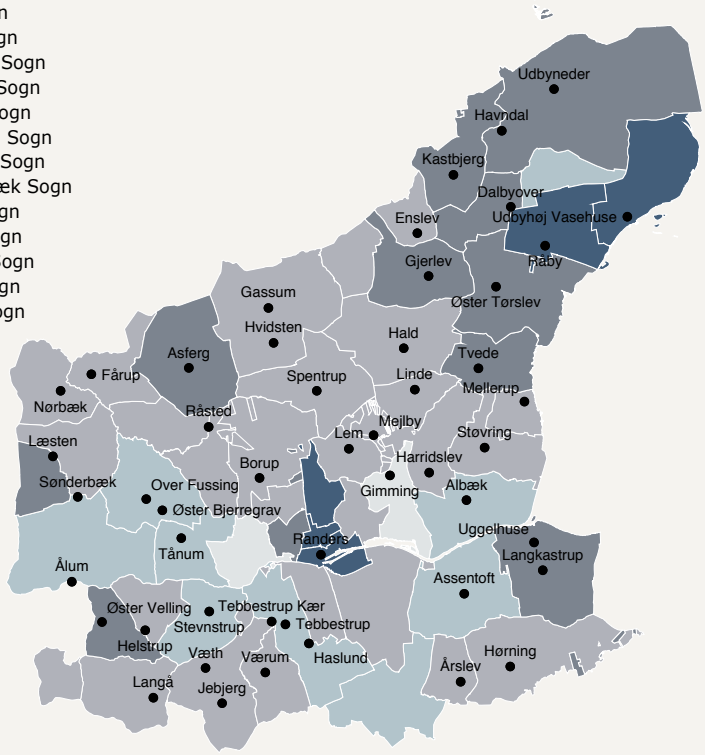
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Odder Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 2.300 | 13 | 13 | - | 14 | 13 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 3.000 | 15 | 17 | - | 18 | 16 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 3.000 | 18 | 17 | - | 14* | 19* | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 2.400 | 18 | 14* | - | 13 | 14 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 3.100 | 18 | 18 | - | 20 | 16 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 3.400 | 20 | 19 | - | 20 | 19 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 1.700 | 10 | 10 | - | 9 | 10 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 2.700 | 16 | 15 | - | 13 | 16 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 4.600 | 29 | 26* | - | 23 | 27 | - | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 1.000 | 8 | 6* | - | 6 | 5 | - | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 2.100 | 14 | 12 | - | 10 | 13 | - | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 2.800 | 15 | 15 | - | 16 | 15 | - | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 2.800 | 18 | 17 | - | 20 | 15 | - | - |  | ● | ● | ● |

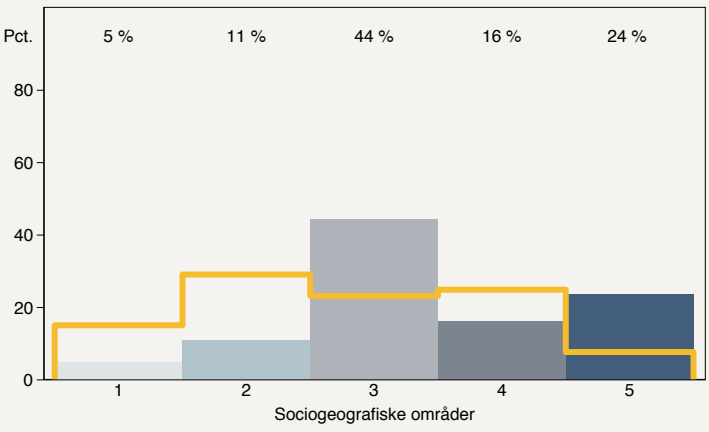
**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# RANDERS KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 3.400 | **Område 2**<br>Antal personer: 7.700 | **Område 3**<br>Antal personer: 31.100 | **Område 4**<br>Antal personer: 11.400 | **Område 5**<br>Antal personer: 16.500 |
|---|---|---|---|---|
| Gimming Sogn<br>Hornbæk Sogn | Albæk Sogn<br>Dalbyneder Sogn<br>Essenbæk Sogn<br>Grensten Sogn<br>Haslund Sogn<br>Tånum Sogn<br>Ølst Sogn<br>Øster Bjerregrav Sogn<br>Ålum Sogn | Borup Sogn<br>Dronningborg Sogn<br>Enghøj Sogn<br>Enslev Sogn<br>Fårup Sogn<br>Gassum Sogn<br>Hald Sogn<br>Harridslev Sogn<br>Helstrup Sogn<br>Hørning Sogn<br>Kousted Sogn<br>Kristrup Sogn<br>Kærby Sogn<br>Langå Sogn<br>Lem Sogn<br>Linde Sogn<br>Mellerup Sogn<br>Nørbæk Sogn<br>Råsted Sogn<br>Spentrup Sogn<br>Støvring Sogn<br>Sønderbæk Sogn<br>Torup Sogn<br>Vorup Sogn<br>Værum Sogn<br>Ørum Sogn<br>Årslev Sogn | Asferg Sogn<br>Dalbyover Sogn<br>Gjerlev Sogn<br>Kastbjerg Sogn<br>Læsten Sogn<br>Sankt Clemens Sogn<br>Tvede Sogn<br>Udbyneder Sogn<br>Virring Sogn<br>Øster Tørslev Sogn<br>Øster Velling Sogn | Råby Sogn<br>Sankt Andreas Sogn<br>Sankt Mortens Sogn<br>Sankt Peders Sogn<br>Sødring Sogn<br>Tvede Sogn |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Randers Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Næsten en fjerdedel af befolkningen bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

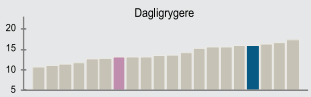
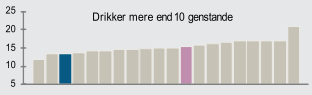
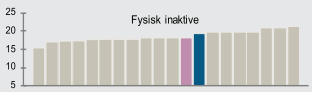
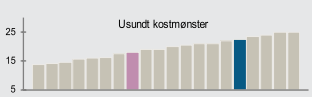
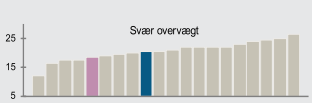
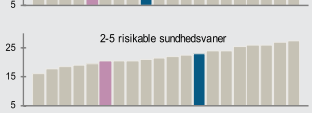
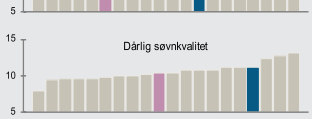
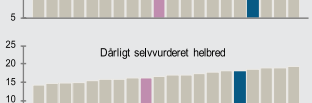
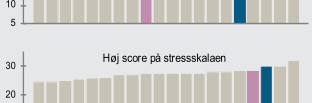
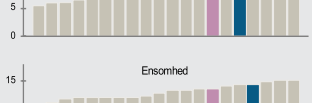
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# RANDERS KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Randers Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

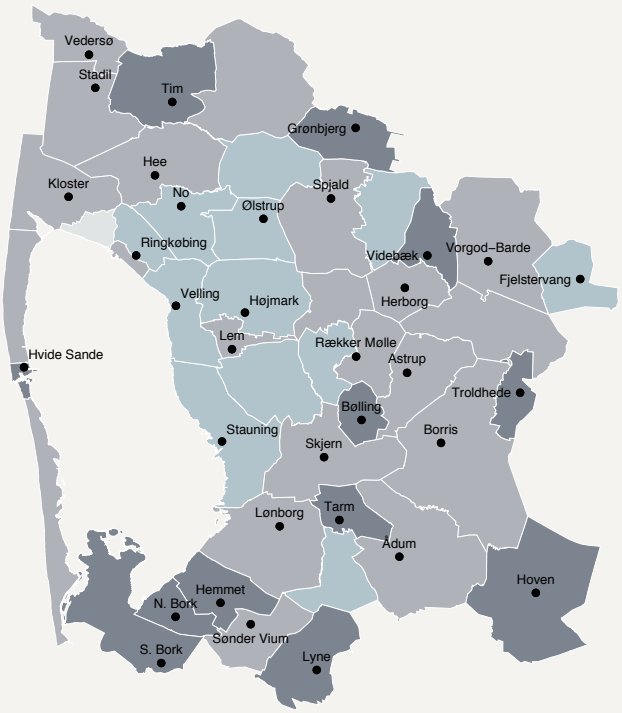
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Randers Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 12.000 | 13 | 16* | 6* | 9* | 13* | 19 | 23* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 9.900 | 15 | 14* | 15 | 15 | 12* | 15 | 15 |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 14.000 | 18 | 19 | 16 | 19 | 18* | 22 | 22 |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 16.000 | 18 | 22* | 18 | 14* | 22 | 23 | 26* |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 15.000 | 18 | 20* | 18 | 22 | 20 | 24 | 19 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 18.000 | 20 | 23* | 17* | 19 | 21* | 25 | 29* |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 8.500 | 10 | 11 | 7 | 10 | 11 | 13 | 13 |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 15.000 | 16 | 18* | 15 | 16 | 18 | 16 | 21* |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 23.000 | 29 | 30 | 26 | 24* | 27* | 32 | 37* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 6.500 | 8 | 9 | 3* | 6* | 7* | 9 | 13* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 10.000 | 14 | 14 | 6* | 10* | 12* | 19* | 17* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 13.000 | 15 | 18* | 13 | 14 | 18 | 18 | 20 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 22* | 11* | 11* | 20 | 25 | 30* |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

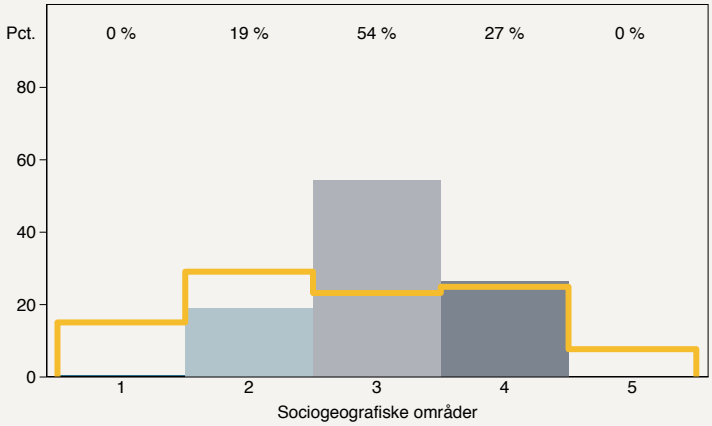
# RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 100 | **Område 2**<br>Antal personer: 7.600 | **Område 3**<br>Antal personer: 22.000 | **Område 4**<br>Antal personer: 10.700 | **Område 5**<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| Gammelsogn | Dejbjerg Sogn<br>Egvad Sogn<br>Fjelstervang Sogn<br>Hanning Sogn<br>Hover Sogn<br>No Sogn<br>Rindum Sogn<br>Stauning Sogn<br>Sønder Lem Sogn<br>Velling Sogn<br>Væggerskilde Sogn<br>Torsted Sogn<br>Vedersø Sogn<br>Velling Sogn<br>Væggerskilde Sogn | Brejning Sogn<br>Faster Sogn<br>Finderup Sogn<br>Haurvig Sogn<br>Hee Sogn<br>Herborg Sogn<br>Lem Sogn<br>Lyngvig Sogn<br>Lønborg Sogn<br>Nysogn<br>Nørre Vium Sogn<br>Ringkøbing Sogn<br>Skjern Sogn<br>Stadil Sogn<br>Sædding Sogn<br>Sønder Borris Sogn<br>Sønder Vium Sogn<br>Torsted Sogn<br>Vedersø Sogn<br>Vorgod Sogn<br>Ådum Sogn | Bølling Sogn<br>Hemmet Sogn<br>Hoven Sogn<br>Hvide Sande Sogn<br>Lyne Sogn<br>Nørre Bork Sogn<br>Nørre Omme Sogn<br>Sønder Bork Sogn<br>Tarm Sogn<br>Tim Sogn<br>Troldhede Sogn<br>Videbæk Sogn | – |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hele befolkningen i Ringkøbing-Skjern Kommune bor i område 2, 3 og 4. Mere end halvdelen bor i område 3. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

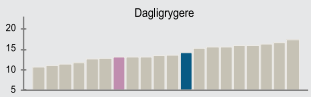
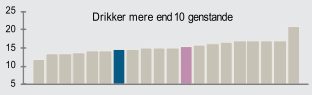
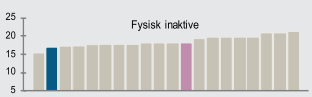
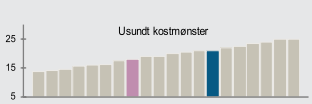
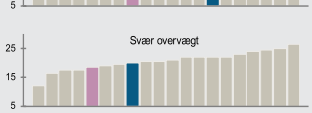
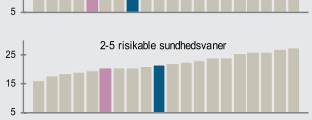
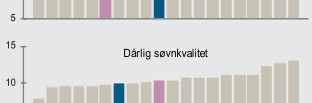
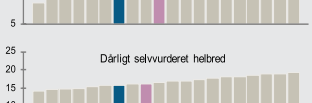
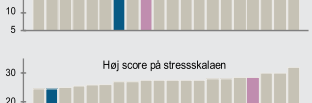
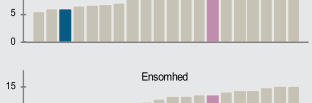
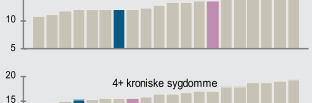
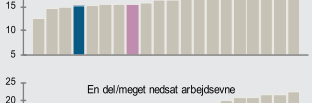
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# RINGKØBING-SKJERN KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Ringkøbing-Skjern Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

