

HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 2**
UDVIKLINGEN 2010-2013-2017-2021

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 2**
UDVIKLINGEN 2010 - 2013 - 2017 - 2021

UDARBEJDET AF

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

TITEL

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 2).
Udviklingen 2010-2013-2017-2021

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 2). Udviklingen 2010-2013-2017-2021. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-32-8

UDGIVELSE

Marts 2022

OPLAG

1.500

LAYOUT

2.1hartwork

FORSIDE

Malene Hald

INDHOLDSFORTEGNELSE

INDLEDNING	4
1. SAMMENFATNING	6
2. RYGNING	10
3. ALKOHOL	22
4. FYSISK AKTIVITET	38
5. KOST	54
6. OVERVÆGT	64
7. SELVVURDERET HELBRED	78
8. MENTAL SUNDHED	86
9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM	114
10. UNGES SUNDHED	194
11. SØVN	212

INDLEDNING

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det?* fra 2010, 2013, 2017 og 2021.

En sundhedsprofil er en helhedsbeskrivelse af 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.

Sundhedsprofilen består af to rapporter: Hovedrapporten (bind 1), der beskriver sundhedstilstand og sundhedsvaner i Region Midtjyllands befolkning i 2021, samt udviklingsrapporten (bind 2), der beskriver udviklingen i perioden fra 2010 til 2021.

Formålet med denne rapport (bind 2) er, at man på baggrund af de fire *Hvordan har du det?*-undersøgelser kan danne sig et overblik over ændringer i sundhedstilstanden og sundhedsvanerne i perioden.

Bind 2 består af en række figurer – såkaldte sammenligningsgrafer – ledsaget af en kort tekst. For en uddybende beskrivelse af de behandlede emner henvises til bind 1, hvor man også finder mere omfattende litteraturhenvisninger.

I indledningen i bind 1 finder man desuden en beskrivelse af dataindsamlingen, undersøgelsens metode, fremgangsmåden ved vægtning af data samt en oversigt over de personer, der har medvirket ved undersøgelsens gennemførelse.

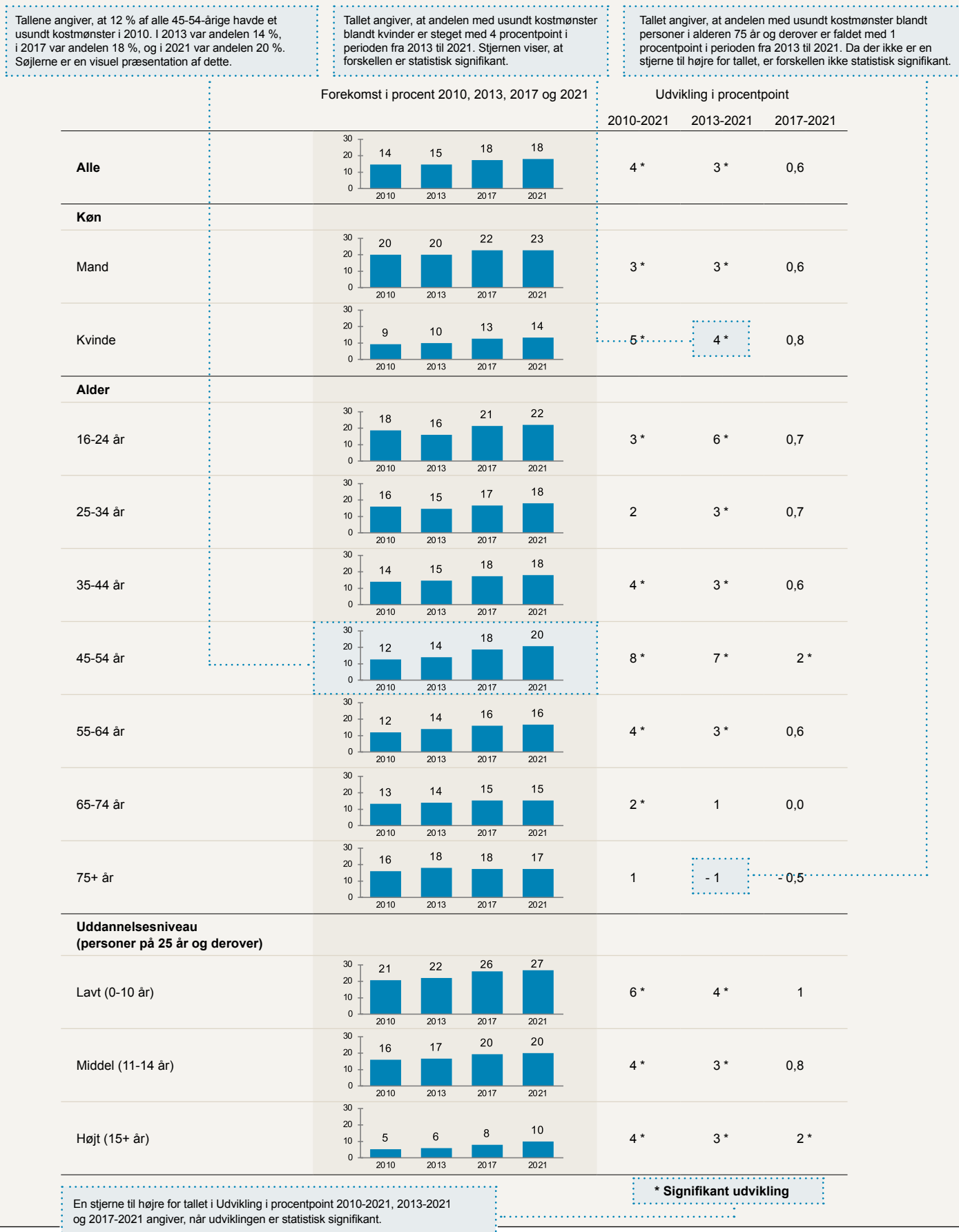
Hvordan har du det? 2021 har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed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

Læsevejledning

I figur 1.1.S ses et eksempel på en figur, hvor andelen af personer med usunde kostvaner i 2010, 2013, 2017 og 2021 belyses i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau. Her ses således ændringer over tid i andelen med usunde kostvaner i forskellige undergrupper.

Figur 1.1.S

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 (eksempel på figur i rapporten)



1. 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 2010, 2013 og 2017, hvilket giver mulighed for at følge udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand. I denne rapport (bind 2) er udviklingen i befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand beskrevet i detaljer. I bind 1 findes en mere detaljeret beskrivelse af befolkningens sundhedsvaner og sundhedstilstand i 2021 i forhold til køn, alder, sociale forhold og geografi.

Dataindsamlingen til *Hvordan har du det? 2021* 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.

Ryging. Der har været et betydeligt fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt. I 2013 var andelen af dagligrygere 17 % og i 2017 var den 16 %. Andelen af dagligrygere er i 2021 nede på 13 %. I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af storrygere (et dagligt forbrug på 15 cigaretter eller flere) desuden halveret fra 12 % til 6 %.

Alkohol. I perioden fra 2010 til 2021 har der været et stort fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen. I 2010 var der 25 %, der drak mere end 10 genstande om ugen. I 2013 var andelen 21 %,

i 2017 var den 16 %, og i 2021 er andelen nede på 15 %. Det er især blandt personer i alderen 16-24 år, at der har været et stort fald.

Der har ligeledes været et stort fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen (dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed). I 2010 var andelen 13 %, mens andelen i 2013 var 12 %, og i 2017 var den 10 %. I 2021 er andelen nede på 9 %. Det største fald ses blandt mænd og blandt personer 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 (fra 17 % til 18 %). Omvendt har der fra 2017 til 2021 været et fald fra 20 % til 18 % i andelen af fysisk inaktive personer. 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 regelmæssig 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 tidspunkt, hvor mange deltog i undersøgelsen, og at bekymring for smitte har afholdt mange fra at dyrke motion sammen med andre.

Kost. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med usundt kostmønster. Fra 2017 til 2021 er andelen med et usundt kostmønster dog uændret. I 2010 var der 14 % med et usundt kostmønster, og i 2021 er andelen steget til 18 %. 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 blandt de 35-74-årige. Den største stigning ses hos personer i alderen 45-54 år. I samme periode ses der også en stigning i andelen med et usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau.

Overvægt. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. I 2010 og i 2013 var andelen 14 %. I 2017 var andelen 16 %, og i 2021 er andelen steget til 18 %. Stigningen i forekomsten af svær overvægt ses på tværs af både køn, alder og uddannelsesniveau. Derudover er der i perioden fra 2013 til 2021 sket en lille stigning i andelen med moderat overvægt.

Generelt set er der dermed en større andel med overvægt i Region Midtjylland end tidligere. Personer med overvægt udgør således i 2021 mere end halvdelen af befolkningen i Region Midtjylland, hvilket dækker over 34 % med moderat overvægt og 18 % med svær overvægt.

Søvn. Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet fra 7 % i 2010 til 10 % i 2021. Stigningen ses blandt både 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.

I perioden fra 2010 til 2021 er der ligeledes sket en stigning i andelen med kort søvnlængde, hvilket ses blandt både mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau.

Selvvurderet helbred. Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred fra 14 % til 16 %. Denne stigning kan genfindes hos både mænd og kvinder, personer i alderen 16-44 år samt de 55-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Blandt unge i alderen 16-24 år er andelen med dårligt selvvurderet helbred næsten fordoblet siden 2010. Siden 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen med dårligt selvvurderet helbred, når vi ser overordnet på hele Region Midtjyllands befolkning. Dog har der i denne periode været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 16-34 år samt personer med højt uddannelsesniveau.

Fra 2010 til 2021 er der et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer på 75 år og derover.

Mental sundhed. I 2013 angav 76 %, at de havde en god trivsel og livskvalitet, mens andelen i 2017 var faldet til 71 % og yderligere til 67 % i 2021. Der har været et fald i andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er god, for både mænd og kvinder, blandt 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.

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.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en fordobling 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.

Der har været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % i 2017 til 14 % i 2021. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau.

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.

Sammenfattende ses over tid 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.

Kronisk sygdom og multisygdom. Der har i perioden fra 2010 til 2021 generelt været en stigning i forekomsten af kronisk sygdom. Kun forekomsten af blodprop i hjertet er uændret i perioden, og stigningen i forekomsten af hjertekrampe er ganske lille. Derudover har der ikke været nogen stigning i forekomsten

af hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller diabetes siden 2017.

Som i befolkningen generelt er andelen af daglig-rygere fra 2010 til 2021 faldet betydeligt hos alle 17 sygdomsgrupper. I samme periode 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.

Fra 2010 til 2021 er andelen af fysisk inaktive til gengæld steget blandt personer med forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, kræft og slidgigt. Stigningen er særligt markant blandt personer med blodprop i hjertet (fra 29 % til 39 %). Omvendt er andelen af fysisk inaktive faldet markant blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen fra 37 % i 2010 til 31 % i 2021.

Som i befolkningen generelt er andelen med et usundt kostmønster steget fra 2010 til 2021 blandt 10 af sygdomsgrupperne, mens der også er tegn på en (ikke-signifikant) stigning blandt de resterende sygdomsgrupper med undtagelse af personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen.

Også andelen med svær overvægt er steget betragteligt fra 2010 til 2021 i næsten alle sygdomsgrupper ligesom i befolkningen generelt. Kun blandt personer med hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen og KOL er stigningen ikke statistisk signifikant.

På tværs af sundhedsvanemålene fremgår det, at særligt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen har haft en af de mest hensigtsmæssige udviklinger, hvorimod der overordnet set har været en bekymrende udvikling særligt blandt personer med blodprop i hjertet.

Fra 2010 til 2021 er andelen med brug for hjælp til dagligdagens gøremål faldet blandt syv af sygdomsgrupperne. De største fald er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 58 % til 43 %), knogleskørhed (fra 47 % til 37 %) og grå stær (fra 42 % til 31 %).

Ligesom i befolkningen generelt har der fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, blandt personer med kronisk sygdom –

størst blandt personer med hjertekrampe (fra 13 % til 22 %) og psykiske lidelser (fra 26 % til 34 %).

Tilsvarende har der fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen med symptomer på depression blandt personer med forhøjet blodtryk, astma, allergi, migræne/hyppig hovedpine og tinnitus og størst blandt personer med psykiske lidelser (fra 26 % til 32 %).

Siden 2010 har der ligeledes været en stigende tendens i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt hovedparten af sygdomsgrupperne. De to største stigninger ses blandt personer med hjertekrampe og migræne eller hyppig hovedpine.

Der har fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen med moderat og høj behandlingsbyrde fra 31 % til 33 %. De største stigninger er blandt personer i alderen 25-34 år (fra 46 % til 52 %) og blandt personer med lavt uddannelsesniveau (fra 34 % til 40 %). Desuden er den samlede andel steget blandt kvinder og personer i alderen 55-74 år.

Overordnet set er andelen med lav sundhedskompetence stort set uændret siden 2013 både i befolkningen generelt og – med få undtagelser – på tværs af køn, alder og uddannelse. Andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er faldet blandt personer på 75 år og derover (fra 9 % til 7 %) og steget blandt personer på 35-44 år og (en smule) blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er fra 2013 til 2021 steget blandt personer på 25-44 år og fra 2017 til 2021 blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Andelen af borgere med multisygdom er steget fra 36 % i 2010 til 44 % i 2021. Stigningen er mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

Unge sundhed. I kapitlet om unges sundhed er der sat fokus på sundhedsforhold, der er særligt relevante for unge.

Siden 2010 har der været et markant fald i andelen af unge, der ryger dagligt (fra 16 % til 9 %), og i andelen, der rusdrikker ugentligt (fra 31 % til 17 %).

Til gengæld har der fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive (fra 11 % til 16 %), har et usundt kostmønster (fra 18 % til 22 %), har dårlig søvnkvalitet (fra 3 % til 9 %) og har svær overvægt (fra 6 % til 9 %).

Forekomsten af unge med et stort forbrug af hash har ikke ændret sig siden 2013. Der har til gengæld siden 2017 været et fald i andelen af unge, som har prøvet andre stoffer end hash (fra 6 % til 4 %).

Der har generelt været en meget negativ udvikling i unges mentale sundhed.

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 %) og mere end en tredobling i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed (fra 4 % til 14 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der ligeledes været en fordobling i andelen af unge, der føler sig ensomme (fra 12 % til 22 %), og næsten en fordobling i andelen af unge med symptomer på depression (fra 10 % til 18 %).

Der har siden 2017 ikke været nogen ændringer i andelen af unge, der har selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder. Andelen er 9 % i både 2017 og 2021.

2. RYGNING

Antallet af rygere har været faldende over en årrække, men til trods for dette er rygning fortsat den risikofaktor, hvor forebyggelsesindsatser potentielt kan bidrage mest til at reducere sygelighed og dødelighed. 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 rygerrelateret sygdom øges med tobaksmængden samt antallet af år, personen har røget (2).

I dette kapitel beskrives udviklingen i befolkningens rygevaner i årene 2010, 2013, 2017 og 2021.

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse udviklingen i befolkningens rygevaner:

- Ryger du?

Til dette spørgsmål er 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.

- Hvor meget ryger du i gennemsnit per dag?

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen af rygere i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2021 i dagligrygernes motivation for at stoppe med at ryge, andelen, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, samt udviklingen i rygere, der har modtaget råd fra egen læge om rygestop.

Hvor mange ryger?

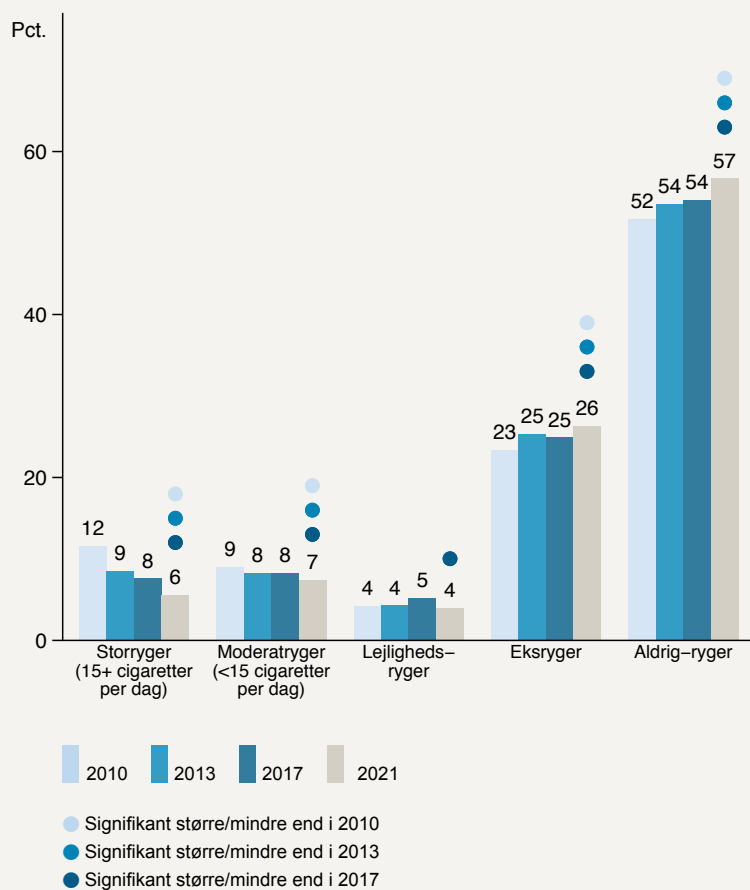
Figur 2.1.S viser udviklingen i rygevaner i perioden fra 2010 til 2021.

Andelen af storrygere er halveret fra 12 % i 2010 til 6 % i 2021. For andelen af moderatrygere i samme periode ses et mindre fald fra 9 % til 7 %. Andelen af lejlighedsrygere er uændret i perioden fra 2010 til 2021. Dertil ses det, at andelen af eksrygere og personer, der aldrig har røget, er steget siden 2010.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af både storrygere og moderatrygere, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af både storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, mens andelen af eksrygere og aldrig-rygere er steget.

Figur 2.1.S
 Rygevaner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 2.2.S

Dagligrygere – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Dagligrygere – køn, alder og uddannelse

Figur 2.2.S viser, at der har været et større fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt. I 2013 var andelen af dagligrygere 17 % og 16 % i 2017. Andelen af dagligrygere er i 2021 nede på 13 %.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere for både mænd og kvinder samt i alle aldersgrupper. Det største fald i andelen af dagligrygere ses blandt personer i alderen 45-54 år. Dertil har der også været et fald i andelen af dagligrygere på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der ryger dagligt, blandt både mænd og kvinder. Dertil ses der et fald i andelen af dagligrygere blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. I perioden fra 2017 til 2021 ses der også et fald i andelen af dagligrygere blandt både mænd og kvinder. Hertil ses der et fald blandt personer i alderen 16-34 år, 45-64 år og blandt personer på 75 år eller derover. Det største fald ses blandt personer i alderen 16-24 år. I forhold til uddannelse ses der et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Figur 2.3.S

Dagligrygere – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Dagligrygere – kommuner

Figur 2.3.S viser udviklingen i andelen af dagligrygere i perioden 2010 til 2021 i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere i alle kommuner. Dette fald varierer fra 5 procentpoint i Ikast-Brande og Struer til 10 procentpoint i Odder.

Fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af personer, der ryger dagligt, i følgende kommuner:

- Favrskov
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Odder
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Skanderborg
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Faldet varierer fra 3 procentpoint i Herning, Odder og Randers til 7 procentpoint i Horsens og på Samsø.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere i følgende kommuner:

- Favrskov
- Herning
- Horsens
- Norddjurs
- Odder
- Silkeborg
- Skanderborg
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

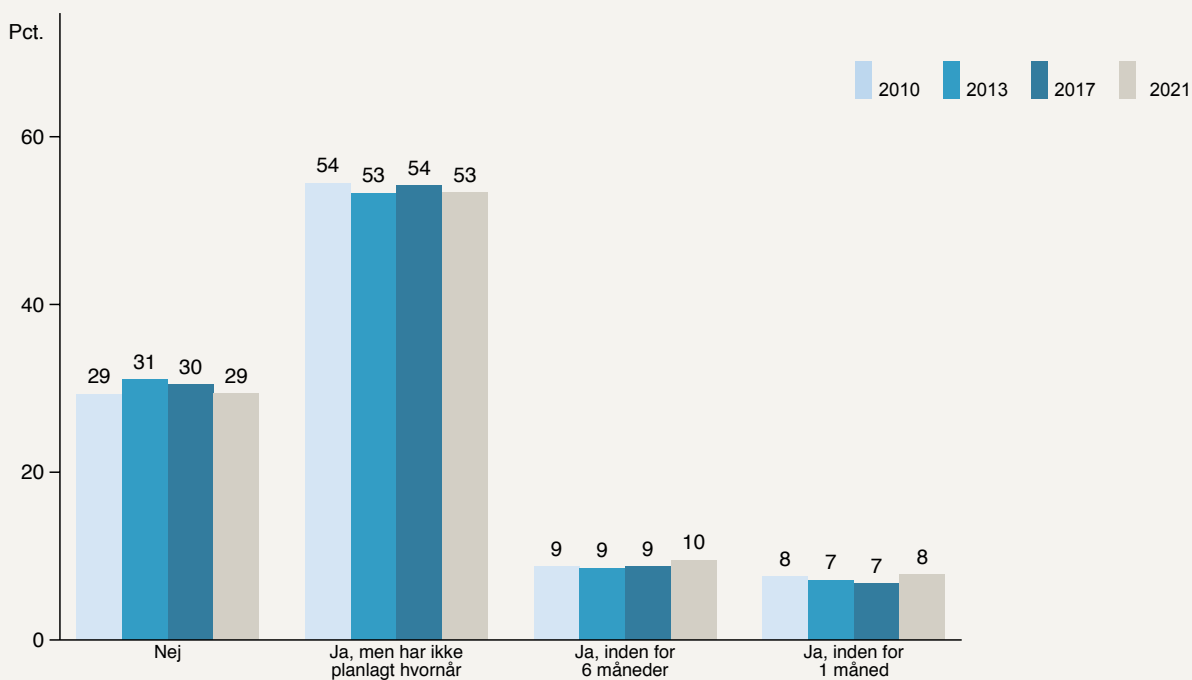
Faldet varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint i Horsens.

Figur 2.4.S-2.6.S

Vil du gerne holde op med at ryge? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 2.4.S

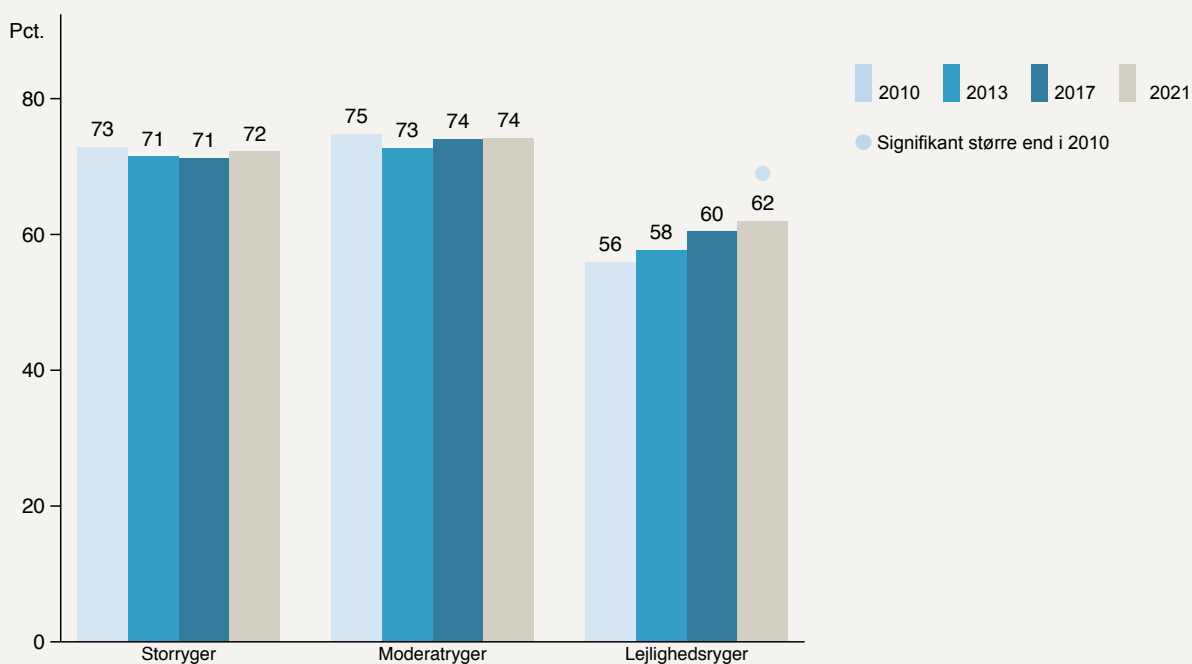
Vil du gerne holde op med at ryge? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Note: Opgjort blandt daglig- og lejlighedsrygere

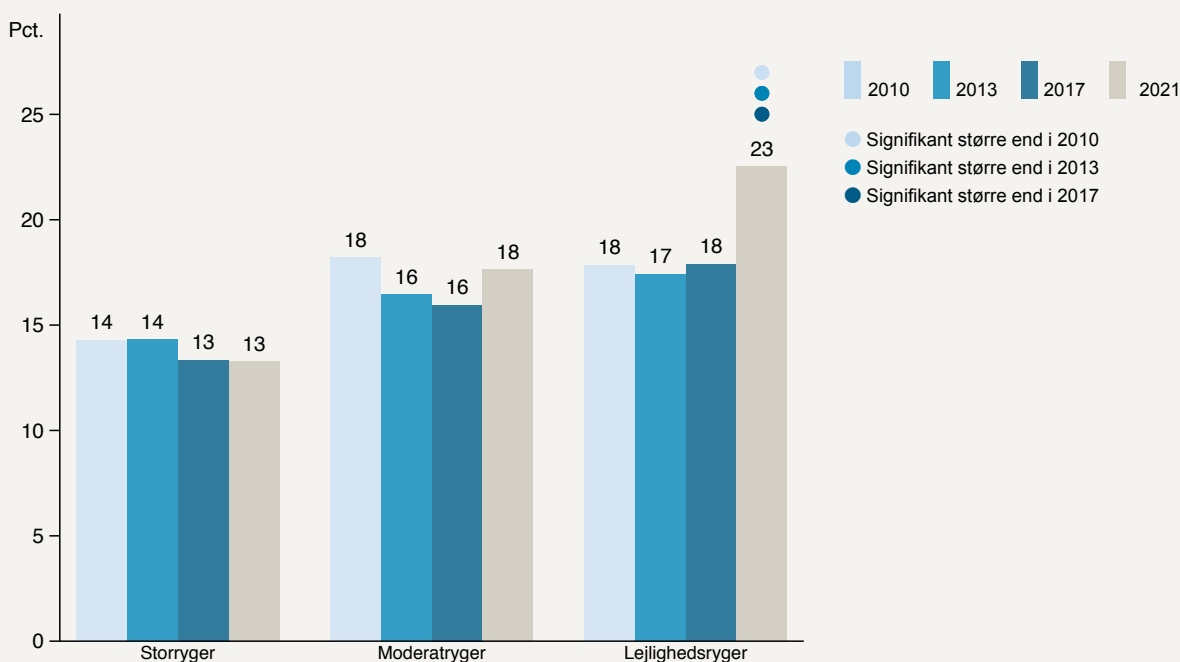
Figur 2.5.S

Andel, der gerne vil holde op med at ryge – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 2.6.S

Andel, der planlægger at holde op med at ryge inden for 6 måneder – i forhold til tobaksforbrug.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Hvor mange vil gerne holde op med at ryge?

Figur 2.4.S-2.6.S viser, at der generelt ikke har været nogen signifikant udvikling i andelen af rygere, der ønsker et rygestop. Dette gælder dog ikke for lejlighedsrygere. Andelen af lejlighedsrygere, der ønsker at holde op med at ryge, og andelen af lejlighedsrygere, der ønsker at holde op med at ryge inden for 6 måneder, er steget i perioden fra 2010 til 2021.

Selvom der har været et fald i andelen af storrygere og moderatrygere, er rygere i 2021 altså lige så motiverede for at holde op med at ryge som i 2010, 2013 og 2017, mens lejlighedsrygernes motivation for rygestop er steget.

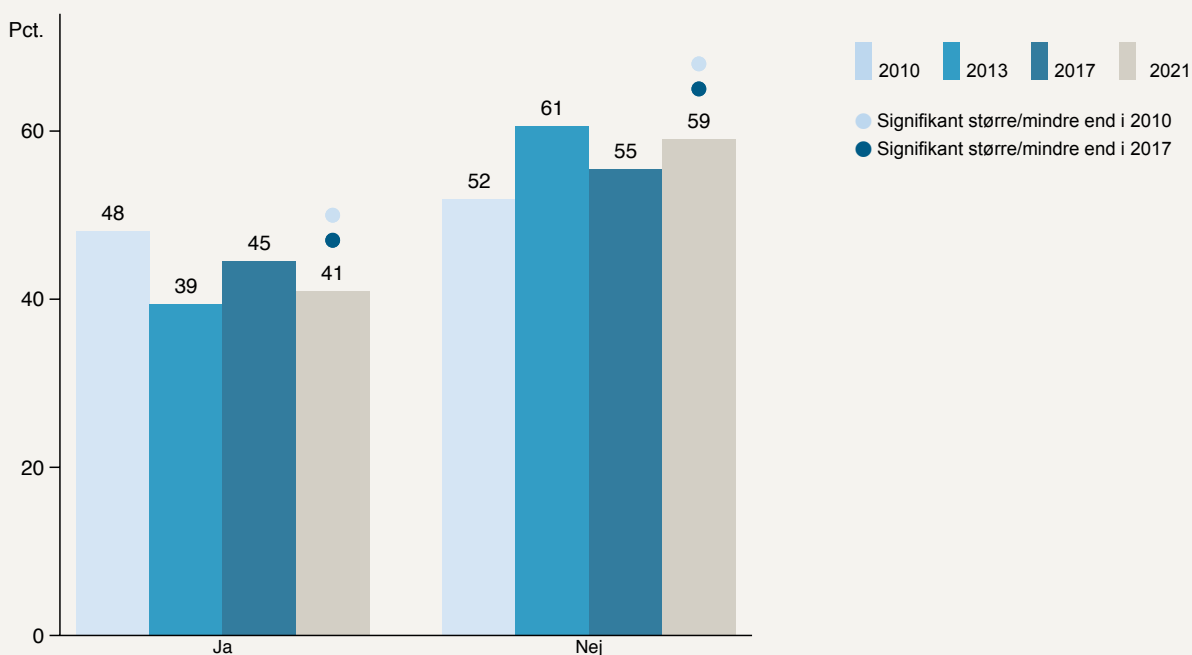
Samme tendens viser sig i perioden fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021. Her ses en stigning i andelen af lejlighedsrygere, der ønsker at holde op med at ryge inden for 6 måneder.

Figur 2.7.S og 2.8.S

Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 2.7.S

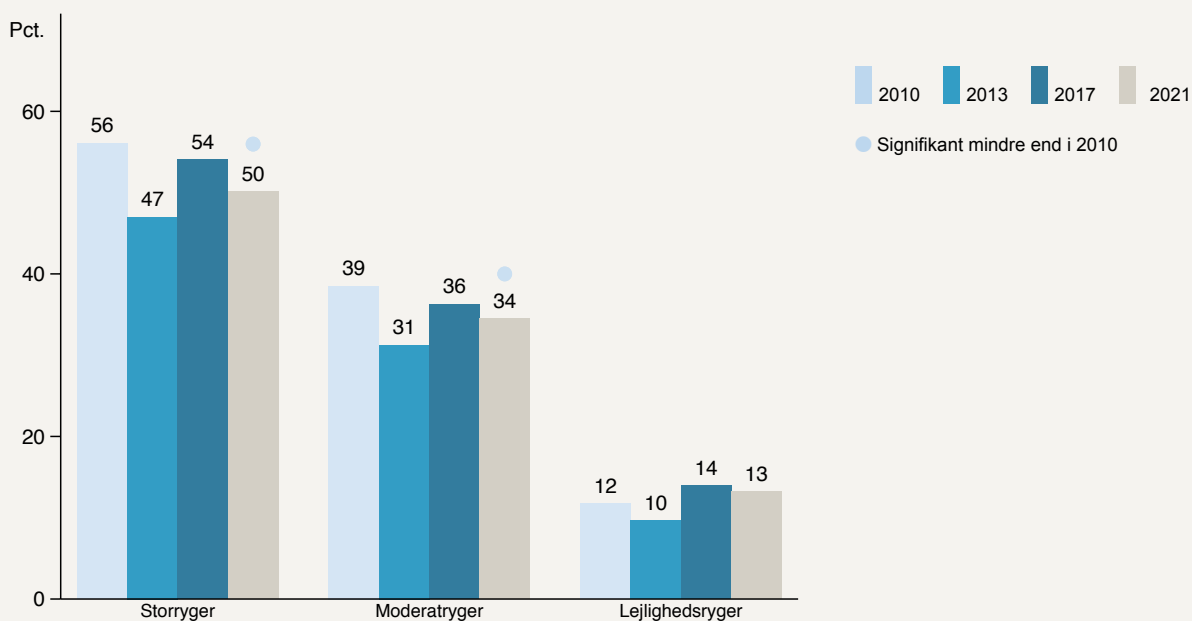
Vil du gerne have støtte og hjælp til rygestop? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Figur 2.8.S

Andel, der gerne vil have støtte og hjælp til rygestop – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Hvor mange vil gerne have støtte og hjælp til rygestop?

Figur 2.7.S viser, at andelen af dagligrygere, som ønsker støtte og hjælp til rygestop, er faldet fra 48 % i 2010 til 41 % i 2021. Hertil viser figur 2.8.S, at andelen af både storrygere og moderatrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop, er faldet i perioden fra 2010 til 2021, mens der ikke ses nogen signifikant udvikling for andelen af lejlighedsrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop.

I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen ændring i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop.

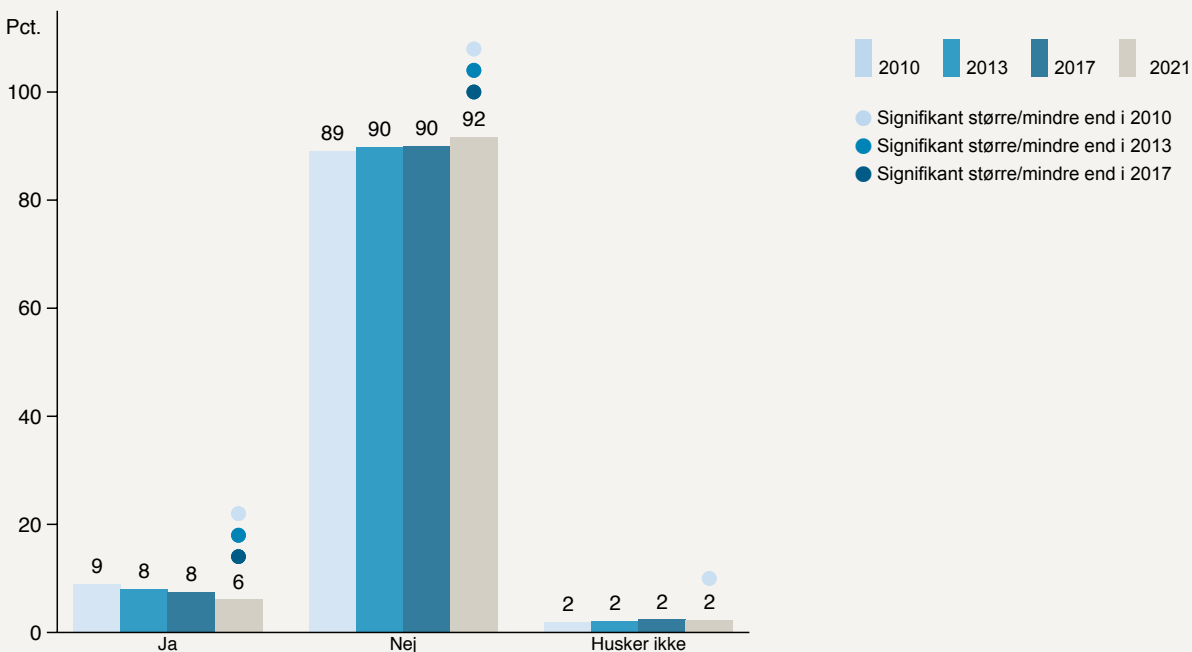
Fra 2017 til 2021 ses der et fald i andelen af dagligrygere, der ønsker støtte og hjælp til rygestop.

Figur 2.9.S og 2.10.S

Har du fået råd om rygestop fra egen læge? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 2.9.S

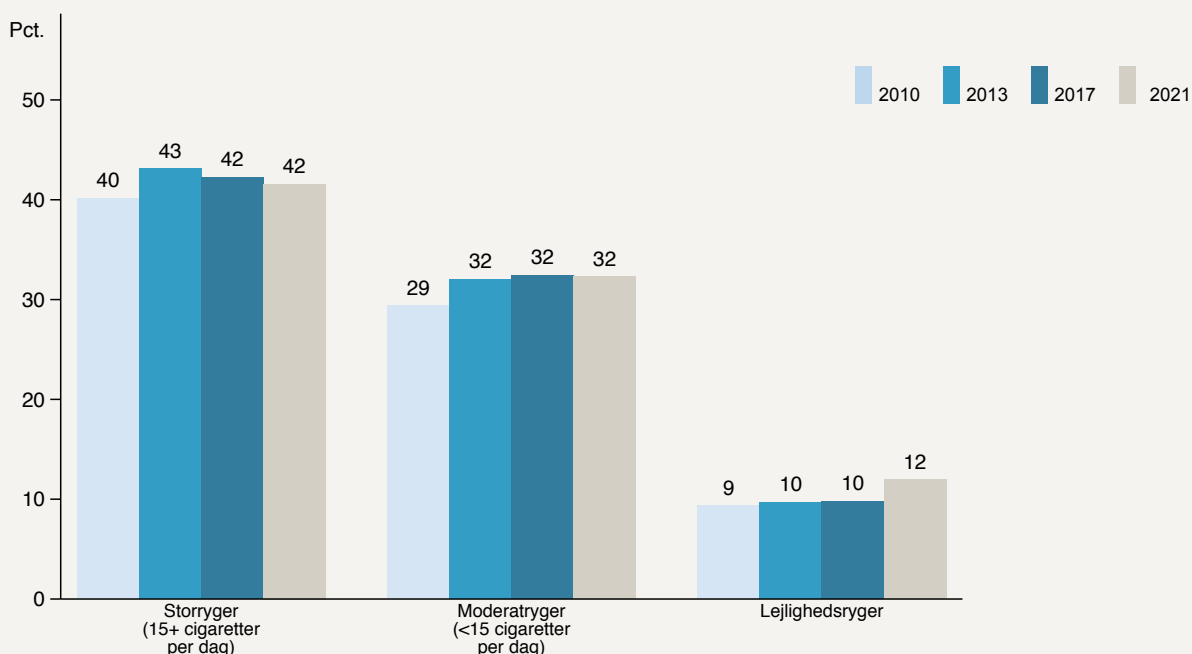
Har du fået råd om rygestop fra egen læge? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Figur 2.10.S

Har fået råd om rygestop fra egen læge – i forhold til tobaksforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Råd fra egen læge om rygestop

Figur 2.9.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 har været et lille fald i andelen af befolkningen, der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge.

Figur 2.10.S viser, at andelen i 2021 af storrygere, moderatrygere og lejlighedsrygere, der er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge, ikke adskiller sig signifikant fra 2010, 2013 og 2017.

Sammenfatning

Der har været et betydeligt fald i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var der 20 %, der røg dagligt, og i 2021 er andelen nede på 13 %. Andelen af storrygere er halveret fra 12 % til 6 % i samme periode. Samtidig er andelen af moderatrygere faldet en smule, mens andelen af lejlighedsrygere er uændret.

Faldet i andelen af dagligrygere i perioden fra 2010 til 2021 ses hos både mænd og kvinder samt i alle aldersgrupper. Dertil har der også været et fald i andelen af dagligrygere på tværs af uddannelsesniveau.

Rygerne i 2021 er lige så motiverede for at holde op med at ryge, som det var tilfældet i 2010, 2013 og 2017.

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.

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). 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, 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 socialektoren.

Udmeldingerne fra Sundhedsstyrelsen vedrørende alkohol er blevet ændret i 2022. Ifølge de 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.

For at 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.

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.

I kapitlet vil udviklingen i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, og andelen, der rusdrikker ugentligt, blive belyst i forhold til køn, alder, uddannelse samt på tværs af kommuner.

Desuden belyses udviklingen i andelen, der ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, samt andelen, der har fået råd af egen læge om at nedsætte forbruget.

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

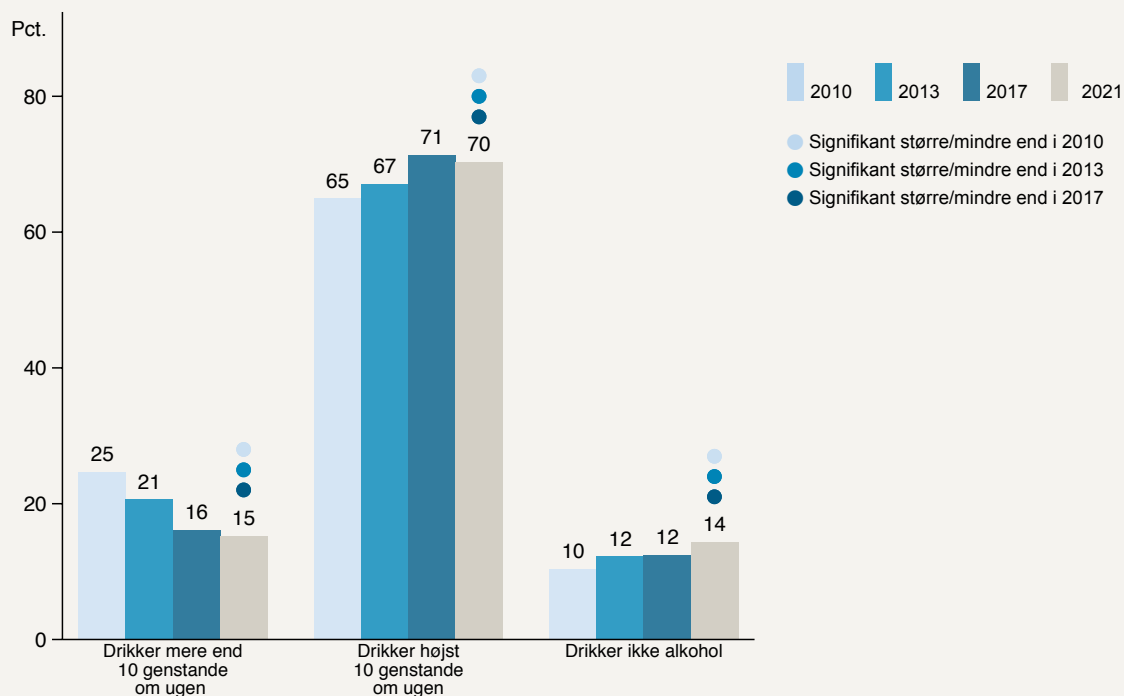
Hvis man vælger at drikke alkohol, skal man være opmærksom på risikoen. Befolkningsundersøgelser viser, at risikoen for alkoholrelateret sygdom og død er lav, hvis man:

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

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

Figur 3.1.S

Alkoholforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 3.1.S viser udviklingen i alkoholforbruget i perioden fra 2010 til 2021, opgjort for tre grupper.

Det fremgår, at der fra 2010 til 2021 har været et markant fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen (fra 25 % til 15 %). Modsat har der været en stigning i andelen, der højst drikker 10 genstande om ugen, samt i andelen, der slet ikke drikker alkohol.

I perioden fra 2013 til 2021 har der ligeledes været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen (fra 21 % til 15 %). Tilsvarende har der været en stigning i andelen, der højst drikker 10 genstande om ugen, og andelen, der ikke drikker alkohol.

Fra 2017 til 2021 har der kun været et lille fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen (fra 16 % til 15 %). Samtidig har der været et lille fald i andelen, der højst drikker 10 genstande om ugen, samt en stigning i andelen, der ikke drikker alkohol.

Figur 3.2.S

Drikker mere end 10 genstande om ugen – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		- 9 *	- 5 *	- 0,9 *
Køn				
Mand		- 12 *	- 6 *	- 0,8
Kvinde		- 7 *	- 4 *	- 0,7 *
Alder				
16-24 år		- 21 *	- 16 *	- 5 *
25-34 år		- 13 *	- 10 *	- 4 *
35-44 år		- 7 *	- 3 *	0,8
45-54 år		- 10 *	- 4 *	0,1
55-64 år		- 9 *	- 5 *	- 1
65-74 år		- 5 *	- 0,8	1
75+ år		2 *	4 *	3 *
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		- 4 *	- 0,4	1
Middel (11-14 år)		- 7 *	- 3 *	0,5
Højt (15+ år)		- 10 *	- 5 *	- 2 *

* Signifikant udvikling

Drikker mere end 10 genstande om ugen – køn, alder og uddannelse

Af figur 3.2.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2021 har 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 blandt personer i alderen 16-24 år. Til gengæld har der været en stigning i andelen blandt personer på 75 år og derover.

Fra 2013 til 2021 har det været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-64 år. Det største fald er blandt personer i alderen 16-24 år. I forhold til uddannelsesniveau har der været et fald blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Der har i denne periode også været en lille stigning i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt personer på 75 år og derover.

I perioden fra 2017 til 2021 har der overordnet set kun været et lille fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen (16 % til 15 %). Faldet ses for kvinder, personer i alderen 16-34 år og personer med højt uddannelsesniveau. Til gengæld har der været en stigning i andelen blandt personer på 75 år og derover.

Figur 3.3.S

Drikker mere end 10 genstande om ugen – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Drikker mere end 10 genstande om ugen – kommuner

Figur 3.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der i alle kommuner været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Faldet varierer fra 6 procentpoint på Samsø og i Hedensted til 13 procentpoint i Aarhus.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i følgende kommuner:

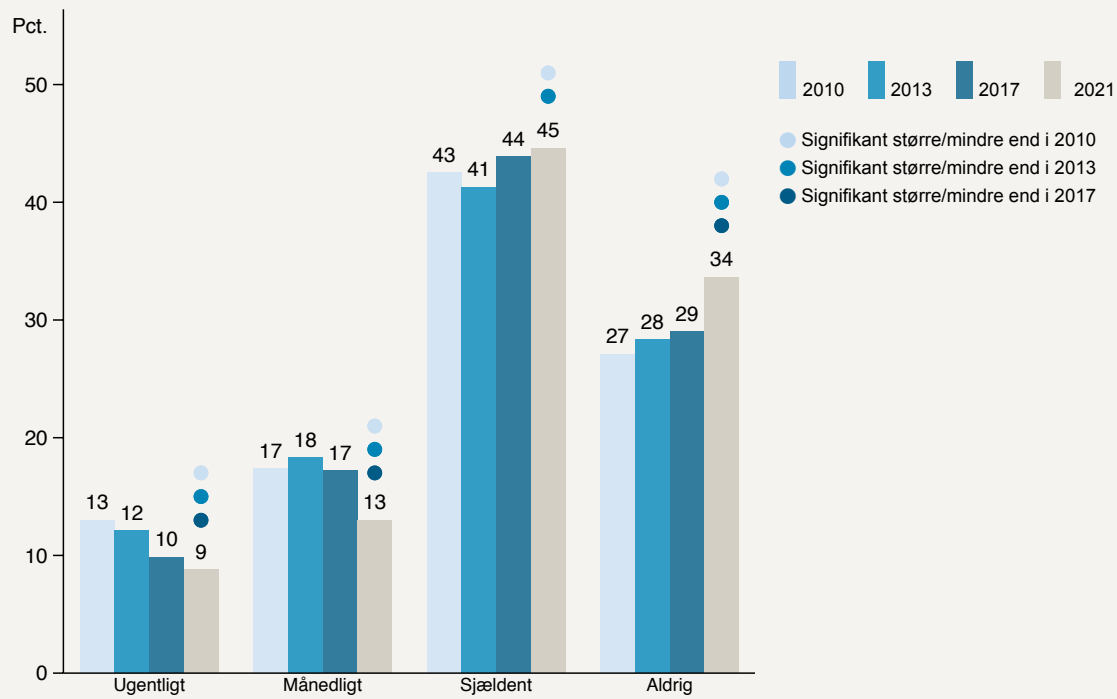
- Favrskov
- Hedensted
- Horsens
- Ikast-brande
- Norddjurs
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Skanderborg
- Skive
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Faldet varierer fra 3 procentpoint i Hedensted og Ringkøbing-Skjern til 9 procentpoint i Aarhus.

I perioden fra 2017 til 2021 har der kun været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, i Aarhus Kommune (2 procentpoint).

Figur 3.4.S

Hvor ofte drikker du fem genstande eller flere ved samme lejlighed?
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Hvor mange rusdrikker?

Figur 3.4.S viser udviklingen i andelen, der rusdrikker (drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed) henholdsvis ugentligt, månedligt, sjældent eller aldrig.

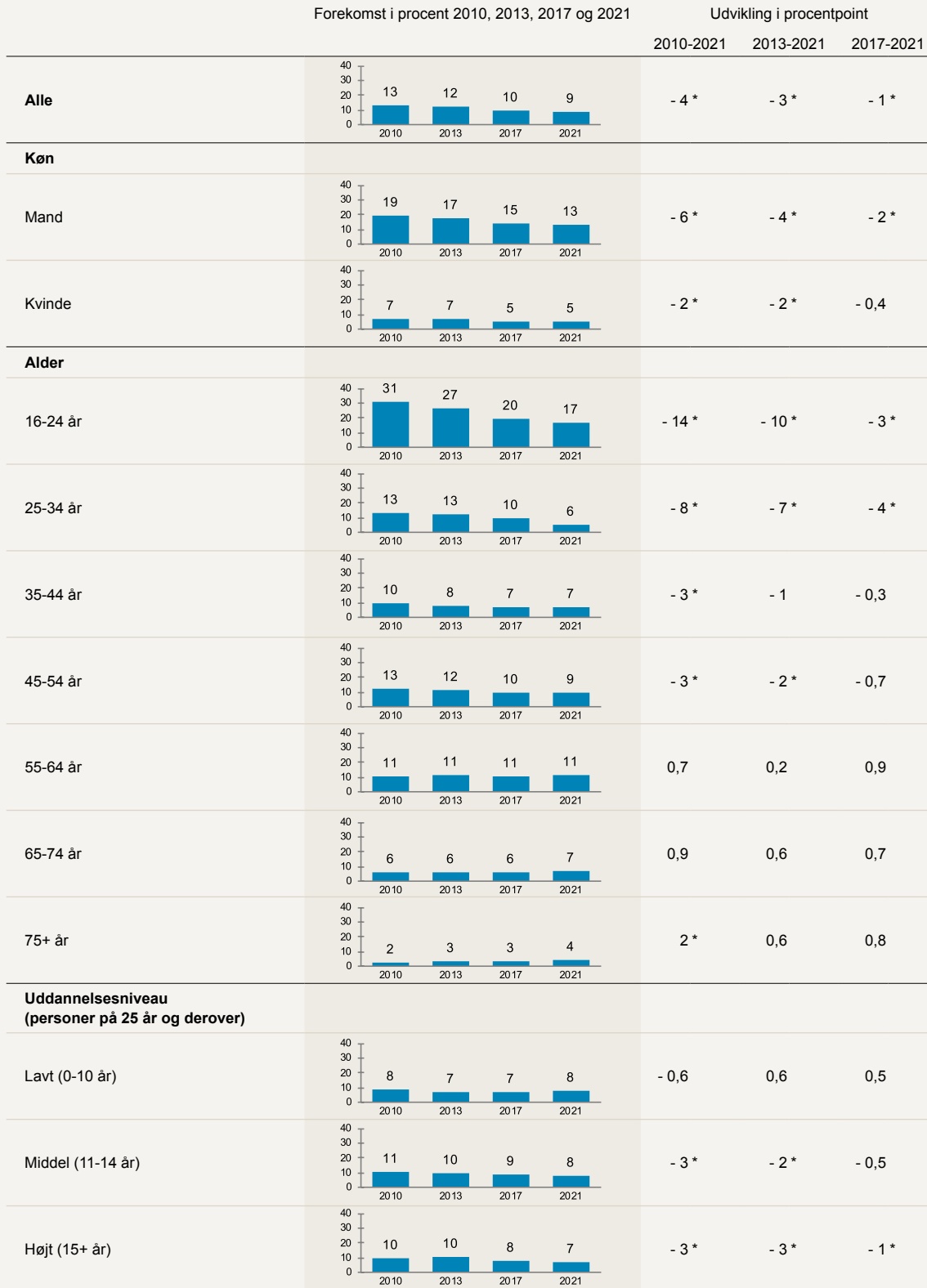
I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt (fra 13 % til 9 %) og månedligt (fra 17 % til 13 %), og en stigning i andelen, der sjældent eller aldrig rusdrikker.

Fra 2013 til 2021 har der ligeledes været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt (fra 12 % til 9 %) og månedligt (fra 18 % til 13 %), mens der har været en stigning i andelen, der sjældent eller aldrig rusdrikker.

I perioden fra 2017 til 2021 ses der endvidere et lille fald i andelen, der rusdrikker ugentligt (fra 10 % til 9 %) og månedligt (fra 17 % til 13 %), mens der har været en stigning i andelen, der aldrig rusdrikker.

Figur 3.5.S

Rusdrikker ugentligt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Rusdrikker ugentligt – køn, alder og uddannelse

Figur 3.5.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af personer, der rusdrikker ugentligt. Der har i denne periode været et fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I 2010 var andelen 13 %, mens andelen i 2013 og 2017 var henholdsvis 12 % og 10 %. I 2021 er andelen nede på 9 %.

I perioden fra 2010 til 2021 ses der et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-54 år. Det største fald ses blandt mænd og blandt personer i alderen 16-24 år. Dertil ses der et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Til gengæld er der en stigning i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt personer på 75 år og derover.

I perioden fra 2013 til 2021 ses en lignende udvikling. Her ses der et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt både mænd og kvinder og for personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. For aldersgrupperne ses et stort fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt personer i alderen 16-34 år, mens der ses et lille fald blandt personer i alderen 45-54 år.

Fra 2017 til 2021 ses der et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt mænd. Dertil ses der et fald blandt personer i alderen 16-34 år. Slutteligt har der været et lille fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Figur 3.6.S

Rusdrikker ugentligt – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Rusdrikker ugentligt – kommuner

Figur 3.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i alle kommuner, undtagen Hedensted og Samsø. Faldet i disse kommuner varierer fra 2 procentpoint i Norddjurs til 7 procentpoint i Aarhus.

Fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i følgende kommuner:

- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Ikast-Brande
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Skanderborg
- Syddjurs
- Aarhus

Faldet i disse kommuner varierer fra 2 procentpoint i Ringkøbing-Skjern til 6 procentpoint i Aarhus.

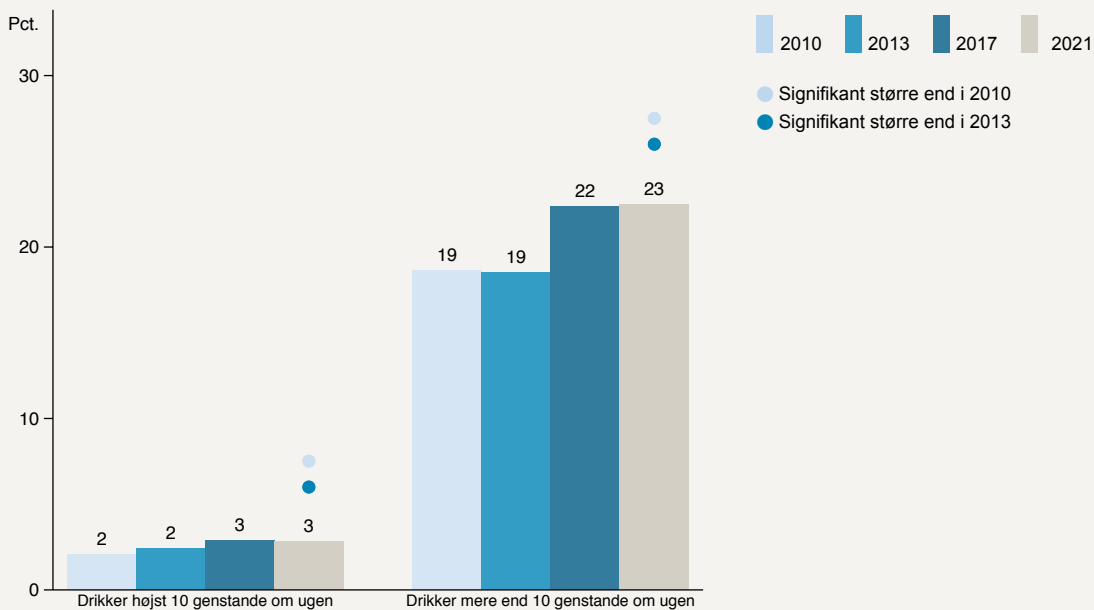
I perioden fra 2017 til 2021 har der alene været et fald i andelen, der rusdrikker ugentligt, i Aarhus Kommune (2 procentpoint).

Figur 3.7.S og 3.8.S

Ønske om at nedsætte alkoholforbrug og råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

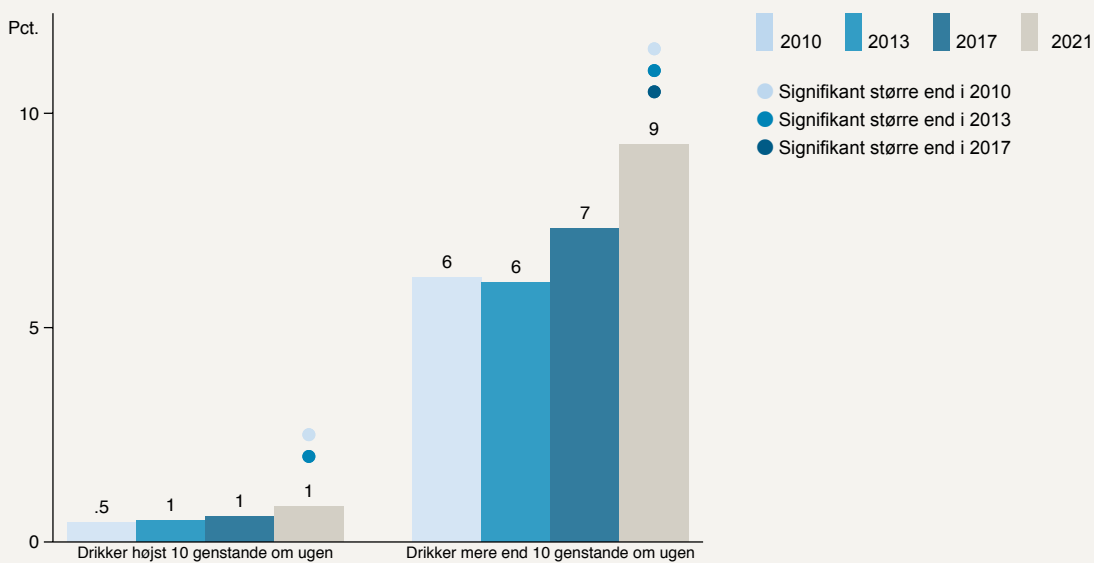
Figur 3.7.S

Ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug – i forhold til alkoholforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 3.8.S

Andel, der har modtaget råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget – i forhold til alkoholforbrug. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Hvor mange ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug?

Det fremgår af figur 3.7.S, at der i perioden fra 2010 til 2021 og fra 2013 til 2021 har været en stigning i andelen, der ønsker at sætte alkoholforbruget ned, blandt dem, der drikker mere end 10 genstande om ugen. Ligeledes ses der en lille stigning blandt dem, der højst drikker 10 genstande om ugen.

I perioden fra 2017 til 2021 har andelen ikke ændret sig signifikant.

Rådgivning fra egen læge

Af figur 3.8.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2021, fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021 har været en stigning i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, som af egen læge er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget.

Sammenfatning

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et stort fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen. I 2010 var der 25 %, der drak mere end 10 genstande om ugen. I 2013 var andelen 21 %, i 2017 16 %, og i 2021 er andelen nede på 15 %. Det er især blandt personer i alderen 16-24 år, at der har været et stort fald.

I perioden fra 2010 til 2021 har der ligeledes været et stort fald i andelen, der rusdrikker mindst én gang om ugen. I 2010 var andelen 13 %, mens andelen i 2013 og 2017 var henholdsvis 12 % og 10 %. I 2021 er andelen nede på 9 %. Det største fald ses blandt mænd og blandt personer i alderen 16-24 år.

I perioden fra 2010 til 2021 og fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der ønsker at sætte alkoholforbruget ned, blandt dem, der drikker mere end 10 genstande om ugen.

Endelig har der i perioden fra 2010 til 2021, fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, som af egen læge er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget.

Referencer

1. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbaek MK, Tolstrup JS, Becker U. Alkoholrelaterede helbreds-konsekvenser – 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. Eliassen 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 Geneva; 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.

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 (2). Samtidig har fysisk aktivitet også en positiv indvirkning på mental sundhed (3). Der er ikke fundet en øvre grænse for, hvornår fysisk aktivitet har positive effekter på sundhed (4). Tilsvarende har fysisk inaktivitet en række negative konsekvenser for blandt andet kredsløb, muskler, knogler og stofskifte (3). 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 (5).

Sundhedsstyrelsen anbefaler mindst 30 minutters fysisk aktivitet om dagen for voksne (3, 6).

Der er en betydelig social ulighed i fysisk aktivitet i Danmark (7, 8). 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 (8, 9).

COVID-19-nedlukningen har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens fysiske aktivitetsniveau (10-12). 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.

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 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 uddannelse 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?

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. 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.

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 uddannelse 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?

I det følgende beskrives fysisk aktivitet i hele befolkningen opdelt på køn, alder og uddannelse samt kommuner.

Hvor mange er fysisk inaktive?

Figur 4.1.S viser udviklingen i befolkningens fysiske aktivitetsniveau i perioden fra 2010 til 2021.

Andelen af fysisk inaktive (fysisk aktive i 30 minutter om dagen 0-1 dag om ugen) er steget fra 17 % i 2010 til 18 % i 2021, og samtidig er der sket et fald i andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, fra 26 % til 22 %. Andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen, er steget fra 24 % til 25 %, og andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget fra 32 % til 35 %.

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen af fysisk inaktive uændret, mens andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, er faldet fra 27 % til 22 %. Andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen, er steget fra 24 % til 25 %, og andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget fra 30 % til 35 %.

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen af fysisk inaktive faldet fra 20 % til 18 %, og andelen, der er fysisk aktive 2-3 dage om ugen, er faldet fra 25 % til 22 %. Andelen, der er fysisk aktive 4-5 dage om ugen, er steget fra 23 % til 25 %, og andelen, der er fysisk aktive 6-7 dage om ugen, er steget fra 32 % til 35 %.

COVID-19-nedlukningen i 2021 har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Det er ikke muligt at fastslå, hvor stor en del af ændringen der skyldes reelle ændringer over

tid, og hvor stor en del der skyldes den aktuelle situation under COVID-19-nedlukningen.

Hvor mange motionerer ikke i fritiden?

Figur 4.2.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i befolkningens deltagelse i idræt og anden regelmæssig motion i fritiden.

Fra både 2010 til 2021, 2013 til 2021 og 2017 til 2021 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, steget markant. Andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, er steget fra henholdsvis 46 %, 45 % og 47 % i 2010, 2013 og 2017 og til 57 % i 2021.

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

Hvor mange cykler ikke i dagligdagen?

Figur 4.3.S og 4.4.S viser udviklingen i andelen, der cykler til og fra daglige gøremål henholdsvis om sommeren og om vinteren i perioden fra 2010 til 2021. Analyserne er baseret på data for personer på 25 år og derover.

Andelen, der sjældent cykler både sommer og vinter (0-1 dag/uge), er steget i perioden fra 2010 til 2021. For sommerperioden er andelen steget fra 53 % i 2010, 54 % i 2013 og 58 % i 2017 til 59 % i 2021. For vinterperioden er der tilsvarende en stigning fra 78 % i 2010, 77 % i 2013 og 77 % i 2017 til 79 % i 2021. Andelen, der cykler 6-7 dage om ugen både sommer og vinter, er faldet i perioden fra 2010 til 2021.

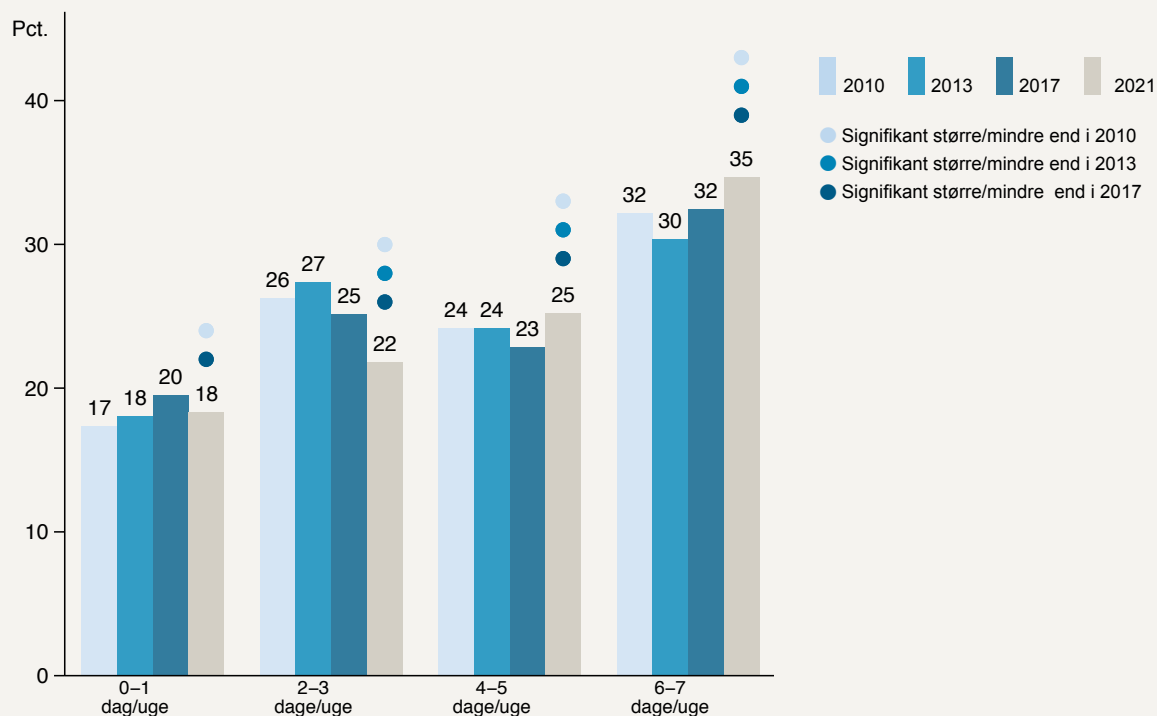
Andelen, der cykler 2-3 dage/uge, har kun ændret sig minimalt fra 2010, 2013 og 2017 til 2021. Andelen, der cykler 4-5 dage/uge, er faldet fra 2010 (kun sommer), 2013 og 2017 til 2021. For sommerperioden er andelen faldet fra 18 % i 2010 til 16 % i 2021.

Figur 4.1.S-4.4.S

Fysisk aktivitet i dagligdagen. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

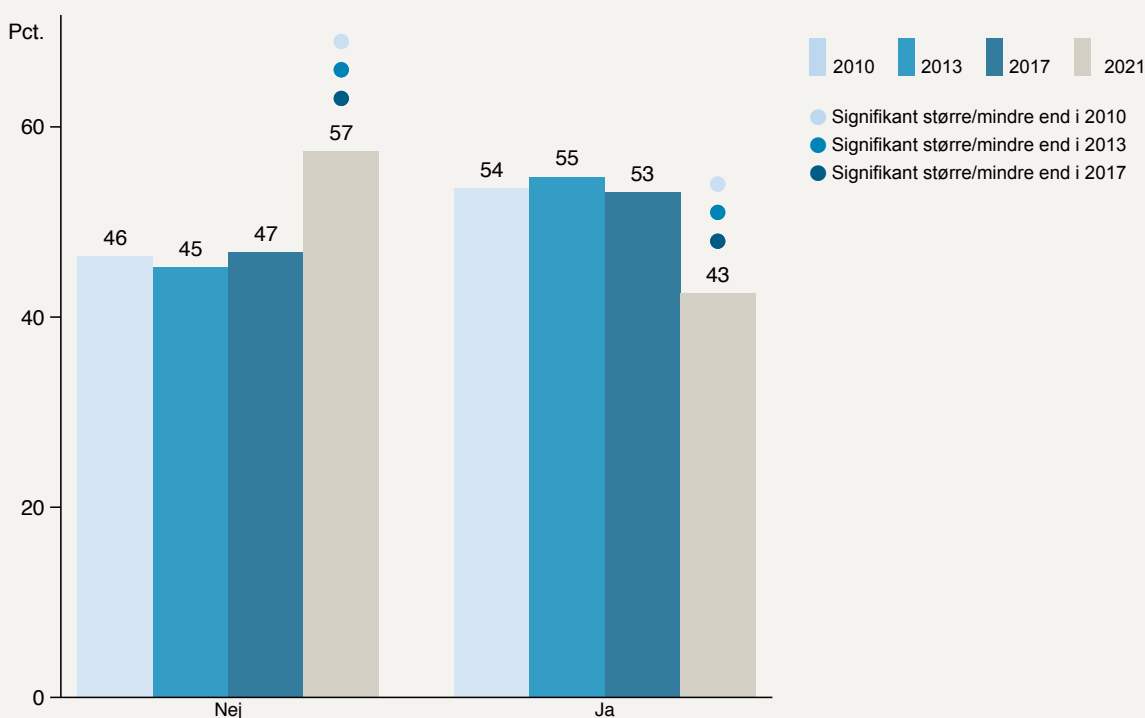
Figur 4.1.S

Hvor ofte er du fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



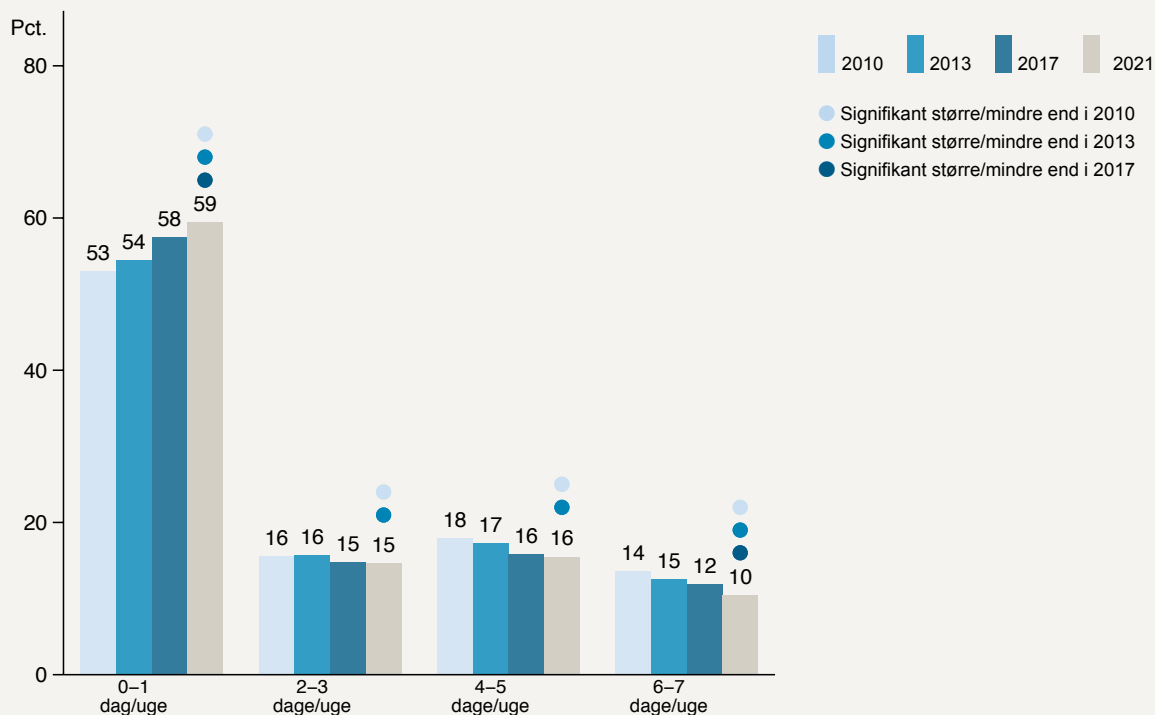
Figur 4.2.S

Dyrker du idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



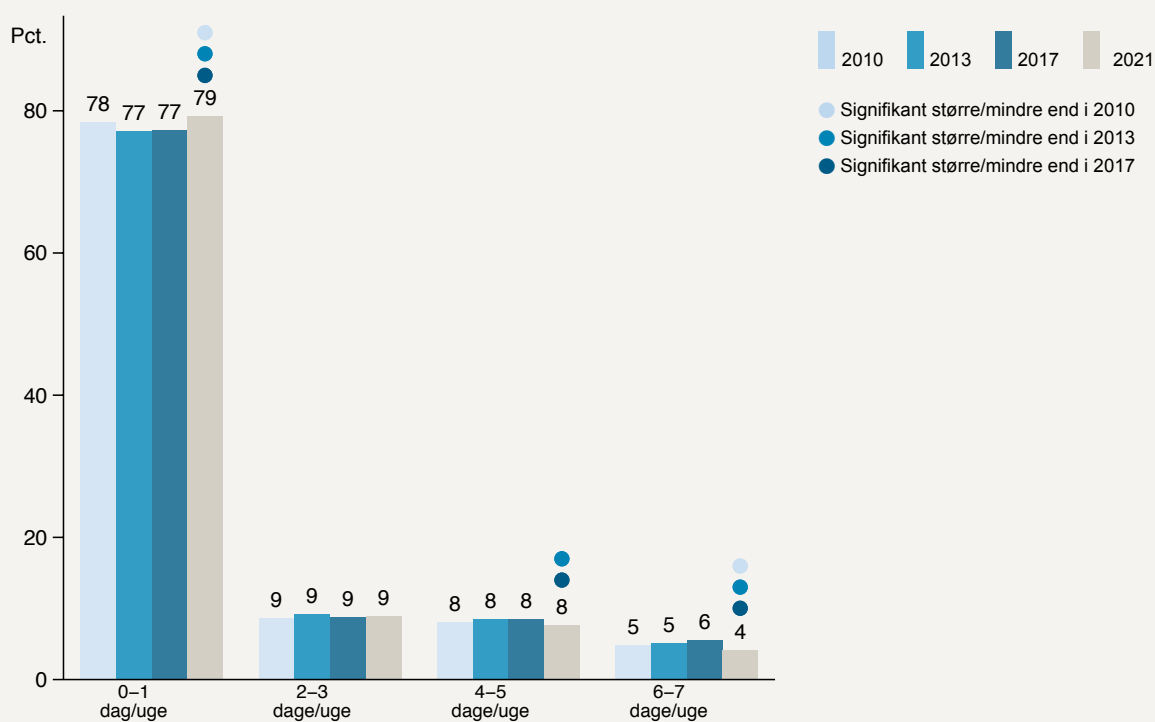
Figur 4.3.S

Hvor ofte cykler du til og fra daglige gøremål om sommeren? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 4.4.S

Hvor ofte cykler du til og fra daglige gøremål om vinteren? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 4.5.S

Fysisk inaktive – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		1 *	0,3	- 1 *
Køn				
Mand		1 *	1 *	- 0,2
Kvinde		0,7	- 0,6	- 2 *
Alder				
16-24 år		5 *	3 *	0,6
25-34 år		- 0,8	2	- 2
35-44 år		- 2 *	- 3 *	- 4 *
45-54 år		- 0,1	- 2 *	- 2 *
55-64 år		0,9	0,4	- 1
65-74 år		2 *	0,0	0,4
75+ år		0,5	- 1	- 1
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		7 *	3 *	1
Middel (11-14 år)		0,8	0,2	- 1 *
Højt (15+ år)		- 3 *	- 2 *	- 3 *

* Signifikant udvikling

Fysisk inaktive – køn, alder og uddannelse

Figur 4.5.S viser, at i perioden fra 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. Fra 2010 til 2021 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.

Fra 2013 til 2021 er andelen af fysisk inaktive blandt mænd steget. Der har samtidig været en stigning blandt de 16-24-årige og et fald blandt de 35-54-årige. Fra 2013 til 2021 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.

Fra 2017 til 2021 er andelen af fysisk inaktive blandt kvinder faldet, og der har ligeledes været et fald blandt de 35-54-årige. Fra 2017 til 2021 har der været et fald blandt personer med et middelhøjt og et højt uddannelsesniveau.

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

Figur 4.6.S

Fysisk inaktive – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Fysisk inaktive – kommuner

Figur 4.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af fysisk inaktive personer i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive i Hedensted og Herning Kommune på 4 procentpoint.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af fysisk inaktive i Lemvig Kommune på 4 procentpoint og et fald i Skanderborg Kommune på 4 procentpoint.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af fysisk inaktive i Ringkøbing-Skjern Kommune på 4 procentpoint og i Skanderborg Kommune på 3 procentpoint. Ingen kommuner har en stigning i andelen af fysisk inaktive.

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

Figur 4.7.S

Dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021				Udvikling i procentpoint		
	2010	2013	2017	2021	2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle	46	45	47	57	11 *	12 *	11 *
Køn							
Mand	48	47	48	58	10 *	11 *	10 *
Kvinde	45	43	46	57	12 *	14 *	11 *
Alder							
16-24 år	33	33	40	53	20 *	20 *	12 *
25-34 år	40	39	45	59	19 *	19 *	13 *
35-44 år	44	41	45	55	11 *	14 *	10 *
45-54 år	48	46	44	52	5 *	7 *	9 *
55-64 år	53	52	52	60	6 *	8 *	8 *
65-74 år	51	51	47	58	7 *	7 *	11 *
75+ år	66	65	60	68	2	3 *	8 *
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)							
Lavt (0-10 år)	65	64	63	74	9 *	10 *	11 *
Middel (11-14 år)	48	48	49	59	11 *	11 *	10 *
Højt (15+ år)	36	36	38	49	13 *	14 *	11 *

* Signifikant udvikling

Manglende motion i fritiden – køn, alder og uddannelse

Figur 4.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i forhold til køn, alder og uddannelse.

Fra 2010 til 2021 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, steget markant for både mænd og kvinder. Der har også været en stigning i alle aldersgrupper under 75 år, og der er en tendens til større stigninger blandt de yngre. Der ses også en stigning på alle tre uddannelsesniveauer.

I perioden fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, steget markant for både mænd og kvinder. Der har også været en stigning i alle aldersgrupper, og der er en tendens til større stigninger blandt de yngre. Der ses også en stigning på alle tre uddannelsesniveauer.

COVID-19-nedlukningen i 2021 har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens idræts- og motionsniveau. Det er ikke muligt at fastslå, hvor stor en del af ændringen der skyldes reelle ændringer over tid, og hvor stor en del der skyldes den aktuelle situation under COVID-19-nedlukningen.

Figur 4.8.S

Dyrker ikke idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Manglende motion i fritiden – kommuner

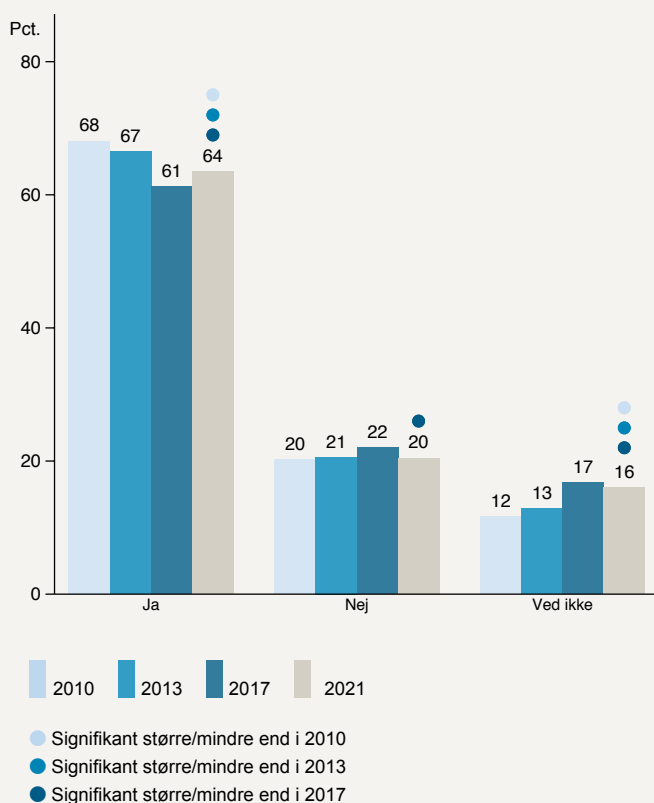
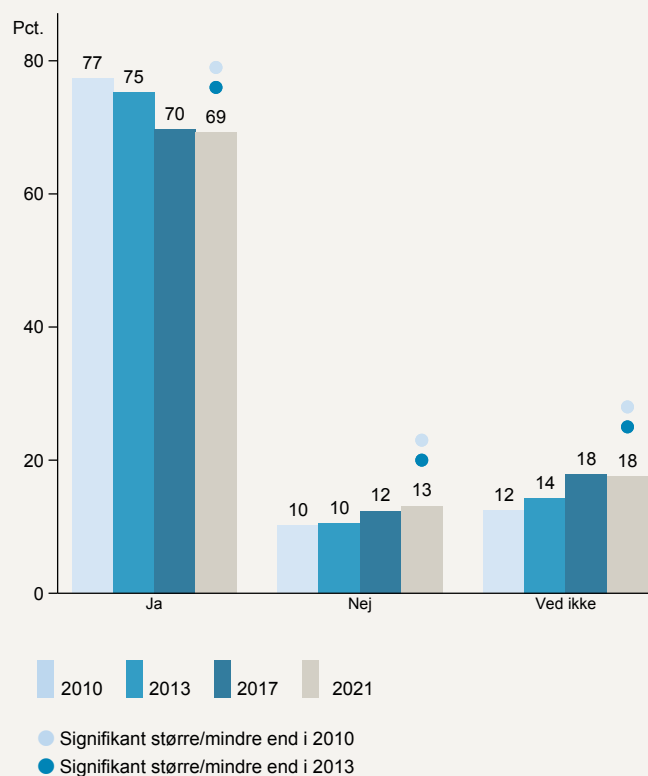
Figur 4.8.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion i fritiden, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021, 2013 til 2021 og 2017 til 2021 er andelen, der ikke dyrker idræt eller anden regelmæssig motion, steget markant i samtlige kommuner (undtagen på Samsø fra 2010 til 2021).