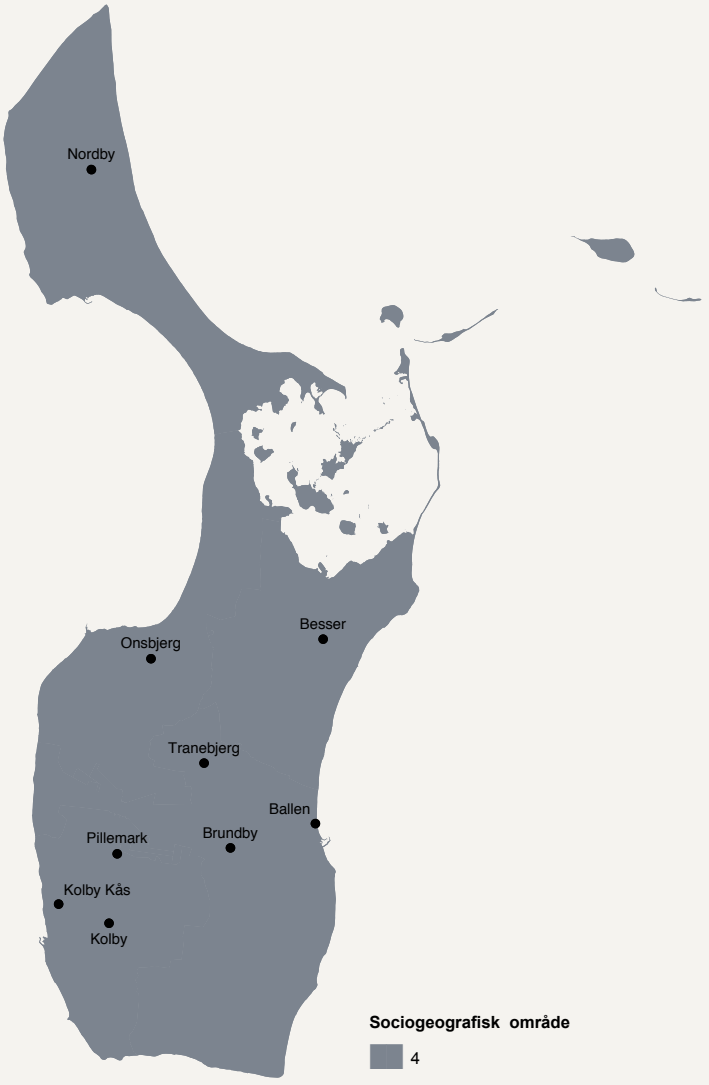
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Ringkøbing-Skjern Kommune | Sociogeografiske områder Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere** Antal personer: 6.100 | 13 | 14 | - | 12 | 13 | 17 | - |   | | | |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen** Antal personer: 6.100 | 15 | 15 | - | 10* | 16 | 16 | - |   | | | |
| **Fysisk inaktive** Antal personer: 7.200 | 18 | 17 | - | 19 | 15 | 20 | - |   | | | |
| **Usundt kostmønster** Antal personer: 8.800 | 18 | 21* | - | 20 | 20 | 24 | - |   | | | |
| **Svær overvægt** Antal personer: 8.300 | 18 | 20 | - | 15* | 19 | 26* | - |   | | | |
| **2-5 risikable sundhedsvaner** Antal personer: 9.300 | 20 | 22 | - | 19 | 20 | 27* | - |   | | | |
| **Dårlig søvnkvalitet** Antal personer: 4.300 | 10 | 10 | - | 7* | 11 | 11 | - |   | | | |
| **Dårligt selvvurderet helbred** Antal personer: 7.200 | 16 | 16 | - | 14 | 16 | 17 | - |   | | | |
| **Høj score på stressskalaen** Antal personer: 11.000 | 29 | 24* | - | 22 | 25 | 25 | - |   | | | |
| **Symptomer på depression** Antal personer: 2.500 | 8 | 6* | - | 6 | 6 | 6 | - |   | | | |
| **Ensomhed** Antal personer: 5.100 | 14 | 12 | - | 13 | 11 | 14 | - |   | | | |
| **4+ kroniske sygdomme** Antal personer: 6.600 | 15 | 15 | - | 11* | 16 | 16 | - |   | | | |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)** Antal personer: 6.600 | 18 | 19 | - | 17 | 19 | 22 | - |   | | | |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# SAMSØ KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 0 | Antal personer: 0 | Antal personer: 0 | Antal personer: 3.000 | Antal personer: 0 |
| – | – | – | Samsø Sogn | – |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

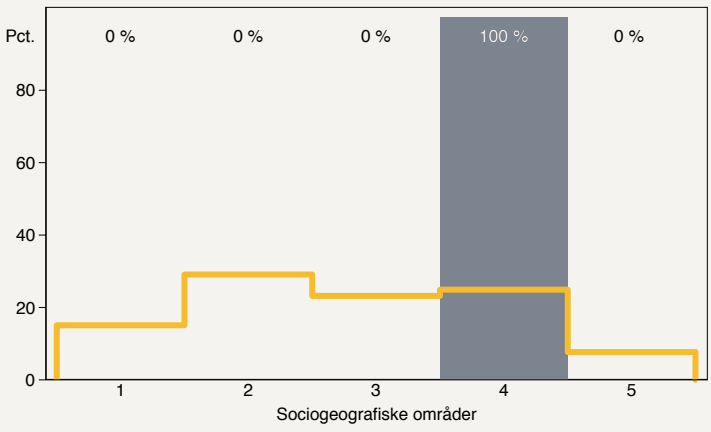
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hele befolkningen i Samsø Kommune bor i område 4. Dette skyldes, at der på Samsø siden 2014 kun har været et sogn i kommunen, hvor der tidligere har været fem sogne. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

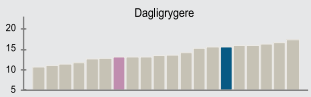
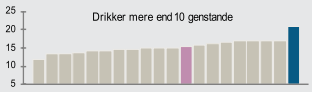
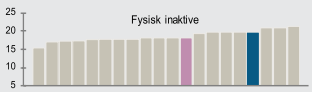
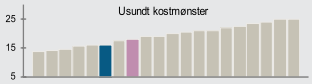
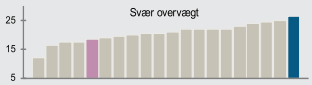
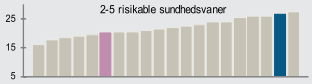
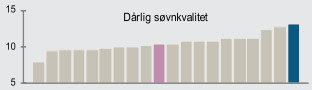
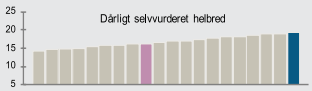
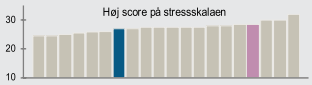
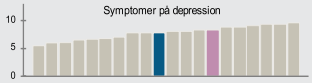
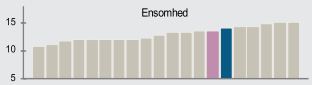
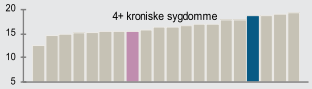
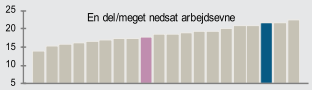


# SAMSØ KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Samsø Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

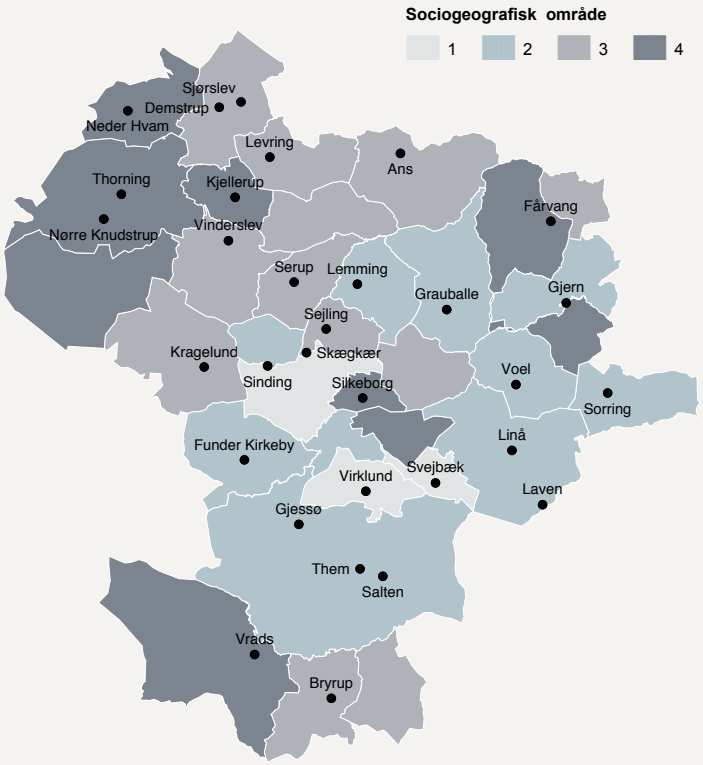
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Samsø Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 500 | 13 | 16 | - | - | - | 16 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 600 | 15 | 21* | - | - | - | 21 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 600 | 18 | 20 | - | - | - | 20 | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 500 | 18 | 16 | - | - | - | 16 | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 800 | 18 | 26* | - | - | - | 26 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 800 | 20 | 27* | - | - | - | 27 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 400 | 10 | 13 | - | - | - | 13 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 600 | 16 | 20* | - | - | - | 20 | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 800 | 29 | 27 | - | - | - | 27 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 200 | 8 | 8 | - | - | - | 8 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 400 | 14 | 14 | - | - | - | 14 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 600 | 15 | 19* | - | - | - | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 600 | 18 | 22 | - | - | - | 22 | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# SILKEBORG KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 13.300 | Område 2<br>Antal personer: 18.400 | Område 3<br>Antal personer: 13.200 | Område 4<br>Antal personer: 21.200 | Område 5<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| Balle Sogn | Dallerup Sogn | Bryrup Sogn | Alderslyst Sogn | – |
| Sejs-Svejbæk Sogn | Funder Sogn | Grønbæk Sogn | Grathe Sogn | |
| Virklund Sogn | Gjern Sogn | Gødvad Sogn | Hørup Sogn | |
| | Lemming Sogn | Hinge Sogn | Silkeborg Sogn | |
| | Linå Sogn | Kragelund Sogn | Skannerup Sogn | |
| | Mariehøj Sogn | Levring Sogn | Thorning Sogn | |
| | Sinding Sogn | Sejling Sogn | Tvilum Sogn | |
| | Svostrup Sogn | Serup Sogn | Vium Sogn | |
| | Them Sogn | Sjørslev Sogn | Vrads Sogn | |
| | Voel Sogn | Skorup Sogn | | |
| | | Vinderslev Sogn | | |
| | | Vinding Sogn | | |



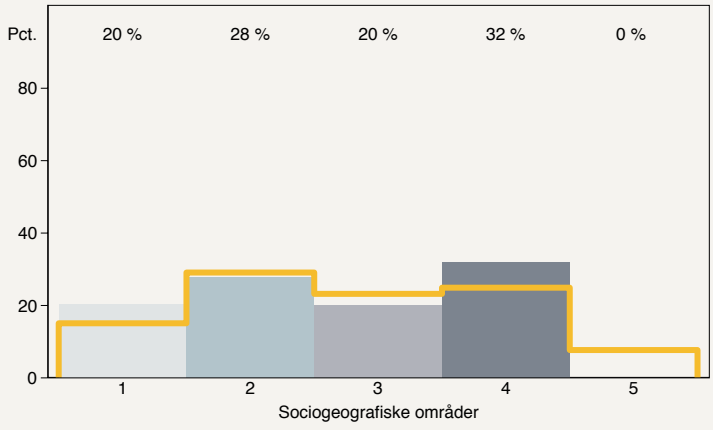

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Silkeborg Kommune er fordelt på område 1, 2, 3 og 4. Silkeborg Kommune har en sociogeografisk profil, der for område 1 til 4 minder om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen).

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

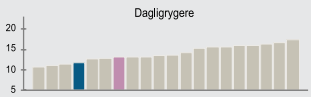
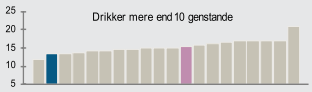
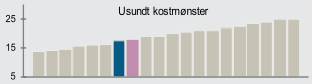
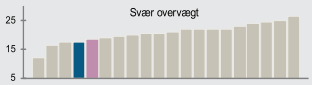
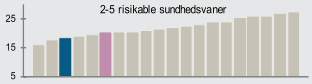
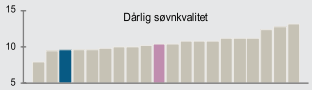
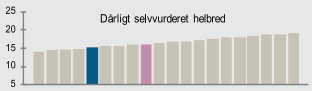
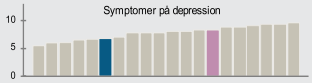
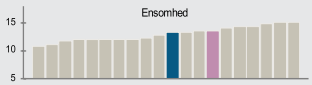
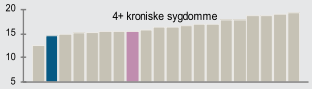
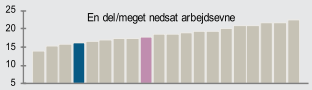


# SILKEBORG KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Silkeborg Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

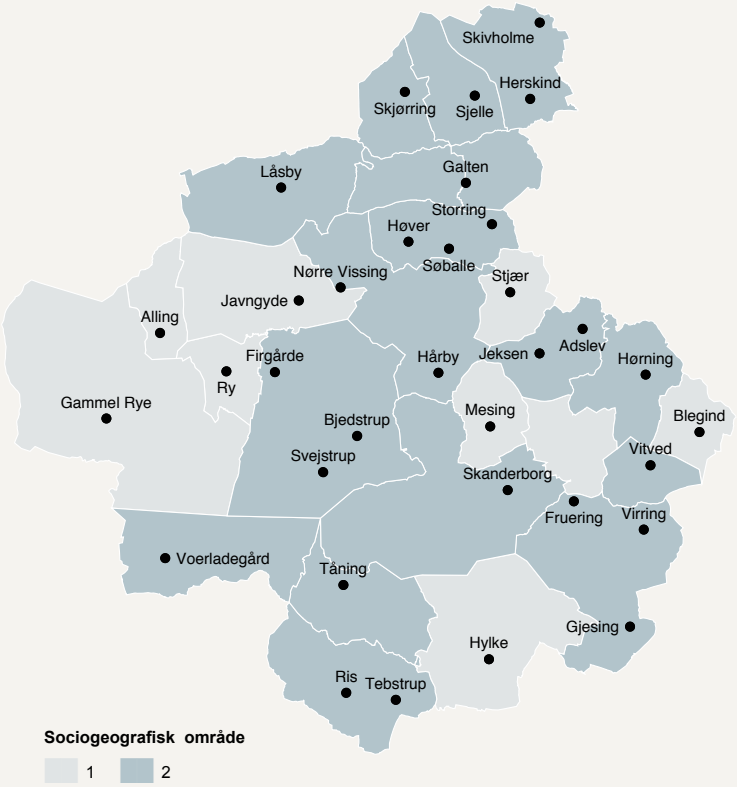
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Silkeborg Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 8.400 | 13 | 12 | 8* | 12 | 14 | 12 | - |  | ● | ○ | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 9.300 | 15 | 13* | 13 | 14 | 11 | 15 | - |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 18 | 15 | 18 | 20 | 19 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 12.000 | 18 | 18 | 13* | 16 | 23 | 19 | - |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 12.000 | 18 | 18 | 13* | 17 | 20 | 21 | - |  | ● | ● | ○ |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 13.000 | 20 | 19 | 13* | 19 | 20 | 21 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 6.800 | 10 | 10 | 8 | 7* | 11 | 12 | - |  | ● | ● | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 12.000 | 16 | 15 | 9* | 15 | 16 | 20* | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 20.000 | 29 | 28 | 24 | 26 | 29 | 31 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 4.700 | 8 | 7* | 3* | 6 | 8 | 9 | - |  | | | ○ |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 9.200 | 14 | 13 | 8* | 11 | 19* | 15 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 10.000 | 15 | 15 | 15 | 12 | 16 | 16 | - |  | ● | ● | ○ |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 10.000 | 18 | 16 | 13 | 13 | 20 | 19 | - |  | ○ | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# SKANDERBORG KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 11.300 | **Område 2**<br>Antal personer: 31.500 | **Område 3**<br>Antal personer: 0 | **Område 4**<br>Antal personer: 0 | **Område 5**<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| Alling Sogn | Adslev Sogn | – | – | – |
| Blegind Sogn | Dover Sogn | | | |
| Gammel Rye Sogn | Fruering Sogn | | | |
| Hylke Sogn | Galten Sogn | | | |
| Mesing Sogn | Hørning Sogn | | | |
| Ry Sogn | Låsby Sogn | | | |
| Stilling Sogn | Ovsted Sogn | | | |
| Stjær Sogn | Sjelle Sogn | | | |
| Tulstrup Sogn | Skanderborg Sogn | | | |
| | Skivholme Sogn | | | |
| | Skjørring Sogn | | | |
| | Skovby Sogn | | | |
| | Storring Sogn | | | |
| | Tåning Sogn | | | |
| | Veng Sogn | | | |
| | Vitved Sogn | | | |
| | Voerladegård Sogn | | | |