COVID-19-nedlukningen i 2021 har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens idræts- og motionsniveau. Det er ikke muligt at fastslå, hvor stor en del af ændringen der skyldes reelle ændringer over tid, og hvor stor en del der skyldes den aktuelle situation under COVID-19-nedlukningen.

Figur 4.9.S-4.10.S

Ønske om at være mere fysisk aktiv. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 4.9.SØnske om at være mere fysisk aktiv.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021**Figur 4.10.S**Ønske om at være mere fysisk aktiv blandt de fysisk inaktive.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

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.S viser udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, blandt alle i Region Midtjylland. Figur 4.10.S viser andelen af fysisk inaktive personer, der ønsker at være mere fysisk aktive.

I perioden fra 2010 til 2021 og fra 2013 til 2021 er der sket et markant fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive. Denne udvikling gør sig gældende både i hele befolkningen i Region Midtjylland (figur 4.9.S) og blandt de fysisk inaktive (figur 4.10.S).

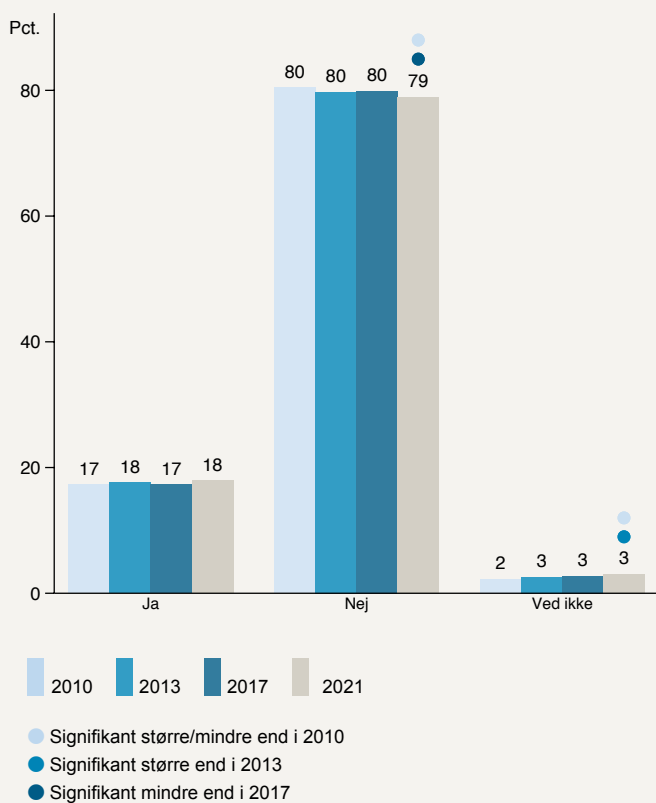
I perioden fra 2017 til 2021 er der sket en lille stigning i andelen i hele befolkningen, der ønsker at være mere fysisk aktive (figur 4.9.S), hvorimod andelen er uændret blandt de fysisk inaktive (figur 4.10.S). Dette tyder på, at ændringen i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive, er båret af personer, som er fysisk aktive.

Figur 4.11.S-4.12.S

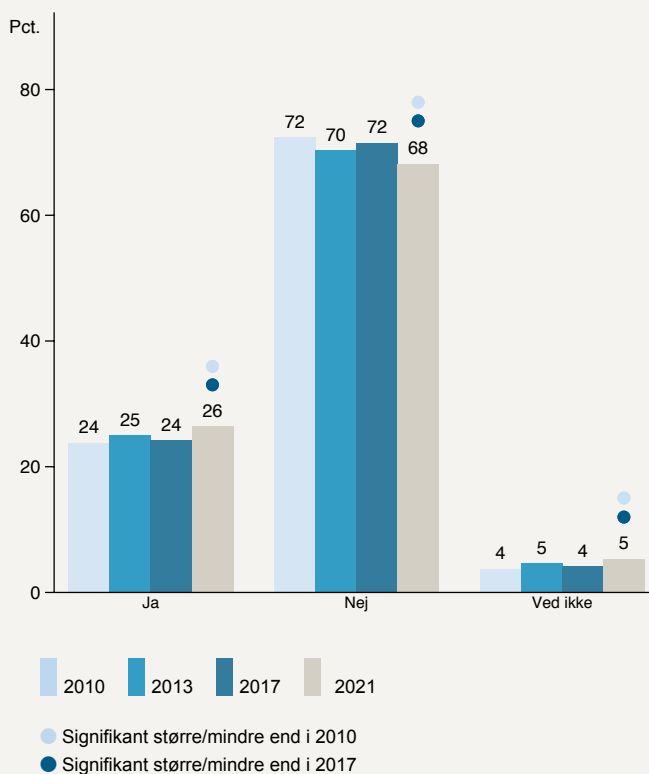
Råd fra egen læge om at dyrke motion. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 4.11.S

Råd fra egen læge om at dyrke motion. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

**Figur 4.12.S**

Råd fra egen læge om at dyrke motion blandt de fysisk inaktive. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 er sket et lille fald i forhold til at modtage råd fra egen læge om at dyrke motion. Figur 4.12.S viser, at der er sket en stigning fra 2010 til 2021 og fra 2017 til 2021 i andelen af fysisk inaktive, der har modtaget råd fra egen læge i forhold til at dyrke motion.

Sammenfatning

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive personer, men samtidig har der fra 2017 til 2021 været et fald i andelen af fysisk inaktive. Fra 2010 til 2021, 2013 til 2021 og 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der er fysisk aktive i 30 minutter om dagen 4-5 og 6-7 dage om ugen. 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.

Faldet i andelen af fysisk inaktive fra 2017 til 2021 skyldes et fald blandt kvinder, personer i alderen 35-54 år og personer med et middelhøjt eller højt uddannelsesniveau. Det er kun i Ringkøbing-Skjern og Skanderborg Kommune, at der ses et fald i andelen af fysisk inaktive fra 2017 til 2021.

Den kraftige stigning i andelen, der ikke dyrker idræt eller anden motion i fritiden, findes på tværs af køn, alder, uddannelsesniveau og kommuner.

I perioden fra 2010 til 2021 og fra 2013 til 2021 er der sket et fald i andelen, der ønsker at være mere fysisk aktive – både opgjort for hele befolkningen i Region Midtjylland og blandt de fysisk inaktive. Det er dog stadig 69 % af de fysisk inaktive, der ønsker at være mere fysisk aktive. Fra 2017 til 2021 er der en stigning i andelen, der ønsker at være fysisk aktive, i hele befolkningen, mens det er uændret blandt de fysisk inaktive.

Fra 2010 til 2021 har der kun været mindre ændringer i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion. Der er dog en stigning i andelen af fysisk inaktive, der har modtaget råd om motion fra egen læge. Det er fortsat omkring en fjerdedel af de fysisk inaktive, der i løbet af det seneste år har modtaget råd fra egen læge om at dyrke motion.

COVID-19-nedlukningen i 2021 har sandsynligvis haft en stor indvirkning på befolkningens fysiske aktivitetsniveau. Det er ikke muligt at fastslå, hvor stor en del af ændringen der skyldes reelle ændringer over tid, og hvor stor en del der skyldes 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. Overgaard K, Andersen LJ, Grønbæk M, Lichenstein MB, Nielsen RØ, Pedersen BK, m.fl. Supermotionisme. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2021.
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. Anbefalinger om fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
7. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København; 2018.
8. 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.
9. 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.
10. Matthiessen J, Biloft-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.
11. 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.
12. Wilke J, Mohr L, Tenforde AS, Edouard P, Foshati 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).

Fødevarestyrelsen har 7 officielle kostråd, som blev meldt ud i 2021 (10). 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 livsstile relaterede sygdomme som fx hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes og visse typer af kræft.

I dette kapitel opgøres befolkningens kostvaner ud fra en kostscore, der er udviklet ved Forebyggelse og Sundhed og Afdeling for Klinisk Epidemiologi, Region Hovedstaden (11). Kostscoren giver et samlet mål for kostens kvalitet. På baggrund af indtag af fire kostkomponenter (frugt, grønt, fisk og fedt) 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.

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?

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen med usundt kostmønster i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2021 i forhold til befolkningens ønske om at spise mere sundt.

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

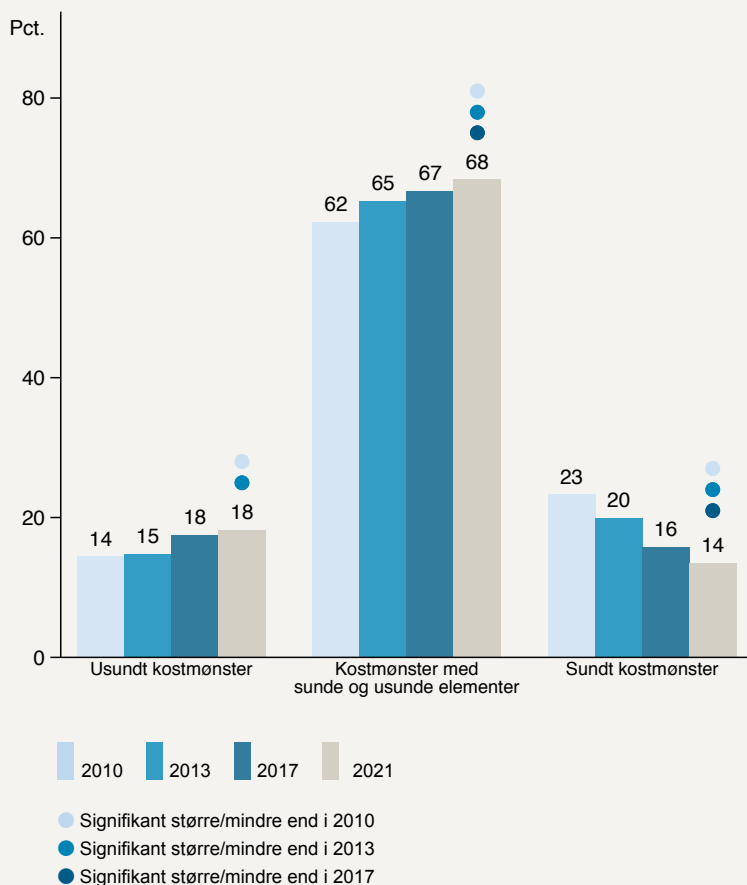
Boks 5.2

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.S

Det samlede kostmønster vurderet ved kostscoren. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 5.1.S viser udviklingen i kostmønsteret i perioden fra 2010 til 2021.

Det fremgår af figuren, at andelen med et usundt kostmønster er steget fra 14 % til 18 % i perioden fra 2010 til 2021, ligesom andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 62 % til 68 % i samme periode. Samtidig er andelen med et sundt kostmønster faldet fra 23 % til 14 %.

I perioden fra 2013 til 2021 har der ligeledes været en stigning i andelen med et usundt kostmønster (15 % til 18 %) og i andelen med et kostmønster, der indeholder sunde og usunde elementer (65 % til 68 %), mens andelen med et sundt kostmønster er faldet (20 % til 14 %).

Fra 2017 til 2021 er andelen med et usundt kostmønster uændret, mens andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 67 % til 68 %. Andelen med et sundt kostmønster er i denne periode faldet fra 16 % til 14 %.

Figur 5.2.S

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		4 *	3 *	0,6
Køn				
Mand		3 *	3 *	0,6
Kvinde		5 *	4 *	0,8
Alder				
16-24 år		3 *	6 *	0,7
25-34 år		2	3 *	0,7
35-44 år		4 *	3 *	0,6
45-54 år		8 *	7 *	2 *
55-64 år		4 *	3 *	0,6
65-74 år		2 *	1	0,0
75+ år		1	- 1	- 0,5
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		6 *	4 *	1
Middel (11-14 år)		4 *	3 *	0,8
Højt (15+ år)		4 *	3 *	2 *

* Signifikant udvikling

Usundt kostmønster – køn, alder og uddannelse

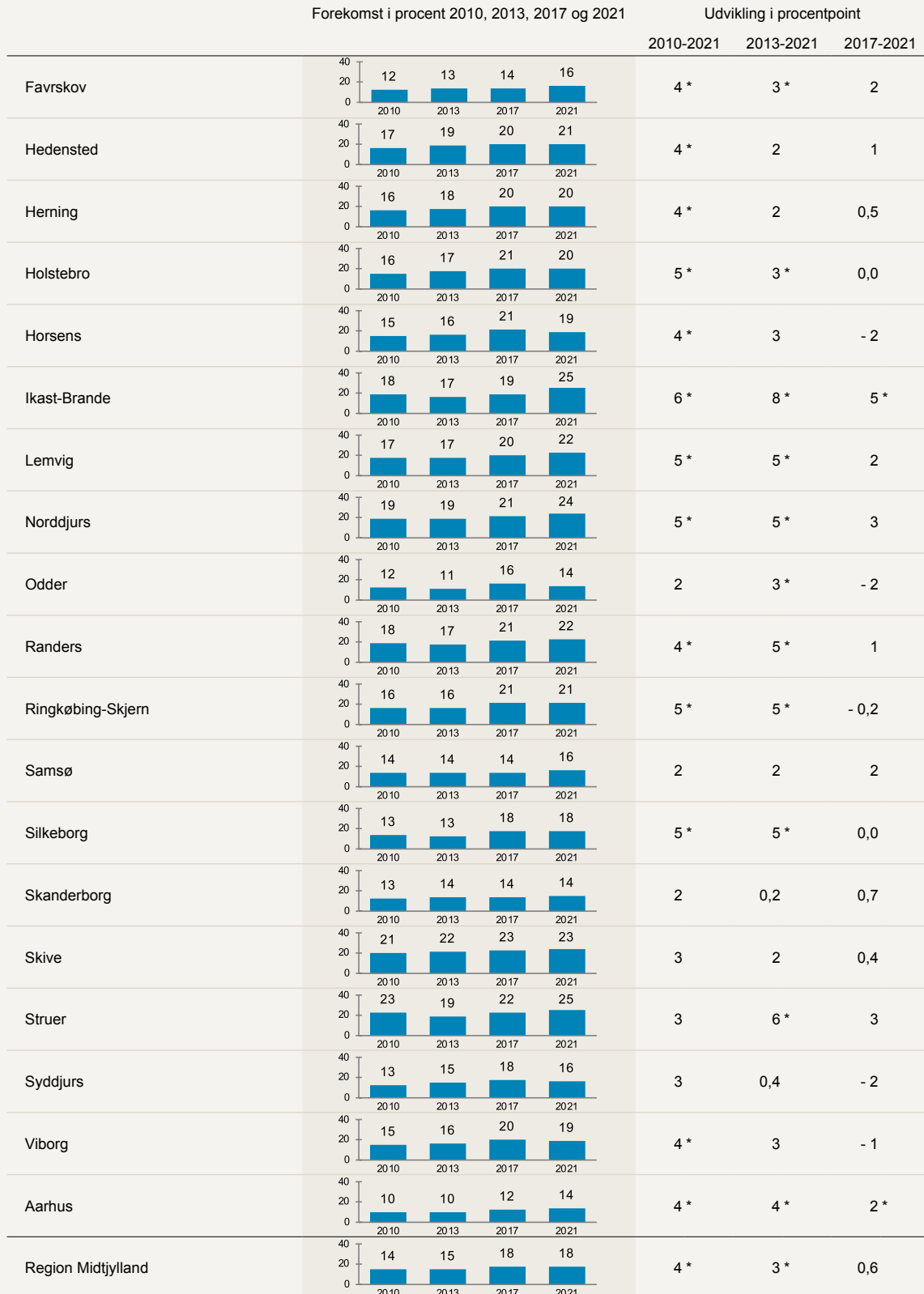
Figur 5.2.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 har været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-24 år og blandt de 35-74-årige. Den største stigning ses hos personer i alderen 45-54 år. I samme periode ses der også en stigning i andelen med et usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt både mænd og kvinder. Dertil ses en stigning på tværs af aldersgrupper på nær personer i alderen 65 år eller derover. Endvidere ses der en stigning i andelen med et usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 ses der kun en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer i alderen 45-54 år. Dertil ses der en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med et højt uddannelsesniveau.

Figur 5.3.S

Usundt kostmønster – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Usundt kostmønster – kommuner

Figur 5.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med et usundt kostmønster i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Norddjurs
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 4 procentpoint i kommunerne Favrskov, Hedensted, Herning, Horsens, Randers, Viborg og Aarhus til 6 procentpoint i Ikast-Brande.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster i følgende kommuner:

- Favrskov
- Holstebro
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Silkeborg
- Struer
- Aarhus

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov, Holstebro og Odder til 8 procentpoint i Ikast-Brande.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med et usundt kostmønster i to kommuner:

- Ikast-Brande
- Aarhus

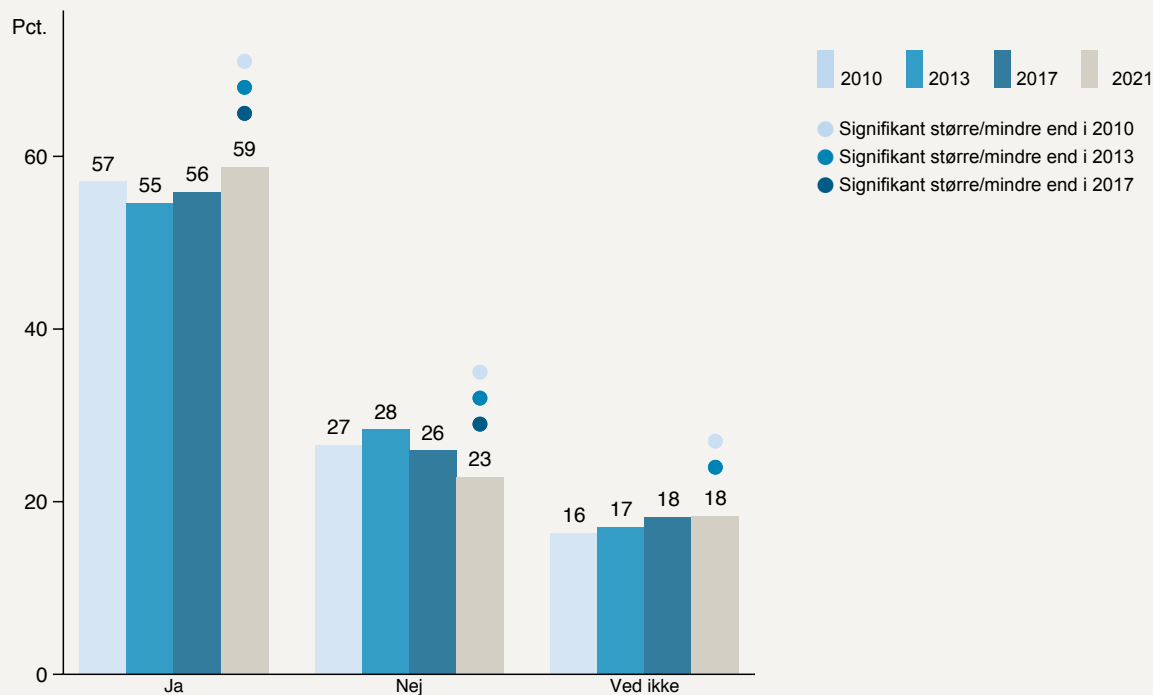
Den største stigning på 5 procentpoint ses i Ikast-Brande, mens der i Aarhus ses en stigning på 2 procentpoint i andelen med et usundt kostmønster.

Figur 5.4.S og 5.5.S

Ønske om at spise mere sundt. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

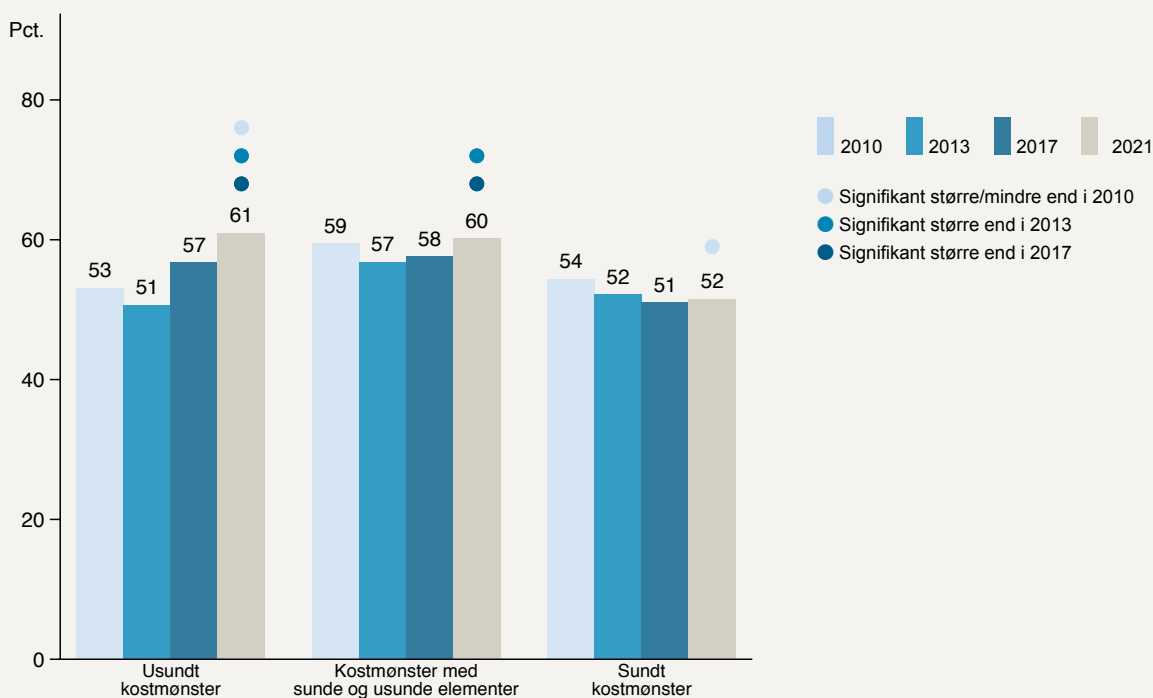
Figur 5.4.S

Vil du gerne spise mere sundt? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 5.5.S

Andel, der gerne vil spise mere sundt – i forhold til kostmønstre. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Hvor mange vil gerne spise mere sundt?

Figur 5.4.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der gerne vil spise mere sundt. Figur 5.5.S viser udviklingen i andelen, der gerne vil spise mere sundt, opdelt på baggrund af kostmønster.

Figur 5.4.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 har været en lille stigning i andelen, der ønsker at spise mere sundt, fra 57 % til 59 %. Figur 5.5.S viser, at i samme periode er andelen med et usundt kostmønster, der ønsker at spise mere sundt, steget fra 53 % til 61 %, mens der er sket et lille fald i andelen, der ønsker at spise mere sundt, blandt personer med et sundt kostmønster.

Figur 5.4.S viser, at fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt. Figur 5.5.S viser, at det både gælder for personer med et usundt kostmønster og blandt personer med et kostmønster, der både indeholder sunde og usunde elementer

Figur 5.4.S viser samme tendens i perioden fra 2017 til 2021, da andelen, der gerne vil spise mere sundt, er steget. Figur 5.5.S viser, at det både gælder blandt personer med et usundt kostmønster og blandt personer med et kostmønster med sunde og usunde elementer.

Sammenfatning

Der har været en stigning i andelen med usundt kostmønster i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var der 14 % med et usundt kostmønster, og i 2021 er andelen oppe på 18 %.

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 blandt de 35-74-årige. Den største stigning ses hos personer i alderen 45-54 år. I samme periode ses der også en stigning i andelen med et usundt kostmønster på tværs af uddannelsesniveau

Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en lille stigning i andelen, der gerne vil spise mere sundt. Stigningen ses især blandt dem, der har et usundt kostmønster.

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.
3. 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 (NutriCo-DE). *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. Fødevarestyrelsen. De Officielle Kostråd. Fødevarestyrelsen; 2021.
11. 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

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 (1). I Danmark er andelen af voksne med svær overvægt steget fra 13,6 % i 2010 til 16,8 % i 2017 (2). Der er fortsat ingen lande, som er lykkedes med at stoppe stigningen i overvægt (3), og der er ikke tegn på, at den globale stigning i svær overvægt har toppet endnu (4). Forekomsten af svær overvægt i Danmark er fortsat relativ lav i sammenligning med de øvrige OECD-lande (5), men den stigende forekomst af svær overvægt udgør en stor udfordring for den enkelte og for folkesundheden. Der er en stor og voksende social ulighed i forekomsten af svær overvægt (6, 7).

Svær overvægt har konsekvenser for det fysiske helbred (8) og kan føre til alvorlige følgesygdomme som type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme og forskellige former for kræft (1, 9, 10). Overvægt er desuden relateret til lidelser i bevægeapparatet som slidgigt og leddegigt (1, 9). Som følge heraf øger svær overvægt risikoen for færre sygdomsfrie år i alderen 40-75 år (11), og der er sammenhæng mellem overvægt og tidlig død (1, 9). Samtidig er oplevelsen af vægtstigmatisering forbundet med en yderligere øget risiko for at udvikle stress, spiseforstyrrelser, depression, angst og lavt selvværd (12-14).

Vægtstatus er i *Hvordan har du det?* målt ved hjælp af 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)?

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 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.

Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 beskrives generelt. Derudover sammenlignes udviklingen i andelen med moderat og svær overvægt i forhold til køn, alder og uddannelse og på tværs af kommuner.

Afslutningsvis beskrives udviklingen fra 2010 til 2021 i forhold til befolkningens ønske om at tabe sig og udviklingen i andelen, der har modtaget råd fra egen læge om vægttab.

Hvor mange personer er der med overvægt?

Figur 6.1.S viser udviklingen i befolkningens fordeling på vægtklasser fra 2010 til 2021.

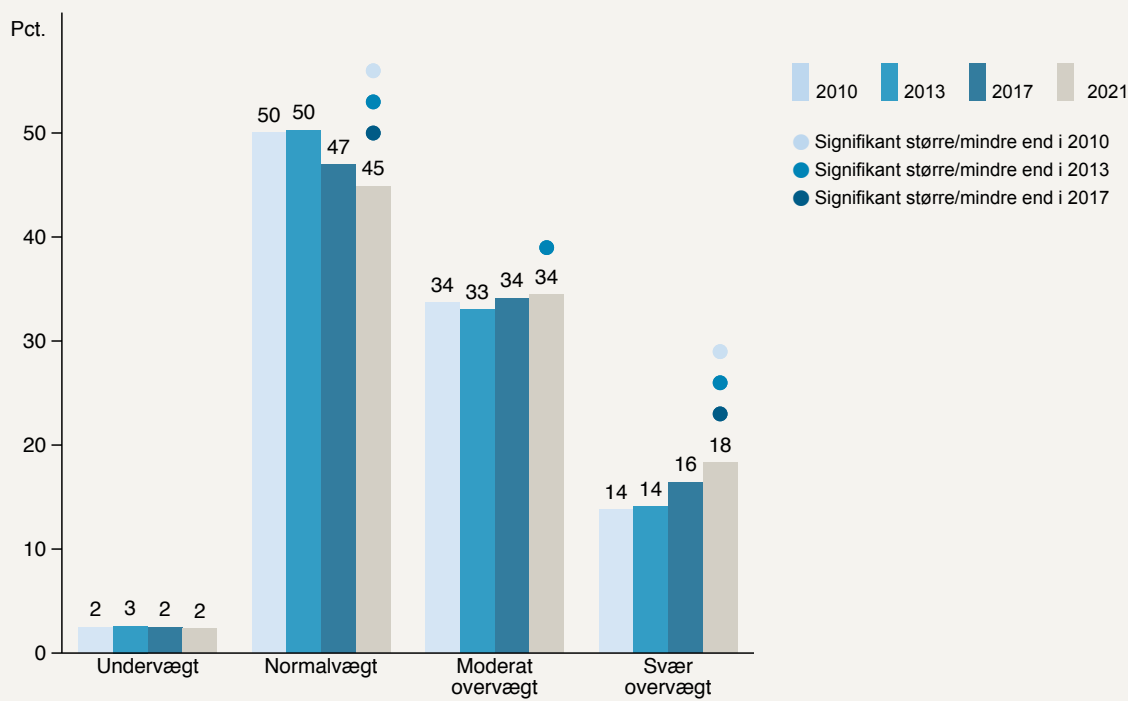
I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. Samtidig har der været et fald i andelen med normalvægt.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning både i andelen med moderat og med svær overvægt. Tilsvarende har der været et fald i andelen med normalvægt.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt. Tilsvarende har der været et fald i andelen med normalvægt.

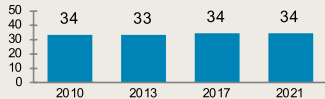
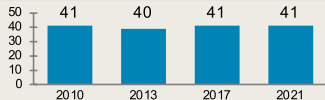
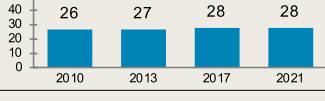
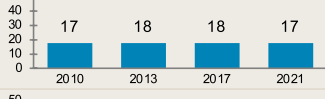
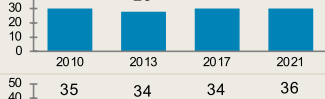
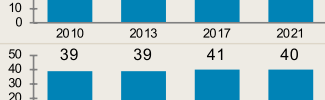
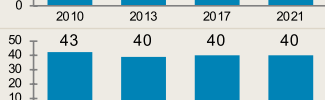
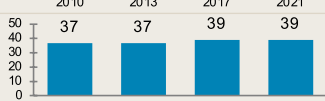
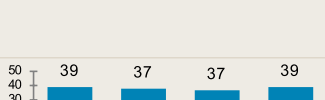
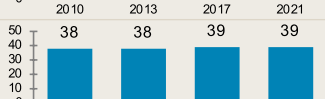
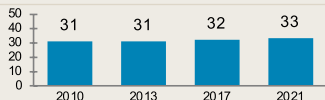
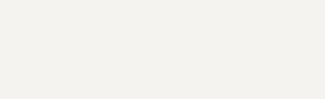
Figur 6.1.S

Befolkningen fordelt på vægtklasser. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Figur 6.2.S

Moderat overvægt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		0,7	1 *	0,3
Køn				
Mand		0,0	2 *	0,6
Kvinde		2 *	1 *	0,3
Alder				
16-24 år		-0,2	-1	-1
25-34 år		-0,2	2	0,1
35-44 år		1	2	1
45-54 år		1	0,8	0,8
55-64 år		1	1	-0,5
65-74 år		-3 *	0,4	0,1
75+ år		2	2	0,0
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		-0,4	1	2
Middel (11-14 år)		1	1 *	0,1
Højt (15+ år)		2 *	2 *	0,8

* Signifikant udvikling

Moderat overvægt – køn, alder og uddannelse

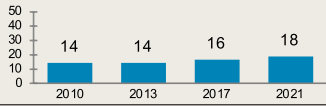
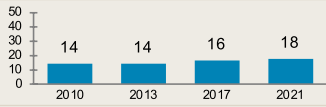
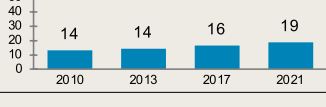
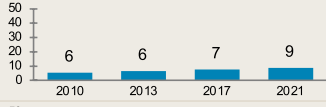
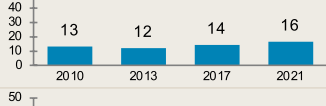
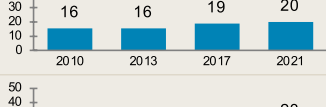
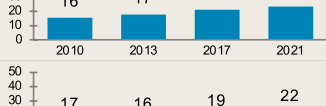
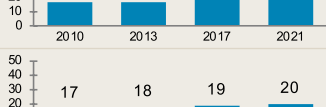


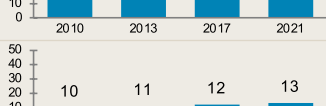
Figur 6.2.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 har været en stigning i andelen med moderat overvægt blandt kvinder og personer med et højt uddannelsesniveau, hvorimod der har været et fald i andelen med moderat overvægt blandt personer i alderen 65-74 år.

Fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med moderat overvægt blandt både mænd og kvinder samt blandt personer med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen med moderat overvægt hverken i forhold til køn, alder eller uddannelsesniveau.

Figur 6.3.S

Svær overvægt – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		5 *	4 *	2 *
Køn				
Mand		4 *	4 *	2 *
Kvinde		5 *	4 *	2 *
Alder				
16-24 år		3 *	3 *	2 *
25-34 år		3 *	4 *	2
35-44 år		4 *	4 *	0,5
45-54 år		8 *	6 *	3 *
55-64 år		5 *	6 *	3 *
65-74 år		3 *	2 *	1
75+ år		6 *	4 *	3 *
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		6 *	5 *	2
Middel (11-14 år)		6 *	6 *	3 *
Højt (15+ år)		3 *	2 *	1

* Signifikant udvikling

Svær overvægt – køn, alder og uddannelse

Af figur 6.3.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2021 og fra 2013 til 2021 har været en stigning i andelen med svær overvægt i alle grupper på tværs af køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der også været en stigning i andelen med svær overvægt. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt aldersgrupperne 16-24 år, 45-64 år og blandt personer på 75 år og derover samt blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

Figur 6.4.S

Moderat overvægt – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Moderat overvægt – kommuner

Figur 6.4.S viser, at der i perioden fra 2010 til 2021 ikke er sket nogen signifikante ændringer i andelen med moderat overvægt på kommuneniveau i Region Midtjylland.

Fra 2013 til 2021 ses der en stigning i andelen med moderat overvægt i Aarhus Kommune. I de resterende kommuner i Region Midtjylland har der ikke været nogen signifikante ændringer.

Fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen med moderat overvægt på kommuneniveau i Region Midtjylland.

Figur 6.5.S

Svær overvægt – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Svær overvægt – kommuner

Figur 6.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med svær overvægt i kommunerne i Region Midtjylland. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med svær overvægt i samtlige kommuner i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med svær overvægt i alle kommuner undtagen Horsens Kommune.

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 8 procentpoint på Samsø og i Skive.

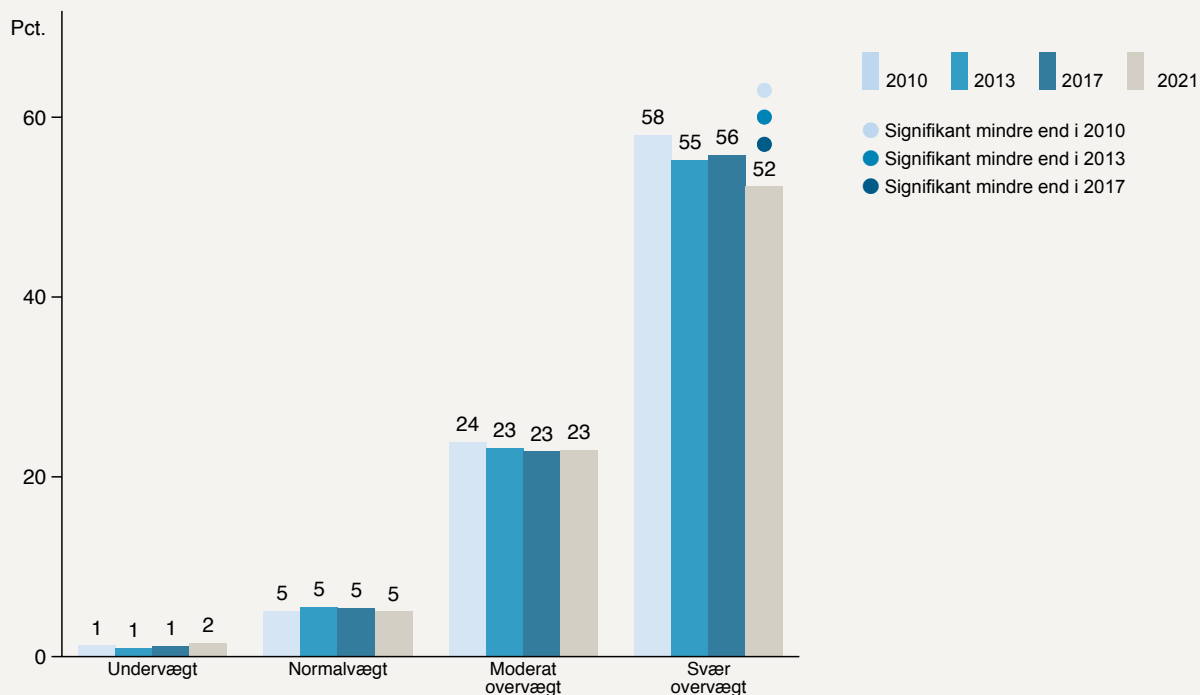
I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med svær overvægt i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Holstebro
- Norddjurs
- Samsø
- Struer
- Syddjurs
- Viborg

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov og Viborg til 6 procentpoint på Samsø.

Figur 6.6.S

Vil du gerne tabe dig?

Figur 6.6.SAndel, der i høj grad ønsker at tabe sig – i forhold til vægtklasse
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021**Hvor mange vil gerne tabe sig?**

Figur 6.6.S viser udviklingen i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, i forhold til vægtklasse. Der er i perioden fra 2010 til 2021, fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021 sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med svær overvægt. Der ses ingen signifikante ændringer i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, blandt personer med undervægt, normalvægt eller moderat overvægt.

Råd fra egen læge om vægttab

Figur 6.7.S viser udviklingen i andelen af befolkningen, der er blevet rådet til at tabe sig af egen læge indenfor de seneste 12 måneder.

I perioden fra 2010 til 2021 er der et fald i andelen, der har fået råd fra egen læge om vægttab.

Fra 2013 til 2021 er der også et fald i andelen, der har fået råd fra egen læge om vægttab.

I perioden fra 2017 til 2021 er der ikke sket signifikante ændringer i andelen, der har fået råd om vægttab.

Figur 6.8.S viser udviklingen i andelen af hele befolkningen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig, fordelt på vægtklasser.

Der er i perioden fra 2010 til 2021 sket et fald i andelen med moderat og svær overvægt, der er blevet rådet til at tabe sig af egen læge.

I perioden fra 2013 til 2021 ses ligeledes et fald i andelen med moderat og svær overvægt, der er blevet rådet til at tabe sig af egen læge.

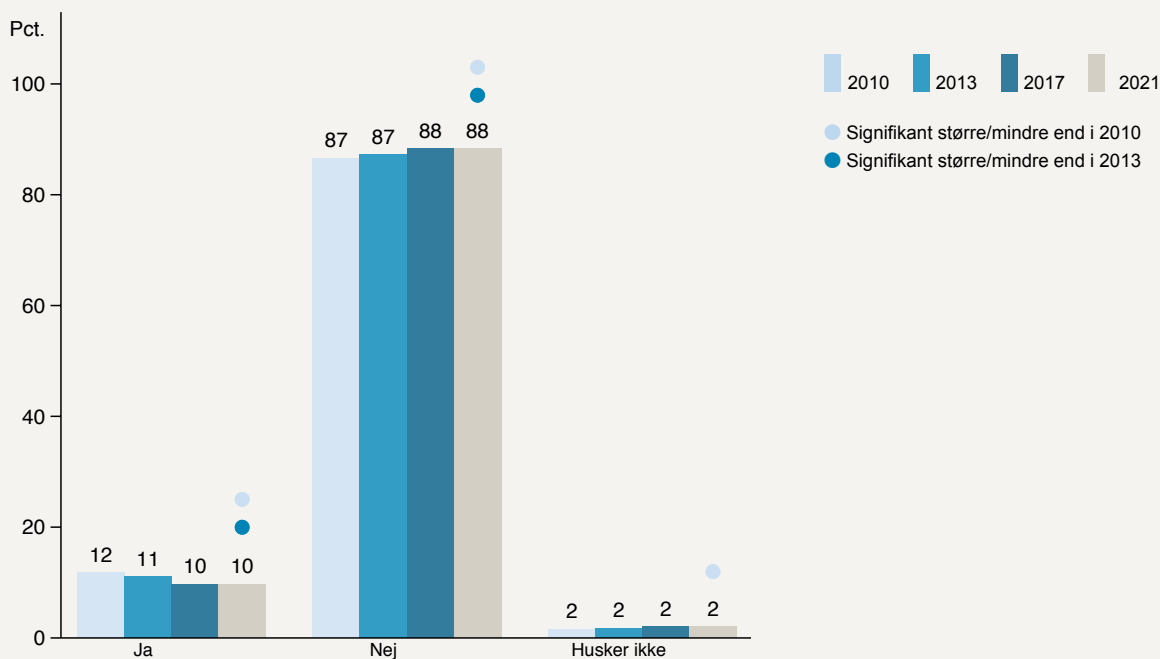
I perioden fra 2017 til 2021 er der sket et signifikant fald i andelen med svær overvægt, der er blevet rådet til at tabe sig af egen læge.