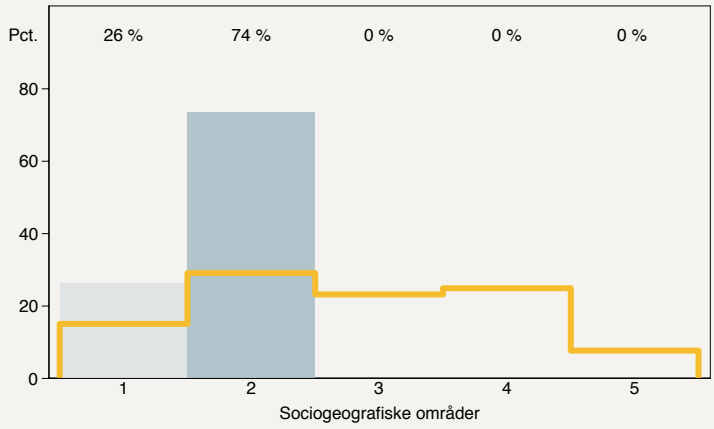

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hele befolkningen i Skanderborg Kommune bor i område 1 og 2. Ingen bor i område 3, 4 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland. Bemærk at 26 % af den voksne befolkning bor i Skanderborg Sogn.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

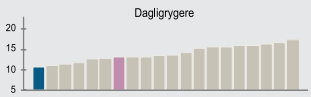
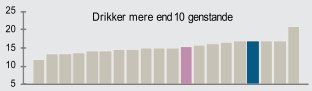
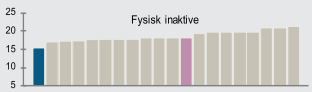
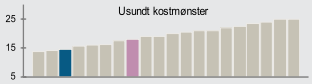
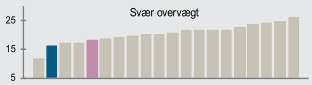
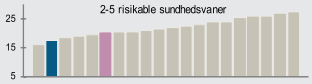
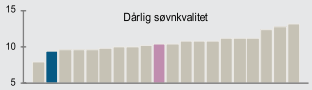
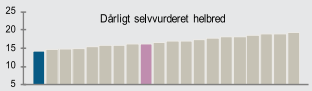
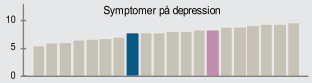
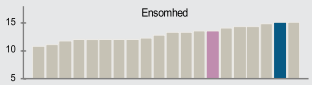
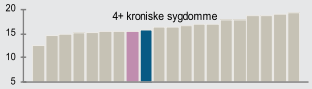
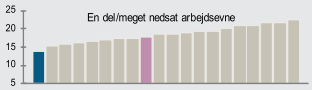


# SKANDERBORG KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Skanderborg Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

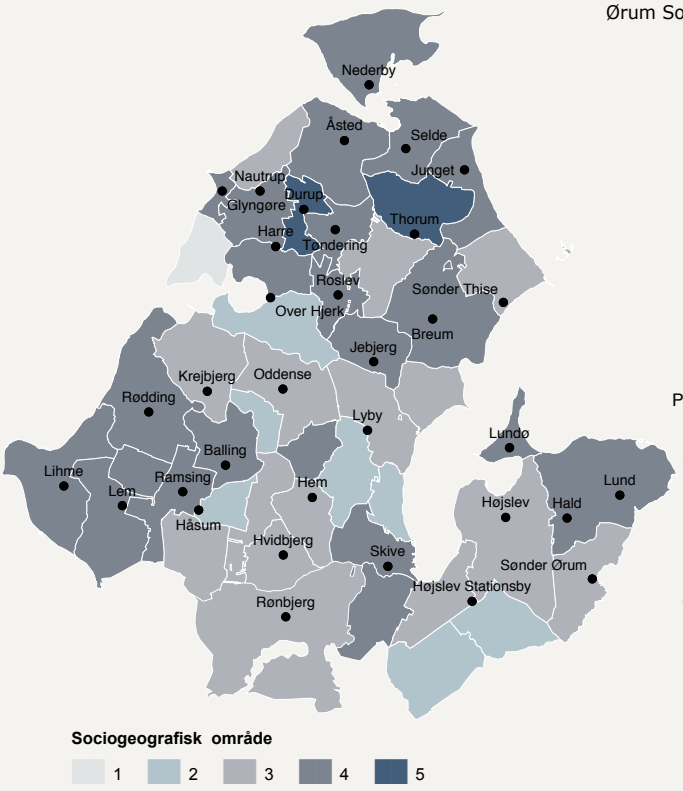
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Skander-borg Kommune | Sociogeografiske områder | | | | | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021 | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | | | | |
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 5.000 | 13 | 11* | 9 | 11 | - | - | |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 7.700 | 15 | 17 | 20 | 16 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 7.100 | 18 | 15* | 13 | 16 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 6.500 | 18 | 14* | 15 | 14 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 7.400 | 18 | 16 | 15 | 17 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 8.300 | 20 | 18 | 18 | 18 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 4.400 | 10 | 9 | 8 | 10 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 7.000 | 16 | 14* | 12 | 15 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 12.000 | 29 | 26* | 24 | 26 | - | - | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 3.500 | 8 | 8 | 8 | 8 | - | - | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 6.800 | 14 | 15 | 11* | 17* | - | - | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 7.300 | 15 | 16 | 15 | 16 | - | - | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 7.300 | 18 | 14* | 15 | 14 | - | - | - |  | ● | ● | ● |

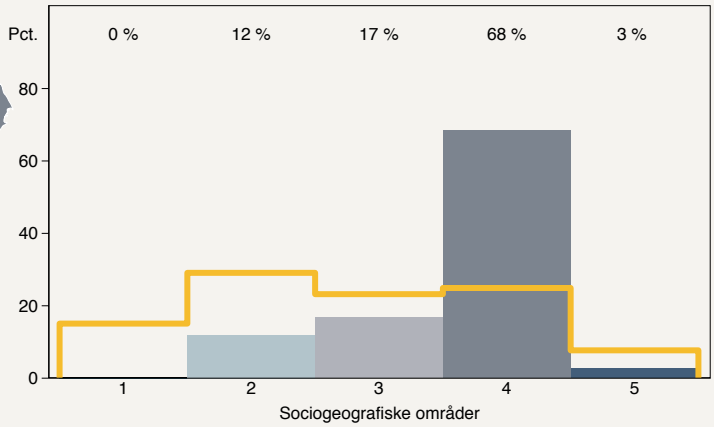
**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# SKIVE KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 100 | Område 2<br>Antal personer: 4.000 | Område 3<br>Antal personer: 5.600 | Område 4<br>Antal personer: 23.000 | Område 5<br>Antal personer: 900 |
|---|---|---|---|---|
| Vile Sogn | Dølby Sogn<br>Hjerk Sogn<br>Kobberup Sogn<br>Otting Sogn<br>Resen Sogn<br>Volling Sogn | Brøndum Sogn<br>Dommerby Sogn<br>Estvad-Rønbjerg Sogn<br>Grønning Sogn<br>Hem Sogn<br>Hvidbjerg Sogn<br>Højslev Sogn<br>Håsum Sogn<br>Krejbjerg Sogn<br>Lyby Sogn<br>Oddense Sogn<br>Rybjerg Sogn<br>Sæby Sogn<br>Thise Sogn<br>Ørum Sogn | Balling Sogn<br>Egeris Sogn<br>Fur Sogn<br>Glyngøre Sogn<br>Grinderslev Sogn<br>Harre Sogn<br>Hindborg Sogn<br>Jebjerg Sogn<br>Junget Sogn<br>Lem Sogn<br>Lihme Sogn<br>Lundø Sogn<br>Nautrup Sogn<br>Ramsing Sogn<br>Roslev Sogn<br>Rødding Sogn<br>Selde Sogn<br>Skive Sogn<br>Tøndering Sogn<br>Vejby Sogn<br>Ørslevkloster Sogn<br>Åsted Sogn | Durup Sogn<br>Thorum Sogn |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Skive Kommune bor i område 2, 3 og 4. Der bor især mange i område 4. Kun en lille andel bor i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

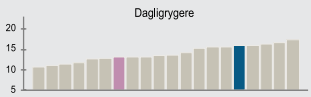
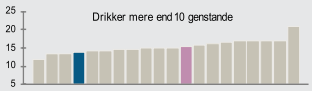
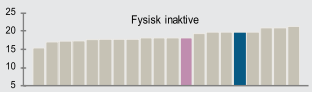
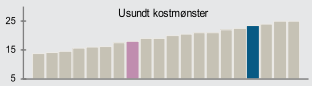
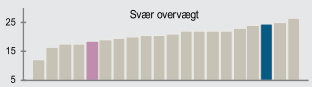
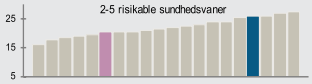
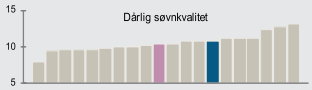
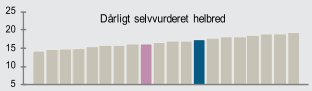
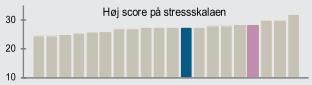
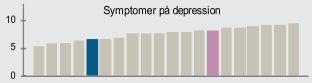
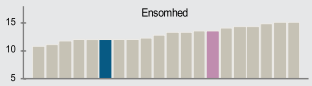
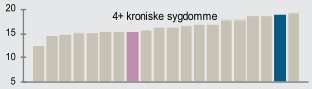
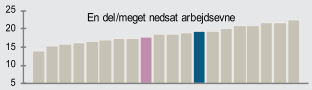
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# SKIVE KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Skive Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

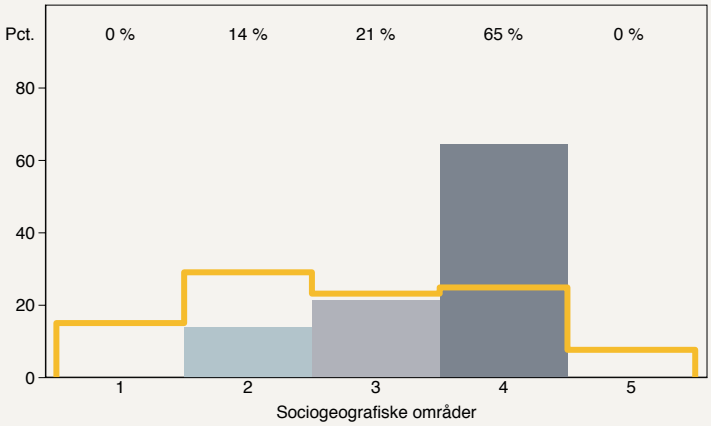
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Skive Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 5.600 | 13 | 16* | - | 11 | 15 | 17 | - |  | ● | ○ | ○ |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 4.600 | 15 | 14 | - | 14 | 11 | 14 | - |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 6.800 | 18 | 20 | - | 14 | 17 | 21 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 7.900 | 18 | 23* | - | 18 | 22 | 25 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 8.200 | 18 | 24* | - | 17* | 27 | 25 | - |  | ● | ● | ○ |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 9.100 | 20 | 26* | - | 18* | 24 | 27 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 3.800 | 10 | 11 | - | 6* | 10 | 12* | - |  | ● | ○ | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 6.500 | 16 | 17 | - | 18 | 18 | 17 | - |  | ○ | ○ | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 9.800 | 29 | 28 | - | 24 | 28 | 28 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 2.300 | 8 | 7* | - | 5 | 7 | 7 | - |  | | | ○ |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 4.100 | 14 | 12 | - | 11 | 12 | 12 | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 6.800 | 15 | 19* | - | 17 | 20 | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 6.800 | 18 | 19 | - | 20 | 22 | 18 | - |  | ● | ○ | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# STRUER KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 0 | Område 2<br>Antal personer: 2.200 | Område 3<br>Antal personer: 3.300 | Område 4<br>Antal personer: 10.000 | Område 5<br>Antal personer: 0 |
|---|---|---|---|---|
| – | Hjerm Østre Sogn<br>Humlum Sogn<br>Venø Sogn | Asp Sogn<br>Fousing Sogn<br>Hjerm Sogn<br>Resen Sogn<br>Vejrum Sogn<br>Ølby Sogn | Gimsing Sogn<br>Hvidbjerg Sogn<br>Jegindø Sogn<br>Lyngs Sogn<br>Odby Sogn<br>Struer Sogn<br>Søndbjerg Sogn | – |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

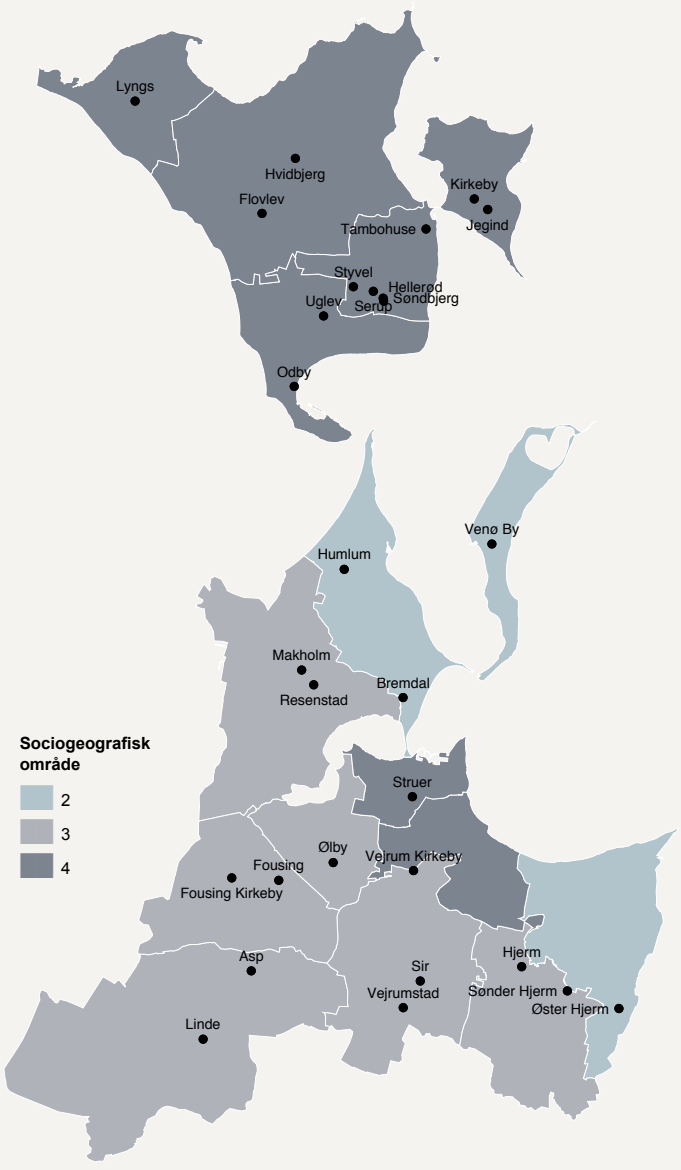
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Struer Kommune bor i område 2, 3 og 4. Der bor især mange i område 4. Ingen bor i område 1 og 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland. Bemærk at 39 % af den voksne befolkning bor i Struer Sogn.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

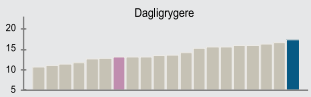
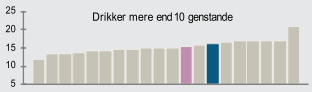
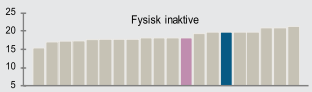
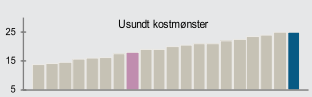
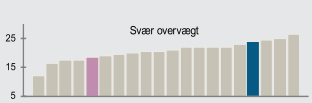
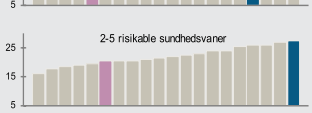
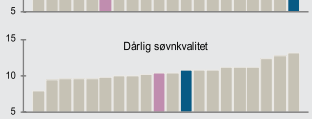
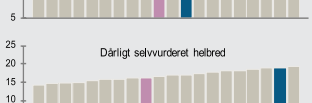
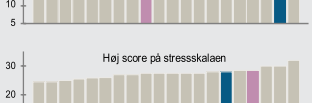
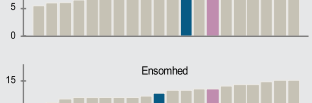


# STRUER KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Struer Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Struer Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 2.800 | 13 | 17* | - | 18 | 13* | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 2.500 | 15 | 16 | - | 16 | 10* | 18* | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 3.100 | 18 | 20 | - | 18 | 18 | 21 | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 3.900 | 18 | 25* | - | 26 | 22 | 26 | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 3.700 | 18 | 24* | - | 21 | 27 | 23 | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 4.400 | 20 | 27* | - | 25 | 23 | 29 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 1.700 | 10 | 11 | - | 12 | 8 | 12 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 3.300 | 16 | 19* | - | 14 | 14* | 22* | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 4.500 | 29 | 28 | - | 27 | 21* | 30* | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 1.300 | 8 | 8 | - | 5* | 5 | 10* | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 2.000 | 14 | 13 | - | 9* | 9* | 15* | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 3.000 | 15 | 19* | - | 16 | 14* | 21* | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 3.000 | 18 | 23* | - | 20 | 13* | 27* | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# SYDDJURS KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: <100 | **Område 2**<br>Antal personer: 9.600 | **Område 3**<br>Antal personer: 17.700 | **Område 4**<br>Antal personer: 4.000 | **Område 5**<br>Antal personer: 400 |
|---|---|---|---|---|
| Mygind Sogn | Bregnet Sogn<br>Halling Sogn<br>Hornslet Sogn<br>Krogsbæk Sogn<br>Skarresø Sogn<br>Vistoft Sogn | Agri Sogn<br>Ebdrup Sogn<br>Ebeltoft-Dråby-Handrup Sogn<br>Feldballe Sogn<br>Helgenæs Sogn<br>Hvilsager Sogn<br>Hyllested Sogn<br>Knebel Sogn<br>Koed Sogn<br>Kolind Sogn<br>Lime Sogn<br>Marie Magdalene Sogn<br>Rolsø Sogn<br>Skader Sogn<br>Skørring Sogn<br>Søby Sogn<br>Thorsager Sogn<br>Tved Sogn | Mørke Sogn<br>Nimtofte-Tøstrup Sogn<br>Nødager Sogn<br>Rosmus Sogn<br>Tirstrup Sogn | Egens Sogn<br>Fuglslev Sogn |

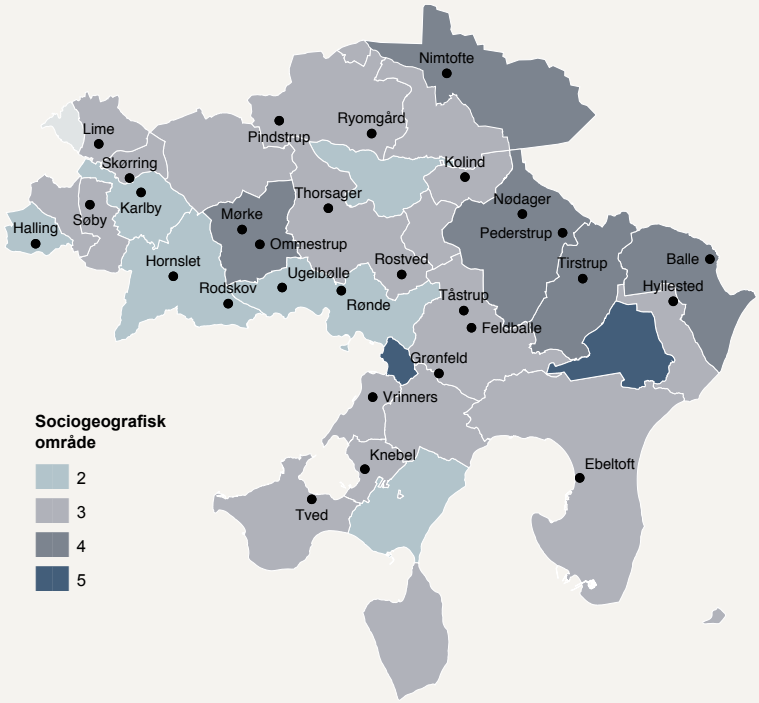
**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

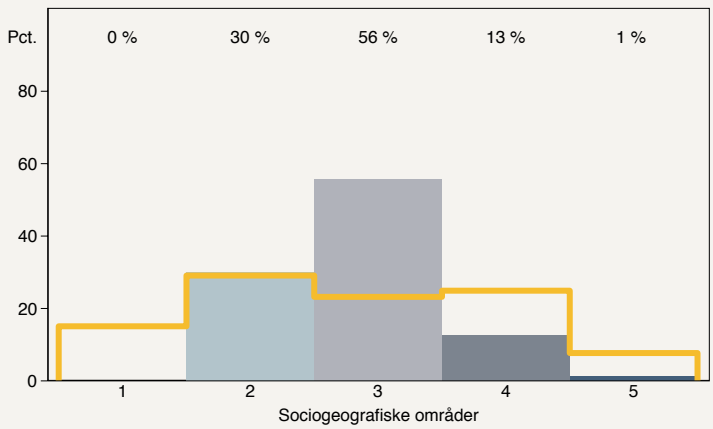
Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at hovedparten af befolkningen i Syddjurs Kommune bor i område 2, 3 og 4. Mere end halvdelen bor i område 3. Kun en lille andel bor i område 5, og ingen bor i område 1. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.



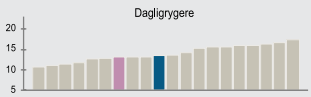
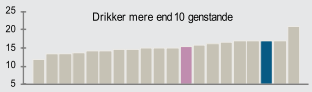
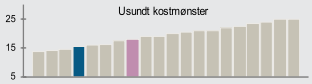
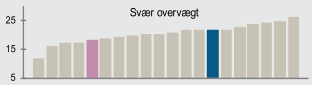
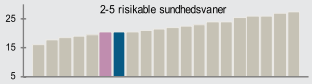
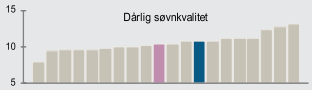
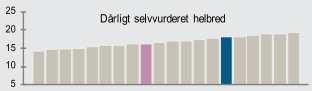
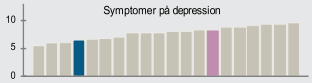
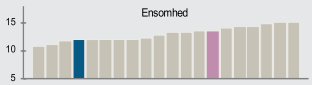
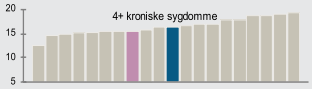
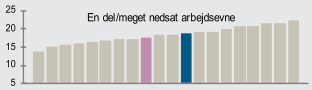



# SYDDJURS KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Syddjurs Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

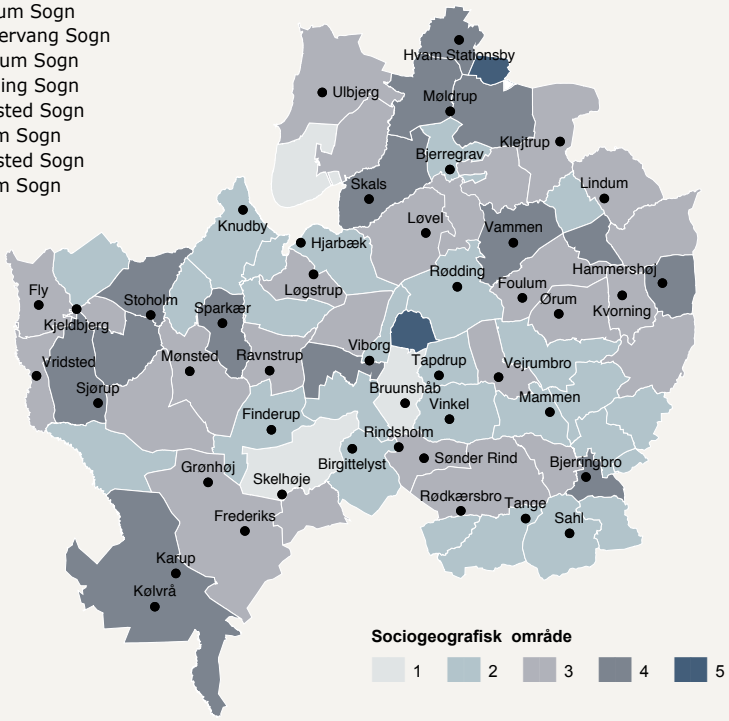
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Syddjurs Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 4.500 | 13 | 14 | - | 11 | 14 | 18 | - |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 5.600 | 15 | 17 | - | 16 | 18 | 14 | - |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 5.900 | 18 | 18 | - | 18 | 16* | 26* | - |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 5.100 | 18 | 16* | - | 12* | 16 | 21 | - |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 7.200 | 18 | 22* | - | 17* | 21 | 35* | - |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 7.000 | 20 | 21* | - | 18 | 20 | 29* | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 3.600 | 10 | 11 | - | 11 | 11 | 12 | - |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 6.400 | 16 | 18 | - | 15* | 19 | 22 | - |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 8.800 | 29 | 26* | - | 26 | 25 | 29 | - |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 2.200 | 8 | 7* | - | 5 | 6 | 11 | - |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 3.900 | 14 | 12 | - | 12 | 10 | 17* | - |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 5.500 | 15 | 16 | - | 13* | 18 | 19 | - |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 5.500 | 18 | 19 | - | 13* | 20 | 26 | - |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# VIBORG KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| **Område 1**<br>Antal personer: 5.800 | **Område 2**<br>Antal personer: 19.200 | **Område 3**<br>Antal personer: 19.700 | **Område 4**<br>Antal personer: 19.600 | **Område 5**<br>Antal personer: 3.700 |
|---|---|---|---|---|
| Asmild Sogn | Almind Sogn | Bjerring Sogn | Bjerringbro Sogn | Houlkær Sogn |
| Dollerup Sogn | Bigum Sogn | Daugbjerg Sogn | Hammershøj Sogn | Hvilsom Sogn |
| Lynderup Sogn | Elsborg Sogn | Fiskbæk Sogn | Hvam Sogn | |
| | Finderup Sogn | Fly Sogn | Karup Sogn | |
| | Gammelstrup Sogn | Frederiks Sogn | Nørre Vinge Sogn | |
| | Gullev Sogn | Hersom Sogn | Roum Sogn | |
| | Hjermind Sogn | Iglsø Sogn | Skals Sogn | |
| | Hjorthede Sogn | Klejtrup Sogn | Smollerup Sogn | |
| | Højbjerg Sogn | Kvorning Sogn | Sparkær Sogn | |
| | Kobberup Sogn | Lindum Sogn | Stoholm Sogn | |
| | Kvols Sogn | Lysgård Sogn | Søndre Sogn | |
| | Lee Sogn | Løvel Sogn | Vammen Sogn | |
| | Mammen Sogn | Låstrup Sogn | Vester Tostrup Sogn | |
| | Resen Sogn | Mønsted Sogn | Vroue Sogn | |
| | Romlund Sogn | Ravnstrup Sogn | Viskum Sogn | |
| | Rødding Sogn | Skjern Sogn | Vroue Sogn | |
| | Sahl Sogn | Sønder Rind Sogn | | |
| | Søndermark Sogn | Tjele Sogn | | |
| | Tapdrup Sogn | Ulbjerg Sogn | | |
| | Tårup Sogn | Vejrum Sogn | | |
| | Vester Bjerregrav Sogn | Vestervang Sogn | | |
| | Viborg Domsogn | Vindum Sogn | | |
| | Vinkel Sogn | Vorning Sogn | | |
| | Viskum Sogn | Vridsted Sogn | | |
| | Vorde Sogn | Ørum Sogn | | |
| | | Vridsted Sogn | | |
| | | Ørum Sogn | | |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

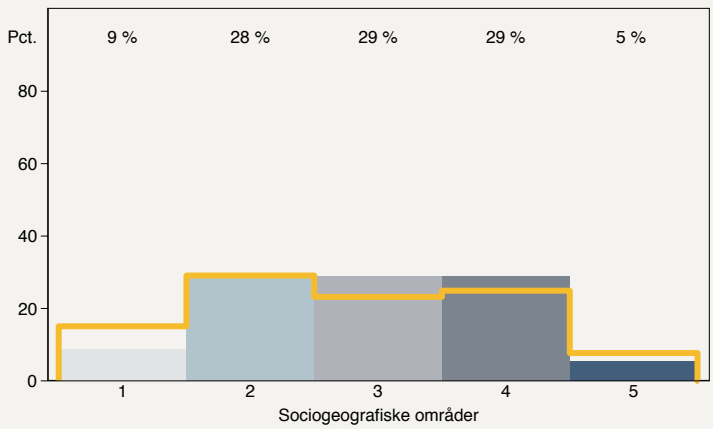
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Viborg Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Hovedparten af befolkningen bor i område 2, 3 og 4. Viborg Kommune har en sociogeografisk profil, der minder meget om profilen for hele regionen (den gule linje i søjlegrafen).