Figur 6.7.S og 6.8.S

Har du fået råd fra egen læge om vægttab? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Figur 6.7.S

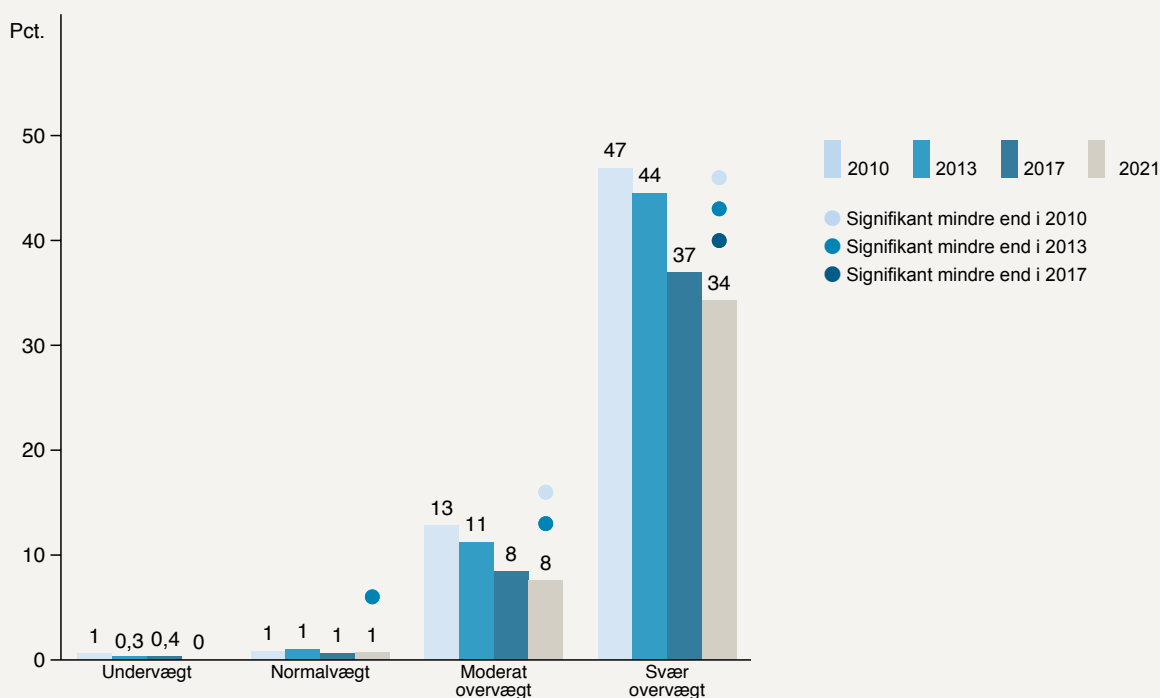
Har du fået råd fra egen læge om vægttab?
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Figur 6.8.S

Andel, der har fået råd fra egen læge om vægttab – i forhold til vægtklasse
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



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

Sammenfatning

I perioden fra 2010 til 2021 er der sket en stigning i andelen med svær overvægt, mens der er sket et fald i andelen med normalvægt. Derudover er der i perioden fra 2013 til 2021 ligeledes sket en stigning i andelen med moderat overvægt. Generelt set er der dermed en større andel med overvægt i Region Midtjylland end tidligere. Stigningen i forekomsten af svær overvægt ses på tværs af både køn, alder og uddannelsesniveau.

Der er ikke sket nogen generel ændring i andelen af moderat overvægtige, der i høj grad ønsker at tabe sig i perioden fra 2010 til 2021. I forhold til svær overvægt er der sket et fald i andelen, der i høj grad ønsker at tabe sig, fra 58 % til 52 %.

I perioden fra 2010 til 2021 er der ikke sket ændringer i andelen, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig. Fordelt i forhold til vægtklasser er der sket et signifikant fald både i andelen med moderat og med svær overvægt, der af egen læge er blevet rådet til at tabe sig.

Referencer

1. 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>].
2. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København; 2018.
3. WHO. Obesity [Hentet fra: https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_1].
4. OECD. The Heavy Burden of Obesity - The Economics of Prevention. 2019.
5. OECD. Obesity Update 2017. 2017.
6. 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.
7. Den Nationale Sundhedsprofil: Statens Institut for Folkesundhed, SDU & Sundhedsstyrelsen; 2018 [Hentet fra: <https://www.danskernessundhed.dk/>].
8. 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/>].
9. 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.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. Om stigmatisering: Nationalt Center for Overvægt; 2021 [opdateret 22. februar 2021. Hentet fra: <https://www.ncfo.dk/om-stigmatisering/>].

7. SELVVURDERET HELBRED

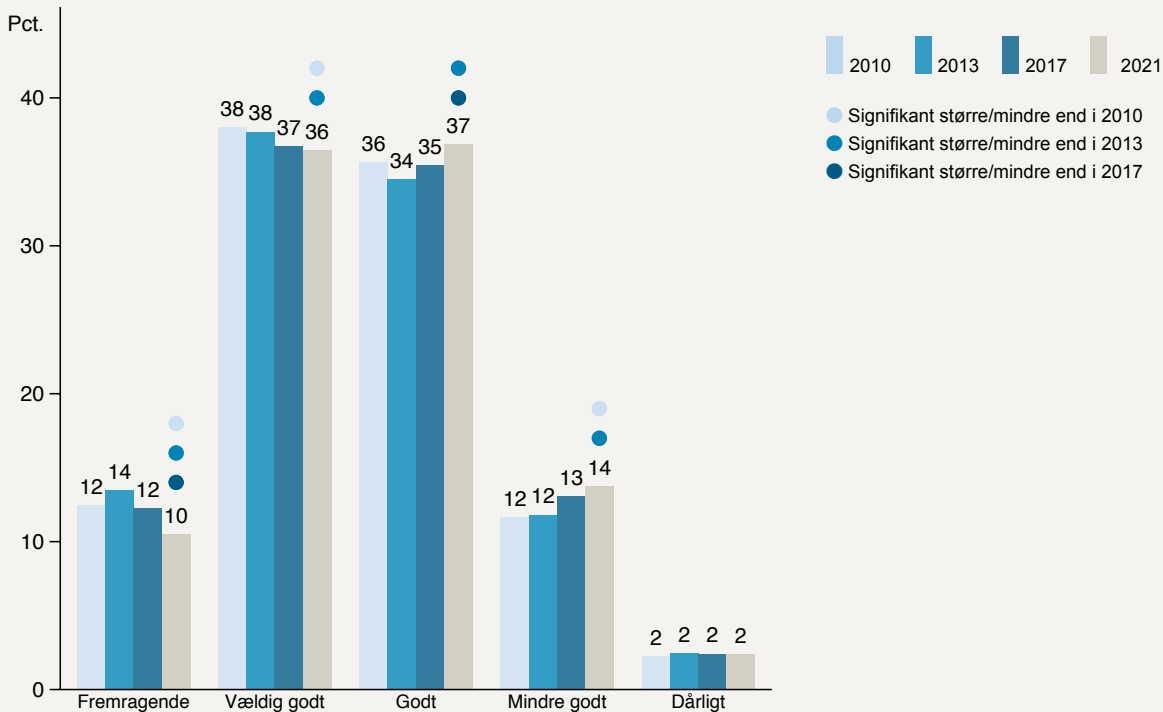
Selvvurderet helbred er en hyppigt anvendt helbredsindikator inden for folkesundhedsforskning, der ofte inkluderes i større befolkningsundersøgelser til at beskrive befolkningens generelle helbredstilstand (1, 2). Selvvurderet helbred er en persons subjektive vurdering af sin helbredstilstand og kan betragtes som personens egen opsummering og evaluering af forskellige aspekter ved helbredet, som ikke beskrives udtømmende ved en opstilling 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 udviklingen i andelen af befolkningen i Region Midtjylland, der betragter deres helbred som dårligt. Udviklingen beskrives i forhold til køn, alder, uddannelsesniveau og geografi.

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 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 på en skala fra dårligt til fremragende eller ved at sammenligne eget helbred med personer i samme alder (1). I *Hvordan har du det?* 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 det følgende som 'Godt helbred', mens de to sidste svarmuligheder betegnes som 'Dårligt helbred'.

Figur 7.1.S

Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt? Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Udviklingen i befolkningens selvvaluerede helbred

Figur 7.1.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i befolkningens selvvaluerede helbred.

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen, der angiver, at deres helbred er fremragende, faldet fra 12 % til 10 %. Tilsvarende har der været et fald i andelen med vældig godt helbred fra 38 % til 36 %. Omvendt har der været en stigning i andelen, der vurderer deres helbred som værende mindre godt, fra 12 % til 14 %. Samlet set har der været en stigning i andelen med dårligt selvvalueret helbred.

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen, der angiver, at deres helbred er fremragende, faldet fra 14 % til 10 %.

Tilsvarende har der været et fald i andelen med vældig godt helbred fra 38 % til 36 %. Omvendt har der været en stigning i andelen, der vurderer deres

helbred som værende godt, fra 34 % til 37 %.

Derudover har der været en stigning i andelen, der vurderer deres helbred som mindre godt, fra 12 % til 14 %. Samlet set har der været en stigning i andelen med dårligt selvvalueret helbred.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen med fremragende selvvalueret helbred fra 12 % i 2017 til 10 % i 2021. Omvendt har der været en stigning i andelen med godt selvvalueret helbred fra 35 % i 2017 til 37 % i 2021.

Den overordnede tendens er, at andelen, der vurderer deres helbred som fremragende eller vældig godt, er faldet, og andelen der vurderer deres helbred som godt eller mindre godt er steget, mens andelen, der vurderer deres helbred som dårligt er uændret. Samlet set har der været en stigning i andelen med dårligt selvvalueret helbred.

Figur 7.2.S

Dårligt selvvalueret helbred – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Dårligt selvvurderet helbred – køn, alder og uddannelse

Figur 7.2.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Region Midtjylland i forhold til køn, alder og uddannelse.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder samt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år. Omvendt har der været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 75 år og derover. I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred for både mænd og kvinder samt personer i alderen 16-44 år og 55-64 år. Blandt unge i alderen 16-24 år er andelen med dårligt selvvurderet helbred fordoblet. Omvendt har der været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 75 år og derover. Der har været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer i alderen 16-34 år samt personer med højt uddannelsesniveau.

Figur 7.3.S

Dårligt selv vurderet helbred – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Dårligt selvvurderet helbred – kommuner

Figur 7.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Region Midtjyllands 19 kommuner.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Holstebro
- Ikast-Brande
- Lemvig
- Norddjurs
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Struer
- Viborg

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Favrskov til 4 procentpoint i Hedensted, Lemvig, Struer og Viborg.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i følgende kommuner:

- Hedensted
- Lemvig
- Randers
- Struer
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Lemvig.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred i Lemvig Kommune (4 procentpoint).

Sammenfatning

Siden 2010 har der været et fald i andelen af befolkningen, der vurderer deres helbred som fremragende og godt, mens der tilsvarende er sket en stigning i andelen, der vurderer deres helbred som mindre godt.

Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen af befolkningen med dårligt selv vurderet helbred fra 14 % til 16 %. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-44 år samt de 55-64-årige og på tværs af uddannelsesniveau. En undtagelse er dog personer i alderen 75 år og derover, hvor andelen med dårligt selv vurderet helbred er faldet fra 31 % til 27 %.

Siden 2017 har der ikke været nogen ændring i andelen med dårligt selv vurderet helbred, når vi ser overordnet på hele Region Midtjyllands befolkning. Dog har der i denne periode været en markant stigning i andelen med dårligt selv vurderet helbred blandt personer i alderen 16-34 år samt personer med højt 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 frugtbar og nyttigt begreb i arbejdsmiljøforskning og forebyggelse? 1999, Arbejdsmiljøfondet: København.

8. MENTAL SUNDHED

Der er en stigende erkendelse af, at mental sundhed har stor betydning for helbred, uddannelse og beskæftigelse. Og de seneste år har der været en stor bekymring for coronapandemiens betydning for befolkningens mentale sundhed. Formålet med dette kapitel er at give en beskrivelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed. Først introduceres centrale begreber og viden om interventionsmuligheder. Dernæst præsenteres fem vinkler på udviklingen i mental sundhed: 1) trivsel og livskvalitet, 2) stress, 3) angst og anspændthed, 4) ensomhed og 5) symptomer på depression.

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. En tilstand af trivsel giver mulighed for at udfolde egne evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber (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).

WHO fremhæver, at den begrebslige og organisatoriske opdeling i mentalt helbred og fysisk helbred er en barriere for arbejdet med sundhed (4). Denne pointe bygger blandt andet på forskning, som har vist, 1) at psykiske lidelser 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. Det fysiske helbred påvirker i betydelig grad den enkeltes mentale helbred, ligesom mentalt helbred har væsentlig betydning for det fysiske helbred. Endvidere er psykiske lidelser forbundet med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (f.eks. rygning, alkohol og seksuel risikoadfærd), som blandt andet øger risikoen for kræft, hjerte-kar-lidelser og seksuelt overførte sygdomme. I tråd hermed forekommer somatiske sygdomme generelt hyppigere blandt personer med psykiske lidelser end i den øvrige befolkning (4, 5). Den forventede levetid blandt psykiatriske patienter er cirka 5-10 år kortere end i den øvrige befolkning (6, 7).

Udviklingen i mental sundhed og mentale helbredsproblemer

Det er vanskeligt at tegne 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.

Den nationale sundhedsprofil peger på en stigning fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt mentalt helbred og et højt stressniveau (8). Stigningen er overvejende sket fra 2013 til 2017. Angående psykiske lidelser peger registeroplysninger på en stigning i antallet af voksne (18+ år), der har været i kontakt med den regionale psykiatri på grund af angsttilstande og depression (9), og som får en psykiatrisk diagnose (10).

Rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* har på baggrund af danske repræsentative undersøgelser og registerdata kortlagt de foregående 20-30 års udvikling hos børn og unge (11). Kortlægningen dokumenterer en stigning i forekomsten af psykiske lidelser og en række selvrapporterede indikatorer for dårlig mental sundhed, og 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.

Sammenfattende tyder undersøgelser på, at der overordnet er sket en forværring af børn og unges mentale sundhed og mentale helbred (især blandt unge kvinder). Udviklingen i den voksne del af befolkningen er mindre klar, om end der ses tegn på en negativ udvikling i årene op til coronapandemien.

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 (4). 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 (12-14). Det kan eksempelvis dreje sig om kampagner, som sigter mod åbenhed omkring mentale helbredsproblemer og afstigmatisering af psykisk sygdom (15). Set fra dette perspektiv vil selv en mindre forbedring af befolkningens mentale sundhed føre til en reduktion i forekomsten af psykiske lidelser (12, 13, 16). En anden dominerende tilgang til arbejdet 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 (4).

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 (17). Mange kommuner har blandt andet på den baggrund udarbejdet en politik for mental sundhed og styrket deres indsats inden for forskellige fagområder (18). I kommunalt regi ses både sundhedsfremmende tiltag (19) og forebyggende og afhjælpende indsatser, der sigter mod forskellige problemer, som er forbundet med mental sundhed og mentalt helbred (18). Indsatserne spænder bredt fra stresspolitikker over skolebaserede antimobbestrategier til indsatser for personer med lettere angst- og depressionstilstande.

Kapitlets opbygning

Som nævnt er formålet med dette kapitel at beskrive udviklingen i befolkningens mentale sundhed ud fra forskellige vinkler. I analysen beskrives først udviklingen i trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi. Dernæst beskrives udviklingen i andelen med stress, angst og anspændthed, ensomhed og symptomer på depression i forhold til køn, alder, uddannelse og geografi.

Mental sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at være opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det? 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 periode. En del af disse udsving vil formentlig normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i befolkningens mentale sundhed skal derfor foretages med forsigtighed.

Trivsel og livskvalitet

Den samlede oplevelse af egen trivsel og livskvalitet udgør en bred parameter for mental sundhed og anvendes i analysen til at beskrive borgernes overordnede oplevelse af mental sundhed.

Trivsel og livskvalitet er to nært beslægtede paraplybegreber (20): *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) (21, 22). Selvvurderet trivsel og livskvalitet inkluderer således livsaspekter, som er centrale for 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.

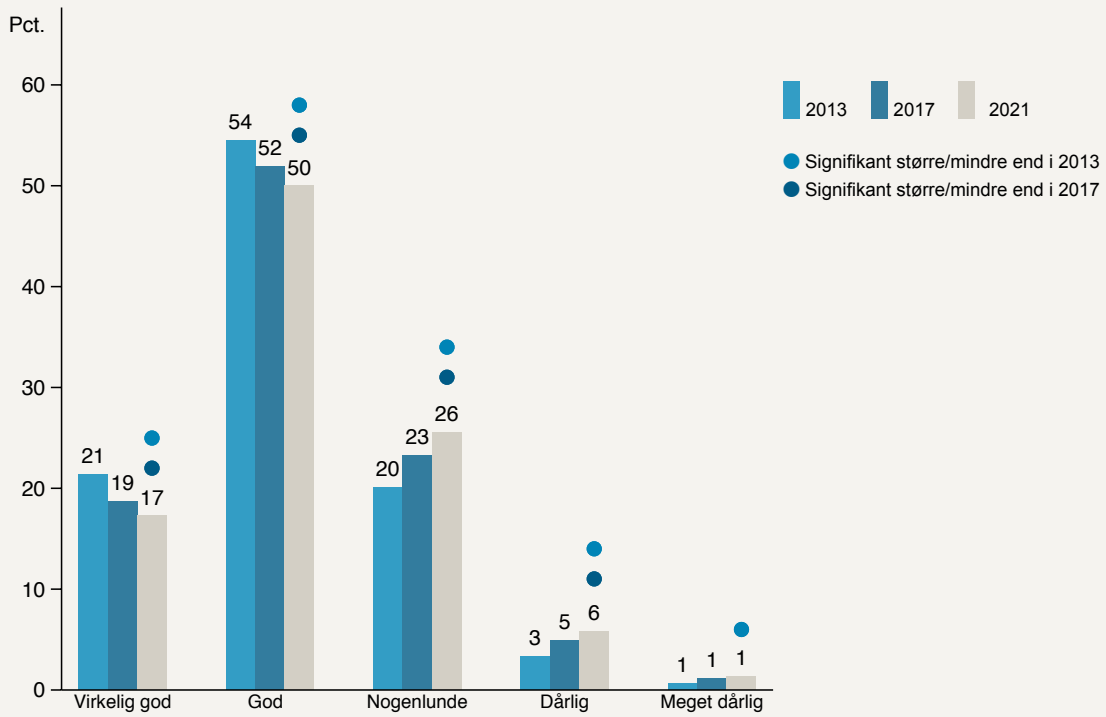
Figur 8.1.S viser udviklingen i trivsel og livskvalitet fra 2013 til 2021 i befolkningen som helhed. Spørgsmålet indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010.

Fra 2013 til 2021 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved alle fem svarmuligheder. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er henholdsvis *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, som angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *nogenlunde*, *dårlig* og *meget dårlig*.

Fra 2017 til 2021 har der været signifikante ændringer i vurderingen af trivsel og livskvalitet ved svarmulighederne *virkelig god*, *god*, *nogenlunde* og *dårlig*. Andelen, der angiver, at deres trivsel og livskvalitet er *virkelig god* og *god*, er faldet, mens der har været en stigning i andelen, der angiver, at deres trivsel er *nogenlunde* og *dårlig*.

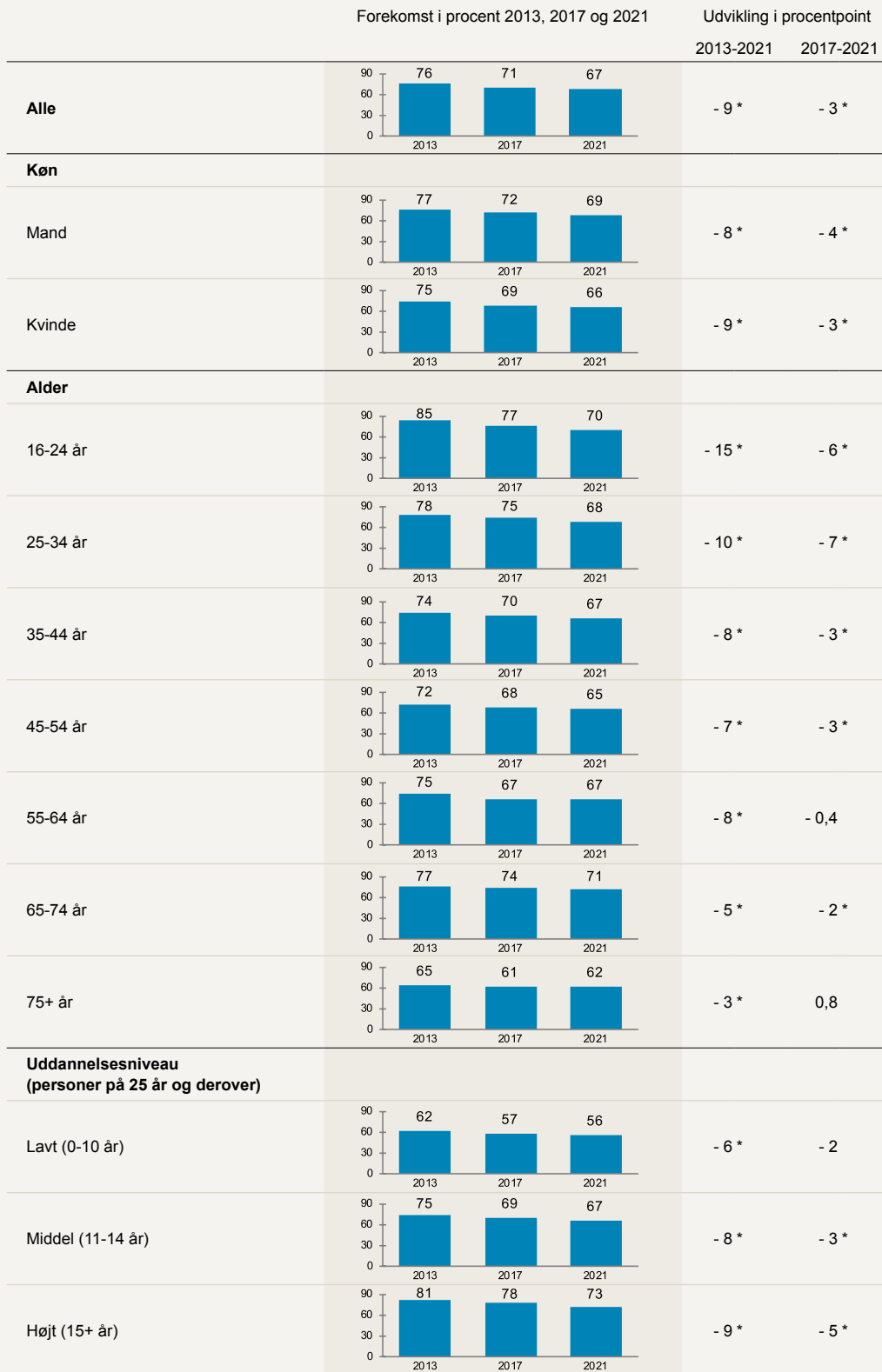
De første to svarmuligheder betegnes i det følgende som *god trivsel og livskvalitet*.

Figur 8.1.S
 Trivsel og livskvalitet. Udviklingen fra 2013 til 2021



Figur 8.2.S

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



* Signifikant udvikling

God trivsel og livskvalitet – køn, alder og uddannelse

Figur 8.2.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 er der sket et fald fra 76 % til 67 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 25-34-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet fra henholdsvis 85 % til 70 % og fra 78 % til 68 %.

Fra 2017 til 2021 er der sket et fald fra 71 % til 67 % i andelen med god trivsel og livskvalitet. Faldet ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-54-årige og 65-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. De mest markante fald er blandt de 16-24-årige og 25-34-årige, hvor andelen af borgere med god trivsel og livskvalitet er faldet fra henholdsvis 77 % til 70 % og fra 75 % til 68 %.

Figur 8.3.S

God trivsel og livskvalitet – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



* Signifikant udvikling

God trivsel og livskvalitet – kommuner

Figur 8.3.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med god trivsel og livskvalitet i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i alle kommuner. Faldet varierer fra 6 procentpoint i Norddjurs til 11 procentpoint i Favrskov.

Fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen med god trivsel og livskvalitet i Favrskov, Randers, Skive og Aarhus. Faldet varierer fra 4 procentpoint i Favrskov og Randers til 5 procentpoint i Skive og Aarhus.

Figur 8.4.S

Høj score på stressskalaen (PSS \geq 18) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
Alle		10 *	6 *
Køn			
Mand		9 *	5 *
Kvinde		10 *	6 *
Alder			
16-24 år		21 *	12 *
25-34 år		14 *	10 *
35-44 år		13 *	9 *
45-54 år		5 *	2 *
55-64 år		7 *	2 *
65-74 år		4 *	3 *
75+ år		2	2
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)			
Lavt (0-10 år)		7 *	2
Middel (11-14 år)		8 *	4 *
Højt (15+ år)		8 *	6 *

* Signifikant udvikling

Stress

Stress er et væsentligt problem med store personlige og samfundsmæssige omkostninger og en vigtig årsag til sygefravær (23, 24). Stress kan beskrives som en tilstand af kropslig og psykisk ubalance. Jo højere stressniveau, jo dårligere trivsel. Det oplevede stressniveau er derfor en vigtig indikator for dårlig mental sundhed.

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 (25). Der er blandt andet forskningsmæssig dokumentation for, at stress øger risikoen for influenza, hjerte-kar-lidelser, hjerneblødning/blodprop i hjernen, depression og kortere levetid (26, 27).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for oplevet stress: Perceived Stress Scale (PSS) (28, 29). 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. 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 (30).

Man kan score fra 0 til 40 point på PSS. Jo højere score, desto større grad af oplevet stress. Man kan opleve en mindre eller større grad af stress, og 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 den brede befolkningsgruppe, dvs. personer med en PSS-score på 18-40 point.

Nogle af spørgsmålene, som indgår i PSS, blev ændret fra 2010 til 2013. Derfor belyses udviklingen i andelen med en høj score på stressskalaen kun fra 2013 til 2021.

Høj score på stressskalaen – køn, alder og uddannelse

Figur 8.4.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med en høj score på stressskalaen i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 er der sket en stigning fra 19 % til 29 % i andelen med en høj score på stressskalaen. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Den meste markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er steget fra 22 % til 44 %.

Fra 2017 til 2021 er der sket en stigning fra 23 % til 29 % i andelen med en høj score på stressskalaen. Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og for personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen af borgere med en høj score på stressskalaen er steget fra 32 % til 44 %. I forhold til uddannelsesniveau har stigningen i andelen med en høj score på stressskalaen været størst blandt personer med et højt uddannelsesniveau og er ikke signifikant blandt personer med et lavt uddannelsesniveau, hvilket tyder på, at den sociale ulighed i andelen med en høj score på stressskalaen er mindsket.

Figur 8.5.SHøj score på stressskalaen (PSS \geq 18) – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

* Signifikant udvikling

Høj score på stressskalaen – kommuner

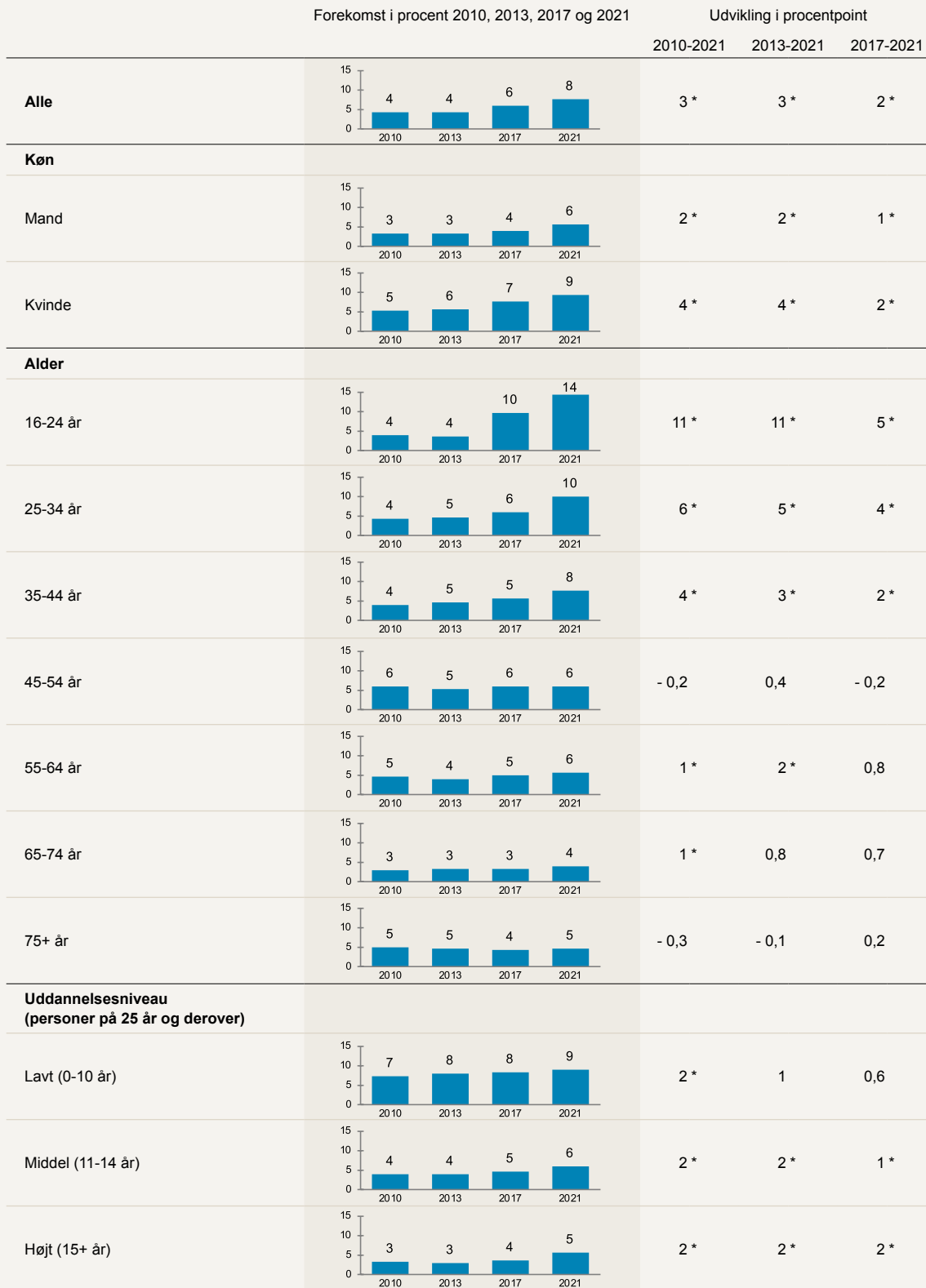
Figur 8.5.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med en høj score på stressskalaen i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner. Stigningen varierer fra 5 procentpoint i Skive til 12 procentpoint i Aarhus.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i alle kommuner, undtagen i Horsens, Ikast-Brande og Syddjurs. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Odder og Ringkøbing-Skjern til 8 procentpoint i Aarhus.

Figur 8.6.S

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Generet af angst og anspændthed

De fleste mennesker oplever ind imellem helbredsge-
ner og symptomer, f.eks. symptomer på angst og an-
spændthed (31), som kan påvirke den enkeltes trivsel
og være årsag til sygefravær (32, 33). Udviklingen
i forekomsten af mentale helbredsgegener 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 (34). Fore-
komsten af angstlidelser inden for de foregående 12
måneder skønnes at være 6-18 % på befolkningsni-
veau med hyppigere forekomst hos kvinder end hos
mænd (35). Såfremt lidelserne ikke behandles med
psykoterapi og/eller medicin, er de forbundet med
nedsat livskvalitet og kan blandt andet være hindren-
de for uddannelse, beskæftigelse og socialt samvær
(35, 36). De fleste angstlidelser forbliver ubehandlede
(36).

Ifølge rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark* (37)
registreres der årligt knap 120.000 psykiatriske
ambulante hospitalsbesøg med en angsttilstand som
aktionsdiagnose, svarende til 13 % af alle psykiatri-
ske 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. I det følgende fokuseres
der på den del af befolkningen, som har angivet, at
de er *meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og
angst*. Denne gruppe betegnes *generet af angst og
anspændthed*.

Det skal understreges, at der ikke er tale om et
spørgsmål, som bygger på diagnostiske kriterier for
angsttilstande. Det enkeltstående spørgsmål anven-
des alene til at belyse, om deltagerne oplever at være
generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Generet af angst og anspændthed – køn, alder og uddannelse

Af figur 8.6.S fremgår udviklingen fra 2010 til 2021
i andelen af borgere, der er generet af angst og
anspændthed i forhold til køn, alder og uddannelses-
niveau.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning
i andelen, der er generet af angst og anspændthed.
Stigningen ses for både mænd og kvinder, blandt
personer i alderen 16-44 år og 55-74 år og på tværs
af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 ses også en signifikant stigning i
andelen, der er generet af angst og anspændthed.
Denne stigning ses for både mænd og kvinder, perso-
ner i alderen 16-44 år og 55-64 år og blandt personer
med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Den
mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, idet
andelen, der er generet af angst og anspændthed, er
steget fra 4 % til 14 %.

Fra 2017 til 2021 har der ligeledes været en signifi-
kant stigning i andelen, der er generet af angst og
anspændthed. Denne stigning ses for både mænd og
kvinder, personer i alderen 16-44 år og blandt perso-
ner med et middelhøjt og højt uddannelsesniveau. De
mest markante stigninger ses hos de 16-24-årige og
25-34-årige, idet andelen, der er generet af angst og
anspændthed, er steget fra henholdsvis 10 % til 14 %
og 6 % til 10 %.

Figur 8.7.S

Generet af angst og anspændthed – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Generet af angst og anspændthed – kommuner

Figur 8.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Horsens
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Samsø
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Favrskov, Hedensted, Herning, Ikast-Brande, Norddjurs, Randers, Skanderborg, Skive og Syddjurs til 5 procentpoint på Samsø.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Horsens
- Lemvig
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Samsø
- Silkeborg
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Lemvig, Norddjurs, Skanderborg og Skive til 4 procentpoint i Randers, på Samsø, i Viborg og Aarhus.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der er generet af angst og anspændthed, i følgende kommuner:

- Randers
- Struer
- Aarhus

I alle tre kommuner ses en stigning på 3 procentpoint.

Figur 8.8.S

Ensomhed – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Ensomhed

Ensomhed er en ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (38, 39). Det er væsentligt at skelne mellem social isolation, som er et objektivi 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 (40, 41). Undersøgelser tyder på, at følelsen af ensomhed især er forbundet med kvaliteten af den enkeltes sociale relationer (42, 43).

Ensomhed er en væsentlig determinant for både mentalt og fysisk helbred (44-46) og øger blandt andet risikoen for depression (44, 47), forhøjet blodtryk (48), hjerte-kar-lidelser (46, 49), søvnforstyrrelse (50), smerter (51) og kortere levetid (45, 52).

I *Hvordan har du det?* anvendes et standardiseret og anerkendt mål for ensomhed: the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (53). T-ILS omfatter tre spørgsmål, der belyser, i hvilket omfang svarpersonen føler sig isoleret, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor.

T-ILS belyser ensomhed som en følelse, der varierer i den oplevede intensitet og er en forkortet version af UCLA Loneliness Scale (54), som er det mest anvendte instrument i forhold til måling af ensomhed. T-ILS er udviklet til brug i befolkningsundersøgelser (53), 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 (53, 55). Scoren på T-ILS går fra 3 til 9 point. Jo højere score, jo højere grad af ensomhedsfølelse. 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 svarperson 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 (56). 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 målinger af ensomhed i spørgeskemaundersøgelser tidligere har vist sig forholdsvis stabile over tid (57). 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 kun fra 2017 til 2021.

Ensomhed – køn, alder og uddannelse

Figur 8.8.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der føler sig ensomme i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der været en 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, hvor andelen, der føler sig ensomme, er steget fra 12 % til 22 %.

Ensomhed under coronapandemien

Da data til *Hvordan har du det? 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 foretages med forsigtighed.

Figur 8.9.S

Ensomhed – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

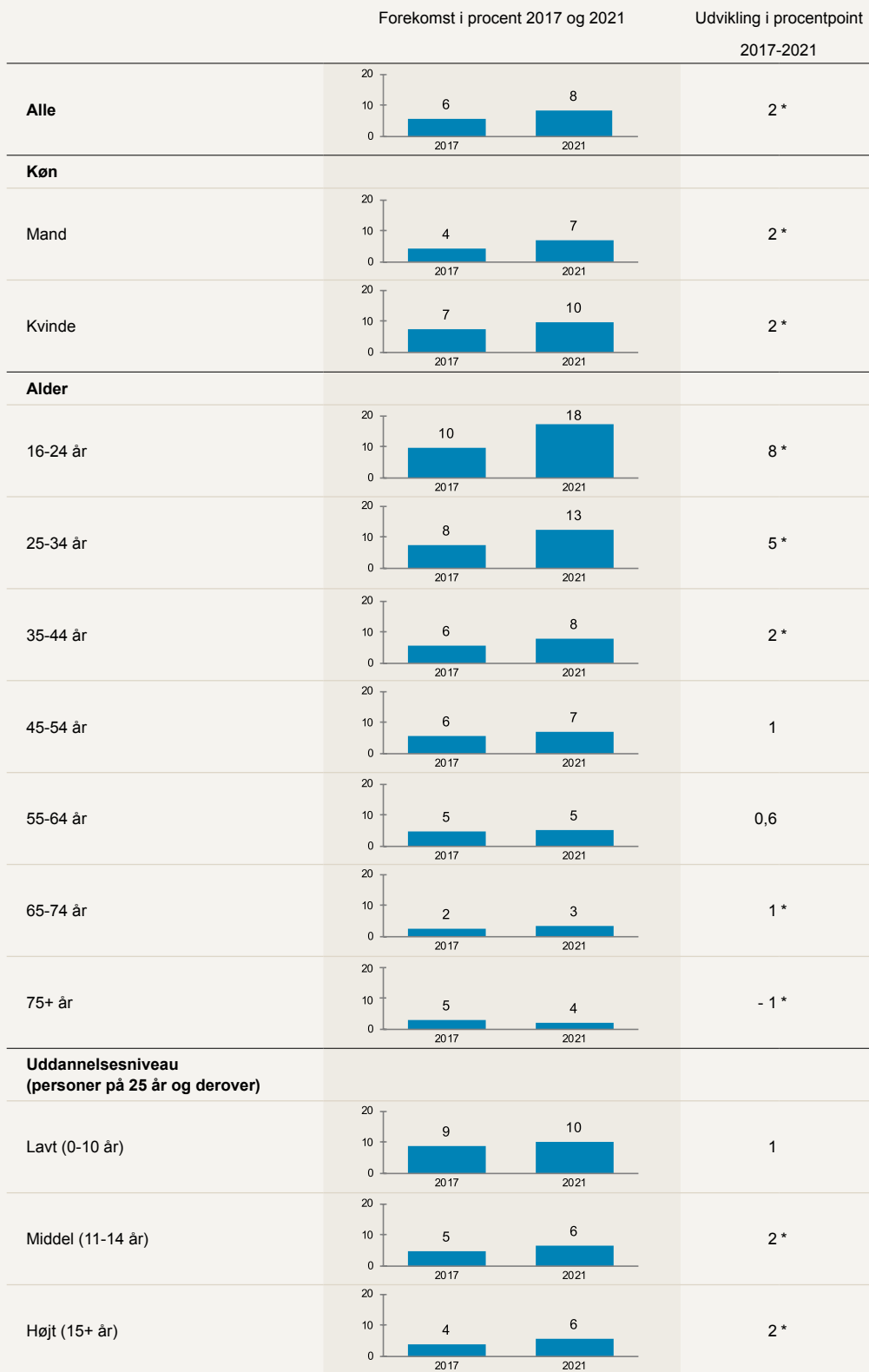
Ensomhed – kommuner

Figur 8.9.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der føler sig ensomme, i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen, der føler sig ensomme, i alle kommuner. Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Herning til 8 procentpoint i Skanderborg.