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

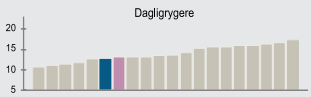
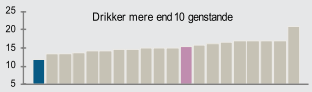
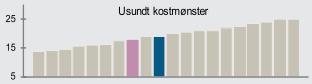
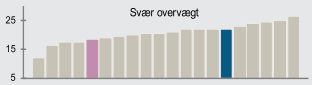
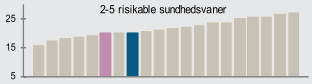
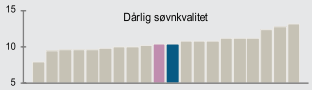
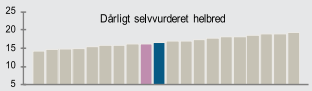
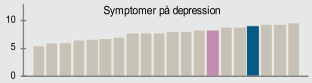
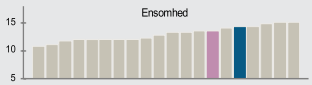
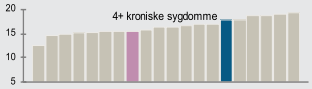
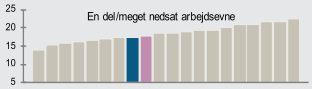


# VIBORG KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Viborg Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

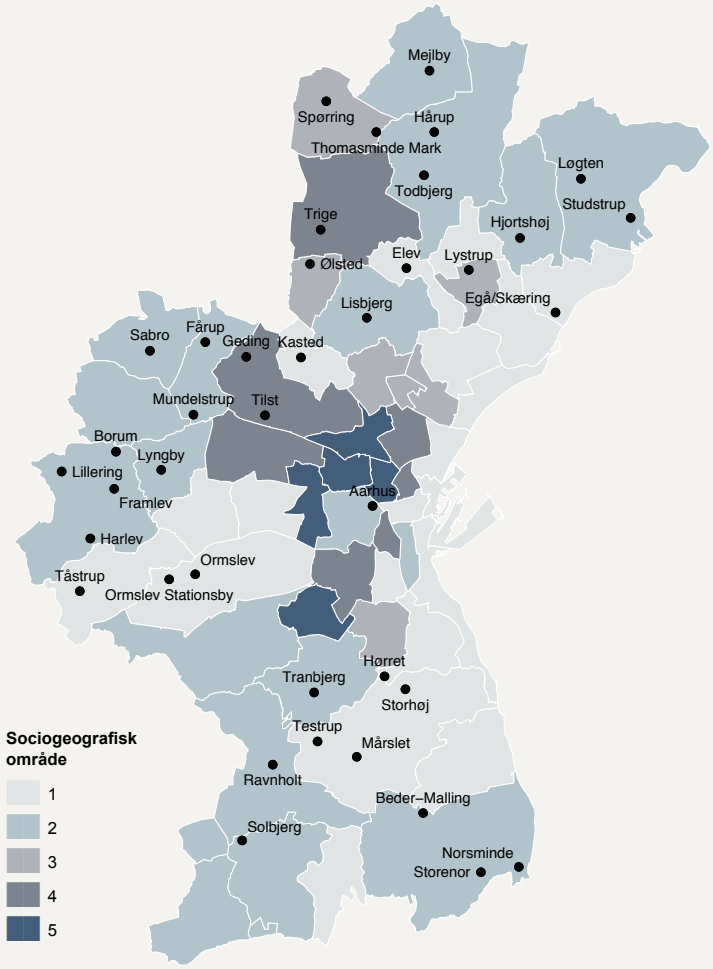
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Viborg Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 9.400 | 13 | 13 | 9 | 11 | 14 | 16 | 9 |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 8.500 | 15 | 12* | 16 | 11 | 11 | 13 | 8 |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 18 | 13 | 17 | 21 | 18 | 17 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 14.000 | 18 | 19 | 12* | 16 | 22 | 20 | 23 |  | ● | ○ | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 16.000 | 18 | 22* | 12* | 23 | 23 | 24 | 19 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 15.000 | 20 | 21* | 16 | 18 | 24 | 23 | 16 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 7.600 | 10 | 10 | 10 | 11 | 11 | 8 | 16 |  | ● | ● | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 13.000 | 16 | 17 | 18 | 16 | 17 | 16 | 28* |  | ● | ● | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 21.000 | 29 | 28 | 29 | 27 | 29 | 30 | 21 |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 6.500 | 8 | 9 | 10 | 8 | 9 | 10 | 9 |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 10.000 | 14 | 14 | 18 | 15 | 14 | 14 | 13 |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 13.000 | 15 | 18* | 15 | 16 | 18 | 19 | 25 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 13.000 | 18 | 18 | 14 | 17 | 17 | 18 | - |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# AARHUS KOMMUNE
## Sociogeografiske områder

| Område 1<br>Antal personer: 88.600 | Område 2<br>Antal personer: 53.200 | Område 3<br>Antal personer: 21.800 | Område 4<br>Antal personer: 40.600 | Område 5<br>Antal personer: 28.200 |
|---|---|---|---|---|
| Beder Sogn | Astrup Sogn | Holme Sogn | Christians Sogn | Gellerup Sogn |
| Brabrand Sogn | Borum Sogn | Lystrup Sogn | Langenæs Sogn | Hasle Sogn |
| Egå Sogn | Framlev Sogn | Skejby Sogn | Sankt Markus Sogn | Helligånds Sogn |
| Elev Sogn | Fårup Sogn | Skelager Sogn | Skjoldhøj Sogn | Møllevang Sogn |
| Ellevang Sogn | Hjortshøj Sogn | Spørring Sogn | Tilst Sogn | Ravnsbjerg Sogn |
| Elsted Sogn | Hvilsted Sogn | Vejlby Sogn | Trige Sogn | |
| Fredens Sogn | Kolt Sogn | Ølsted Sogn | Viby Sogn | |
| Harlev Sogn | Lisbjerg Sogn | | Viby Sogn | |
| Kasted Sogn | Lyngby Sogn | | | |
| Mårslet Sogn | Malling Sogn | | | |
| Ormslev Sogn | Mejlby Sogn | | | |
| Risskov Sogn | Sabro Sogn | | | |
| Sankt Johannes Sogn | Sankt Lukas Sogn | | | |
| Sankt Pauls Sogn | Skødstrup Sogn | | | |
| Skæring Sogn | Tiset Sogn | | | |
| Skåde Sogn | Todbjerg Sogn | | | |
| Sønder Årslev Sogn | Tranbjerg Sogn | | | |
| Tulstrup Sogn | Vitved Sogn | | | |
| Vor Frue Sogn | Åby Sogn | | | |
| Aarhus Domsogn | | | | |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

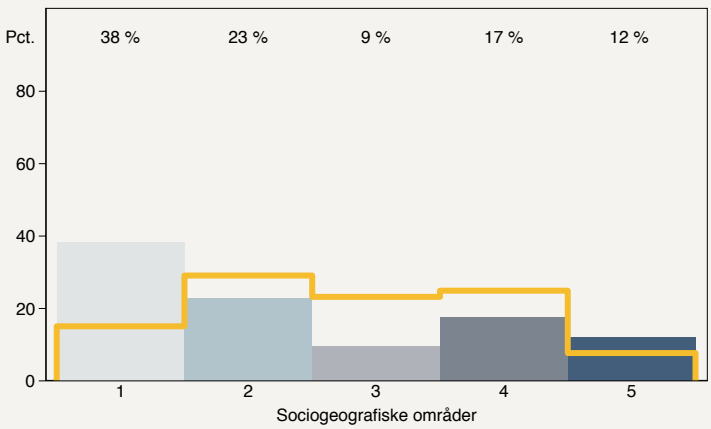
Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af kommunerne er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Søjlegrafen viser, at befolkningen i Aarhus Kommune er fordelt på alle fem typer af sociogeografiske områder. Hovedparten af befolkningen bor i område 1, 2 og 4. Samtidig bor en relativ stor andel i område 5. Den gule linje viser fordelingen i hele Region Midtjylland.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

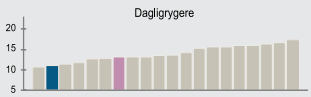
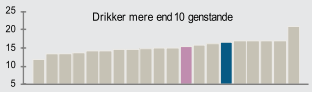
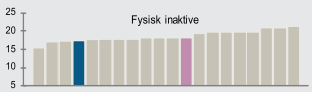
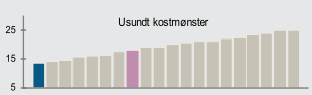
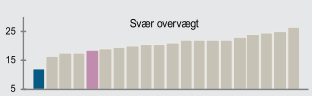
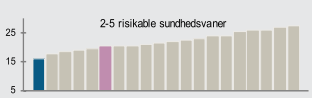
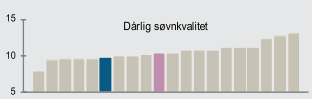
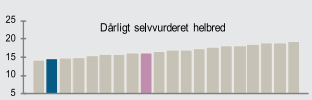
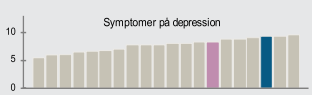
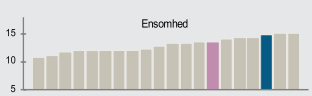
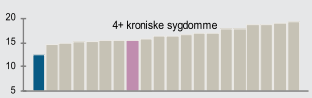
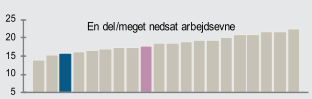


# AARHUS KOMMUNE

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Aarhus Kommune
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

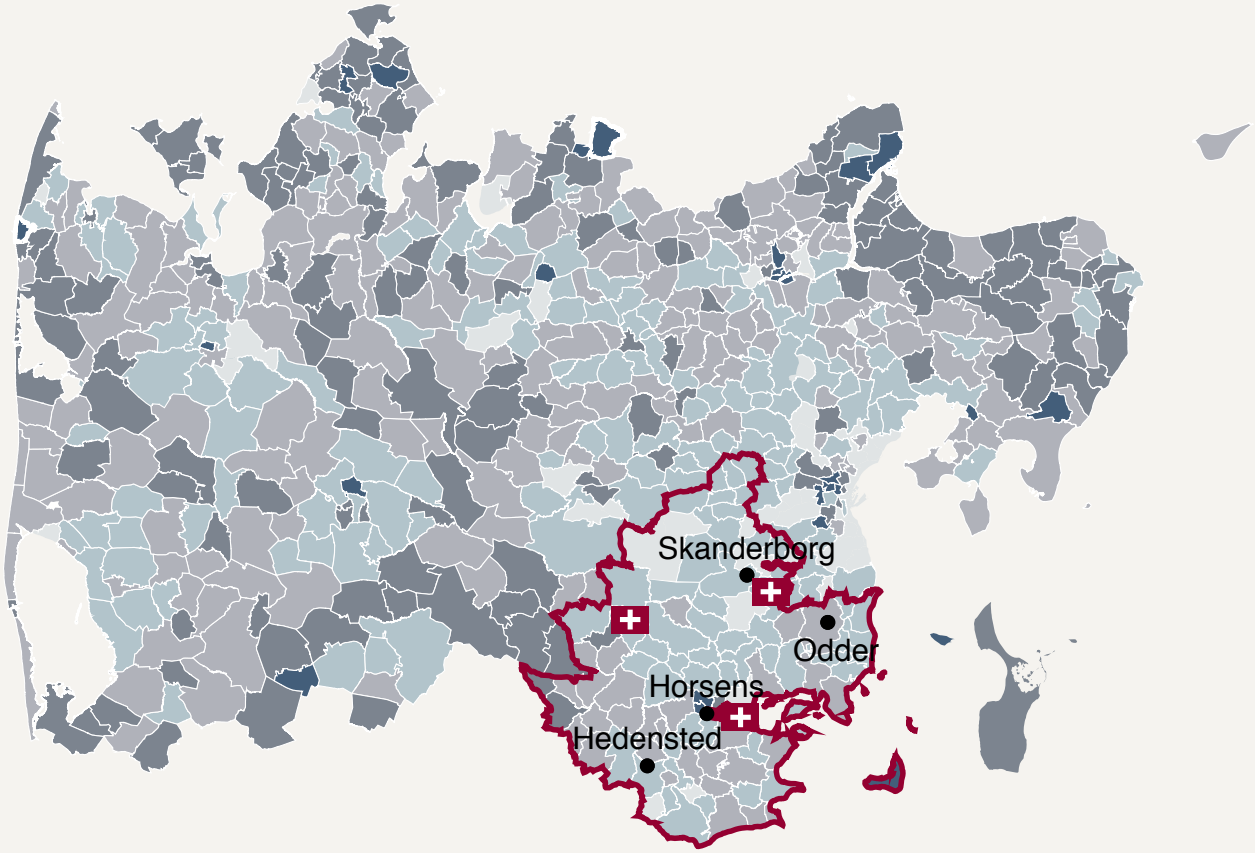
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Aarhus Kommune | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 30.000 | 13 | 11* | 9* | 12 | 11 | 12 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 44.000 | 15 | 17* | 20* | 16 | 15 | 13* | 12* |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 46.000 | 18 | 17* | 14* | 20* | 20 | 18 | 22* |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 36.000 | 18 | 14* | 11* | 15 | 15 | 16 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 32.000 | 18 | 12* | 8* | 14* | 15 | 14 | 15* |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 44.000 | 20 | 16* | 13* | 18 | 17 | 17 | 21* |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 27.000 | 10 | 10 | 9 | 9 | 9 | 11 | 12 |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 43.000 | 16 | 15* | 12* | 15 | 16 | 16 | 18* |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 89.000 | 29 | 32* | 28* | 30 | 31 | 39* | 36* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 25.000 | 8 | 9* | 8* | 8 | 8 | 12* | 13* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 40.000 | 14 | 15* | 14 | 12* | 14 | 18* | 19* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 34.000 | 15 | 13* | 11* | 12 | 15 | 13 | 15 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 34.000 | 18 | 16* | 12* | 15 | 19 | 18 | 24* |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i kommunen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i kommunen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i kommunen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele kommunen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for kommunen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# HORSENSKLYNGEN
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 16.800 | Antal personer: 77.700 | Antal personer: 33.300 | Antal personer: 13.300 | Antal personer: 14.500 |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4 5 hospitaler, centre og sundhedshuse

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler kommunen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er det geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af klyngen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Horsensklyngen består af Regionshospitalet Horsens, Hedensted Kommune, Horsens Kommune, Odder Kommune og Skanderborg Kommune.