Figur 8.10.S

Symptomer på depression – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Depression

Unipolar depression (betegnet depression) er en udbredt psykisk lidelse, hvor kernesymptomerne er vedvarende nedtrykthed og nedsat interesse/lyst og energi (34). 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 (58).

Mange forskellige faktorer øger risikoen for udvikling af depression, heriblandt genetik og negative livsbegivenheder i barndommen (58). Depression har store samfundsmæssige omkostninger og er en vigtig årsag til sygefravær i Danmark (37). Det er endvidere dokumenteret, at depression øger risikoen for diabetes, hjerte-kar-lidelser, selvmord og kortere levetid (58).

Depression måles i *Hvordan har du det?* med Major Depression Inventory (MDI) (59). MDI er et selvadministreret skema, der belyser, hvor mange der opfylder kriterierne for let, moderat og svær depression (34). MDI har tidligere været anvendt i danske befolkningsundersøgelser, der har fundet en overordnet prævalens af depression på cirka 3-6 % (60-63). MDI anvendes endvidere til vurdering af depression i klinisk sammenhæng (64).

MDI omfatter 12 spørgsmål, der belyser 10 forskellige symptomer på depression, som indgår i WHO's afgrænsning af diagnosen (34). 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 udviklingen i andelen med symptomer på depression (let, moderat og svær) i befolkningen fra 2017 til 2021. Det angives, hvor stor en andel der samlet set opfylder kriterierne for depression. MDI indgik ikke i *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2010 og 2013.

Symptomer på depression – køn, alder og uddannelse

Figur 8.10.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen med symptomer på depression i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

Fra 2017 til 2021 har der 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 og blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, mens der har været et mindre fald for personer i alderen 75 år og opefter. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen med symptomer på depression er steget fra 10 % til 18 %.

Figur 8.11.S

Symptomer på depression – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Symptomer på depression – kommuner

Figur 8.11.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen med symptomer på depression i kommunerne i Region Midtjylland.

Fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med symptomer på depression i følgende kommuner:

- Favrskov
- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Norddjurs
- Randers
- Skanderborg
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Herning til 4 procentpoint i Favrskov.

Sammenfatning

Fra 2013 til 2021 er der sket et fald i andelen af befolkningen, der har en god trivsel og livskvalitet. I 2013 angav 76 %, at de havde en god trivsel og livskvalitet, mens andelen i 2017 var faldet til 71 % og yderligere til 67 % i 2021. Faldet fra 2017 til 2021 er størst blandt de 16-34-årige og personer med et højt uddannelsesniveau.

Der har været en stigning i andelen af personer med en høj score på stressskalaen fra 2013 til 2021. I 2013 var der 19 % med en høj score på stressskalaen, i 2017 var andelen 23 %, og i 2021 var andelen 29 %. Stigningen fra 2013 til 2021 ses for både mænd og kvinder, blandt de 16-74-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen ses i alle kommuner. Den mest markante stigning er blandt de 16-24-årige, hvor andelen med en høj score på stressskalaen er steget fra 22 % til 44 %.

Fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, 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. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra 4 % til 14 %. De mest markante stigninger fra 2017 til 2021 ses hos de 16-24-årige og 25-34-årige, idet andelen, der er generet af angst og anspændthed, er steget fra henholdsvis 10 % til 14 % og 6 % til 10 %.

Dertil har der været en stigning i andelen, der føler sig ensomme, fra 8 % i 2017 til 14 % i 2021. Stigningen ses for både mænd og kvinder, for personer i alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen ses i alle kommuner. Den mest markante stigning ses hos de 16-24-årige, hvor andelen, der føler sig ensomme, er steget fra 12 % til 22 %.

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, hvor andelen med symptomer på depression er steget fra 10 % til 18 %.

Sammenfattende ses over tid en negativ udvikling i den mentale sundhed i Region Midtjylland, og forværringen er mest udtalt blandt unge. Da undersøgelsen fra 2021 tegner et øjeblikbillede under en nedlukningsperiode skal konklusioner om udviklingen siden 2017 dog foretages med forsigtighed.

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-G. Major public health problems – mental ill-health. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2006;34(67):87-103.
4. 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.
5. Larsen FB, Nielsen AL. Psykisk syges sundhed i Region Midtjylland. Aarhus: CFK – Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland; 2012.
6. 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;4(12):937-45.
7. 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. *Lancet*. 2019;394(10211):1827-35.
8. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
9. Regeringens udvalg om psykiatri. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser – udviklingen i diagnoser og behandling. Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse; 2013.
10. PwC. Målgrupperne i socialpsykiatrien. Registeranalyse. Odense: Socialstyrelsen; 2020.
11. 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.
12. The Government Office for Science. Foresight mental capital and wellbeing project. Final project report. London: The Government Office for Science; 2008.
13. 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):1253-60.
14. Huppert FA. Psychological Well-being: Evidence Regarding its Causes and Consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 2009;1(2):137-64.
15. Anwar-McHenry JaD, Robert J. and Jalleh, Geoffrey and Laws, Amberlee. Impact Evaluation of the Act-Belong-Commit Mental Health Promotion Campaign. *Journal of Public Mental Health*. 2012;11(4):186-95.
16. Stewart-Brown S, Middleton J, Ashton J. Responses to the Chief Medical Officer's report 2013. *The Lancet*. 2015;385.
17. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke: Mental Sundhed. København S: Sundhedsstyrelsen; 2018.
18. 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.
19. Thybo, P. Det Dobbelte KRAM – et tværfagligt arbejdsgrundlag for mental sundhed, helbred og trivsel. København: Hans Reitzels Forlag; 2016.
20. Camfield L, Skevington SM. On subjective well-being and quality of life. *J Health Psychol*. 2008;13(6):764-75.
21. Næss S, Moun T. Livskvalitet: forskning om det gode liv. Bergen: Fagbokforlaget; 2011.

22. Kajandi, M. Livskvalitet. Uppsala: Psykologiske enheten, Forskningskliniken, Ulleråkers sjukhus; 1985.
23. Pallesen E, Dahl T, Jensen OK, Christiansen D, Knudsen B, Ruby K. Hospitalsbaseret rehabilitering af sygemeldte – beskrivelse af den tværfaglige og tværsektorielle indsats. Århus: Center for Folkesundhed; 2008.
24. Holmgren K, Dahlin-Ivanoff S, Björkelund C, Hensing G. 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.
25. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
26. Kalia M. Assessing the economic impact of stress - the modern day hidden epidemic. *Metabolism*. 2002;51(6):49-53.
27. 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):823-32.
28. Cohen S, Williamson G. Perceived Stress in a Probability Sample of the United States. Newbury Park: The Social Psychology of Health; 1988.
29. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*. 1983;24(4):385-96.
30. Cohen S, Tyrrell DA, Smith AP. Negative life events, perceived stress, negative affect, and susceptibility to the common cold. *J Pers Soc Psychol*. 1993;64(1):131-40.
31. Larsen FB. Selvvurderet helbred og ulighed i sundhed. Hvordan har du det? Aarhus: DEFACTUM; 2009.
32. Ihlebæk C, Brage S, Eriksen H. Health complaints and sickness absence in Norway, 1996-2003. *Occup Med*. 2007;57:43-9.
33. Roelen CA, Koopmans PC, Groothoff JW. Subjective health complaints in relation to sickness absence. *Work*. 2010;37(1):15-21.
34. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems: 10th revision (ICD-10). Diagnostic criteria for research. Genève: WHO; 1993.
35. Sundhedsstyrelsen. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
36. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017;3:17024.
37. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
38. 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.
39. Rotenberg K. Childhood and adolescent loneliness: An introduction. I: Rotenberg K, Hymel S. *Loneliness in childhood and adolescence*. England: Cambridge University Press; 1999.
40. 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.
41. Swane CE. Gamle menneskers hverdagsliv. I: Swane CE, Blaakilde AL, Amstrup K, red. *Gerontologi – livet som gammel*. København: Munksgaard; 2007.
42. Jones WH. Loneliness and Social Contact. *The Journal of Social Psychology*. 1981;113(2):295-6.
43. Williams JG, Solano CH. The social reality of feeling lonely: Friendship and reciprocation. *Personality and Social Psychology Bulletin*. 1983;9(2):237-42.
44. 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):140-51.

45. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-37.
46. Caspi A, Harrington H, Moffitt TE, Milne BJ, Poulton R. Socially isolated children 20 years later: risk of cardiovascular disease. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2006;160(8):805-11.
47. 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):776-87.
48. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, Cacioppo JT. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychol Aging.* 2010;25(1):132-41.
49. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatri Psychiatry.* 2008;23(12):1213-21.
50. 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):1295-304.
51. Jaremka LM, Andridge RR, Fagundes CP, Alfano CM, Potoski SP, Lipari AM, et al. Pain, depression, and fatigue: loneliness as a longitudinal risk factor. *Health Psychol.* 2014;33(9):948-57.
52. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010;7(7):e1000316.
53. 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):655-72.
54. Russell DW. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *J Pers Assess.* 1996;66(1):20-40.
55. Hargaard A, Bo A, Lasgaard M. Flere i Fællesskaber – baselineundersøgelse. Aarhus: DEFACTUM; 2021.
56. 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.
57. 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. *Pers Soc Psychol Rev.* 2020;24(1):24-52.
58. Otte C, et al. Major depressive disorder. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:16065.
59. 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):351-6.
60. 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):507-12.
61. 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.
62. Olsen LR. Measurements of depressive illness and mental distress in the Danish general population. København: Københavns Universitet; 2014.
63. 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.
64. Bech P. Klinisk Psykometri. København: Munksgaard; 2011.

9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM

Ændringer i sygdomsmønstret har betydning for den enkelte borger, der lever med sygdom, for sundhedsvæsenet og det øvrige samfund. Det er vigtigt at være opmærksom på udviklingstendenser i sygdomsmønstret, da det blandt andet kan have betydning for prioritering og tilrettelæggelse af indsatser for personer med kronisk sygdom og multisygdom. Det gælder både i det regionale sundhedsvæsen, praksissektoren og i kommunerne.

I dette kapitel beskrives udviklingen i forekomsten af en række almindelige kroniske sygdomme samt forekomsten af multisygdom i befolkningen i perioden fra 2010 til 2021.

Multisygdom defineres som det, at en person har to eller flere samtidige kroniske sygdomme (1). Mange mennesker med kronisk sygdom har multisygdom.

Antallet af personer, der lever med flere samtidige sygdomme, har i en årrække været stigende, og antallet forventes fortsat at stige (2). Det skyldes forhold som bedre levevilkår og medicinsk og teknologisk fremgang i sundhedsvæsenet, der muliggør tidligere opsporing af sygdom og bedre behandlingsmuligheder. Disse forhold betyder, at levealderen øges, og at mennesker i højere grad lever med sygdomme, som man tidligere døde af, samt lever i længere tid med sygdom (3). F.eks. er dødeligheden ved en række kræftsygdomme faldet betydeligt.

Kapitlet er inddelt i fire sektioner, der følger strukturen af kapitel 9 i bind 1.

I første sektion beskrives udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i forekomsten af hver enkelt af de kroniske sygdomme, der indgår i *Hvordan har du det?*.

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 i bind 1 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 (4-6).

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 (5, 6). 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 i kapitlet, og om der er tale om forbigående eller længerevarende påvirkninger.

Udviklingen belyses både for regionen som helhed og på kommuneniveau. Herefter beskrives udviklingen i forekomsten af multisygdom i regionen som helhed. Udviklingen i multisygdom – både andelen med to eller flere sygdomme og andelen med fire eller flere sygdomme – opgøres også i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau og for de enkelte kommuner.

I anden sektion beskrives udviklingen i forekomsten af risikable sundhedsvaner blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Først beskrives udviklingen i hver enkelt sundhedsvane (rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost samt overvægt) og dernæst udviklingen i forekomsten af flere risikable sundhedsvaner samtidig.

I tredje sektion beskrives udviklingen i helbredstilstanden blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom. Seks mål (dårligt selv vurderet helbred, en del eller meget nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet) anvendes til at belyse udviklingen i fysisk og mentalt helbred.

I fjerde sektion beskrives udviklingen i behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence. Udviklingen opgøres både for hele befolkningen i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau, i forhold til kronisk sygdom og multisygdom og for hver kommune.

Kroniske sygdomme i *Hvordan har du det?*

Hvordan har du det? indeholder oplysninger om forekomsten af kroniske sygdomme, der hver især antages at bidrage væsentligt til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktions-evne hos mange borgere (3, 7, 8).

De inkluderede sygdomme kan inddeles i syv potentielt livstruende kroniske sygdomme og ti ikke-livstruende kroniske sygdomme (se boks 9.1.S).

De syv potentielt livstruende kroniske sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Blodprop i hjertet
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Diabetes
- Kræft
- Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (herefter benævnt KOL)

De ti ikke-livstruende kroniske sygdomme er:

- Astma
- Allergi (ikke astma)
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Opdelingen i potentielt livstruende og ikke-livstruende kroniske sygdomme er grov, men den er ikke desto mindre relevant, når man skal prioritere indsatsen i forhold til kronisk sygdom. Både potentielt livstruende og ikke-livstruende sygdomme bidrager væsentligt til den samlede sygdomsbyrde i den danske befolkning (8). Et centralt spørgsmål er derfor, hvordan man skal vægte indsatsen i forhold til sygdomme, der er skyld i mange dødsfald, i forhold til ikke-dødelige sygdomme, der belaster mange mennesker.

Rapporteringen af de kroniske sygdomme bygger på svarpersonernes egne oplysninger. Besvarelsene afspejler derfor deltagernes egen sygdomsopfattelse. Denne er ikke nødvendigvis sammenfaldende med en lægelig vurdering eller registerbaserede opgørelser.

I *Hvordan har du det?* er der ved hver sygdom 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 aktuelt har sygdommen eller har eftervirkninger af den.

Boks 9.1.S**Nye spørgsmål om angst og depression**

I *Hvordan har du det? 2021* er der medtaget to nye spørgsmål om selvrapporteret angst og depression. Angst og depression indgår i rapporteringen i bind 1 sammen med de 16 fysiske sygdomme. Dermed rapporteres der i alt om 18 sygdomme for 2021 i bind 1.

Da der ikke kan vises udvikling for de nye spørgsmål om angst og depression, er den tidligere anvendte sygdomsgruppe 'psykiske lidelser' anvendt i opgørelsen af udviklingen over tid af hensyn til sammenligneligheden med foregående undersøgelser. Foruden psykiske lidelser indgår de 16 fysiske sygdomme i rapporteringen, så der i alt indgår 17 kroniske sygdomme her i bind 2.

Ændret spørgsmålsformulering fra 2010 til 2013

I 2010 var spørgsmålene vedrørende psykiske lidelser anderledes formuleret end i de efterfølgende undersøgelser. Opgørelser med psykiske lidelser laves derfor kun fra 2013 til 2021, hvor spørgsmålsformuleringerne er ens. Beskrivelsen af udviklingen i de enkelte kroniske sygdomme omfatter derfor 16 kroniske sygdomme fra 2010 til 2021 og 17 kroniske sygdomme fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021.

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 (9).

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.

I analyserne af udviklingen over tid her i bind 2 beregnes forekomsten af multisygdom ved at tælle antallet af kroniske sygdomme for hver person ud af de 17 sygdomme, der indgår i bind 2.

Beregningen af forekomsten af multisygdom er derfor forskellig i bind 1 og bind 2, hvorfor der forekommer mindre forskelle i forekomsten af multisygdom i 2021 på tværs af de to rapporter.

Psykiske lidelser er medtaget i opgørelserne af multisygdom i alle årene, da det er vurderet, at ændringen i spørgsmålsformuleringen kun har mindre betydning i den samlede opgørelse af multisygdom. I både 2010, 2013, 2017 og 2021 er multisygdom således beregnet for hver person ved en optælling af antal sygdomme ud af de 17 kroniske sygdomme, der indgår i bind 2.

Figur 9.1.S

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland (aktuel sygdom og eftervirkninger).
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		3 *	2 *	2 *
Hjertekrampe		0,2	0,3 *	0,1
Blodprop i hjertet		- 0,1	0,1	0,0
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		0,4 *	0,5 *	0,2
Diabetes		0,7 *	0,2	0,0
Kræft		1 *	1 *	0,6 *
Luftveje KOL		0,8 *	1 *	0,5 *
Astma		0,6 *	1 *	1 *
Allergi		3 *	2 *	1 *
Muskel-skelet Slidgigt		3 *	3 *	1 *
Leddegigt		2 *	2 *	0,9 *
Knogleskørhed		1 *	1 *	0,5 *
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		2 *	2 *	0,9 *
Psykiske lidelser		-	3 *	0,8 *
Nervesystem og sansorganer Migræne, hyppig hovedpine		3 *	3 *	2 *
Tinnitus		5 *	5 *	2 *
Grå stær		1 *	0,9 *	0,6 *

* Signifikant udvikling

SEKTION 1: FOREKOMSTEN AF KRONISKE SYGDOMME OG MULTISYGDOM

Forekomsten af kroniske sygdomme i Region Midtjylland

Figur 9.1.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i forekomsten af 17 kroniske sygdomme i Region Midtjylland (psykiske lidelser fra 2013 til 2021).

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af 14 ud af de 16 kroniske sygdomme, der er sammenlignelige i perioden. De 14 sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Diabetes
- Kræft
- KOL
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Der er således både sket en stigning i forekomsten af potentielt livstruende kroniske sygdomme, f.eks. kræft, og ikke-livstruende kroniske sygdomme som slidgigt. Ligeledes har der været en stigning blandt livsstilsbetingede sygdomme som diabetes, miljøbetingede sygdomme som tinnitus og aldersrelaterede sygdomme som grå stær. Der ses med andre ord ikke nogen tendens til, at forekomsten er øget i en bestemt kategori af sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af 15 ud af de 17 kroniske sygdomme. De 15 sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Kræft
- KOL

- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Ligesom for udviklingen fra 2010 til 2021 er der ikke nogen klar tendens i retning af, at forekomsten er øget i en bestemt sygdomskategori i perioden fra 2013 til 2021.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af 13 ud af de 17 kroniske sygdomme. De 13 sygdomme er:

- Forhøjet blodtryk
- Kræft
- KOL
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Igen ses der ikke en tendens i retning af, at forekomsten er øget i en bestemt sygdomskategori i perioden fra 2017 til 2021. Derimod bemærkes det, at der, med undtagelse af forhøjet blodtryk, ikke har været nogen stigning i forekomsten af hjerte-kar-sygdommene i perioden.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at den større forekomst af de kroniske sygdomme kan skyldes forskellige forhold. Herunder at der er sket en forøgelse af sygeligheden, at flere sygdomme diagnosticeres, f.eks. som følge af en mere intensiv diagnosticerings-

indsats i almen praksis og på hospitalerne, eller at flere overlever eller kommer sig efter en given sygdom, men stadig har eftervirkninger.

Det er derfor ikke muligt at konkludere ud fra ovenstående, om stigningen i *sygdomsforekomsten* har medført en forøgelse af *sygdomsbyrden*, forstået som en større forekomst af kroniske sygdomme, der afstedkommer flere dødsfald og forringet livskvalitet og funktionsevne.

Uanset om det er øget sygelighed, øget diagnosticering eller øget overlevelse og bedre behandlingsmuligheder, der er årsag til vækst i forekomsten af kroniske sygdomme blandt borgerne i Region Midtjylland, så afspejler tallene en voksende efterspørgsel efter sundhedsvæsenets ydelser.

Boks 9.2.S

Forekomsten af kroniske sygdomme i kommunerne.
Sammenfatning af signifikante ændringer fra 2017 til 2021

Kommune	STIGNING i forekomst	FALD i forekomst	Samlet antal signifikante ændringer
Favrskov	Forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og tinnitus		3
Hedensted	Forhøjet blodtryk og diabetes		2
Herning	Blodprop i hjertet		1
Holstebro			0
Horsens	Astma, knogleskørhed og tinnitus		3
Ikast-Brande	Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme		1
Lemvig	Forhøjet blodtryk og leddegigt		2
Norddjurs	Forhøjet blodtryk, kræft, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme og migræne eller hyppig hovedpine		4
Odder		Diabetes	1
Randers	Diabetes, kræft, KOL, allergi, psykiske lidelser og migræne eller hyppig hovedpine		6
Ringkøbing-Skjern			0
Samsø	Diskusprolaps eller andre ryg sygdomme og psykiske lidelser		2
Silkeborg	Tinnitus	Diabetes	2
Skanderborg	Kræft, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus		5
Skive	Forhøjet blodtryk, astma, knogleskørhed og grå stær		4
Struer	Forhøjet blodtryk, leddegigt, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme og psykiske lidelser	Allergi	5
Syddjurs	Forhøjet blodtryk og tinnitus		2
Viborg	Slidgigt, diskusprolaps eller andre ryg sygdomme og tinnitus		3
Aarhus	Migræne eller hyppig hovedpine og tinnitus		2

Forekomsten af kroniske sygdomme i kommunerne

Man kan se udviklingen i sygdomsforekomsterne siden 2010 for de enkelte kommuner i Region Midtjylland i kommunebilagene på hjemmesiden www.hvordanhardudet.rm.dk. Hver kommunes profil omfatter udviklingen i de 17 kroniske sygdomme.

Nedenfor gives en kort sammenfatning af udviklingen i sygdomsforekomsterne i kommunerne fra 2010 til 2021 og 2013 til 2021 og en lidt mere beskrivende sammenfatning af udviklingen fra 2017 til 2021. For yderligere detaljer angående udviklingen i de kommunale sygdomsforekomster henvises til kommunebilagene på hjemmesiden.

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 kroniske sygdomme på kommuneniveau.

I mere end halvdelen af kommunerne har der i perioden været en stigning i forekomsten af tinnitus, kræft, forhøjet blodtryk, de fire muskel-skelet-lidelser, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær.

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 kroniske sygdomme på kommuneniveau.

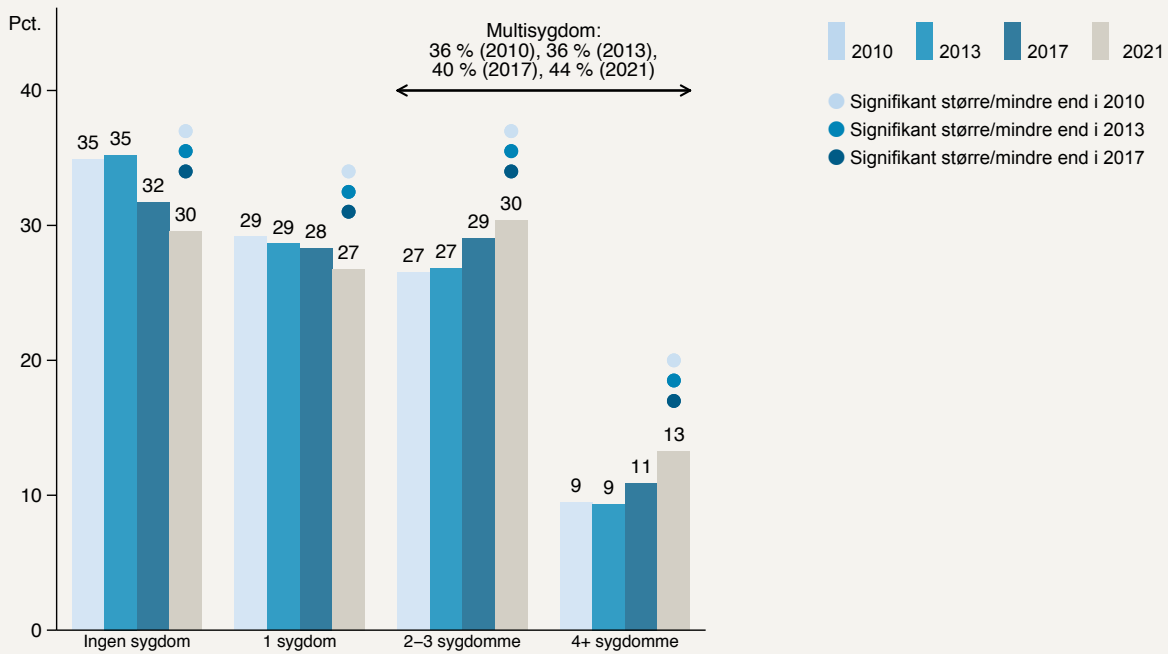
I mere end halvdelen af kommunerne har der i perioden været en stigning i forekomsten af tinnitus, psykiske lidelser, diskusprolaps eller andre rygsygdomme, slidgigt, leddegigt og migræne eller hyppig hovedpine.

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), se boks 9.2.S. Blandt de 16 kommuner varierer antallet af signifikante stigninger fra én sygdom i Herning og Ikast-Brande 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.

Sygdommene, der i perioden er steget i flest kommuner, er forhøjet blodtryk og tinnitus (7 kommuner) samt diskusprolaps eller andre rygsygdomme (6 kommuner).

Figur 9.2.S

Antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



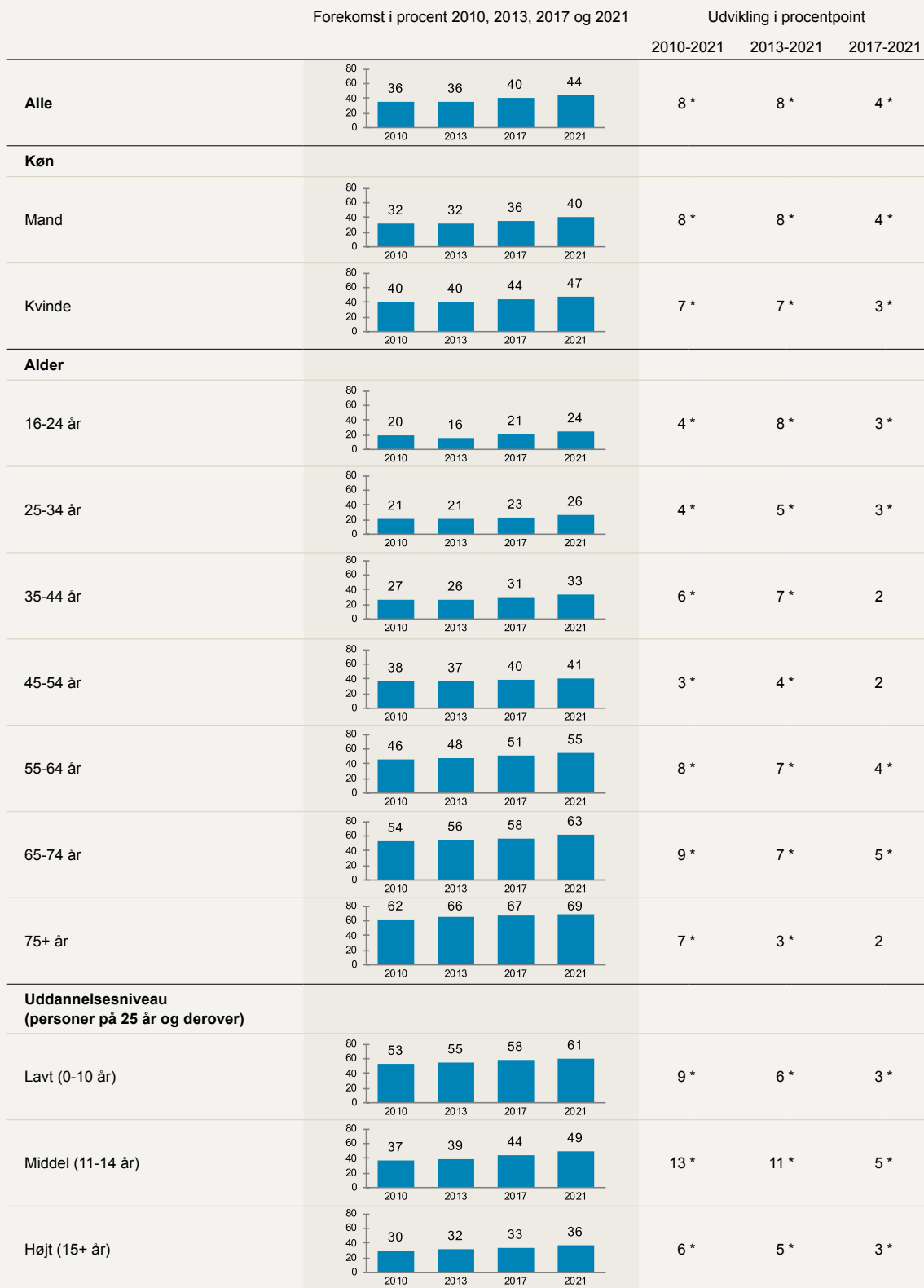
Forekomsten af multisygdom i Region Midtjylland

Figur 9.2.S viser andelen med og uden kronisk sygdom og multisygdom blandt personer på 16 år og derover i Region Midtjylland i perioden fra 2010 til 2021. Som beskrevet i boks 9.1.S er opgørelsen baseret på de 17 kroniske sygdomme, der indgår i bind 2, hvorfor andelen med og uden kronisk sygdom og multisygdom i 2021 afviger mellem bind 1 og bind 2.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en gradvis stigning i andelen med multisygdom fra 36 % i 2010 og 2013 til 40 % i 2017 og 44 % i 2021. Stigningen er således primært sket i perioden fra 2013 til 2021. Der ses en stigning både for personer med to til tre kroniske sygdomme (fra 27 % til 30 %) og for personer med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 9 % til 13 %). Der har samtidig været et fald i andelen, der ikke har kronisk sygdom (fra 35 % til 30 %), og et fald i andelen, der har en enkelt kronisk sygdom (fra 29 % til 27 %).

Figur 9.3.S

Multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) – køn, alder og uddannelse

Figur 9.3.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i forekomsten af multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme samtidig) i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning fra 36 % til 44 % i andelen med multisygdom i hele befolkningen. Forekomsten af multisygdom er steget både blandt mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De største stigninger ses blandt personer på 55 år og derover og blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning fra 36 % til 44 % i andelen med multisygdom i hele befolkningen. Forekomsten af multisygdom er steget både blandt mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen har været betydelig i flere aldersgrupper, herunder de unge på 16-24 år. I forhold til uddannelsesniveau ses den største stigning blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning fra 40 % til 44 % i andelen med multisygdom i hele befolkningen. Forekomsten af multisygdom er steget både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-34 år og 55-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Igen ses den største stigning blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

Figur 9.4.S

Multisygdom (fire eller flere kroniske sygdomme) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Multisygdom (fire eller flere kroniske sygdomme) – køn, alder og uddannelse

Figur 9.4.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning fra 9 % til 13 % i andelen af befolkningen med fire eller flere kroniske sygdomme. Der har i perioden været en stigning både blandt mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper på nær de 16-24-årige og på tværs af uddannelsesniveau. De største stigninger ses blandt personer på 65 år og derover og blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning fra 9 % til 13 % i andelen af befolkningen med fire eller flere kroniske sygdomme. Der har været en stigning både blandt mænd og kvinder, blandt alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. De største stigninger ses blandt personer på 55-74 år og blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning fra 11 % til 13 % i andelen af befolkningen med fire eller flere kroniske sygdomme. Der har været en stigning både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 45-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Den største stigning ses blandt personer på 65-74 år.

Figur 9.5.S

Multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) – kommuner

Figur 9.5.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i forekomsten af multisygdom i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i forekomsten af multisygdom i alle kommuner i Region Midtjylland.

Stigningen varierer fra 5 procentpoint i Aarhus til 12 procentpoint på Samsø.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i forekomsten af multisygdom i alle kommuner i Region Midtjylland.

Stigningen varierer fra 6 procentpoint i Ringkøbing-Skjern, Skanderborg og Aarhus til 12 procentpoint i Norddjurs.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i forekomsten af multisygdom i følgende otte kommuner:

- Favrskov
- Horsens
- Norddjurs
- Randers
- Skive
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 3 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint Norddjurs.

Figur 9.6.S

Multisygdom (fire eller flere kroniske sygdomme) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Multisygdom (fire eller flere kroniske sygdomme) – kommuner

Figur 9.6.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med fire eller flere kroniske sygdomme i hver kommune i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i alle kommuner i Region Midtjylland.

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint i Norddjurs.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i alle kommuner i Region Midtjylland.

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Aarhus til 7 procentpoint i Norddjurs og Viborg.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af personer, der har fire eller flere kroniske sygdomme, i følgende 11 kommuner:

- Holstebro
- Lemvig
- Randers
- Ringkøbing-Skjern
- Samsø
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Aarhus til 5 procentpoint i Viborg.

Figur 9.7.S

Dagligrygere – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		- 5 *	- 3 *	- 2 *
Hjertekrampe		- 8 *	- 5	- 8 *
Blodprop i hjertet		- 8 *	- 0,4	- 4
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 8 *	- 7 *	- 2
Diabetes				
		- 5 *	- 6 *	- 5 *
Kræft				
		- 7 *	- 2	- 5 *
Luftveje				
KOL		- 8 *	- 2	- 4
Astma		- 5 *	- 2	- 1
Allergi				
		- 4 *	- 1	- 0,6
Muskel-skelet				
Slidgigt		- 8 *	- 5 *	- 3 *
Leddegigt		- 10 *	- 5 *	- 3
Knogleskørhed		- 11 *	- 6 *	- 4 *
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		- 9 *	- 5 *	- 3 *
Psykiske lidelser				
		-	- 7 *	- 4 *
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		- 8 *	- 5 *	- 3 *
Tinnitus		- 10 *	- 4 *	- 5 *
Grå stær		- 7 *	- 5 *	- 4 *
Hele befolkningen		- 7 *	- 4 *	- 3 *

* Signifikant udvikling

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 (10) (se også kapitel 2-6). For eksempel er rygning en medvirkende årsag til flere kroniske sygdomme, herunder kræft, hjerte-kar-sygdomme og KOL (10), og svær overvægt er en risikofaktor for udvikling af type 2-diabetes og slidgigt (11, 12).

Sundhedsvaner er ofte afgørende for behandlingen af og prognosen for mange kroniske sygdomme. Rygning kan f.eks. mindske virkningen af behandling, og omvendt kan sund kost og fysisk aktivitet være virkningsfuld som led i behandlingen af kroniske sygdomme.

Der er derfor et stort forebyggelsespotentiale i forhold til de livsstilsrelaterede sundhedsvaner, og der sættes i det følgende fokus på ændringer i sundhedsvaner i forhold til kronisk sygdom og multisygdom.

Anvendte mål for sundhedsvaner

I dette kapitel anvendes ét mål for hver af de fem ovennævnte sundhedsvaner. For nærmere beskrivelse af målene henvises til kapitlerne i bind 1, som er anført i parentes:

- Dagligrygere (kapitel 2)
- Drikker mere end 10 genstande om ugen (kapitel 3)
- Fysisk inaktive (er kun fysisk aktiv 0-1 dag om ugen i mindst 30 minutter om dagen) (kapitel 4)
- Usundt kostmønster (kapitel 5)
- Svær overvægt (BMI på 30 eller derover) (kapitel 6)

Dagligrygere – kroniske sygdomme

Figur 9.7.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af dagligrygere for hver af de 17 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. De største fald ses blandt personer med leddegigt, knogleskørhed og tinnitus.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Diabetes
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Det største fald ses blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen og personer med psykiske lidelser.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af dagligrygere blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Diabetes
- Kræft
- Slidgigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

Det største fald ses blandt personer med hjertekrampe, hvor andelen er faldet fra 26 % til 18 %.

Figuren viser, at der i perioderne siden 2013 og siden 2017 har været en tendens i retning af faldende forekomst af dagligrygere blandt alle sygdomsgrupperne, men at det kun er hos ovennævnte sygdomsgrupper, at faldene er statistisk signifikante.

Figur 9.8.S

Drikker mere end 10 genstande om ugen – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		- 5 *	- 0,8	1
Hjertekrampe		- 7 *	- 3	- 0,3
Blodprop i hjertet		- 1	0,0	4
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 6	0,7	1
Diabetes				
		- 5 *	- 2	2
Kræft				
		- 4 *	- 2	- 0,3
Luftveje				
KOL		- 4 *	2	2
Astma		- 9 *	- 6 *	- 1
Allergi				
		- 10 *	- 5 *	- 2 *
Muskel-skelet				
Slidgigt		- 5 *	- 2 *	0,9
Leddegigt		- 7 *	0,9	2
Knogleskørhed		- 8 *	- 0,2	1
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		- 7 *	- 3 *	- 0,3
Psykiske lidelser				
		-	- 5 *	0,6
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		- 8 *	- 4 *	- 0,5
Tinnitus		- 10 *	- 4 *	- 2
Grå stær		- 4 *	0,7	0,7
Hele befolkningen				
		- 9 *	- 5 *	- 0,9 *

* Signifikant udvikling

Drikker mere end 10 genstande om ugen – kroniske sygdomme

Figur 9.8.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande om ugen, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et betydeligt fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt 14 ud af de 16 kroniske sygdomme. Undtagelserne er blandt personer med blodprop i hjertet og personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (ved sidstnævnte ses et fald i perioden, men det er ikke statistisk signifikant).

De største fald ses blandt personer med allergi og tinnitus.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt personer med følgende sygdomme:

- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande om ugen, blandt personer med allergi. Blandt flere af sygdommene ses der i figuren tegn på stigende forekomst, dog uden at det er statistisk signifikant.

Figur 9.9.S

Fysisk inaktive – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		4 *	2 *	0,3
Hjertekrampe		6 *	- 2	4
Blodprop i hjertet		10 *	10 *	12 *
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 7 *	- 7	1
Diabetes		5 *	0,7	1
Kræft		5 *	- 1	1
Luftveje KOL		2	0,5	- 1
Astma		- 1	0,3	0,0
Allergi		- 0,1	- 1	- 2 *
Muskel-skelet Slidgigt		2 *	0,5	0,2
Leddegigt		1	- 2	- 4 *
Knogleskørhed		- 0,3	0,3	- 0,9
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		1	0,9	- 0,4
Psykiske lidelser		-	- 1	0,0
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		0,6	- 0,8	- 0,9
Tinnitus		2	- 0,9	- 1
Grå stær		- 3	- 4 *	- 4 *
Hele befolkningen		1 *	0,3	- 1 *

* Signifikant udvikling

Fysisk inaktive – kroniske sygdomme

Figur 9.9.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af fysisk inaktive for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Blodprop i hjertet
- Diabetes
- Kræft
- Slidgigt

Den mest markante stigning ses blandt personer med blodprop i hjertet, hvor andelen er steget fra 29 % til 39 %.

Omvendt har der været et betydeligt fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen fra 37 % til 31 %. Det fremgår af figuren, at faldet primært er sket i perioden fra 2013 til 2021.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet

Omvendt har der været et fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med grå stær fra 28 % til 24 %.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stor stigning i andelen af fysisk inaktive blandt personer med blodprop i hjertet fra 27 % til 39 %.

Omvendt har der været et fald i andelen af fysisk inaktive blandt personer med følgende sygdomme:

- Allergi
- Leddegigt
- Grå stær

Figur 9.10.S

Usundt kostmønster – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		6 *	3 *	0,4
Hjertekrampe		3	4	0,2
Blodprop i hjertet		3	5	-0,5
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		-0,5	0,7	-2
Diabetes				
		8 *	5 *	2
Kræft				
		3	4 *	2
Luftveje				
KOL		5 *	2	-2
Astma		3 *	3	-1
Allergi				
		5 *	4 *	1
Muskel-skelet				
Slidgigt		4 *	2 *	0,1
Leddegigt		4 *	2	-1
Knogleskørhed		2	0,2	-2
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		5 *	4 *	0,1
Psykiske lidelser				
		-	6 *	0,9
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		6 *	4 *	0,0
Tinnitus		4 *	5 *	0,2
Grå stær		2	1	0,0
Hele befolkningen				
		4 *	3 *	0,6

* Signifikant udvikling

Usundt kostmønster – kroniske sygdomme

Figur 9.10.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen, der har et usundt kostmønster, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Diabetes
- KOL
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Leddegigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Den største stigning ses blandt personer med diabetes, hvor andelen er steget fra 11 % til 20 %.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Diabetes
- Kræft
- Allergi
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

De største stigninger ses blandt personer med diabetes, psykiske lidelser og tinnitus.

I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen med et usundt kostmønster blandt de 17 kroniske sygdomsgrupper.