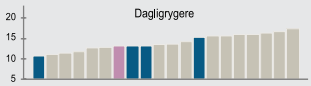
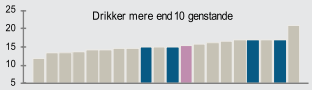
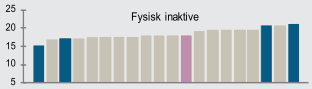
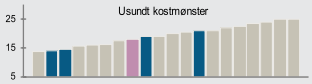
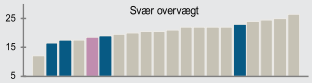
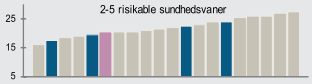
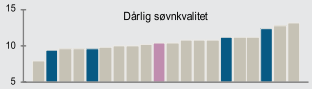
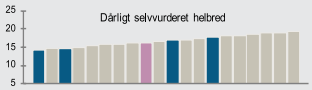
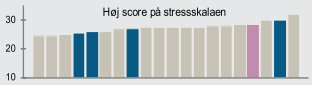
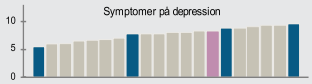
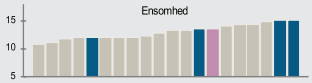
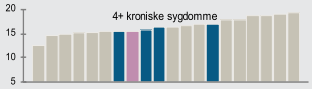
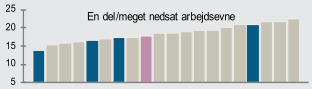
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# HORSENSKLYNGEN

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Klynge-kommuner
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

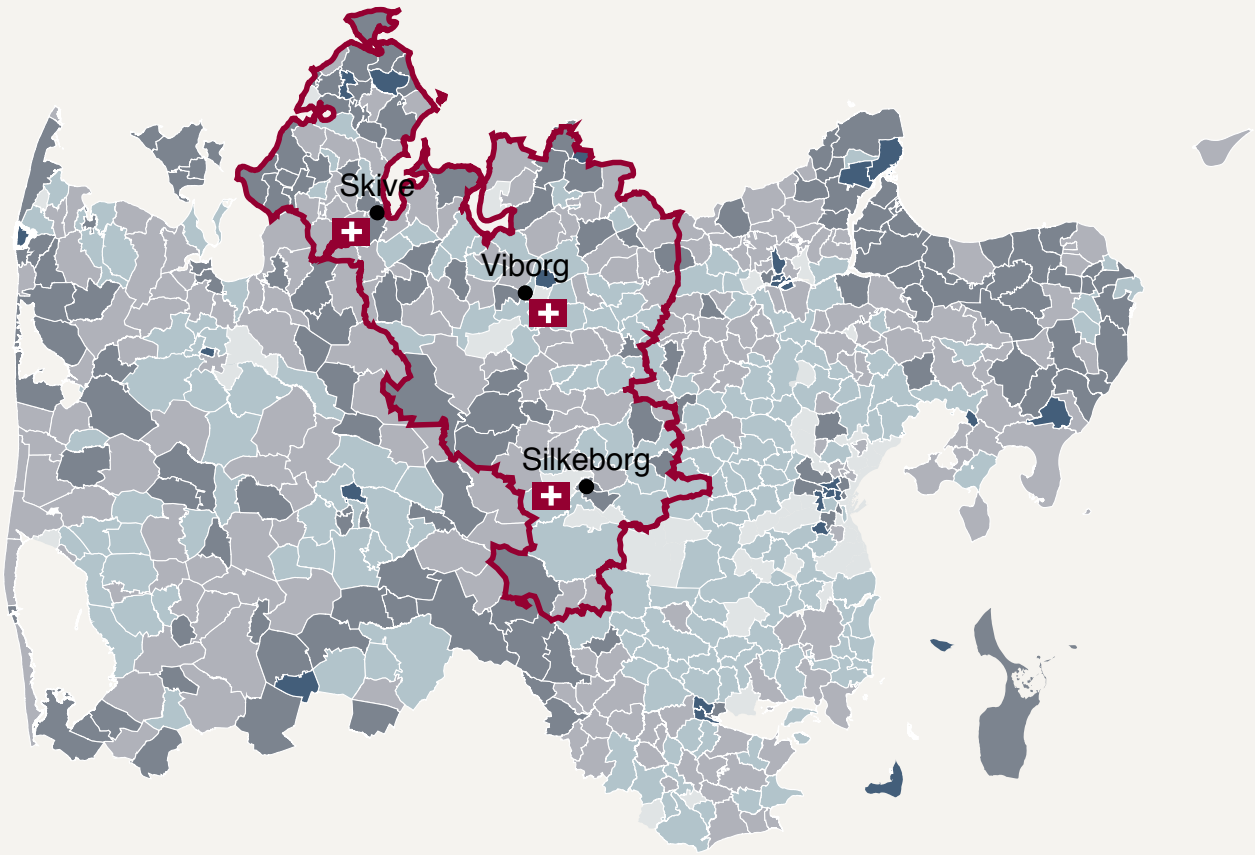
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Horsens-klyngen | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 22.000 | 13 | 13 | 9* | 12* | 14 | 15 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 26.000 | 15 | 16 | 22* | 14* | 16 | 16 | 15 |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 31.000 | 18 | 19 | 14* | 17* | 22* | 22 | 25* |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 29.000 | 18 | 18 | 14* | 17 | 18 | 20 | 23* |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 31.000 | 18 | 19 | 14* | 19 | 22* | 20 | 20 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 36.000 | 20 | 21 | 18 | 19* | 23 | 23 | 27* |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 19.000 | 10 | 11 | 9 | 10* | 11 | 16* | 15* |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 29.000 | 16 | 16 | 13* | 14* | 18 | 18 | 24* |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 48.000 | 29 | 28 | 22* | 25* | 28 | 38* | 40* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 14.000 | 8 | 8 | 7 | 8 | 8 | 11 | 14* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 24.000 | 14 | 14 | 10* | 14 | 13 | 19 | 17 |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 28.000 | 15 | 16 | 15 | 15* | 18 | 18 | 21* |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 28.000 | 18 | 18 | 13* | 15* | 20 | 24 | 31* |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i klyngen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i klyngen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i klyngerne. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele klyngen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne i klyngen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for klyngen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# MIDTKLYNGEN
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 19.300 | Antal personer: 41.700 | Antal personer: 38.500 | Antal personer: 63.800 | Antal personer: 4.600 |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4 5 hospitaler, centre og sundhedshuse

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler klyngen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er det geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af klyngen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

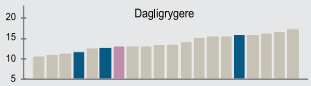
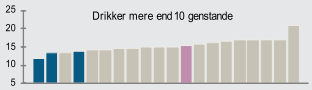
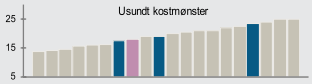
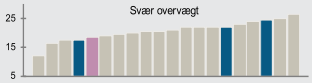
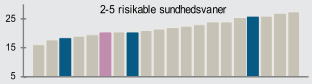
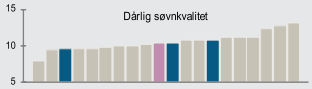
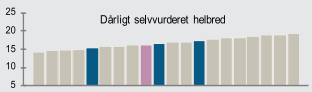
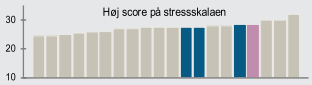
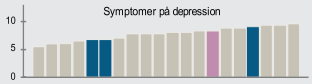
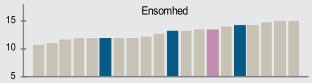
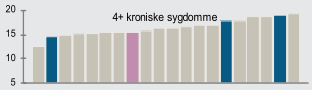
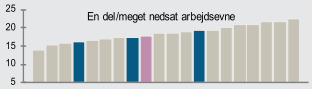
Midtklyngen består af Hospitalsenheden Midt, Silkeborg Kommune, Skive Kommune og Viborg Kommune.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# MIDTKLYNGEN
## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Klynge-kommuner
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

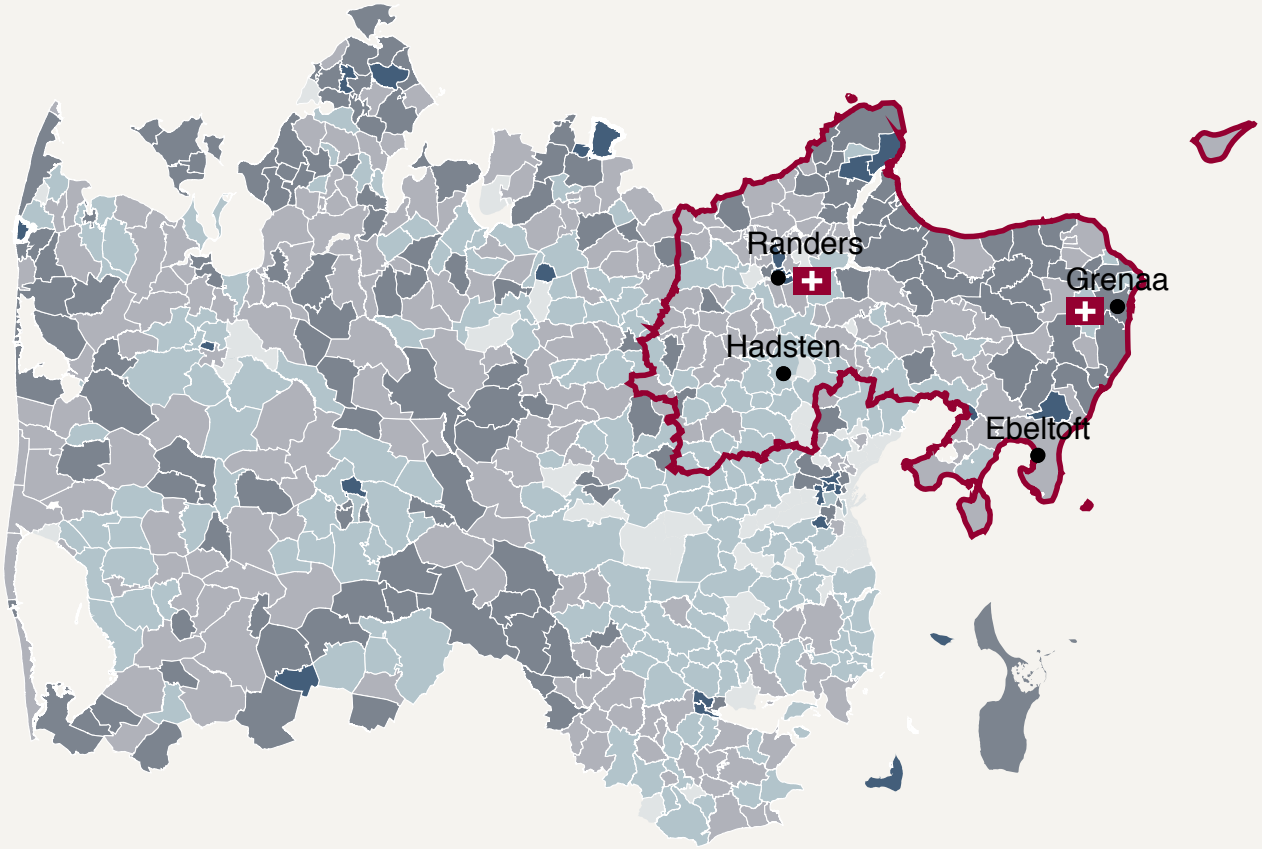
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Midt-klyngen | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 23.000 | 13 | 13 | 8* | 12 | 14 | 15* | 9 |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 22.000 | 15 | 13* | 14 | 13 | 11* | 14 | 10 |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 32.000 | 18 | 18 | 14* | 17 | 20 | 19 | 20 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 34.000 | 18 | 19* | 13* | 16* | 22* | 21* | 23 |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 36.000 | 18 | 21* | 12* | 20 | 23 | 23* | 21 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 38.000 | 20 | 21* | 14* | 19* | 22 | 24* | 19 |  | ● | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 18.000 | 10 | 10 | 9 | 9 | 11 | 11 | 14 |  | ● | ● | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 31.000 | 16 | 16 | 12* | 15 | 17 | 18 | 26* |  | ● | ● | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 51.000 | 29 | 28 | 26 | 26 | 29 | 30 | 24 |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 13.000 | 8 | 8 | 5* | 7 | 9 | 9 | 8 |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 24.000 | 14 | 13 | 11 | 13 | 15 | 14 | 12 |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 28.000 | 15 | 17* | 15 | 14* | 18 | 18 | 25 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 30.000 | 18 | 17 | 13* | 15 | 19 | 18 | 30* |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i klyngen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i klyngen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i klyngerne. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele klyngen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne i klyngen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for klyngen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# RANDERSKLYNGEN
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 9.000 | Antal personer: 33.700 | Antal personer: 62.400 | Antal personer: 41.000 | Antal personer: 16.900 |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4 5 hospitaler, centre og sundhedshuse

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler klyngen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er det geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af klyngen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Randersklyngen består af Regionshospitalet Randers, Favrskov Kommune, Norddjurs Kommune, Randers Kommune og Syddjurs Kommune.