Figur 9.11.S

Svær overvægt – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		8 *	7 *	4 *
Hjertekrampe		5	- 0,1	- 1
Blodprop i hjertet		8 *	8 *	11 *
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		4	2	- 3
Diabetes		7 *	4 *	2
Kræft		7 *	7 *	- 0,2
Luftveje KOL		2	4 *	0,1
Astma		9 *	8 *	4 *
Allergi		5 *	5 *	2 *
Muskel-skelet Slidgigt		4 *	5 *	2 *
Leddegigt		5 *	6 *	0,9
Knogleskørhed		5 *	6 *	0,6
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		6 *	8 *	4 *
Psykiske lidelser		-	5 *	1
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		7 *	6 *	4 *
Tinnitus		5 *	5 *	2 *
Grå stær		4 *	1	4 *
Hele befolkningen		5 *	4 *	2 *

* Signifikant udvikling

Svær overvægt – kroniske sygdomme

Figur 9.11.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med svær overvægt for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en betragtelig stigning i andelen med svær overvægt blandt 13 ud af de 16 kroniske sygdomme. Undtagelserne er blandt personer med hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og KOL, hvor der dog også er tegn på, at andelen med svær overvægt er steget, men uden at stigningen er statistisk signifikant.

De største stigninger ses blandt personer med forhøjet blodtryk, blodprop i hjertet og astma.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en betragtelig stigning i andelen med svær overvægt blandt 14 ud af de 17 kroniske sygdomme. Undtagelserne er blandt personer med hjertekrampe, hjerneblødning eller blodprop i hjernen og grå stær.

De største stigninger ses blandt personer med blodprop i hjertet og astma.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med svær overvægt blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus
- Grå stær

For personer med blodprop i hjertet er der tale om en markant stigning fra 22 % til 32 %.

Figur 9.12.S

2 til 5 risikable sundhedsvaner – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		4 *	4 *	2
Hjertekrampe		- 1	- 0,9	- 2
Blodprop i hjertet		4	8 *	7 *
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 5	- 3	0,6
Diabetes				
		6 *	2	3
Kræft				
		1	0,5	- 3
Luftveje				
KOL		1	6 *	- 0,3
Astma		- 0,2	2	1
Allergi				
		0,3	1	0,5
Muskel-skelet				
Slidgigt		0,5	1	0,6
Leddegigt		- 2	2	- 2
Knogleskørhed		- 4 *	0,8	- 2
Diskusprolaps, andre rygsygdomme		- 0,2	2 *	- 0,1
Psykiske lidelser				
		-	0,0	0,4
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		0,5	0,3	0,4
Tinnitus		- 2 *	0,2	- 2 *
Grå stær		- 0,8	- 1	- 1
Hele befolkningen		- 2 *	0,1	- 0,6

* Signifikant udvikling

2 til 5 samtidige risikable sundhedsvaner

Figur 9.12.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner på samme tid for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der blandt hele befolkningen i Region Midtjylland været et fald i andelen med to til fem samtidige risikable sundhedsvaner fra 22 % til 20 %. Der har ligeledes været et fald blandt personer med knogleskørhed og tinnitus. Af figuren fremgår også en faldende tendens i andelen med flere risikable sundhedsvaner blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen, om end udviklingen ikke er statistisk signifikant.

I modsætning til udviklingen i befolkningen har der i perioden været en stigning i andelen med flere risikable sundhedsvaner blandt personer med forhøjet blodtryk og diabetes.

I perioden fra 2013 til 2021 har der i befolkningen som helhed ikke været nogen udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Derimod har der været en stigning blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Blodprop i hjertet
- KOL
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme

Den største stigning ses blandt personer med blodprop i hjertet, hvor andelen er steget fra 28 % til 36 %.

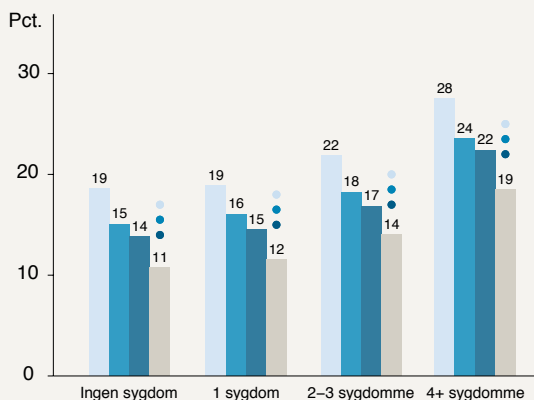
I perioden fra 2017 til 2021 har der i befolkningen som helhed ikke været nogen udvikling i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner. Blandt personer med blodprop i hjertet har der været en markant stigning fra 28 % til 36 %, mens der har været et fald blandt personer med tinnitus.

Figur 9.13.S-9.18.S

Sundhedsvaner – antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

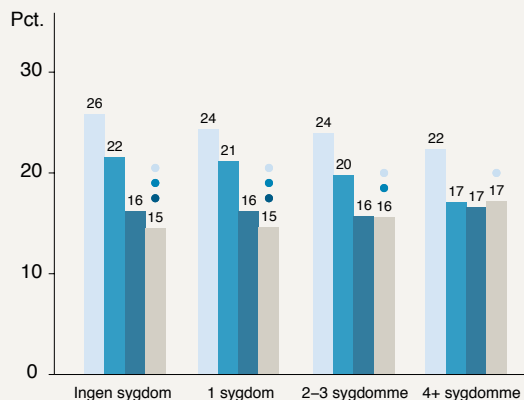
Figur 9.13.S

Dagligrygere



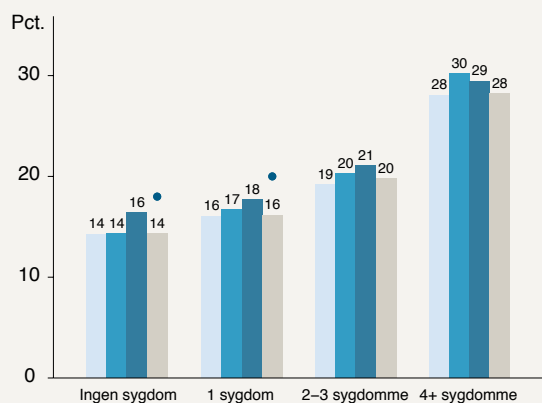
Figur 9.14.S

Drikker mere end 10 genstande om ugen



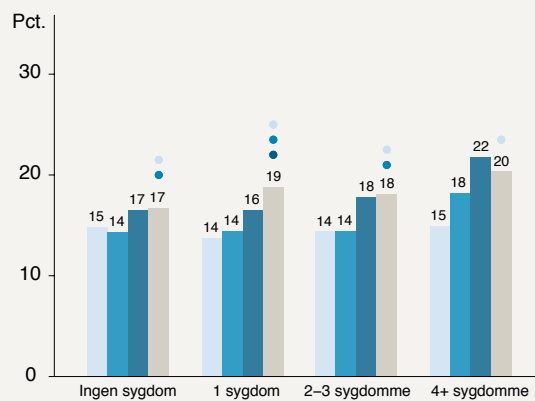
Figur 9.15.S

Fysisk inaktive



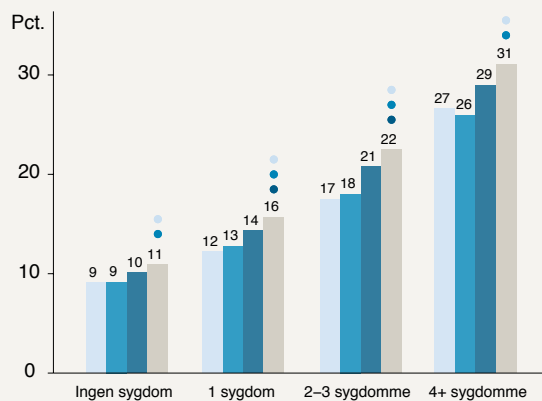
Figur 9.16.S

Usundt kostmønster



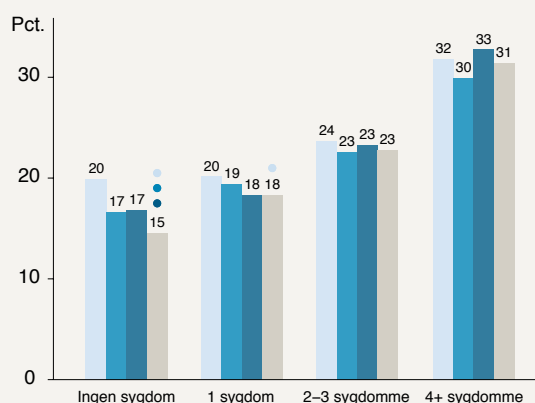
Figur 9.17.S

Svær overvægt



Figur 9.18.S

2 til 5 risikable sundhedsvaner



2010 2013 2017 2021

● Signifikant større/mindre end i 2010 ● Signifikant større/mindre end i 2013 ● Signifikant større/mindre end i 2017

Sundhedsvaner – antallet af kroniske sygdomme

Figur 9.13.S-9.18.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i forekomsten af fem forskellige sundhedsvaner og to til fem risikable sundhedsvaner på samme tid i forhold til antallet af kroniske sygdomme: *ingen sygdom, en sygdom, to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme*.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.13.S). Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. Der har ligeledes været et fald i andelen af personer, der *drikker mere end 10 genstande om ugen*, uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.14.S.). Det mindste fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme (fra 22 % til 17 %) og det største blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom (fra 26 % til 15 %).

Der har i perioden ikke været nogen udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme (figur 9.15.S).

Andelen af personer med et *usundt kostmønster* og med *svær overvægt* er steget uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.16.S og figur 9.17.S). De mindste stigninger ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom.

I samme periode har der været et fald blandt personer uden multisygdom i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner (figur 9.18.S). Det største fald ses blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom (fra 20 % til 15 %).

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.13.S). Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. 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 (figur 9.14.S). Faldet er størst blandt personer, der ikke har multisygdom.

Der har i perioden ikke været nogen udvikling i andelen af *fysisk inaktive* i forhold til antallet af kroniske sygdomme (figur 9.15.S).

Der har været en stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.16.S). Andelen med *svær overvægt* er steget uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.17.S). Den største stigning ses blandt personer med multisygdom.

Blandt personer uden kronisk sygdom har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner (figur 9.18.S).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et fald i andelen af *dagligrygere* uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.13.S). Faldet er omtrent lige stort for personer med og uden multisygdom og følger den generelle udvikling i befolkningen. 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 (figur 9.14.S og figur 9.15.S).

I samme periode har der været en stigning i andelen af personer med et *usundt kostmønster* blandt personer med én kronisk sygdom og en stigning i andelen med *svær overvægt* blandt personer med én sygdom og to til tre sygdomme (figur 9.16.S og figur 9.17.S).

Blandt personer uden kronisk sygdom har der været et fald i andelen med to til fem risikable sundhedsvaner (figur 9.18.S).

Samlet set har udviklingen i sundhedsvanerne været nogenlunde ensartet på tværs af antallet af kroniske sygdomme. Undtagelsen er personer uden kronisk sygdom, hvor udviklingen – sammenlignet med de andre grupper – generelt har været mere gunstig med hensyn til alkohol (indtag af mere end 10 genstande om ugen), usundt kostmønster, svær overvægt og flere risikable sundhedsvaner på samme tid. Modsat ses den største risikobelastning med hensyn til sundhedsvaner i alle årene hos personer med fire eller flere kroniske sygdomme.

Figur 9.19.S

Dårligt selvvalueret helbred – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		0,3	0,5	0,8
Hjertekrampe		0,4	- 2	- 5
Blodprop i hjertet		- 1	5	- 0,3
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 11 *	- 6	- 5
Diabetes		- 4	- 2	- 1
Kræft		- 0,1	- 2	- 1
Luftveje				
KOL		- 2	- 3	- 1
Astma		2	2	- 1
Allergi		3 *	2 *	0,0
Muskel-skelet				
Slidgigt		- 1	- 1	- 1
Leddegigt		- 5 *	- 5 *	- 3
Knogleskørhed		- 5 *	- 6 *	- 2
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		1	- 0,5	- 2
Psykiske lidelser		-	0,0	1
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		2	0,1	- 0,4
Tinnitus		2	2 *	- 0,2
Grå stær		- 3	- 3	- 0,2
Hele befolkningen		2 *	2 *	0,6

* Signifikant udvikling

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, og der sættes i det følgende fokus på ændringer i fysisk og mentalt helbred blandt personer med kronisk sygdom og multisygdom.

Anvendte helbredsmål

I dette kapitel anvendes følgende mål til at belyse fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom. For nærmere beskrivelse af målene henvises til kapitlerne i bind 1, som er anført i parentes:

- Dårligt selvvurderet helbred (kapitel 7)
- Nedsat arbejdsevne (25-66 år) (kapitel 9)
- Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25+ år) (kapitel 9)
- Ensomhed (kapitel 8)
- Symptomer på depression (kapitel 8)
- Dårlig søvnkvalitet (kapitel 13)

Dårligt selvvurderet helbred – kroniske sygdomme

Udviklingen i forekomsten af dårligt selvvurderet helbred i hele befolkningen er belyst i kapitel 7.

Figur 9.19.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med dårligt selvvurderet helbred for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med allergi. Stigningen svarer til udviklingen i hele befolkningen. Omvendt har der været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med følgende sygdomme:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Leddegigt
- Knogleskørhed

Det mest markante fald ses blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen, hvor andelen er faldet fra 53 % til 42 %.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med allergi og tinnitus svarende til stigningen i hele befolkningen. Omvendt har der været et fald i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med følgende sygdomme:

- Leddegigt
- Knogleskørhed

I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen med dårligt selvvurderet helbred blandt personer med nogen af de 17 kroniske sygdomme.

I figuren er der generelt tegn på, at andelen med dårligt selvvurderet helbred er steget eller faldet blandt flere sygdomsgrupper end de ovenfor nævnte, men uden at ændringerne er statistisk signifikante.

Figur 9.20.S

En del eller meget nedsat arbejdsevne (25-66 år) – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		3 *	1	1
Hjertekrampe		1	- 2	- 0,6
Blodprop i hjertet		- 5	- 4	- 4
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 0,8	- 3	- 2
Diabetes				
		5	0,7	0,4
Kræft				
		6	- 0,3	3
Luftveje				
KOL		5	- 3	2
Astma		2	1	- 2
Allergi				
		5 *	3 *	1
Muskel-skelet				
Slidgigt		- 2	- 2	- 1
Leddegigt		- 4	- 6 *	- 1
Knogleskørhed		- 3	- 2	2
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		0,9	- 0,6	- 3 *
Psykiske lidelser				
		-	- 2	0,0
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		2	- 1	- 2
Tinnitus		2	0,6	0,3
Grå stær		- 3	- 7	- 5
Hele befolkningen		3 *	0,9 *	0,4

* Signifikant udvikling

Nedsat arbejdsevne – kroniske sygdomme

Figur 9.20.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne blandt personer på 25-66 år med kronisk sygdom.

I perioden fra 2010 til 2021 har der i hele regionens befolkning på 25-66 år været en stigning i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne fra 15 % til 18 %. En nogenlunde tilsvarende stigning ses blandt personer med forhøjet blodtryk og blandt personer med allergi.

I perioden fra 2013 til 2021 har der i hele befolkningen på 25-66 år været en lille stigning i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne fra 17 % til 18 %. Der har ligeledes været en stigning blandt personer med allergi. Omvendt er andelen faldet blandt personer med leddegigt fra 51 % til 46 %.

I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikant udvikling i andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne, hverken i befolkningen som helhed eller blandt de kroniske sygdomsgrupper. Den eneste undtagelse er et fald blandt personer med diskusprolaps eller andre rygsygdomme.

I figuren er der generelt tegn på, at andelen med nedsat arbejdsevne er steget eller faldet blandt flere sygdomsgrupper end de ovenfor nævnte, men uden at ændringerne er statistisk signifikante.

Figur 9.21.S

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål (25 år og derover) – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar				
Forhøjet blodtryk		-0,4	-0,7	-0,6
Hjertekrampe		3	-2	-4
Blodprop i hjertet		-0,7	-1	-3
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		-14 *	-9 *	-9 *
Diabetes				
		-1	-4	-1
Kræft				
		-1	-2	-0,5
Luftveje				
KOL		-0,2	-0,4	2
Astma		-4 *	-0,5	-1
Allergi				
		0,6	0,0	-0,7
Muskel-skelet				
Slidgigt		-3 *	-2 *	-2 *
Leddegigt		-6 *	-4 *	-3
Knogleskørhed		-10 *	-9 *	-4
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		-3 *	-2	-4 *
Psykiske lidelser				
		-	-3	-4 *
Nervesystem og sanseorganer				
Migræne, hyppig hovedpine		0,4	-1	-3 *
Tinnitus		-1	0,3	-0,4
Grå stær		-10 *	-7 *	-1
Hele befolkningen		-0,1	0,1	-0,8 *

* Signifikant udvikling

Brug for hjælp til dagligdagens gøremål – kroniske sygdomme

Figur 9.21.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, blandt personer på 25 år og derover med kronisk sygdom.

I perioden fra 2010 til 2021 har andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, været uændret. Derimod er andelen faldet blandt personer med følgende sygdomme:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Astma
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Grå stær

Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (fra 58 % til 43 %), knogleskørhed (fra 47 % til 37 %) og grå stær (fra 42 % til 31 %). Det bemærkes endvidere, at der har været et fald blandt alle fire muskel-skelet-sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2021 har andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, været uændret. Derimod har der været et fald blandt personer med følgende sygdomme:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Grå stær

Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (fra 53 % til 43 %), knogleskørhed (fra 47 % til 37 %) og grå stær (fra 39 % til 31 %).


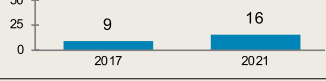
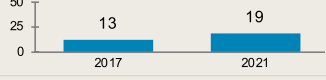
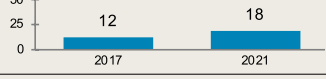
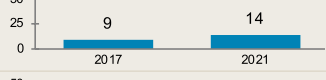
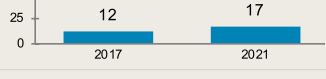

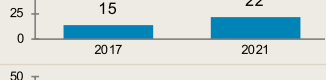
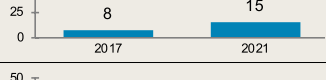
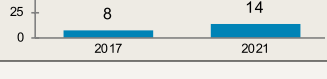
I perioden fra 2017 til 2021 har der været et lille fald i andelen af befolkningen på 25 år og derover, der har brug for hjælp til dagligdagens gøremål, fra 14 % til 13 %. Der har samtidig været et fald blandt personer med følgende sygdomme:

- Hjerneblødning eller blodprop i hjernen
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine

Faldet er særligt markant blandt personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen (fra 52 % til 43 %).

Figur 9.22.S

Ensomhed – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint 2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		5 *
Hjertekrampe		8 *
Blodprop i hjertet		5
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		5
Diabetes		6 *
Kræft		7 *
Luftveje KOL		6 *
Astma		6 *
Allergi		7 *
Muskel-skelet Slidgigt		5 *
Leddegigt		4 *
Knogleskørhed		4 *
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		6 *
Psykiske lidelser		9 *
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		7 *
Tinnitus		5 *
Grå stær		7 *
Hele befolkningen		6 *

* Signifikant udvikling

Ensomhed – kroniske sygdomme

Udviklingen i forekomsten af ensomhed i hele befolkningen er belyst i kapitel 8.





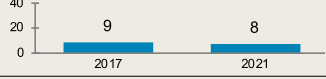
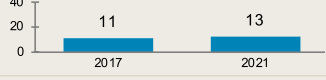
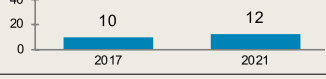
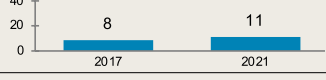
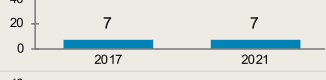

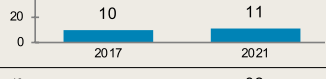
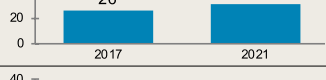
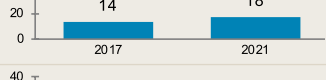

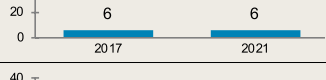
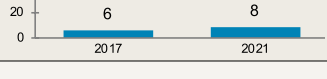
Figur 9.22.S viser udviklingen i forekomsten af ensomhed for hver af de 17 kroniske sygdomme. Udviklingen belyses kun fra 2017 til 2021 (se kapitel 8).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af befolkningen, der føler sig ensomme, fra 8 % til 14 %. Der har ligeledes været en stigning blandt alle 17 sygdomsgrupper, selv om stigningen ikke er statistisk signifikant blandt personer med blodprop i hjertet og personer med hjerneblødning eller blodprop i hjernen.

De to største stigninger ses blandt personer med psykiske lidelser (fra 26 % til 34 %) og personer med hjertekrampe (fra 13 % til 22 %).

Figur 9.23.S

Symptomer på depression – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint 2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		1 *
Hjertekrampe		0,9
Blodprop i hjertet		2
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 2
Diabetes		0,4
Kræft		- 0,8
Luftveje KOL		1
Astma		2 *
Allergi		3 *
Muskel-skelet Slidgigt		0,2
Leddegigt		- 0,3
Knogleskørhed		- 2
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		0,6
Psykiske lidelser		6 *
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		4 *
Tinnitus		2 *
Grå stær		0,1
Hele befolkningen		2 *

* Signifikant udvikling

Symptomer på depression – kroniske sygdomme

Udviklingen i andelen med symptomer på depression i hele befolkningen er belyst i kapitel 8.

Figur 9.23.S viser udviklingen i andelen med symptomer på depression for hver af de 17 kroniske sygdomme. Spørgsmålene om symptomer på depression indgik ikke i *Hvordan har du det?* i 2010 og 2013. Udviklingen belyses derfor fra 2017 til 2021.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen af befolkningen med symptomer på depression fra 6 % til 8 %. Der har også været en stigning blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Astma
- Allergi
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Den største stigning ses blandt personer med psykiske lidelser, hvor andelen er steget fra 26 % til 32 %.

Figur 9.24.SDårlig søvnkvalitet (≥ 80 point) – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		2 *	1 *	2 *
Hjertekrampe		6 *	8 *	1
Blodprop i hjertet		2	-0,1	0,7
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		4	2	0,1
Diabetes		3 *	3	2
Kræft		5 *	4 *	1
Luftveje KOL		3	2	0,9
Astma		5 *	4 *	2
Allergi		5 *	3 *	2 *
Muskel-skelet Slidgigt		3 *	3 *	1
Leddegigt		-0,3	1	0,7
Knogleskørhed		1	1	1
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		2 *	2	0,9
Psykiske lidelser		-	3 *	0,4
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		6 *	4 *	2 *
Tinnitus		5 *	3 *	3 *
Grå stær		1	2	3
Hele befolkningen		3 *	3 *	1 *

* Signifikant udvikling

Dårlig søvnkvalitet – kroniske sygdomme

Udviklingen i forekomsten af dårlig søvnkvalitet i hele befolkningen er belyst i kapitel 11.

Figur 9.24.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen med dårlig søvnkvalitet for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af befolkningen med dårlig søvnkvalitet steget fra 7 % til 10 %. Andelen er også steget blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Diabetes
- Kræft
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

De to største stigninger på 6 procentpoint ses blandt personer med hjertekrampe og migræne eller hyppig hovedpine.

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen af befolkningen med dårlig søvnkvalitet steget fra 8 % til 10 %. Andelen med dårlig søvnkvalitet er også steget blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Hjertekrampe
- Kræft
- Astma
- Allergi
- Slidgigt
- Psykiske lidelser
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

Den mest markante stigning ses blandt personer med hjertekrampe, hvor andelen er steget fra 23 % til 31 %.

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen af befolkningen med dårlig søvnkvalitet steget en smule fra 9 % til 10 %. Andelen er også steget blandt personer med følgende sygdomme:

- Forhøjet blodtryk
- Allergi
- Migræne eller hyppig hovedpine
- Tinnitus

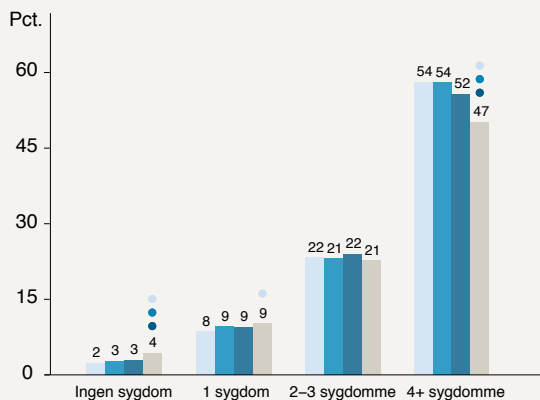
Resultaterne i figuren tyder på, at andelen med dårlig søvnkvalitet generelt har været uændret eller stigende i alle sygdomsgrupperne, men det er ikke alle stigninger, der er statistisk signifikante.

Figur 9.25.S-9.30.S

Fysisk og mentalt helbred – antallet af kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

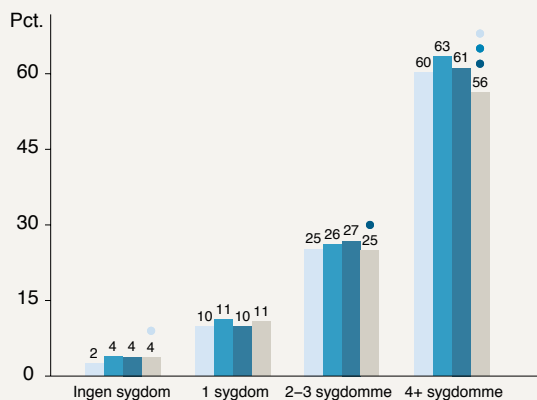
Figur 9.25.S

Dårligt selv vurderet helbred.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



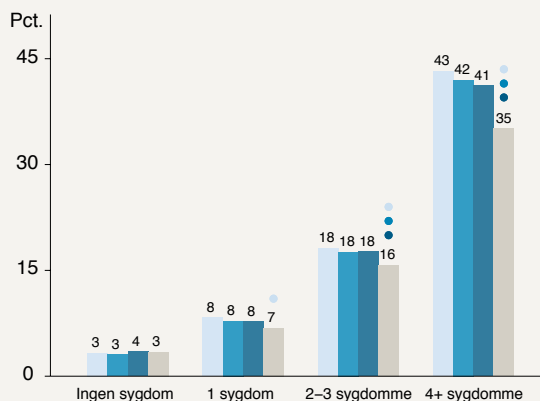
Figur 9.26.S

En del eller meget nedsat arbejdsevne (25-66 år).
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



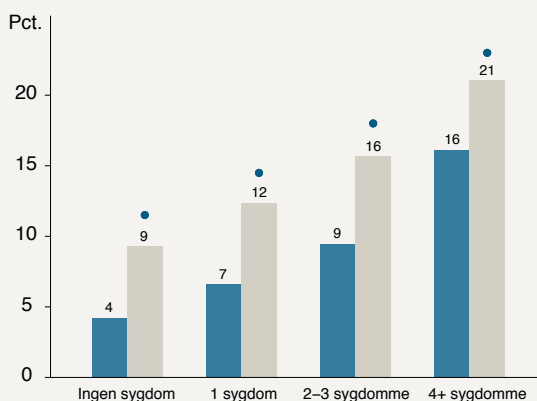
Figur 9.27.S

Brug for hjælp i dagligdagen (25 år og derover).
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



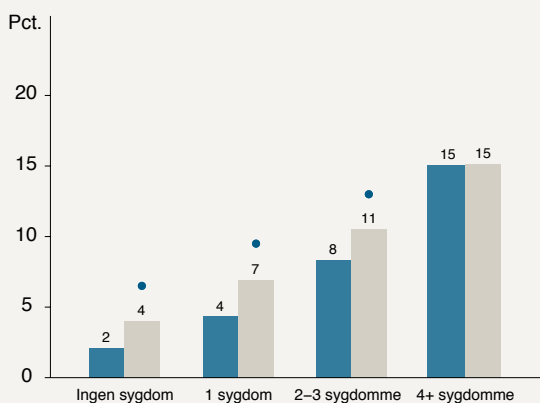
Figur 9.28.S

Ensomhed.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



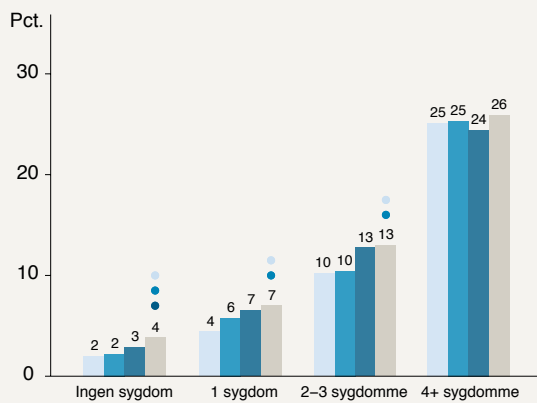
Figur 9.29.S

Symptomer på depression.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



Figur 9.30.S

Dårlig søvnkvalitet.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



2010 2013 2017 2021

● Signifikant større/mindre end i 2010 ● Signifikant større/mindre end i 2013 ● Signifikant større/mindre end i 2017

Fysisk og mentalt helbred – antallet af kroniske sygdomme

Figur 9.25.S-9.30.S viser udviklingen i perioden fra 2010 til 2021 i andelen af seks forskellige mål for fysisk og mentalt helbred i forhold til antallet af kroniske sygdomme: *Ingen sygdom, en sygdom, to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme.*

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget fra 2 % til 4 % blandt personer, der ikke har multisygdom, og faldet fra 54 % til 47 % blandt personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.25.S). Ligeledes er andelen af de 25-66-årige, der har *en del eller meget nedsat arbejdsevne*, steget fra 2 % til 4 % blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet fra 60 % til 56 % blandt personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.26.S). Andelen med *brug for hjælp til dagligdagens gøremål* er faldet blandt alle på 25 år og derover på nær de personer, der ikke har en kronisk sygdom. Det største fald ses blandt personer med fire eller flere sygdomme, hvor andelen er faldet fra 43 % til 35 % (figur 9.27.S). Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.30.S).

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget fra 3 % til 4 % blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet fra 54 % til 47 % blandt personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.25.S). Ligeledes er andelen af 25-66-årige med *en del eller meget nedsat arbejdsevne* faldet blandt personer med fire eller flere sygdomme fra 63 % til 56 % (figur 9.26.S). 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, hvor andelen er faldet fra 42 % til 35 % (figur 9.27.S). Omvendt er andelen med *dårlig søvnkvalitet* steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.30.S).

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen med *dårligt selvvurderet helbred* steget fra 3 % til 4 % blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom, og faldet fra 52 % til 47 % blandt personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.25.S). Samtidig er andelen af 25-66-årige 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 (figur 9.26.S og figur 9.27.S). I begge tilfælde ses det største fald blandt personer med fire eller flere sygdomme. Omvendt er andelen af personer, der føler sig *ensomme*, steget uanset antallet af kroniske sygdomme (figur 9.28.S), mens andelen med *symptomer på depression* er steget blandt alle på nær personer med fire eller flere sygdomme (figur 9.29.S). Andelen med *dårlig søvnkvalitet* er steget blandt personer, der ikke har en kronisk sygdom (figur 9.30.S).

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 til dagligdagens gøremål 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 (2, 13). 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 (14, 15).

To vigtige aspekter i den enkeltes kontakt med sundhedsvæsenet er den patientoplevede behandlingsbyrde og sundhedskompetence. 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.

I det følgende belyses udviklingen i 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, der anvendes til at belyse behandlingsbyrde og sundhedskompetence, introduceres nærmere under det enkelte emne. Desuden henvises til kapitel 9 i bind 1 for en mere uddybende beskrivelse af emnerne.

Behandlingsbyrde

Behandlingsbyrde er en subjektiv oplevelse af, hvordan hverdagen er påvirket af at være i behandling for sin sygdom. 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. Mange oplever et opsplittet og usammenhængende behandlingsforløb blandt andet på grund af et højt specialiseret hospitalsvæsen med mangelfuld koordinering på tværs af faglige

specialer og sektorer (2, 16). Kronisk sygdom, og i særdeleshed multisygdom, kan derfor være forbundet med en betydelig behandlingsbyrde for patienten (2, 16, 17).

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. (17, 18). Oplevelsen af behandlingsbyrde påvirkes endvidere af personens øvrige forpligtelser i hverdagen (f.eks. arbejde og familie) samt ressourcerne til at håndtere den samlede mængde af forpligtelser (herunder fysisk og mentalt helbred, kognitive evner inkl. sundhedskompetence, økonomi og social støtte) (19).

Hvis behandlingsbyrden er stor, kan det mindske motivationen for at følge behandlingen eller overstige patientens muligheder og evner, så efterlevelsen af behandlingen bliver mangelfuld. Det kan have negative konsekvenser for helbredet. Den patientoplevede behandlingsbyrde anses derfor i stigende grad som et vigtigt aspekt i forbindelse med behandling af og forskning i multisygdom (20). 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 (21, 22).

I *Hvordan har du det? 2021* har vi spurgt om behandlingsbyrde hos personer på 25 år og derover, der aktuelt er 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. Personer, der har svaret ja til spørgsmålet, betegnes som værende i behandling, og det er dem, der er blevet bedt om at svare på spørgsmålene vedrørende behandlingsbyrde.

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) (23). 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*.

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. Med udgangspunkt i det engelske og det danske valideringsstudie af MTBQ (23, 24) inddeles 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).

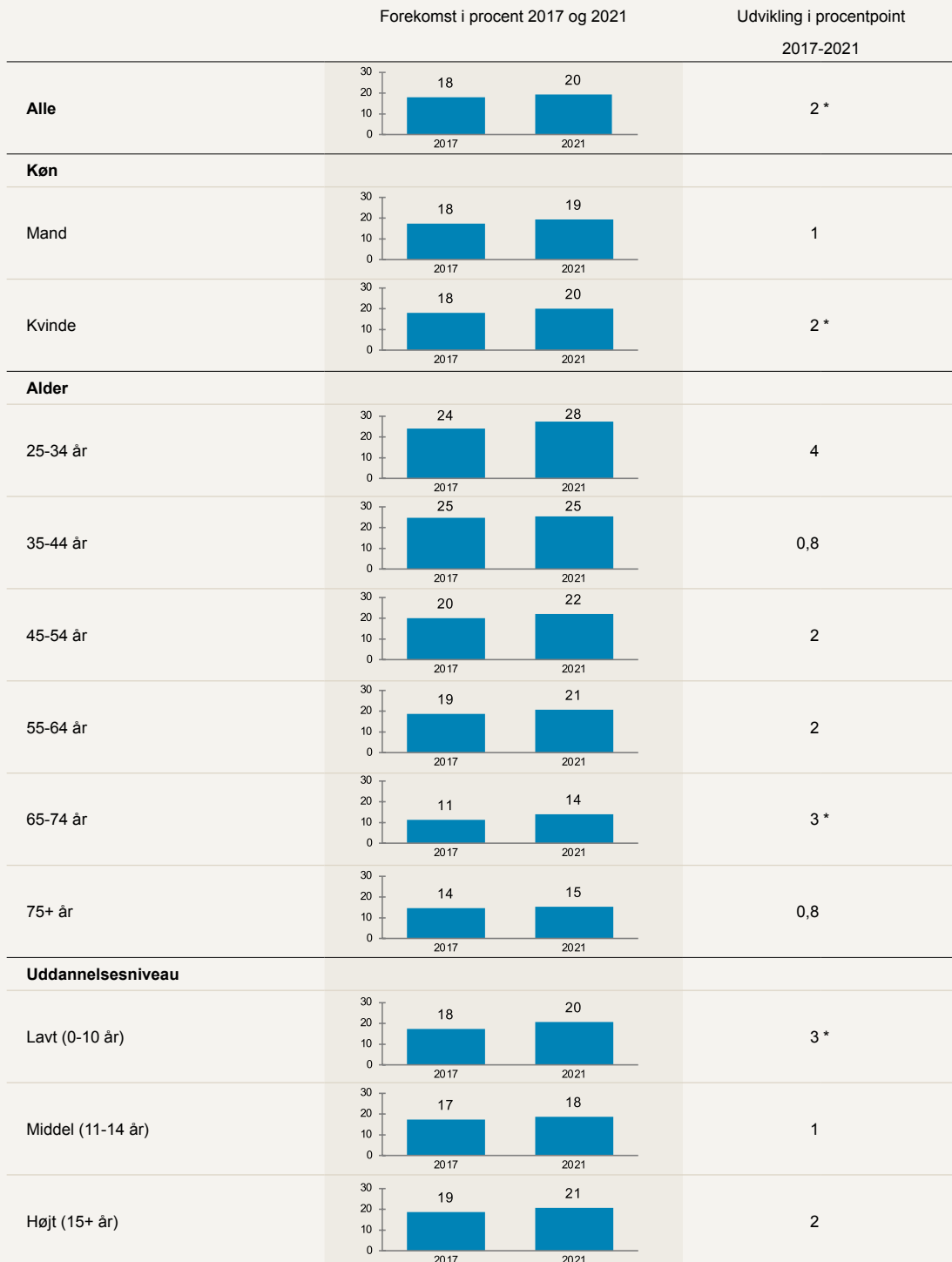
Spørgsmålene om behandling og behandlingsbyrde blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?* i 2017. Udviklingen belyses derfor kun i perioden fra 2017 til 2021.

Både i 2017 og i 2021 var det knap halvdelen (47 %) af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland, der var i behandling.

I de følgende analyser af udviklingen i behandlingsbyrde fokuseres der på personer i behandling med moderat og høj behandlingsbyrde.

Figur 9.31.S

Moderat behandlingsbyrde (25 år og derover) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Moderat behandlingsbyrde – køn, alder og uddannelse

Figur 9.31.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen af personer, der oplever moderat behandlingsbyrde, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

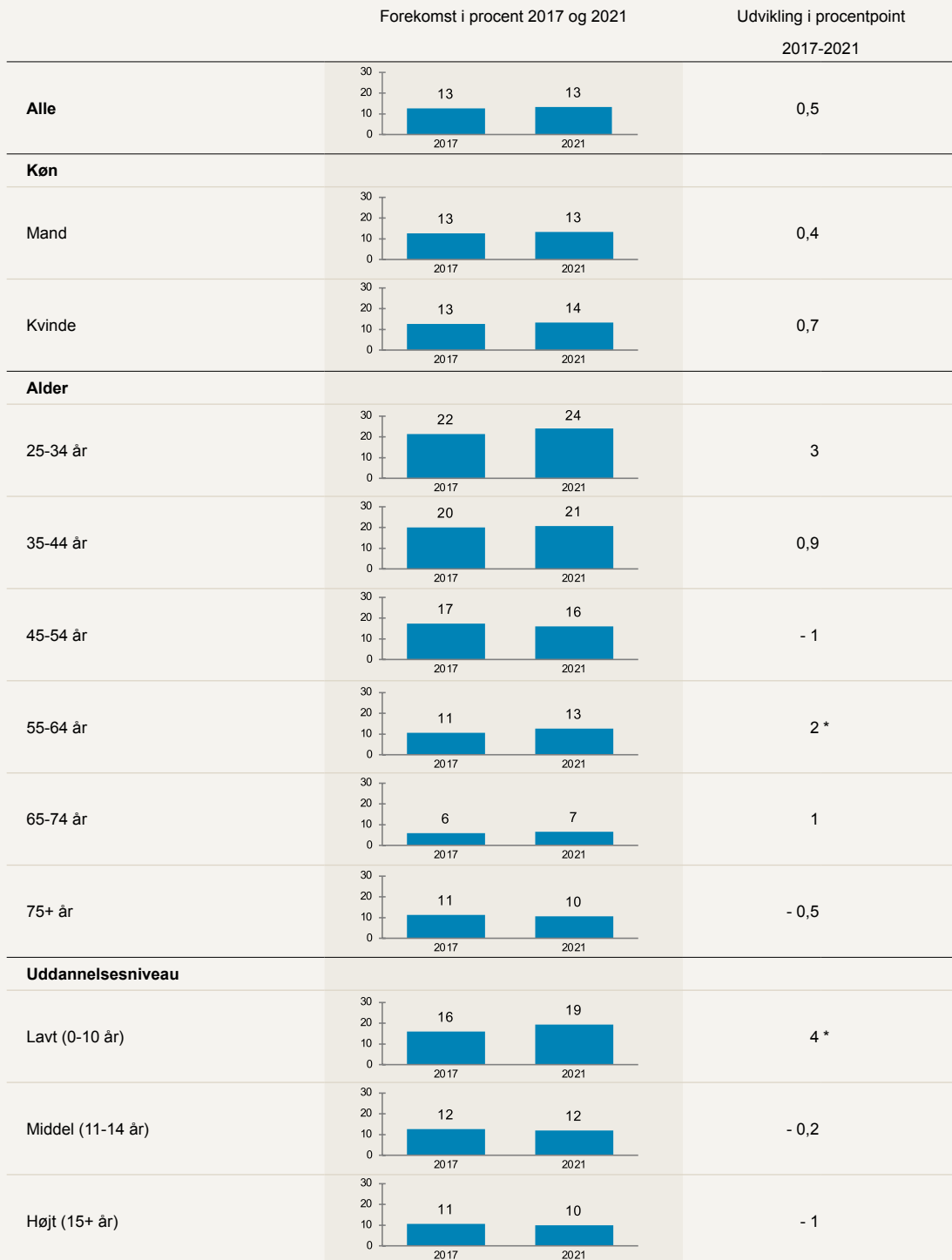
I perioden fra 2017 til 2021 har der i hele befolkningen været en stigning i andelen, der oplever moderat behandlingsbyrde, fra 18 % til 20 %. Der er sket en stigning i følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 65-74 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau

I figuren ses der generelt en tendens i retning af stigende forekomst blandt alle grupper, om end stigningen kun er signifikant for de tre ovennævnte grupper.