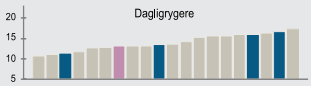
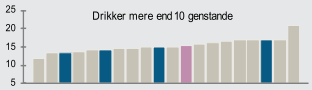
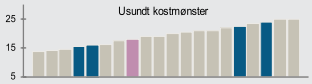
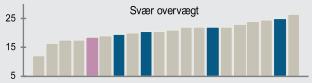
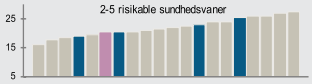
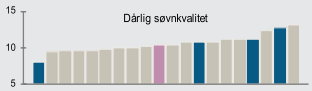
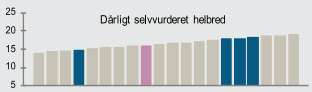
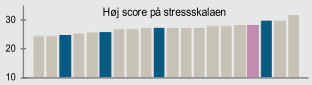
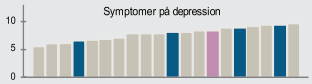
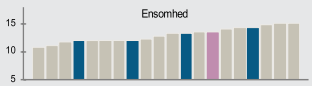
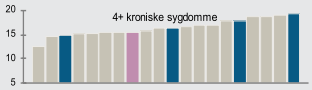
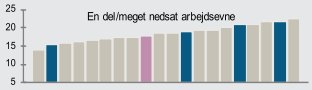
Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# RANDERSKLYNGEN

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Klynge-kommuner
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

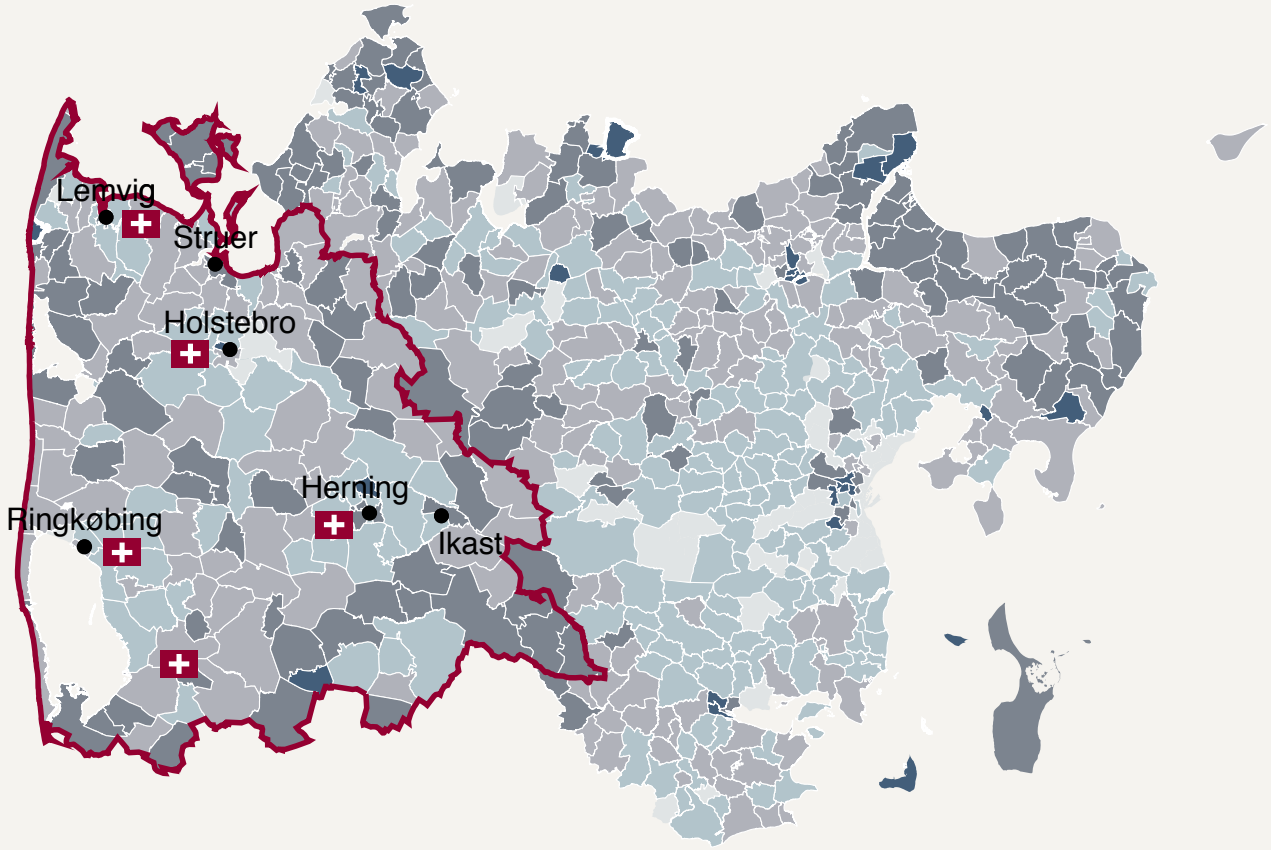
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Randers-klyngen | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 25.000 | 13 | 15* | 6* | 11* | 14 | 18* | 23* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 25.000 | 15 | 15 | 17 | 15 | 14 | 15 | 15 |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 32.000 | 18 | 19 | 16 | 17 | 18 | 20* | 22* |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 34.000 | 18 | 20* | 13* | 14* | 20 | 24* | 26* |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 36.000 | 18 | 21* | 14* | 20 | 20 | 26* | 20 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 39.000 | 20 | 22* | 16* | 18* | 21* | 26* | 29* |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 19.000 | 10 | 11 | 7* | 10 | 10 | 13* | 13 |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 32.000 | 16 | 18* | 15 | 14* | 18 | 18 | 21* |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 49.000 | 29 | 28 | 24 | 25* | 26* | 30 | 36* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 14.000 | 8 | 8 | 8 | 7* | 7* | 10 | 13* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 22.000 | 14 | 13 | 10 | 11* | 12* | 16* | 17* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 30.000 | 15 | 17* | 10* | 14* | 18 | 19* | 20 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 30.000 | 18 | 20* | 11* | 14* | 19 | 23* | 29* |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i klyngen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i klyngen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i klyngerne. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele klyngen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne i klyngen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for klyngen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# VESTKLYNGEN
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 5.800 | Antal personer: 62.800 | Antal personer: 58.600 | Antal personer: 68.900 | Antal personer: 7.000 |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4 5 hospitaler, centre og sundhedshuse

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler klyngen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er det geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af klyngen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

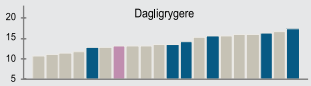
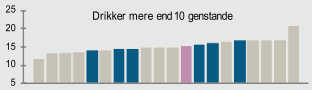
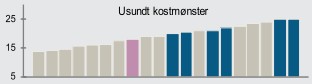
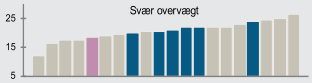
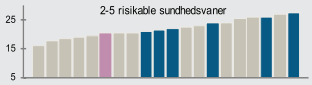
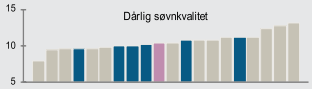
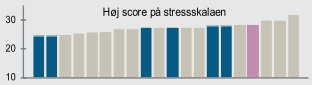
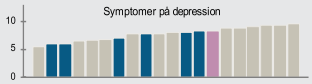
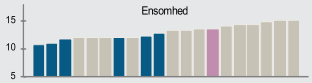
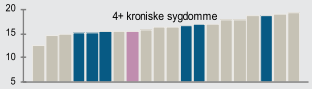
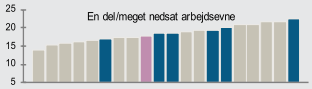
Vestklyngen består af Regionshospitalet Gødstrup, Herning Kommune, Holstebro Kommune, Ikast-Brande Kommune, Lemvig Kommune, Ringkøbing-Skjern Kommune og Struer Kommune.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# VESTKLYNGEN
## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Klynge-kommuner
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

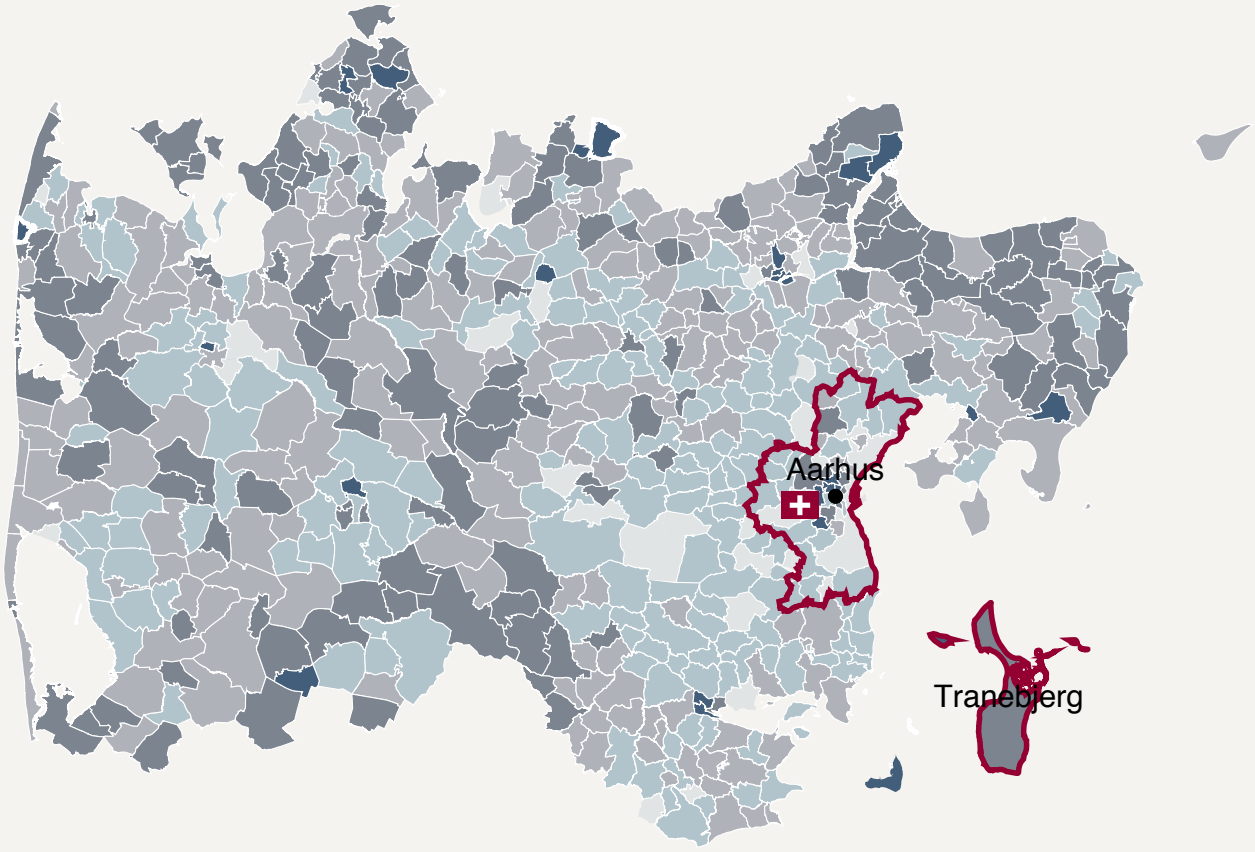
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Vest-klyngen | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 31.000 | 13 | 14* | 7* | 13* | 13 | 17* | 16 |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 32.000 | 15 | 15 | 10* | 16 | 15 | 15 | 15 |  | ● | ● | ○ |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 40.000 | 18 | 19 | 12* | 18 | 17 | 21* | 19 |  | ○ | ○ | ○ |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 45.000 | 18 | 22* | 16* | 20* | 20 | 25* | 20 |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 44.000 | 18 | 21* | 15* | 18* | 21 | 23* | 30* |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 50.000 | 20 | 23* | 11* | 20* | 22 | 27* | 21 |  | ○ | ● | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 23.000 | 10 | 10 | 7 | 10 | 10 | 11 | 14 |  | ● | ● | ○ |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 38.000 | 16 | 16 | 10* | 13* | 16 | 20* | 25* |  | ● | ● | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 59.000 | 29 | 27* | 17* | 24* | 26 | 30* | 37* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 16.000 | 8 | 7* | 3* | 7 | 6* | 9* | 12 |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 25.000 | 14 | 12* | 5* | 10* | 11 | 14* | 19* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 35.000 | 15 | 16 | 8* | 13* | 16 | 19* | 22* |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 35.000 | 18 | 19 | 8* | 16* | 18 | 22* | 23 |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i klyngen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i klyngen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i klyngerne. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele klyngen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne i klyngen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for klyngen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# AARHUSKLYNGEN
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 88.600 | Antal personer: 53.200 | Antal personer: 21.800 | Antal personer: 43.600 | Antal personer: 28.200 |




**Sociogeografisk område**

1 2 3 4 5 hospitaler, centre og sundhedshuse

**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler klyngen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er det geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

Den sociogeografiske opdeling af klyngen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

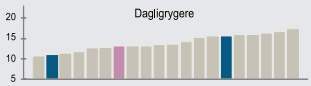
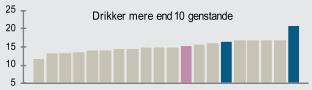
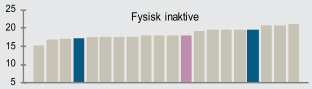
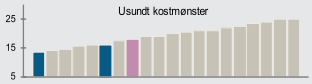
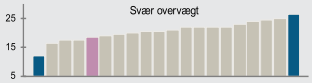
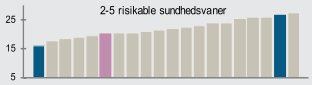
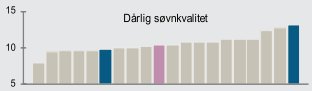
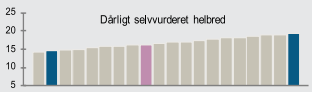
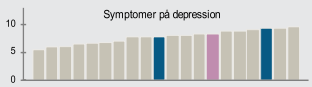
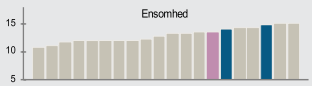
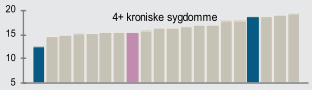
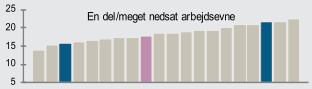
Aarhusklyngen består af Aarhus Universitetshospital, Aarhus Kommune og Samsø Kommune.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# AARHUSKLYNGEN
## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Klynge-kommuner
Øvrige kommuner

Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

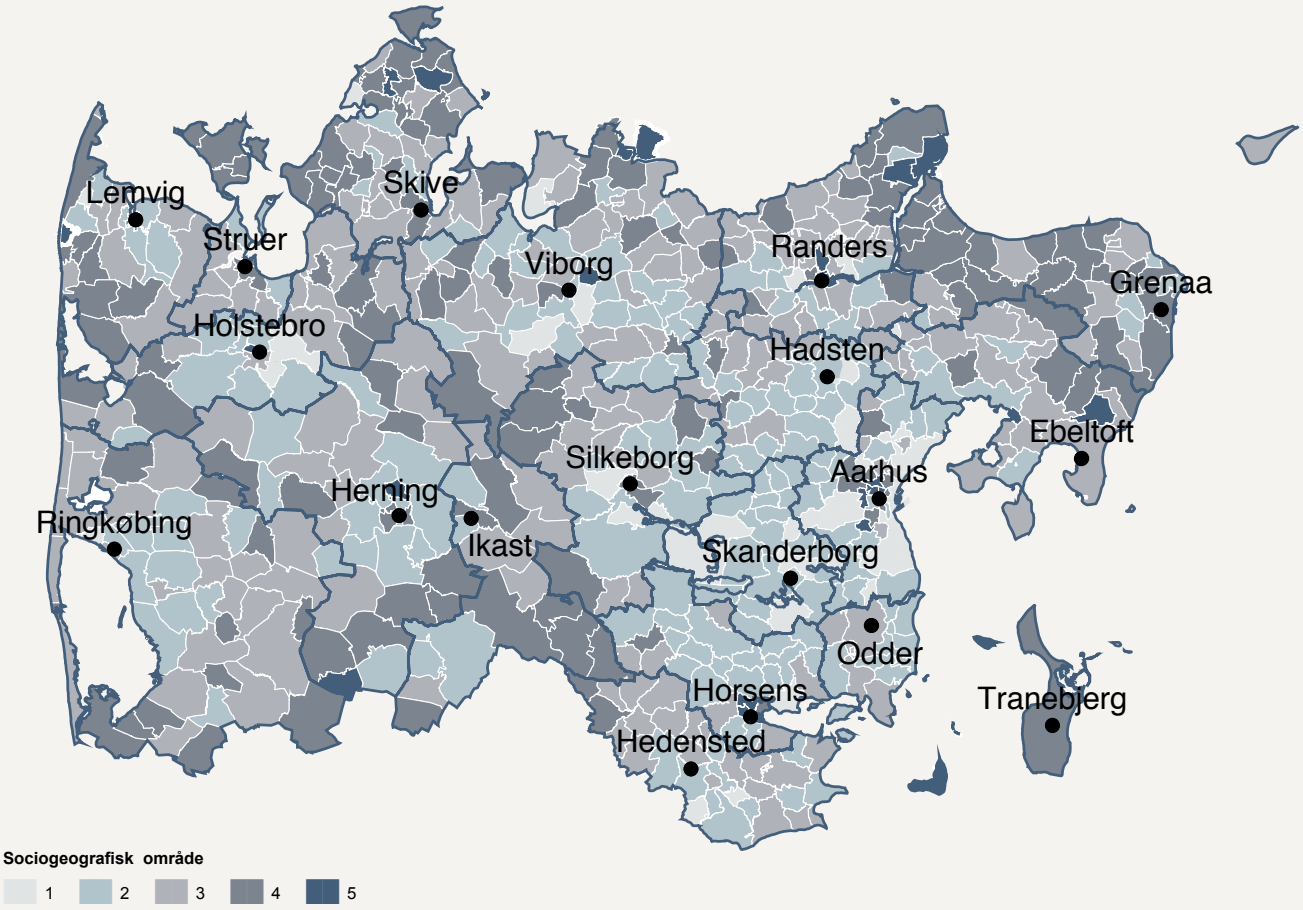
| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Aarhus-klyngen | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 30.000 | 13 | 11* | 9* | 12 | 11 | 12 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 45.000 | 15 | 17* | 20* | 16 | 15 | 14* | 12* |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 47.000 | 18 | 17* | 14* | 20* | 20 | 18 | 22* |  | ● | ● | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 37.000 | 18 | 14* | 11* | 15 | 15 | 16 | 17* |  | ● | ● | ● |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 33.000 | 18 | 12* | 8* | 14* | 15 | 15* | 15* |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 45.000 | 20 | 16* | 13* | 18 | 17 | 18 | 21* |  | ● | ● | ● |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 27.000 | 10 | 10 | 9 | 9 | 9 | 12 | 12 |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 44.000 | 16 | 15* | 12* | 15 | 16 | 16 | 18* |  | ● | ● | ● |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 90.000 | 29 | 32* | 28* | 30 | 31 | 39* | 36* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 25.000 | 8 | 9* | 8* | 8 | 8 | 12* | 13* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 40.000 | 14 | 15* | 14 | 12* | 14 | 18* | 19* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 35.000 | 15 | 13* | 11* | 12 | 15 | 13 | 15 |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 35.000 | 18 | 16* | 12* | 15 | 19 | 18 | 24* |  | ● | ● | ● |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i klyngen med det enkelte sundhedsmål.
I anden og tredje kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland og i klyngen. Signifikante forskelle er markeret med en stjerne.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i klyngerne. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele klyngen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne i klyngen er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland og de øvrige kommuner i regionen.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for klyngen.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

# REGION MIDTJYLLAND
## Sociogeografiske områder

| Område 1 | Område 2 | Område 3 | Område 4 | Område 5 |
|---|---|---|---|---|
| Antal personer: 139.500 | Antal personer: 269.200 | Antal personer: 214.700 | Antal personer: 230.500 | Antal personer: 71.100 |




**Læsevejledning: Sociogeografiske områder**

Denne analyse opdeler regionen i områder på baggrund af befolkningens uddannelse, tilknytning til arbejdsmarkedet og personindkomst. Analysen er et redskab til at identificere områder med store sundhedsudfordringer.

Sociogeografisk område 5 er de geografiske områder, hvor der er en høj andel af personer med lavt uddannelsesniveau, en høj andel i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet samt lav gennemsnitlig personindkomst. Det modsatte gør sig gældende for sociogeografisk område 1. Jo mørkere farver på kortet, jo lavere socioøkonomisk status blandt befolkningen i det pågældende område.

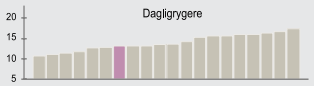
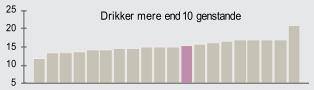
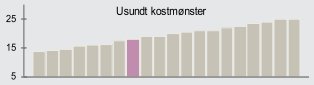
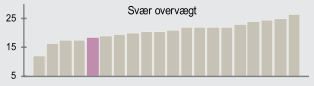
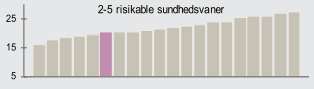
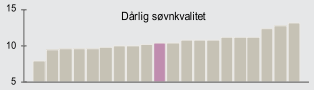
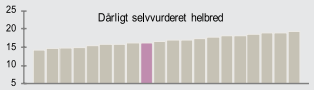
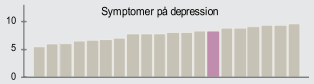
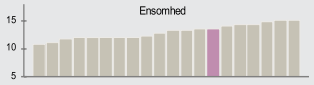
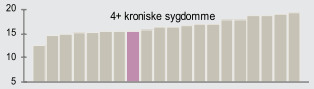
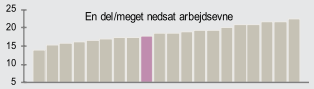
Den sociogeografiske opdeling af regionen er foretaget på sogneniveau og er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om hele befolkningen på 25 år og derover.

Se indledningen af kapitlet for en nærmere gennemgang af de analyser og metoder, der er brugt til den sociogeografiske opdeling.

# REGION MIDTJYLLAND

## Sundhed på én side

Region Midtjylland
Kommuner
Signifikant større i 2021
Signifikant mindre i 2021
Ingen forskel

| Sundhedsmål | Region Midtjylland | Sociogeografiske områder: Omr. 1 | Omr. 2 | Omr. 3 | Omr. 4 | Omr. 5 | Region og kommuner | Udvikling 2010-2021: 2010-21 | 2013-21 | 2017-21 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | Pct. | | | | |
| **Dagligrygere**<br>Antal personer: 132.000 | 13 | 8* | 12* | 13 | 15* | 18* |  | ● | ● | ● |
| **Drikker mere end 10 genstande om ugen**<br>Antal personer: 150.000 | 15 | 19* | 15 | 14* | 15 | 14* |  | ● | ● | ● |
| **Fysisk inaktive**<br>Antal personer: 182.000 | 18 | 14* | 18 | 19 | 20* | 22* |  | ● | ○ | ● |
| **Usundt kostmønster**<br>Antal personer: 179.000 | 18 | 12* | 17* | 20* | 22* | 21* |  | ● | ● | ○ |
| **Svær overvægt**<br>Antal personer: 179.000 | 18 | 10* | 18 | 21* | 22* | 19 |  | ● | ● | ● |
| **2-5 risikable sundhedsvaner**<br>Antal personer: 207.000 | 20 | 14* | 19* | 21* | 24* | 24* |  | ● | ○ | ○ |
| **Dårlig søvnkvalitet**<br>Antal personer: 105.000 | 10 | 9* | 9* | 10 | 12* | 13* |  | ● | ● | ● |
| **Dårligt selvvurderet helbred**<br>Antal personer: 175.000 | 16 | 12* | 15* | 17 | 18* | 21* |  | ● | ● | ○ |
| **Høj score på stressskalaen**<br>Antal personer: 297.000 | 29 | 26* | 26* | 27* | 32* | 36* |  | | ● | ● |
| **Symptomer på depression**<br>Antal personer: 82.000 | 8 | 7* | 7* | 7* | 10* | 13* |  | | | ● |
| **Ensomhed**<br>Antal personer: 134.000 | 14 | 13 | 12* | 13* | 15* | 18* |  | | | ● |
| **4+ kroniske sygdomme**<br>Antal personer: 158.000 | 15 | 12* | 14* | 17* | 17* | 19* |  | ● | ● | ● |
| **En del/meget nedsat arbejdsevne (25-64 år)**<br>Antal personer: 158.000 | 18 | 12* | 15* | 19* | 20* | 27* |  | ● | ● | ○ |

**Læsevejledning: Sundhed på én side**

I første kolonne ses de valgte sundhedsmål og antal borgere i regionen med det enkelte sundhedsmål.
I anden kolonne ses forekomsterne af sundhedsmålene i hele Region Midtjylland.
I de næste kolonner ses forekomsterne af sundhedsmålene i de forskellige sociogeografiske områder i regionen. Signifikante forskelle mellem det enkelte sociogeografiske område og befolkningen i hele regionen er markeret med en stjerne.
I søjlegrafen ud for hvert sundhedsmål kan man se, hvordan kommunerne fordeler sig og er placeret sammenlignet med hele Region Midtjylland.
I kolonnen til højre ses udviklingen for sundhedsmålene for perioden 2010 til 2021 for hele Region Midtjylland.
Se indledningen af kapitlet for en beskrivelse af sundhedsmålene.

## Referencer

1. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

2. Udesen C, Skaarup C, Petersen M, Ersbøll A. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010 – 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

3. Gadeberg A, Andersen I, BrønnumHansen H, Christensen U, Diderichsen F. Indsatser mod ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.

4. Mackenbach J. Health inequalities. Persistence and change in European welfare states. Oxford: Oxford University Press; 2019.

5. Bambra C. Health divides. Where you live can kill you. Bristol: The Policy Press; 2016.

6. Marmot M. Inclusion health: addressing the causes of the causes. Lancet. 2018;391(10117):186-8.

7. Aldridge RW, Story A, Hwang SW, Nordentoft M, Luchenski SA, Hartwell G, m.fl Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet. 2018;391(10117):241-50.

8. Blackman T. Placing health. Neighborhood renewal, health improvement and complexity. Bristol: The Policy Press; 2006.

9. Jensen H, Davidsen M, Lau C, Christensen A. Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017 – og udviklingen siden 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2018.

10. Eikemo T, Huijts T, Bambra C, McNamara C, Stornes P, Balaj M. Social Inequalities in health and their determinants. London: European Social Survey; 2016.

11. Matthews KA, Gallo LC, Taylor SE. Are psychosocial factors mediators of socioeconomic status and health connections? A progress report and blueprint for the future. Ann N Y Acad Sci. 2010;1186:146-73.

12. Petrovic D, de Mestral C, Bochud M, Bartley M, Kivimäki M, Vineis P, m.fl The contribution of health behaviors to socioeconomic inequalities in health: A systematic review. Prev Med. 2018;113:15-31.

13. Juel K, Koch M. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydning af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.

14. Stringhini S, Sabia S, Shipley M, Brunner E, Nabi H, Kivimaki M, m.fl Association of socioeconomic position with health behaviors and mortality. Jama. 2010;303(12):1159-66.

15. Stringhini S, Tabak AG, Akbaraly TN, Sabia S, Shipley MJ, Marmot MG, m.fl Contribution of modifiable risk factors to social inequalities in type 2 diabetes: prospective Whitehall II cohort study. BMJ : British Medical Journal. 2012;345:e5452.

16. Stringhini S, Zaninotto P, Kumari M, Kivimäki M, Lassale C, Batty GD. Socio-economic trajectories and cardiovascular disease mortality in older people: the English Longitudinal Study of Ageing. Int J Epidemiol. 2018;47(1):36-46.

17. Zhang Y-B, Chen C, Pan X-F, Guo J, Li Y, Franco OH, m.fl Associations of healthy lifestyle and socioeconomic status with mortality and incident cardiovascular disease: two prospective cohort studies. BMJ. 2021;373:n604.

18. Liuzzo G, Volpe M. Unhealthy lifestyles mediate only a small proportion of the socioeconomic inequalities' impact on cardiovascular outcomes in US and UK adults: a call for action for social cardiology. European Heart Journal. 2021;42.

19. IARC Scientific Publications. In: Vaccarella S, Lortet-Tieulent J, Saracci R, Conway DI, Straif K, Wild CP, editors. Reducing social inequalities in cancer: evidence and priorities for research. Lyon (FR): International Agency for Research on Cancer © International Agency for Research on Cancer, 2019. For more information contact publications@iarc.fr.; 2019.

20. Elstad J. Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn. Oslo: Helsedirektoratet; 2008.

21. Bambra C. Worklessness and the political economy of health. Oxford: The Policy Press; 2011.

22. Whitehead M. A typology of actions to tackle social inequalities in health. J Epidemiol Community Health. 2007;61(6):473-8.

23. Dankwa-Mullan I, Pérez-Stable EJ. Addressing Health Disparities Is a Place-Based Issue. Am J Public Health. 2016;106(4):637-9.

24. Pearce J, Mitchell R, Shortt N. Place, space, and health inequalities. In: Smith K, Bambra C, Hill S, editors. Health inequalities: critical perspectives. Oxford: Oxford University Press; 2015.

25. Erfaringer med at løfte sundheden i nærmiljøet - slutevaluering. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

26. Bech-Danielsen C, Stender M. Fra ghetto til blandet by. København: Gads Forlag; 2017.

27. Bjørn N, Holek A. Evidens for sociale effekter af fysiske indsatser i udsatte områder. København: Københavns Kommune; 2014.

28. Bech-Danielsen C, Mechlenborg M. Renovering af almene boligområder. Evaluering af fysiske indsatser gennemført i perioden 2014-2016. Kongens Lyngby: Polyteknisk Boghandel og Forlag ApS; 2017.

29. Bower KM, Thorpe RJ, Jr., Yenokyan G, McGinty EE, Dubay L, Gaskin DJ. Racial Residential Segregation and Disparities in Obesity among Women. J Urban Health. 2015;92(5):843-52.

30. Larsen F, Friis K, Lasgaard M, Pedersen M, Sørensen J, Jakobsen L, m.fl Hvordan har du det? 2013 – Sundhedsprofil for region og kommuner. Bind 1. Aarhus: CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2014.

31. Larsen F, Pedersen M, Lasgaard M, Sørensen J, Christiansen J, Lundberg A, m.fl Hvordan har du det? 2017 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2018.

**Olof Palmes Allé 15**
**8200 Aarhus N**
**www.hvordanhardudet.rm.dk**