Figur 9.32.S

Høj behandlingsbyrde (25 år og derover) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Høj behandlingsbyrde – køn, alder og uddannelse

Figur 9.32.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen af personer, der oplever høj behandlingsbyrde, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der i hele befolkningen ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der oplever høj behandlingsbyrde. Der har dog været en signifikant stigning i følgende grupper:

- Personer i alderen 55-64 år
- Personer med et lavt uddannelsesniveau

Blandt personer med lavt uddannelsesniveau er andelen steget fra 16 % til 19 %.

Moderat og høj behandlingsbyrde samlet – køn, alder og uddannelse

Ved at lægge andelene fra figur 9.31.S og 9.32.S sammen fremgår det, at den samlede andel i befolkningen med moderat til høj behandlingsbyrde er steget fra 31 % til 33 % (udviklingen er signifikant; ikke vist). Andelen er også steget signifikant blandt følgende grupper (ikke vist):

- Kvinder
- Personer i alderen 25-34 år og 55-74 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau

De største stigninger ses blandt personer i alderen 25-34 år (fra 46 % til 52 %) og blandt personer med lavt uddannelsesniveau (fra 34 % til 40 %).

Figur 9.33.S

Svært ved at læse og forstå information om sundhed (25 år og derover) – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
Alle		0,0	- 0,3
Køn			
Mand		0,3	- 0,3
Kvinde		- 0,2	- 0,2
Alder			
25-34 år		0,4	0,3
35-44 år		1 *	0,1
45-54 år		- 0,5	- 0,2
55-64 år		0,0	- 0,5
65-74 år		- 0,8	- 0,7
75+ år		- 2 *	- 2 *
Uddannelsesniveau			
Lavt (0-10 år)		0,0	- 0,4
Middel (11-14 år)		0,6 *	- 0,2
Højt (15+ år)		0,0	0,2

* Signifikant udvikling

Sundhedskompetence

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. Sundhedskompetence (på engelsk: *health literacy*) handler først og fremmest om disse basale funktionelle færdigheder. 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 (25, 26).

En lav sundhedskompetence kan føre til, at patienten ikke får det optimale udbytte af behandlingen og er blandt andet forbundet med øget risiko for sygdom og tidlig død (27, 28). God kommunikation mellem patienter og sundhedspersonale fordrer, at sundhedspersonalet tilpasser sin information til modtagerens forudsætninger (25).

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 (29). 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.

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.

I det følgende belyses udviklingen i andelen af befolkningen på 25 år og derover i Region Midtjylland, der har lav sundhedskompetence i form af at have svært eller meget svært ved henholdsvis at *læse og forstå information om sundhed* og *kommunikere med sundhedspersonale*.

Spørgsmålene om sundhedskompetence blev første gang anvendt i *Hvordan har du det?* i 2013, hvorfor udviklingen i lav sundhedskompetence ikke opgøres for perioden fra 2010 til 2021.

Svært ved at læse og forstå information om sundhed – køn, alder og uddannelse

Figur 9.33.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2021 har der i hele befolkningen ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Dog ses der en lille stigning blandt personer i alderen 35-44 år og et fald blandt personer på 75 år og derover. Der er også en lille stigning blandt personer med et middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der i hele befolkningen ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed. Derimod ses der et fald blandt personer i alderen 75 år og derover, hvor andelen er faldet fra 9 % til 7 %.

Figur 9.34.S

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (25 år og derover) – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021			Udvikling i procentpoint	
	2013	2017	2021	2013-2021	2017-2021
Alle	7	7	7	0,6 *	0,2
Køn					
Mand	6	6	6	0,6	- 0,2
Kvinde	8	8	9	0,6	0,6
Alder					
25-34 år	8	9	10	2 *	1
35-44 år	6	8	8	2 *	0,7
45-54 år	7	7	8	0,3	0,5
55-64 år	7	7	7	- 0,1	- 0,4
65-74 år	5	5	5	- 0,3	- 0,1
75+ år	8	8	7	- 1	- 1
Uddannelsesniveau					
Lavt (0-10 år)	11	12	13	1	0,1
Middel (11-14 år)	7	7	7	0,5	- 0,1
Højt (15+ år)	5	5	6	0,8	1 *

* Signifikant udvikling

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale – køn, alder og uddannelse

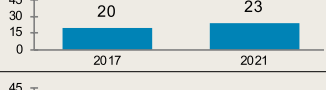
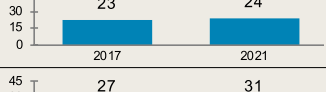
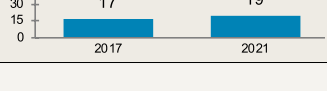
Figur 9.34.S viser udviklingen i perioden fra 2013 til 2021 i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i forhold til køn, alder og uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2021 har der i hele befolkningen været en lille stigning på mindre end 1 procentpoint i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Stigningen skyldes primært en stigning blandt personer i alderen 25-44 år.

I perioden fra 2017 til 2021 har der i hele befolkningen ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Kun blandt personer med et højt uddannelsesniveau ses der en lille signifikant stigning fra 5 % til 6 %.

Figur 9.35.S

Moderat behandlingsbyrde (25 år og derover) – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint 2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		2 *
Hjertekrampe		-3
Blodprop i hjertet		3
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		3
Diabetes		3
Kræft		6 *
Luftveje KOL		-2
Astma		2
Allergi		3 *
Muskel-skelet Slidgigt		2
Leddegigt		0,7
Knogleskørhed		-0,1
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		1
Psykiske lidelser		4 *
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		0,9
Tinnitus		-0,2
Grå stær		3

* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Moderat behandlingsbyrde – kroniske sygdomme

Figur 9.35.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der oplever moderat behandlingsbyrde, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der oplever moderat behandlingsbyrde, blandt personer med følgende sygdomme:

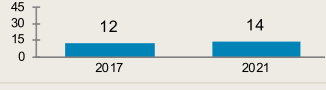
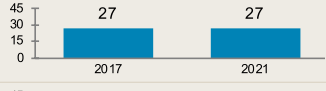
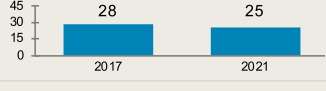
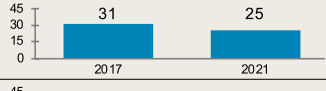
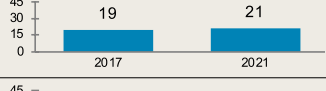
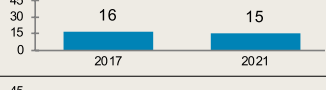
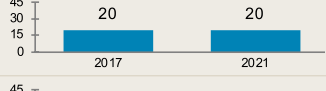
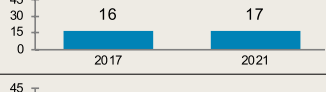
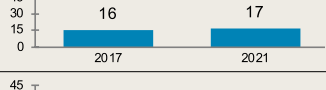
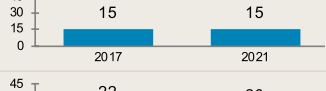
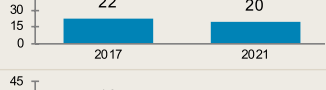
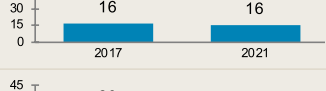
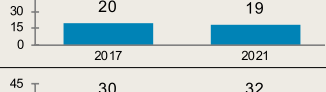
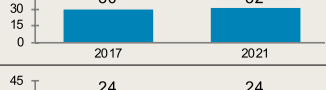
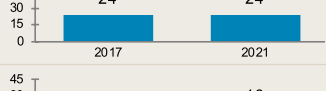
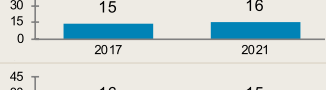
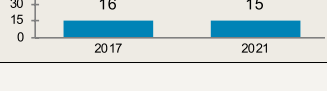
- Forhøjet blodtryk
- Kræft
- Allergi
- Psykiske lidelser

Den største stigning ses blandt personer med kræft, hvor andelen er steget fra 17 % til 23 %.

Generelt tyder resultaterne fra figuren på, at andelen med moderat behandlingsbyrde er steget hos godt halvdelen af sygdomsgrupperne og faldet i et par andre, men disse ændringer er ikke statistisk signifikante.

Figur 9.36.S

Høj behandlingsbyrde (25 år og derover) – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint 2017-2021
Hjerte-kar Forhøjet blodtryk		2 *
Hjertekrampe		0,0
Blodprop i hjertet		- 3
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 5
Diabetes		2
Kræft		- 1
Luftveje KOL		- 0,4
Astma		0,4
Allergi		1
Muskel-skelet Slidgigt		0,2
Leddegigt		- 2
Knogleskørhed		- 0,4
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		- 2
Psykiske lidelser		1
Nervesystem og sanseorganer Migræne, hyppig hovedpine		- 0,1
Tinnitus		1
Grå stær		- 0,7

* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Høj behandlingsbyrde – kroniske sygdomme

Figur 9.36.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der oplever høj behandlingsbyrde, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen, der oplever høj behandlingsbyrde, blandt personer med forhøjet blodtryk (fra 12 % til 14 %).

Ved et par andre sygdomme (herunder blodprop i hjertet og hjerneblødning eller blodprop i hjernen) har der været en udvikling i retning af en faldende forekomst, men ingen af ændringerne blandt de øvrige sygdomme er statistisk signifikante.

Figur 9.37.S

Svært ved at læse og forstå information om sundhed (25 år og derover) – kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk		0,0	- 1
Hjertekrampe		1	0,7
Blodprop i hjertet		7 *	3
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 0,3	- 2
Diabetes			
		0,1	- 0,1
Kræft			
		0,7	- 0,7
Luftveje			
KOL		- 2 *	- 4 *
Astma		- 0,5	- 1
Allergi			
		0,4	- 0,4
Muskel-skelet			
Slidgigt		- 0,8	- 1 *
Leddegigt		- 0,9	- 2 *
Knogleskørhed		- 2	- 5 *
Diskusprolaps, andre rygssygdomme		0,4	- 0,2
Psykiske lidelser			
		- 1	- 1
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine		- 0,2	- 0,5
Tinnitus		- 0,3	- 1 *
Grå stær		- 3 *	- 1

* Signifikant udvikling

Svært ved at læse og forstå information om sundhed – kroniske sygdomme

Figur 9.37.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af personer, som har svært ved at læse og forstå information om sundhed, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2021 er andelen, som har svært ved at læse og forstå information om sundhed, steget markant blandt personer med blodprop i hjertet fra 8 % til 15 %. Omvendt er andelen faldet blandt personer med KOL og personer med grå stær.

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen, som har svært ved at læse og forstå information om sundhed, faldet blandt personer med følgende sygdomme:

- KOL
- Slidgigt
- Leddegigt
- Knogleskørhed
- Tinnitus

De to største fald ses blandt personer med knogleskørhed (fra 12 % til 7 %) og personer med KOL (fra 11 % til 7 %).

Figur 9.38.S

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (25 år og derover) – kroniske sygdomme.
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

Kroniske sygdomme	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
Hjerte-kar			
Forhøjet blodtryk		- 0,5	0,4
Hjertekrampe		- 1	- 0,5
Blodprop i hjertet		5 *	0,6
Hjerneblødning, blodprop i hjernen		- 1	- 2
Diabetes		1	2
Kræft		0,6	- 0,6
Luftveje			
KOL		- 0,5	- 1
Astma		0,2	- 0,9
Allergi		0,1	- 0,2
Muskel-skelet			
Slidgigt		- 1 *	- 1
Leddegigt		- 0,6	- 0,8
Knogleskørhed		- 2	- 2
Diskusprolaps, andre ryggsygdomme		0,0	0,3
Psykiske lidelser		1	0,5
Nervesystem og sanseorganer			
Migræne, hyppig hovedpine		0,9	1
Tinnitus		0,6	0,4
Grå stær		- 2	- 0,1

* Signifikant udvikling

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale – kroniske sygdomme

Figur 9.38.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, for hver af de 17 kroniske sygdomme.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en markant stigning i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med blodprop i hjertet fra 8 % til 13 %. Omvendt er andelen faldet blandt personer med slidgigt fra 10 % til 8 %.

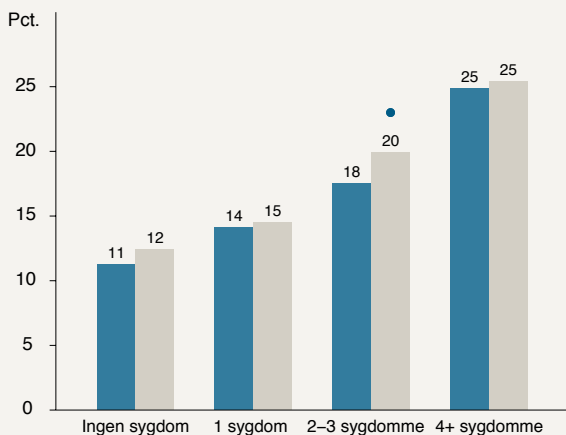
I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, blandt personer med nogen af de 17 kroniske sygdomme.

Figur 9.39.S-9.42.S

Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence (25 år og derover) – antallet af kroniske sygdomme. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

Figur 9.39.S

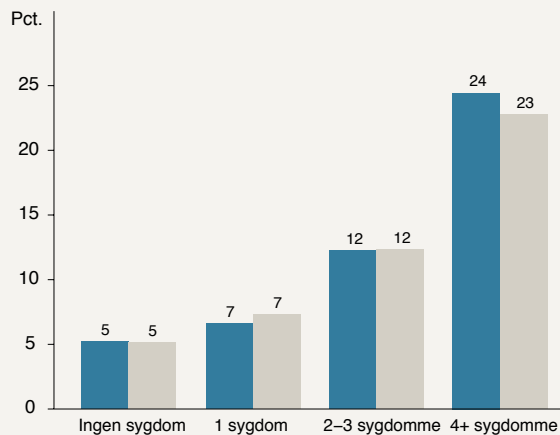
Moderat behandlingsbyrde. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Figur 9.40.S

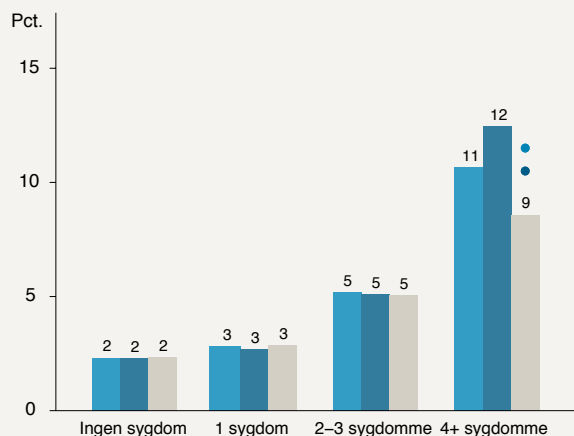
Høj behandlingsbyrde. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

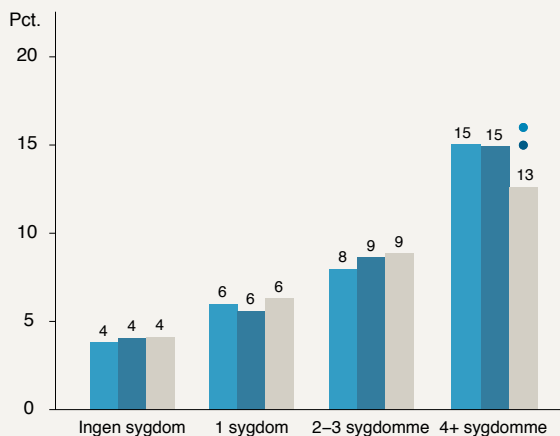
Figur 9.41.S

Svært ved at læse og forstå information om sundhed. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



Figur 9.42.S

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



■ 2013 ■ 2017 ■ 2021

● Signifikant mindre end i 2013 ● Signifikant større/mindre end i 2017

Behandlingsbyrde og lav sundhedskompetence – antallet af kroniske sygdomme

Figur 9.39.S-9.42.S viser udviklingen i perioden fra 2013 til 2021 i andelen af to mål for behandlingsbyrde samt to mål for lav sundhedskompetence i forhold til antallet af kroniske sygdomme: *ingen sygdomme, en sygdom, to til tre sygdomme og fire eller flere sygdomme*.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, (fra 11 % til 9 %) og i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, (fra 15 % til 13 %) blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme (figur 9.41.S og figur 9.42.S).

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen, der oplever *moderat behandlingsbyrde*, steget fra 18 % til 20 % blandt personer med to til tre kroniske sygdomme. Der har ikke været nogen signifikant ændring i andelen, der oplever *høj behandlingsbyrde*, i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

I samme periode har der blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme været et fald i andelen, der har svært ved at *læse og forstå information om sundhed*, (fra 12 % til 9 %) og i andelen, der har svært ved at *kommunikere med sundhedspersonale*, (fra 15 % til 13 %) (figur 9.41.S og figur 9.42.S).

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 9.43.S

Moderat behandlingsbyrde (25 år og derover) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

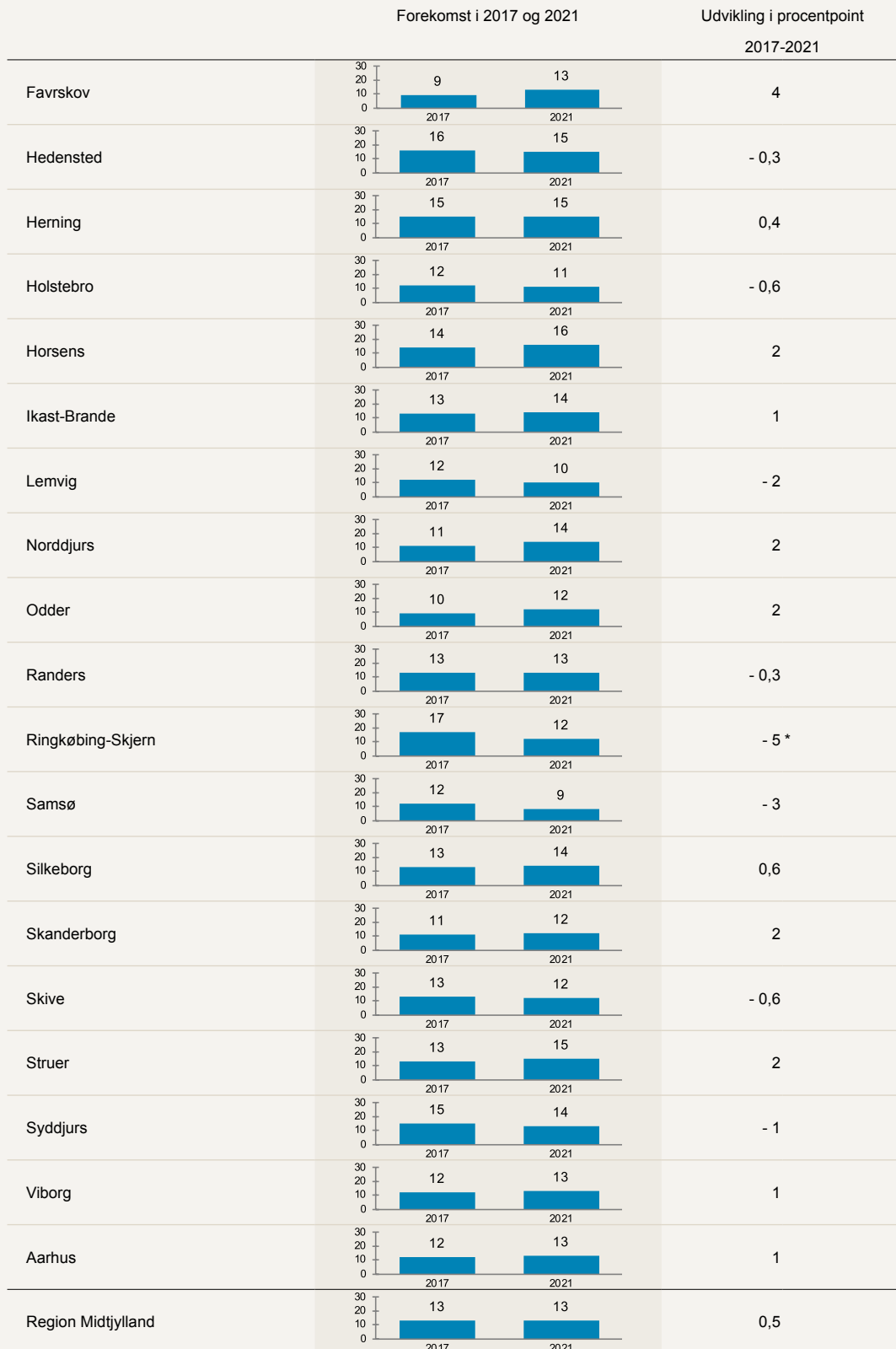
Moderat behandlingsbyrde – kommuner

Figur 9.43.S viser udviklingen i perioden fra 2017 til 2021 i andelen, der oplever moderat behandlingsbyrde, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2017 til 2021 har der i hele Region Midtjylland været en stigning i andelen, der oplever moderat behandlingsbyrde, fra 18 % til 20 %. I Holstebro Kommune er andelen steget fra 18 % til 23 %, og i Lemvig Kommune er andelen steget betragteligt fra 15 % til 22 %.

Figur 9.44.S

Høj behandlingsbyrde (25 år og derover) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



* Signifikant udvikling

Note: Opgjort blandt personer, der er i behandling

Høj behandlingsbyrde – kommuner

Figur 9.44.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der oplever høj behandlingsbyrde, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2017 til 2021 er den eneste signifikante ændring et fald i Ringkøbing-Skjern Kommune i andelen, der oplever høj behandlingsbyrde. Andelen er faldet fra 17 % til 12 %.

Figur 9.45.S

Svært ved at læse og forstå information om sundhed (25 år og derover) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



* Signifikant udvikling

Svært ved at læse og forstå information om sundhed – kommuner

Figur 9.45.S viser udviklingen i perioden fra 2013 til 2021 i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2021 er der ikke sket nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, i nogen af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

I perioden fra 2017 til 2021 er andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, faldet i Herning (fra 5 % til 3 %) og i Viborg Kommune (fra 6 % til 4 %).

Figur 9.46.S

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale (25 år og derover) – kommuner.
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



* Signifikant udvikling

Svært ved at kommunikere med sundhedspersonale – kommuner

Figur 9.46.S viser udviklingen i perioden fra 2013 til 2021 i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i Aarhus Kommune fra 6 % til 8 %.

I perioden fra 2017 til 2021 er der ikke sket nogen signifikant ændring i andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, i nogen af de 19 kommuner i Region Midtjylland.

Sammenfatning

Forekomsten af kroniske sygdomme. Der har i perioden fra 2010 til 2021 generelt været en stigning i forekomsten af kronisk sygdom. Kun forekomsten af blodprop i hjertet er uændret i perioden, og stigningen i forekomsten af hjertekrampe er ganske lille. Derudover har der ikke været nogen stigning i forekomsten af hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen eller diabetes siden 2017.

Sundhedsvaner og overvægt hos borgere med kronisk sygdom. Som i befolkningen generelt er andelen af dagligrygere fra 2010 til 2021 faldet betydeligt hos alle 17 sygdomsgrupper. Også fra 2013 til 2021 og fra 2017 til 2021 har der været tendens til et fald i andelen af dagligrygere hos alle sygdomsgrupper, selv om faldene ikke er statistisk signifikante blandt alle sygdommene.

Fra 2010 til 2021 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. For hovedparten af sygdommene synes udviklingen dog at være stagneret siden 2017 (i nogle tilfælde siden 2013) eller med tendens til stigning (dog ikke statistisk signifikant).

Fra 2010 til 2021 er andelen af fysisk inaktive steget signifikant blandt personer med forhøjet blodtryk, hjertekrampe, blodprop i hjertet, diabetes, kræft og slidgigt. Stigningen er særligt markant blandt personer med blodprop i hjertet fra 29 % i 2010 og i 2013 og 27 % i 2017 til 39 % i 2021. Omvendt er andelen af fysisk inaktive faldet markant blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen fra 37 % i 2010 og i 2013 til 31 % i 2021, og fra 2017 til 2021 er andelen faldet blandt personer med allergi, leddegigt og grå stær.

Som i befolkningen generelt er andelen med et usundt kostmønster steget signifikant fra 2010 til 2021 blandt 10 af sygdomsgrupperne, mens der også er tegn på en (ikke-signifikant) stigning blandt de resterende sygdomsgrupper med undtagelse af personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen. Den største stigning ses blandt personer med diabetes (fra 11 % i 2010, 15 % i 2013 og 18 % i 2017 til 20 % i 2021). I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen signifikante ændringer i andelen med et usundt kostmønster blandt personer med de 17 kroniske sygdomme.

Også andelen med svær overvægt er steget betragteligt fra 2010 til 2021 hos næsten alle sygdomsgrupper ligesom i befolkningen generelt. Kun blandt personer med hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen og KOL er stigningen ikke statistisk signifikant. Også fra 2013 til 2021 er der en signifikant øget forekomst af svær overvægt blandt alle sygdomsgrupper på nær hjertekrampe, hjerneblødning/blodprop i hjernen og grå stær. Ved ni 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).

Fra 2010 til 2021 er andelen af befolkningen, der har to til fem af ovenstående risikable sundhedsvaner på samme tid, faldet fra 22 % til 20 %. I samme periode har der været et fald blandt personer med knogleskørhed og personer med tinnitus. Også blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen er der tegn på faldende forekomst, selv om det ikke er statistisk signifikant. Omvendt er andelen med to til fem risikable sundhedsvaner steget i perioden blandt personer med forhøjet blodtryk (fra 26 % i 2010 og 2013 til 30 % i 2021) og diabetes (fra 28 % i 2010 til 34 % i 2021). Den største stigning ses blandt personer med blodprop i hjertet (fra 28 % i 2013 og i 2017 til 36 % i 2021).

På tværs af sundhedsvanemålene fremgår det, at særligt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen har haft en af de mest hensigtsmæssige udviklinger, hvorimod der overordnet set har været en bekymrende udvikling særligt blandt personer med blodprop i hjertet.

Resultaterne viser, at der fortsat 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.

Fysisk og mentalt helbred hos borgere med kronisk sygdom. I befolkningen generelt er andelen med dårligt selvvurderet helbred steget fra 14 % i 2010 og i 2013 til 16 % i 2021. Tilsvarende stigninger ses blandt personer med allergi og tinnitus. I modsætning hertil har forekomsten af dårligt selvvurderet helbred været forholdsvis uændret eller med tendens til et fald blandt hovedparten af de øvrige kroniske sygdomme. Mest bemærkelsesværdigt er et markant fald blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 53 %

i 2010 til 42 % i 2021) samt et fald blandt personer med leddegigt (fra 45 % i 2010 og i 2013 til 39 % i 2021) og knogleskørhed (fra 45 % i 2010 og 46 % i 2013 til 40 % i 2021).

Blandt hele befolkningen på 25-66 år er andelen med en del eller meget nedsat arbejdsevne steget fra 15 % i 2010 og 17 % i 2013 til 18 % i 2021. Ved ca. en tredjedel af de 17 kroniske sygdomme er der ligeledes tegn på stigende forekomst, selv om stigningen kun er statistisk signifikant blandt personer med forhøjet blodtryk og allergi. Omvendt er andelen med nedsat arbejdsevne faldet blandt personer med leddegigt (fra 51 % i 2013 til 46 % i 2021), mens der også er tegn på et fald (ikke signifikant) blandt personer med blodprop i hjertet, slidgigt, knogleskørhed og grå stær.

Fra 2010 til 2021 har der i befolkningen på 25 år og derover været en uændret andel med brug for hjælp til dagligdagens gøremål på 13 % (14 % i 2017). Andelen er derimod faldet blandt syv af de kroniske sygdomme. De største fald er blandt personer med hjerneblødning/blodprop i hjernen (fra 58 % i 2010, 53 % i 2013 og 52 % i 2017 til 43 % i 2021), knogleskørhed (fra 47 % i 2010 og i 2013 til 37 % i 2021) og grå stær (fra 42 % i 2010 og 39 % i 2013 til 31 % i 2021). De øvrige sygdomme, hvor der er sket et fald i andelen med brug for hjælp til dagligdagens gøremål, er astma, slidgigt, leddegigt og diskusprolaps/andre ryggsygdomme.

Andelen af befolkningen, der føler sig ensomme, er fra 2017 til 2021 steget fra 8 % til 14 %. Tilsvarende har der generelt været en tendens til markante stigninger blandt personer med kronisk sygdom – størst blandt personer med hjertekrampe (fra 13 % til 22 %) og psykiske lidelser (fra 26 % til 34 %).

Andelen af befolkningen med symptomer på depression er fra 2017 til 2021 steget fra 6 % til 8 %. Tilsvarende har der været en signifikant stigning blandt personer med forhøjet blodtryk, astma, allergi, migræne/hyppig hovedpine, tinnitus og størst blandt personer med psykiske lidelser (fra 26 % til 32 %).

Andelen af befolkningen med dårlig søvnkvalitet er gradvis steget fra 7 % i 2010, 8 % i 2013 og 9 % i 2017 til 10 % i 2021. Siden 2010 har der ligeledes været en stigende tendens i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt hovedparten af de 17 kroniske sygdomme.

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 selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne og brug for hjælp til dagligdagens gøremål. Samtidig indikerer resultaterne en stigende forekomst af dårlig mental sundhed blandt personer med kronisk sygdom. 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. Der har fra 2017 til 2021 været en stigning i andelen med moderat og høj behandlingsbyrde fra 31 % til 33 %. De største stigninger er blandt personer i alderen 25-34 år (fra 46 % til 52 %) og blandt personer med lavt uddannelsesniveau (fra 34 % til 40 %). Desuden er den samlede andel steget blandt kvinder og personer i alderen 55-74 år.

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 (fra 27 % til 31 %). Andelen med høj behandlingsbyrde er steget blandt personer med forhøjet blodtryk, men er uændret eller med tegn på fald (ikke signifikant) ved hovedparten af de øvrige kroniske sygdomme.

Overordnet set er andelen med lav sundhedskompetence stort set uændret siden 2013 både i befolkningen generelt og – med få undtagelser – på tværs af køn, alder og uddannelse. Andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er faldet blandt personer på 75 år og derover (fra 9 % til 7 %) og steget blandt personer på 35-44 år og (en smule) blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau. Andelen, der har svært ved at kommunikere med sundhedspersonale, er fra 2013 til 2021 steget blandt personer på 25-44 år og fra 2017 til 2021 blandt personer med højt uddannelsesniveau.

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. Ved hovedparten af de øvrige sygdomme har der generelt været en tendens til

uændret eller faldende andel med lav sundhedskompetence. De største fald i andelen, der har svært ved at læse og forstå information om sundhed, er blandt personer med KOL (fra 10 % i 2013 og 11 % i 2017 til 7 % i 2021), knogleskørhed (fra 12 % i 2017 til 7 % i 2021) og grå stær (fra 11 % i 2013 til 8 % i 2021).

Antallet af kroniske sygdomme (multisygdom). Andelen af borgere med multisygdom er steget fra 36 % i 2010 og i 2013 til 40 % i 2017 og 44 % i 2021. Der har været en stigning både i andelen af personer med to til tre kroniske sygdomme (fra 27 % til 30 %) og med fire eller flere kroniske sygdomme (fra 9 % til 13 %). Der har samtidig været et fald i andelen, der ikke har en kronisk sygdom (fra 35 % til 30 %), og i andelen, der har en enkelt kronisk sygdom (fra 29 % til 27 %).

Fra 2010 til 2021 er forekomsten af multisygdom steget både for mænd og kvinder, alle aldersgrupper og på tværs af uddannelsesniveau. Stigningen er mest udtalt blandt de midaldrende og ældre samt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Den største stigning er blandt personer med middelhøjt uddannelsesniveau fra 37 % i 2010, 39 % i 2013 og 44 % i 2017 til 49 % i 2021.

Samlet set viser resultaterne i forhold til antallet af kroniske sygdomme, at det er de mest sygdomsramte (personer med fire eller flere kroniske sygdomme), der har haft den *mindst* hensigtsmæssige udvikling med hensyn til risikable sundhedsvaner (dagligrygning, drikker mere end 10 genstande om ugen, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster, svær overvægt og to til fem risikable sundhedsvaner på samme tid), men den *bedste* (selvoplevede) helbredsmæssige udvikling ud fra de anvendte helbredsmål (dårligt selv vurderet helbred, nedsat arbejdsevne, brug for hjælp til dagligdagens gøremål, ensomhed, symptomer på depression og dårlig søvnkvalitet). Det er også den eneste gruppe med et fald i forekomsten af lav sundhedskompetence (svært ved at læse og forstå information om sundhed og svært ved at kommunikere med sundhedspersonale).

Referencer

- Fortin M, Bravo G, Hudon C, m.fl. Prevalence of multimorbidity among adults seen in family practice. *Ann Fam Med* 2005;3(3):223-8.
- 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.
- Sundhedsdatastyrelsen. Dødeligheden falder fortsat i 2020; 2022. Tilgængelig på: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/tal-og-analyser/analyser-og-rapporter/doesaarsager> (februar 2022).
- 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).
- 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-koelvan-det-paa-corona> (januar 2022).
- 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).
- World Health Organization. Global action plan for the prevention and control of noncommunicable diseases 2013-2020. Genève: WHO; 2013.
- 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).
- 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.
- Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, m.fl. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet for Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen; 2016.
- Garg SK, Maurer H, Reed K, m.fl. Diabetes and cancer: two diseases with obesity as a common risk factor. *Diabetes Obes Metab*. 2014;16(2):97-110. doi: 10.1111/dom.12124.
- Dansk Selskab for almen Medicin. Opsporing og behandling af overvægt hos voksne. København: Dansk Selskab for Almen Medicin; 2009.
- Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, National Sundhedsdokumentation og -it; 2015.
- 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.
- Bähler C, Huber C, Brügger 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.
- 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.
- 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.
- 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.

19. 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.
20. 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.
21. 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.
22. 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.
23. 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.
24. 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.
25. Maindal HT, Vinther-Jensen K. Sundhedskompetence (Health literacy) – teori, forskning og praksis. *Klinisk Sygepleje.* 2016;43(01):3-16.
26. World Health Organization. Health literacy. The solid facts. København: WHO; 2013.
27. Friis K, Lasgaard M, Osborne RH, m.fl. Gaps in understanding health and engagement with health-care providers across common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29,473 Danish citizens. *BMJ Open.* 2016;6(1):e009627.
28. Bostock S, Steptoe A. Association between low functional health literacy and mortality in older adults: longitudinal cohort study. *BMJ.* 2012;344:e1602.
29. 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

Formålet med kapitlet er at beskrive den overordnede udvikling af forskellige former for risikoadfærd, sundhedsvaner og mental sundhed blandt unge.

Risikoadfærd og sundhedsvaner blandt unge

Det er veldokumenteret, at sundhedsvaner, for eksempel rygning og fysisk inaktivitet, ofte grundlægges tidligt i livet (1-5). Det er derfor vigtigt at forebygge, at risikable sundhedsvaner etableres i ungdomsårene. Forebyggelsen af rygestart har længe været et høj-prioriteret 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 (6). 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. pr. pakke. Det er dog vigtigt at være opmærksom på, at data til denne undersøgelse er indsamlet i foråret 2021, og den fulde effekt af prisstigningerne er således ikke slået igennem.

Blandt unge er alkohol det mest almindelige rusmiddel (7). Indtaget er relativt højt i mange lande, men varierer dog meget (7). 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 (7-9). Rapporten *Unge alkoholkultur – Et bidrag til debatten* har sammenfattet den eksisterende litteratur omhandlende interventioner, der kan være med til at mindske unges alkoholforbrug (10). Forskerne bag rapporten konkluderer, at der er god dokumentation for, at højere aldersgrænse for salg af alkohol, som håndhæves, samt højere alkoholpriser har en markant effekt på alkoholdebut, alkoholforbrug samt alkoholrelaterede problemer (10-16). Endvidere er der moderat dokumentation for, at ung-til-ung-indsatser, skærpede regler for markedsføring af alkohol samt skolebaserede forebyggelsesprogrammer har en effekt på unges alkoholforbrug (10, 17-21).

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 (22). Endvidere viser en række danske undersøgelser, at der er sket en negativ udvikling i unges mentale sundhed og mentale helbred. *Den Nationale Sundhedsprofil 2017* viste, at der i perioden fra 2010 til 2017 var sket en markant stigning blandt de 16-24-årige i andelen med højt stressniveau og dårligt mentalt helbred – særligt blandt unge kvinder (9). I rapporten *Mental sundhed og sygdom hos børn og unge i alderen 10-24 år* dokumenteres det, at der i de seneste 20-30 år er sket en markant stigning i forekomsten af børn og unge, som får stillet en eller flere psykiatriske diagnoser (22). Omkring 15 % af børn og unge diagnosticeret med en psykisk sygdom eller forstyrrelse, inden de er fyldt 18 år (22, 23).

Sammenfattende tyder de tilgængelige undersøgelser på, at der er sket en forværring i 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 eller ændringer i den måde, vi håndterer og diagnosticerer psykiske problemer, samt hvornår vi mener, det kræver behandling (22). En anden 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 (24-26). 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 selvbeprejelser, når tingene ikke lykkes (24).

Der har været stor bekymring for, at nedlukningerne som følge af coronapandemien har påvirket unges mentale sundhed negativt. Danske undersøgelser peger på, at flere unge rapporterede dårligere mental trivsel i den tidlige fase af pandemien sammenlignet med før pandemien (27-29). 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 befolkningen (30). Meget tyder således på, at nedlukningerne i særlig grad har påvirket de unge. På nuværende tidspunkt vides det ikke, hvorvidt coronapandemien varigt har påvirket unges mentale sundhed og helbred. I rapportens bind 1 kapitel 11 er der en mere udførlig beskrivelse af coronapandemiens påvirkning af befolkningen.

Unge sundhed og coronapandemien

Det er vigtigt at gøre opmærksom på den begrænsning, der ligger i, at data til *Hvordan har du det?*-undersøgelsen i 2021 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 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. En del af disse udsving vil formodentligt normalisere sig helt eller delvis med ophævelse af restriktioner. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i de unges sundhed skal derfor foretages med forsigtighed.

Kapitlets opbygning

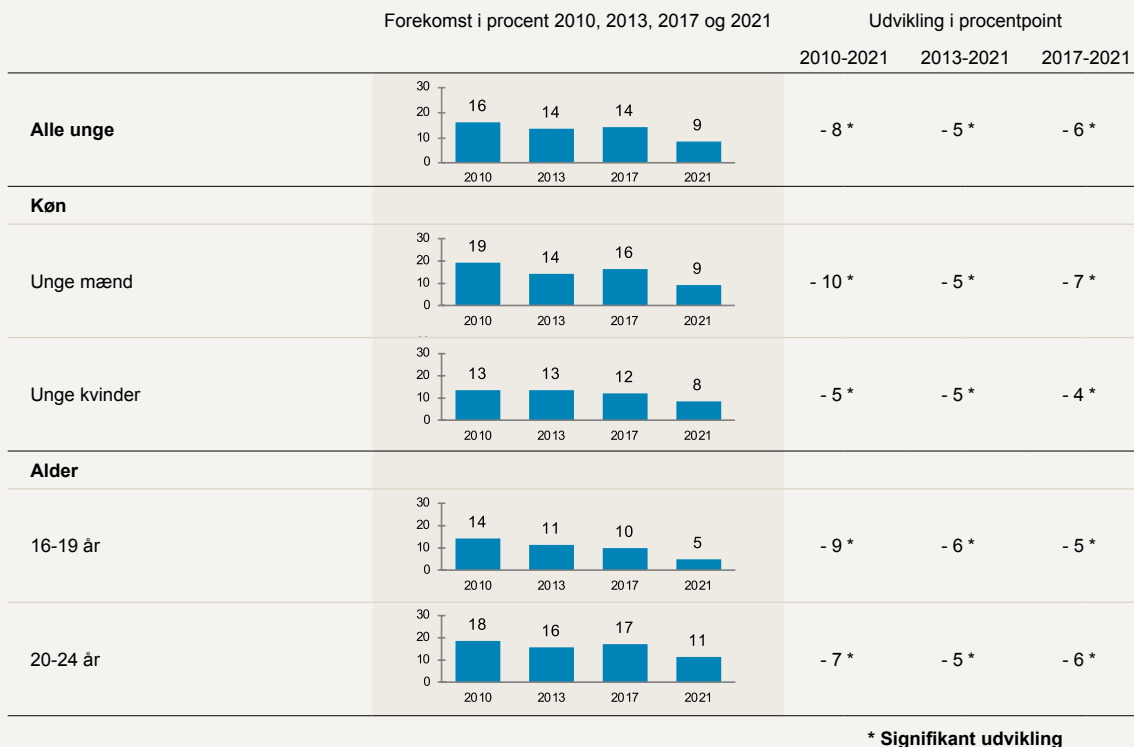
Formålet med dette kapitel er som sagt at beskrive den overordnede udvikling for en række sundhedsindikatorer, der er særligt relevante for unge. Udviklingen bliver beskrevet i forhold til køn og alder. Følgende indikatorer indgår i analyserne:

- Dagligrygere
- Rusdrikker ugentligt
- Stort forbrug af hash
- Andre stoffer end hash
- Fysisk inaktivitet
- Usundt kostmønster
- Svær overvægt
- Dårlig søvnkvalitet
- Høj score på stressskalaen
- Generet af angst og anspændthed
- Ensomhed
- Symptomer på depression
- Selvskade

For en nærmere beskrivelse af de enkelte indikatorer henvises til *Hvordan har du det?* bind 1: dagligrygere (kapitel 2), rusdrikker ugentligt (kapitel 3), stort forbrug af hash (kapitel 10), andre stoffer end hash (kapitel 10), fysisk inaktivitet (kapitel 4), usundt kostmønster (kapitel 5), svær overvægt (kapitel 6), dårlig søvnkvalitet (kapitel 13), høj score på stressskalaen (kapitel 8), generet af angst og anspændthed (kapitel 8), ensomhed (kapitel 8), symptomer på depression (kapitel 8), selvskade (kapitel 10).

Figur 10.1.S

Dagligrygere blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

**Dagligrygere blandt unge – køn og alder**

Figur 10.1.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i forekomsten af dagligrygere blandt unge i forhold til køn og alder.

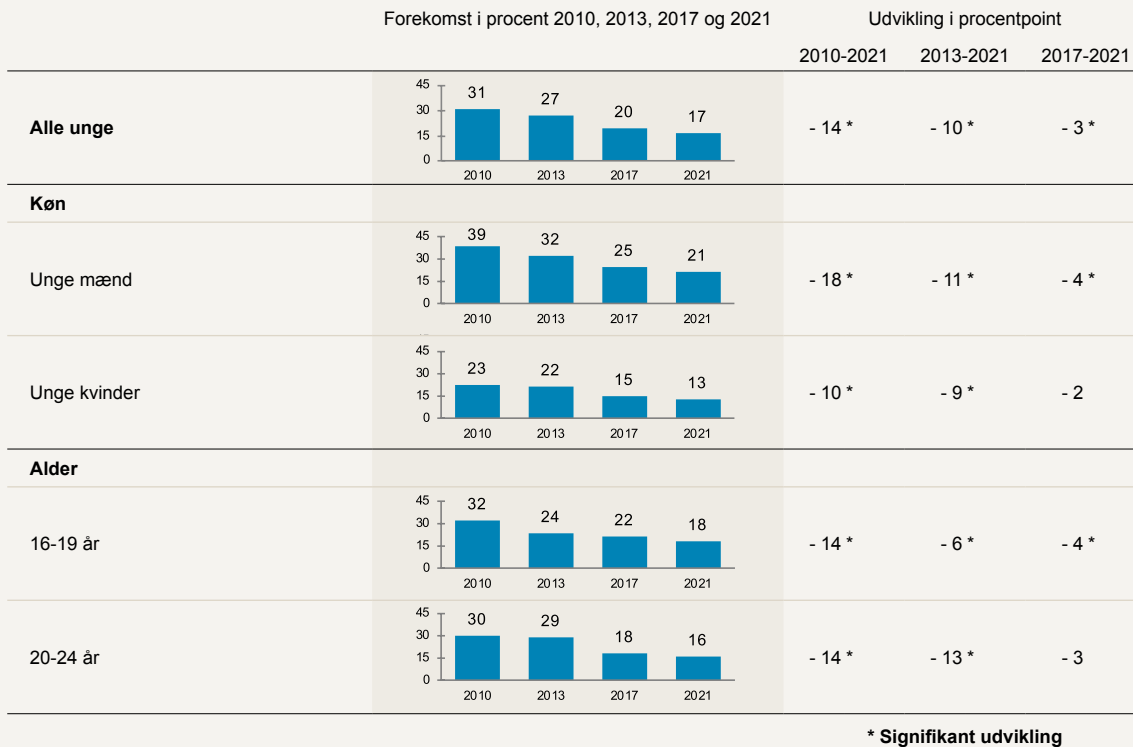
I perioden fra 2010 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 16 % til 9 %. Faldet ses på tværs af køn og alder. Der ses et markant fald blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet med 10 procentpoint (fra 19 % til 9 %). Således er forekomsten siden 2010 mere end halveret blandt unge mænd. Der har ligeledes været et markant fald blandt 16-19-årige, hvor andelen er faldet fra 14 % til 5 % i samme periode.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Faldet ses på tværs af køn og alder. Siden 2013 er forekomsten mere end halveret blandt unge i alderen 16-19 år (fra 11 % til 5 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af dagligrygere blandt unge fra 14 % til 9 %. Faldet ses på tværs af køn og alder. Der ses blandt andet et markant fald blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet fra 16 % til 9 %, og blandt unge i alderen 16-19 år, hvor forekomsten af dagligrygere er halveret.

Figur 10.2.S

Rusdrikker ugentligt blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Rusdrikker ugentligt blandt unge – køn og alder

Figur 10.2.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % til 17 %. Faldet ses på tværs af køn og alder. Det største fald ses blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet med 18 procentpoint (fra 39 % til 21 %).

I perioden fra 2013 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 27 % til 17 %. Faldet ses på tværs af køn og alder. Det største fald ses blandt unge i alderen 20-24 år, hvor forekomsten er faldet med 13 procentpoint (fra 29 % til 16 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 20 % til 17 %. Faldet ses blandt unge mænd og unge i alderen 16-19 år.

Figur 10.3.S

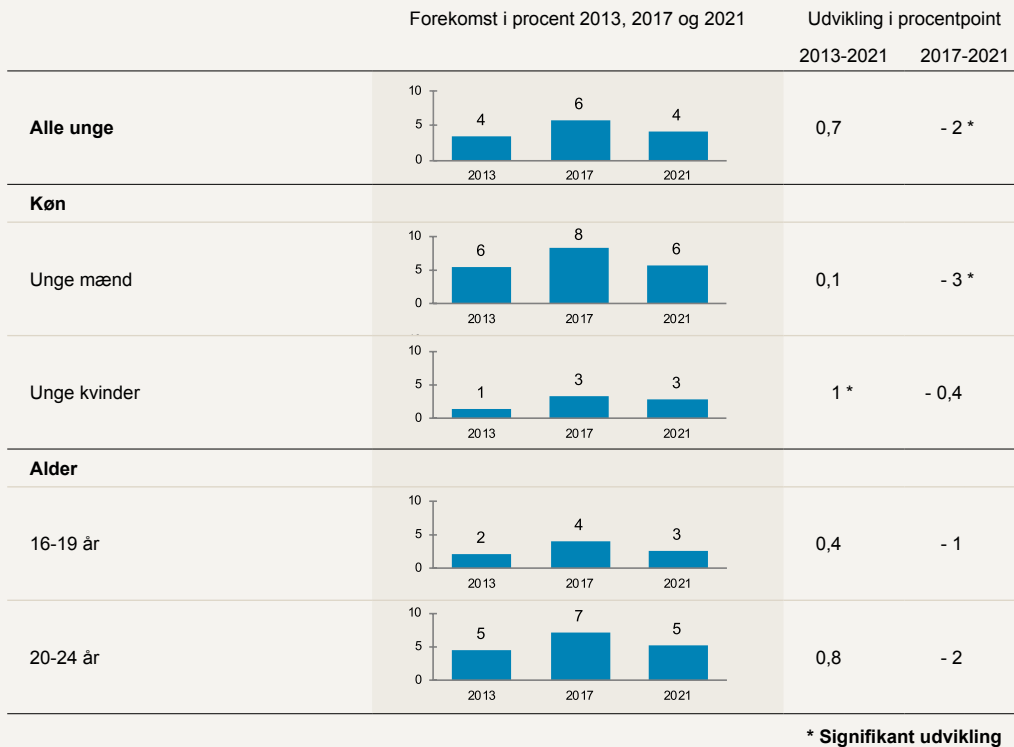
Stort forbrug af hash blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

**Stort forbrug af hash blandt unge – køn og alder**

Figur 10.3.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen med et stort forbrug af hash blandt unge i forhold til køn og alder. Af figuren fremgår det, at forekomsten har været stabil over tid på tværs af alle grupper. I 2013 var der 4 %, der havde et stort forbrug af hash. I 2017 var andelen 5 %, og i 2021 er andelen 4 %.

Figur 10.4.S

Andre stoffer end hash blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021



Andre stoffer end hash blandt unge – køn og alder

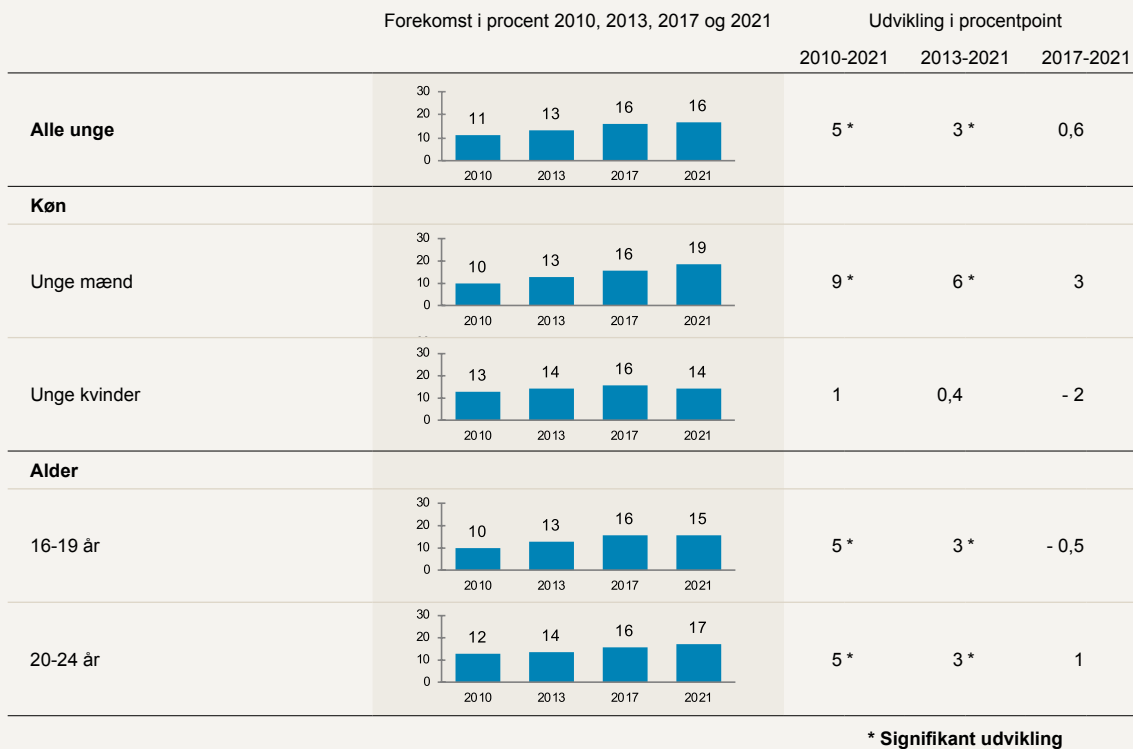
Figur 10.4.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen, der har prøvet andre stoffer end hash, blandt unge i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2013 til 2021 har der ikke været nogen ændring i andelen af unge, der har prøvet andre stoffer end hash. Der har dog været en lille stigning blandt unge kvinder fra 1 % til 3 %.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været et signifikant fald i andelen af unge, der har prøvet andre stoffer end hash, fra 6 % til 4 %. Faldet ses blandt unge mænd (fra 8 % til 6 %).

Figur 10.5.S

Fysisk inaktive blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

**Fysisk inaktive blandt unge – køn og alder**

Figur 10.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af unge, der er fysisk inaktive, i forhold til køn og alder.

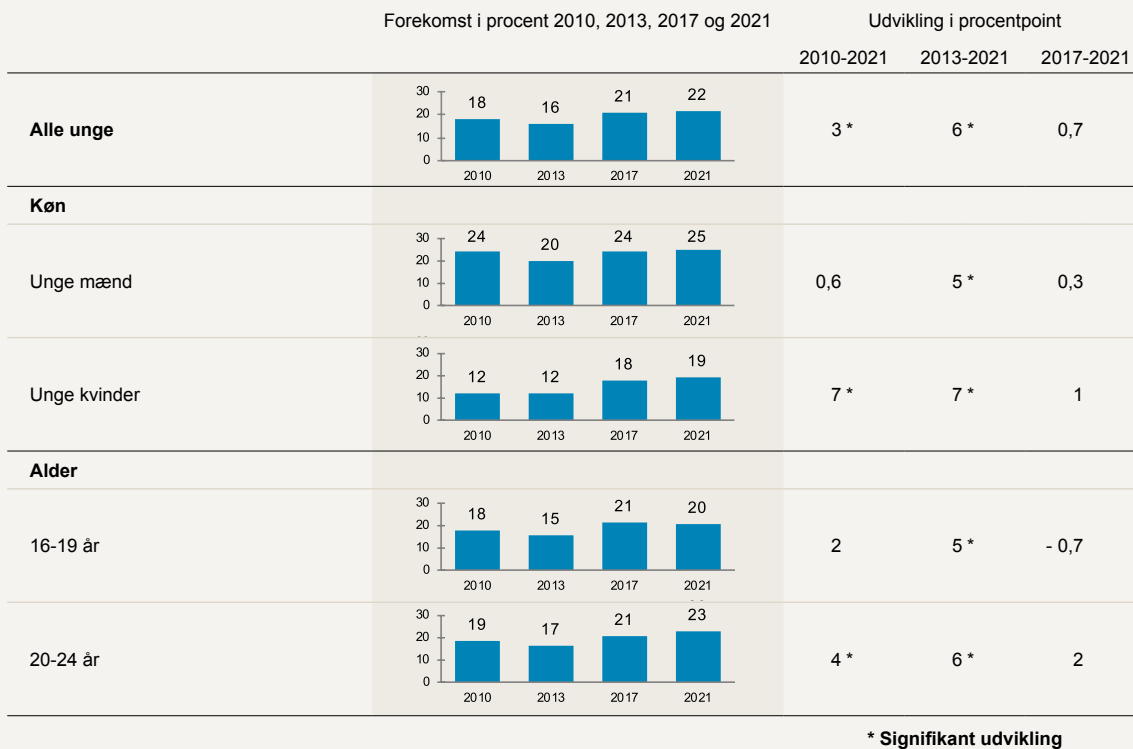
I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive, fra 11 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd samt i begge aldersgrupper. Den mest markante stigning ses blandt unge mænd, hvor andelen er steget med 9 procentpoint (fra 10 % til 19 %).

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive, fra 13 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd samt i begge aldersgrupper. Den mest markante stigning ses blandt unge mænd, hvor andelen er steget med 6 procentpoint (fra 13 % til 19 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen ændring i andelen af unge, der er fysisk inaktive.

Figur 10.6.S

Usundt kostmønster blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Usundt kostmønster blandt unge – køn og alder

Figur 10.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af unge med usundt kostmønster i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med usundt kostmønster fra 18 % til 22 %. Stigningen ses blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år. Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder, hvor andelen med usundt kostmønster er steget med 7 procentpoint (fra 12 % til 19 %).

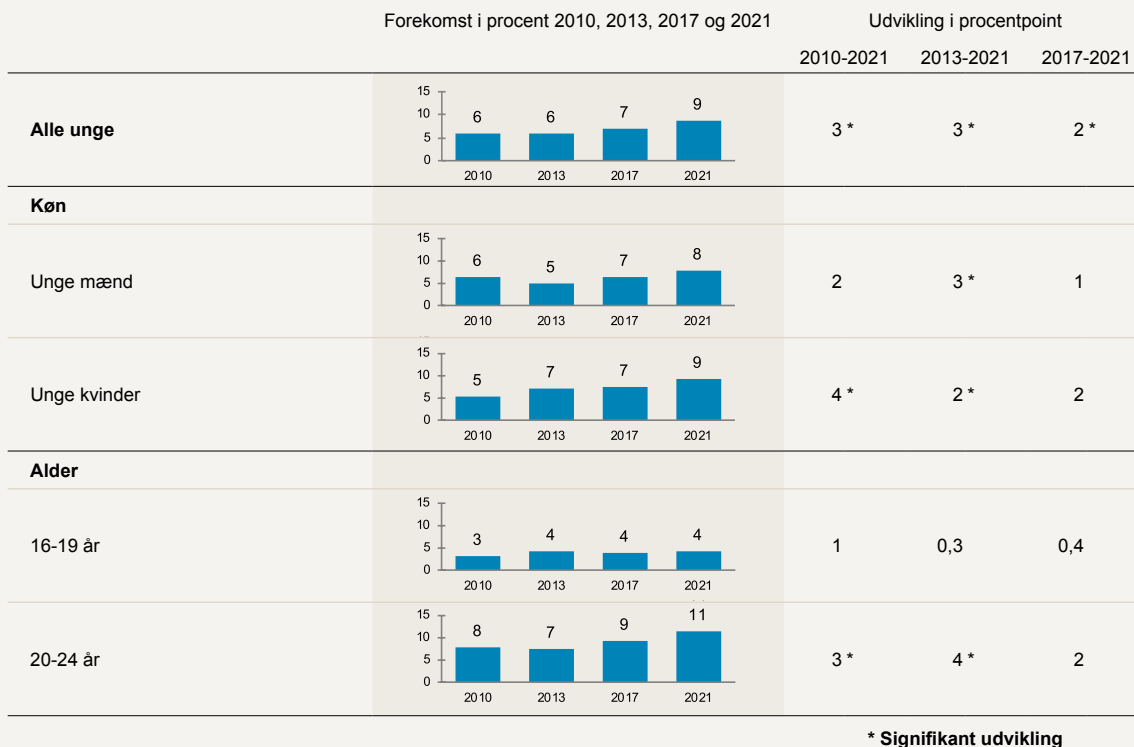
I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med usundt kostmønster fra 16 % til 22 %. Stigningen ses både blandt unge mænd og kvinder samt i begge aldersgrupper. Den mest markante stigning ses blandt unge

kvinder, hvor andelen med usundt kostmønster er steget med 7 procentpoint (fra 12 % til 19 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været nogen ændring i andelen af unge med et usundt kostmønster.

Figur 10.7.S

Svær overvægt blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

**Svær overvægt blandt unge – køn og alder**

Figur 10.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med svær overvægt blandt unge i forhold til køn og alder.

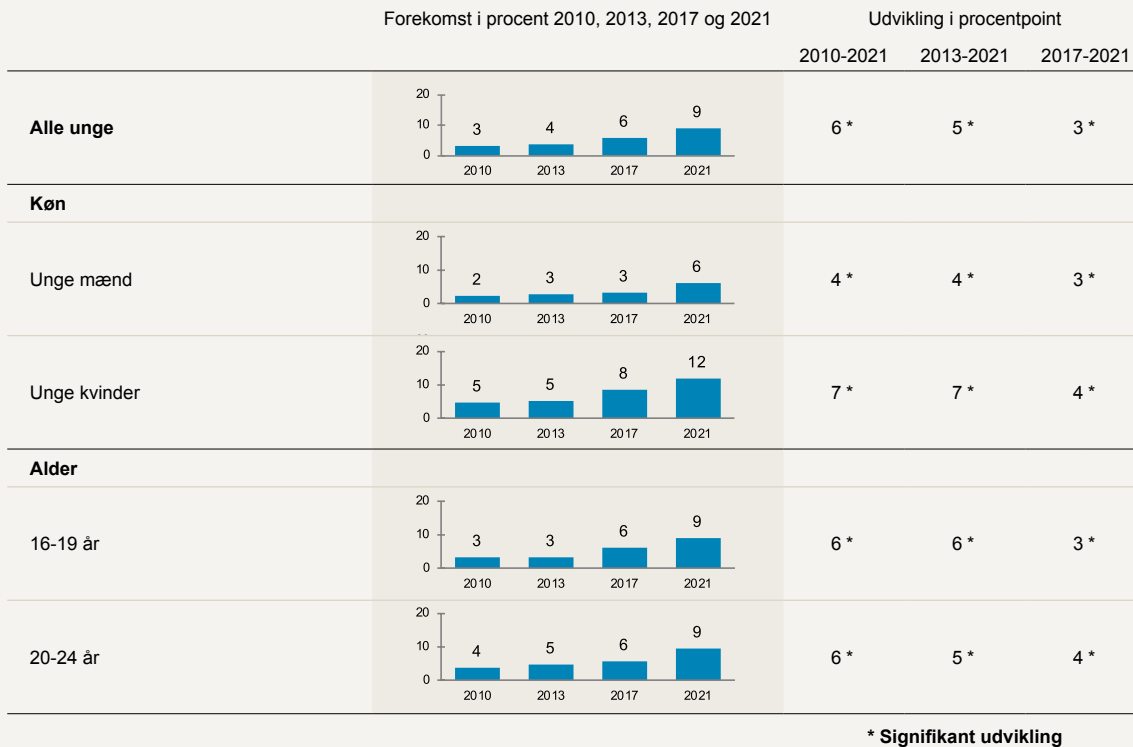
I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med svær overvægt fra 6 % til 9 %. Stigningen ses blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år. Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder, hvor andelen er steget med 4 procentpoint (fra 5 % til 9 %).

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med svær overvægt fra 6 % til 9 %. Stigningen ses blandt unge mænd og kvinder samt blandt unge i alderen 20-24 år. Den mest markante stigning ses blandt unge i alderen 20-24 år, hvor andelen er steget med 4 procentpoint (fra 7 % til 11 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med svær overvægt blandt unge fra 7 % til 9 %.

Figur 10.8.S

Dårlig søvnkvalitet blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Dårlig søvnkvalitet blandt unge – køn og alder

Figur 10.8.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt unge i forhold til køn og alder.

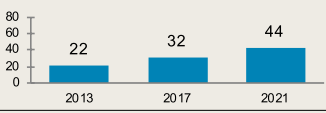
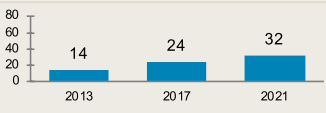
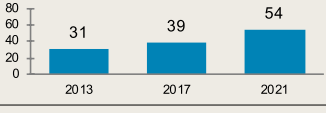
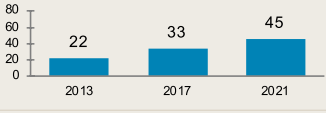
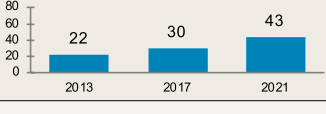
I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med dårlig søvnkvalitet fra 3 % til 9 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Siden 2010 er andelen med dårlig søvnkvalitet mere end fordoblet i alle grupper. Den største stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 7 procentpoint (fra 5 % til 12 %).

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med dårlig søvnkvalitet fra 4 % til 9 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Den største stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 7 procentpoint (fra 5 % til 12 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med dårlig søvnkvalitet fra 6 % til 9 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder.

Figur 10.9.S

Høj score på stressskalaen blandt unge 16-24 år – køn og alder.
Udviklingen i perioden fra 2013 til 2021

	Forekomst i procent 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint	
		2013-2021	2017-2021
Alle unge		21 *	12 *
Køn			
Unge mænd		19 *	8 *
Unge kvinder		23 *	15 *
Alder			
16-19 år		22 *	11 *
20-24 år		21 *	13 *

* Signifikant udvikling

Høj score på stressskalaen blandt unge – køn og alder

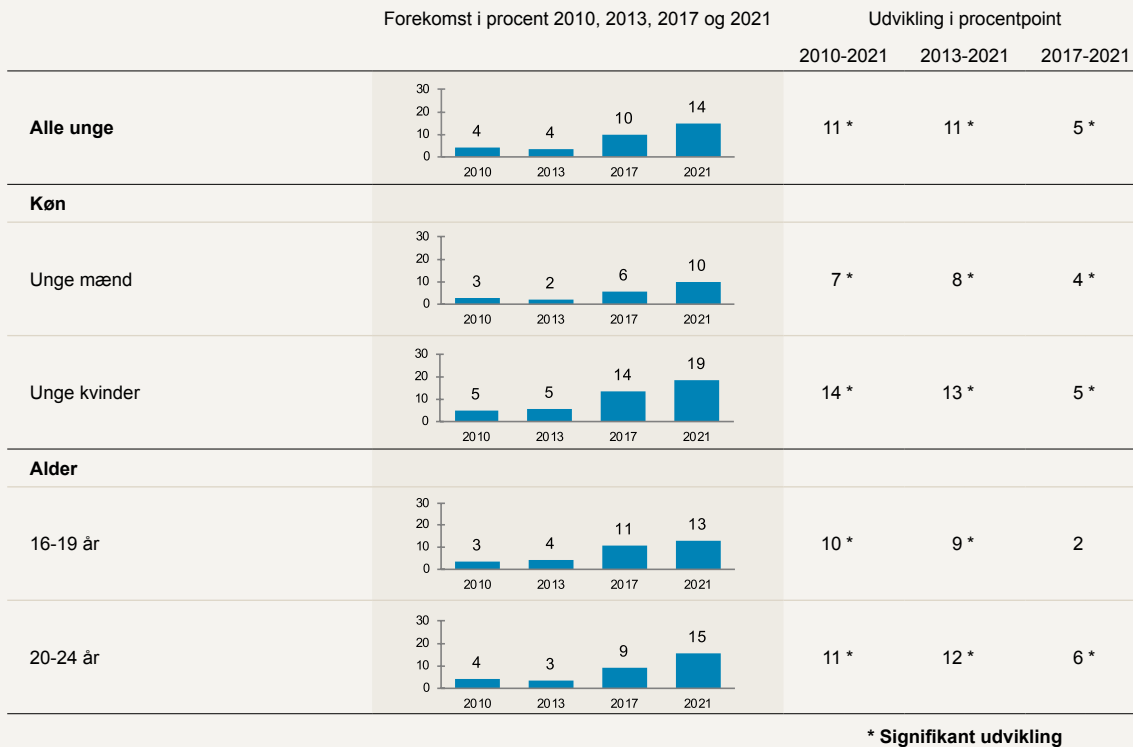
Figur 10.9.S viser udviklingen fra 2013 til 2021 i andelen af unge med en høj score på stressskalaen i forhold til køn og alder.

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 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med en høj score på stressskalaen fra 32 % til 44 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Den største stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 15 procentpoint (fra 39 % til 54 %).

Figur 10.10.S

Generet af angst og anspændthed blandt unge 16-24 år – køn og alder.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Generet af angst og anspændthed blandt unge – køn og alder

Figur 10.10.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Siden 2010 er forekomsten mere end tredoblet i alle grupper. Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 14 procentpoint (fra 5 % til 19 %).

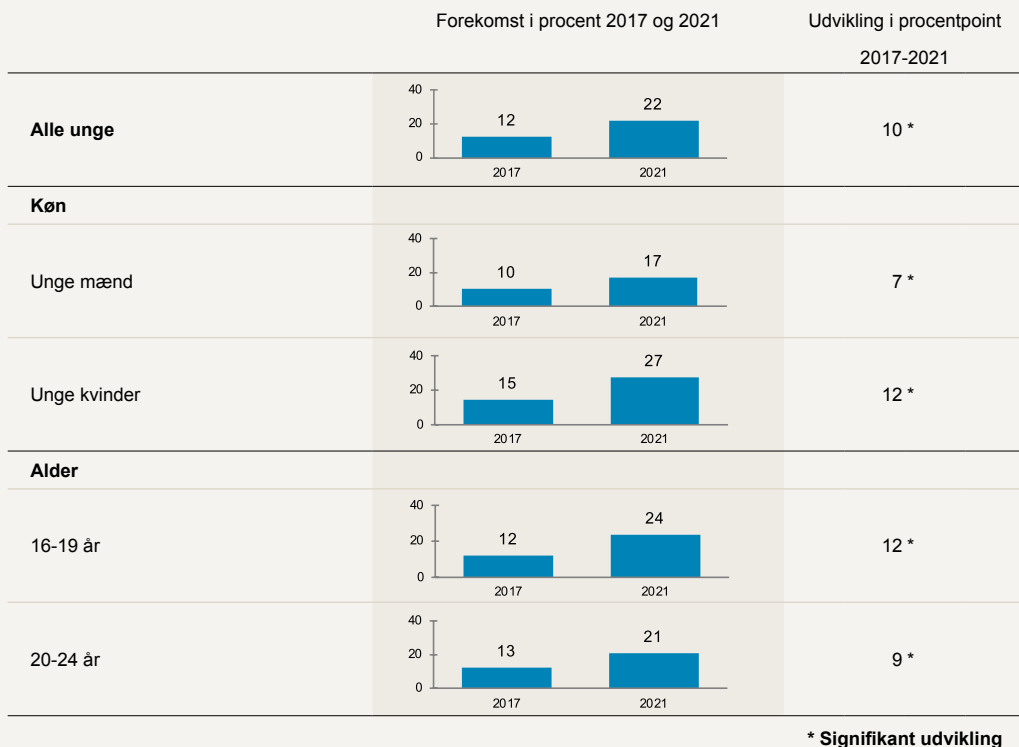
I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Siden 2013 er fore-

komsten mere end tredoblet i alle grupper. Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 13 procentpoint (fra 5 % til 19 %).

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 10 % til 14 %. Stigningen ses blandt unge mænd og kvinder samt unge i alderen 20-24 år. Den største stigning ses blandt de 20-24-årige, hvor forekomsten er steget med 6 procentpoint (fra 9 % til 15 %).

Figur 10.11.S

Ensomhed blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



Ensomhed blandt unge – køn og alder

Figur 10.11.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen af unge, der føler sig ensomme, i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge, der føler sig

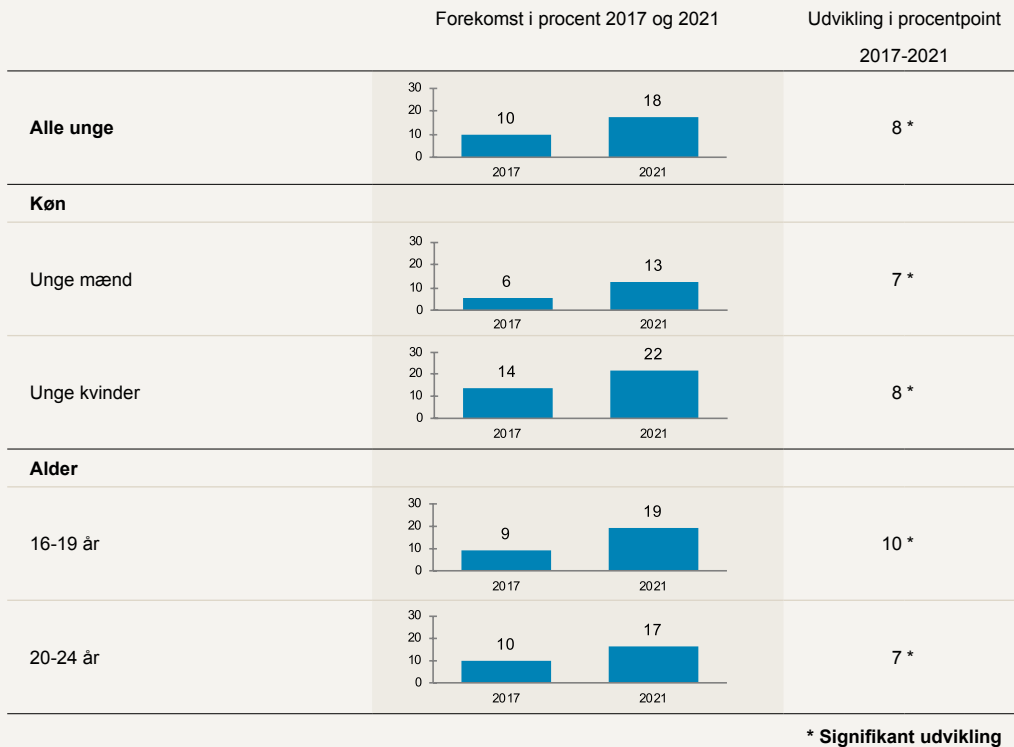
ensomme, fra 12 % til 22 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. De mest markante stigninger ses blandt unge kvinder (fra 15 % til 27 %) samt unge i alderen 16-19 år (fra 12 % til 24 %), hvor forekomsten er steget med 12 procentpoint. Blandt unge i alderen 16-19 er andelen, der føler sig ensomme, således fordoblet siden 2017.

Ensomhed under coronapandemien

Da data til *Hvordan har du det? 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 og nedlukninger. Konklusioner om udviklingen siden 2017 i ensomhed blandt unge skal derfor foretages med forsigtighed.

Figur 10.12.S

Symptomer på depression blandt unge 16-24 år – køn og alder.
Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021



Symptomer på depression blandt unge – køn og alder

Figur 10.12.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen af unge med symptomer på depression i forhold til køn og alder.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % til 18 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Den største stigning ses blandt de 16-19-årige, hvor forekomsten er mere end fordoblet (fra 9 % til 19 %).

Figur 10.13.S

Selvskade blandt unge 16-24 år – køn og alder. Udviklingen i perioden fra 2017 til 2021

**Selvskade blandt unge – køn og alder**

Figur 10.13.S viser udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen af unge med selvskadende adfærd inden for de seneste 12 måneder i forhold til køn og alder. Af figuren fremgår det, at forekomsten har været stabil over tid på tværs af alle grupper.

Sammenfatning

Der har været et markant fald i forekomsten af dagligrygere blandt unge i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var forekomsten 16 %, mens forekomsten er faldet til 9 % i 2021. Faldet i andelen af dagligrygere blandt unge ses på tværs af køn og alder. Der ses blandt andet et markant fald blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet med 10 procentpoint (fra 19 % til 9 %).

Siden 2010 har der været et markant fald i andelen af unge, der rusdrikker ugentligt, fra 31 % i 2010 til 17 % i 2021. Faldet ses på tværs af køn og alder. Det største fald ses blandt unge mænd, hvor forekomsten er faldet med 18 procentpoint (fra 39 % til 21 %).

Forekomsten af unge, der har et stort forbrug af hash, har været stabil siden 2013. Der har siden 2013 været en stigning i andelen af unge kvinder, der har prøvet andre stoffer end hash. Forekomsten er steget fra 1 % til 3 %. Blandt unge generelt har der i perioden fra 2017 til 2021 været et fald fra 6 % til 4 % i andelen, der har prøvet andre stoffer end hash. Faldet ses blandt unge mænd (fra 8 % til 6 %).

Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen af unge, der er fysisk inaktive, fra 11 % til 16 %. Stigningen ses blandt unge mænd samt i begge aldersgrupper. Den mest markante stigning ses blandt unge mænd, hvor forekomsten er steget med 9 procentpoint (fra 10 % til 19 %).

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen af unge med usundt kostmønster fra 18 % til 22 %. Stigningen ses blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år. Den mest markante stigning ses blandt unge kvinder, hvor forekomsten er steget med 7 procentpoint (fra 12 % til 19 %).

Det ses endvidere, at der har været en stigning i andelen af unge med svær overvægt. Andelen er i perioden fra 2010 til 2021 steget fra 6 % til 9 %. Stigningen ses især blandt unge kvinder samt unge i alderen 20-24 år.

Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en stigning i andelen af unge med dårlig søvnkvalitet fra 3 % til 9 %. Siden 2010 er forekomsten mere end fordoblet både blandt unge mænd og kvinder samt i begge aldersgrupper.

Der har i perioden fra 2013 til 2021 været en fordobling i andelen af unge med en høj score på stressskalaen fra 22 % til 44 %. Stigningen ses på tværs af køn og alder.

Der har i perioden fra 2010 til 2021 været en markant stigning i andelen af unge, der er generet af angst og anspændthed, fra 4 % til 14 %. Siden 2010 er forekomsten mere end tredoblet blandt unge mænd og unge kvinder og i begge aldersgrupper.

Siden 2017 har der været en markant stigning i andelen af unge, der føler sig ensomme, fra 12 % i 2017 til 22 % i 2021. Stigningen ses på tværs af køn og alder.

Der har været en markant stigning i andelen af unge med symptomer på depression fra 10 % i 2017 til 18 % i 2021. Stigningen ses på tværs af køn og alder. Den største stigning ses blandt de 16-19-årige, hvor forekomsten er mere end fordoblet fra 9 % til 19 %.

Andelen af unge med selvskadende adfærd har været stabil siden 2017.

Sammenfattende ses over tid især en negativ udvikling i unges mentale sundhed. Da undersøgelsen fra 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode på grund af coronapandemien, skal konklusioner om udviklingen dog foretages med forsigtighed.

Referencer

1. Ezzati M, Lopez AD. Estimates of global mortality attributable to smoking in 2000. *The lancet*. 2003;362(9387):847-52.
2. Chassin L, Presson CC, Rose JS, Sherman SJ. The natural history of cigarette smoking from adolescence to adulthood: demographic predictors of continuity and change. *Health psychology*. 1996;15(6):478.
3. Andersen LB, Hasselstrøm H, Grønfeldt V, Hansen SE, Karsten F. 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):1-4.
4. Kristensen PL, Wedderkopp N, Møller NC, Andersen LB, Bai CN, Froberg K. 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):1-9.
5. Currie C, Zanotti C, Morgan A, Currie D, De Looze M, Roberts 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;2010:271.
6. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS, Gyrd-Hansen D. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. *Hvad virker? : København: Vidensråd for Forebyggelse; 2018*.
7. Group E. *ESPAD Report 2019: results from the european school survey project on alcohol and other drugs*. 2020.
8. Jensen HAR, Udesen CH, Ekholm O. *Den Europæiske Rusmiddelundersøgelsen (ESPAD) 2019: Rusmiddeladfærd blandt skoleelever i 9. klasse i Danmark og udviklingen siden 1995*. 2020.
9. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. *Danskernes sundhed-Den nationale sundhedsprofil 2017*. 2018.
10. Tolstrup JS, Demant J, Grønbaek M, Møller SP, Pedersen MU, Pisinger V. *Unge alkoholkultur: et bidrag til debatten: Vidensråd for Forebyggelse; 2019*.
11. 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):2234-46.
12. 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):206-25.
13. Gilligan C, Kuntsche E, Gmel G. Adolescent drinking patterns across countries: associations with alcohol policies. *Alcohol and alcoholism*. 2012;47(6):732-7.
14. Babor T, Caetano R, Casswell S, Edwards G, Giesbrecht N, Graham K, et al. Alcohol: no ordinary commodity: research and public policy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2010;26(4):280-3.
15. Martineau F, Tyner E, Lorenc T, Petticrew M, Lock K. Population-level interventions to reduce alcohol-related harm: an overview of systematic reviews. *Preventive medicine*. 2013;57(4):278-96.
16. 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):179-90.
17. MacArthur GJ, Harrison S, Caldwell DM, Hickman M, Campbell R. 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):391-407.
18. Anderson P, De Bruijn A, Angus K, Gordon R, Hastings G. Impact of alcohol advertising and media exposure on adolescent alcohol use: a systematic review of longitudinal studies. *Alcohol and alcoholism*. 2009;44(3):229-43.
19. 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):158-69.
20. Das JK, Salam RA, Arshad A, Finkelstein Y, Bhutta ZA. Interventions for adolescent substance abuse: An overview of systematic reviews. *Journal of Adolescent Health*. 2016;59(4):S61-S75.

21. 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):450-575.
22. Jeppesen P, Obel C, Lund L, Madsen K, 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.
23. Dalsgaard S, Thorsteinsson E, Trabjerg BB, Schullehner J, Plana-Ripoll O, Brikell I, et al. Incidence rates and cumulative incidences of the full spectrum of diagnosed mental disorders in childhood and adolescence. *JAMA psychiatry*. 2020;77(2):155-64.
24. Sørensen NU, Nielsen JC, Grubb A, Madsen IW. Når det er svært at være ung i DK: unges beretninger om mistrivsel og ungdomsliv. 2011.
25. 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*. 2022:1-14.
26. 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.
27. 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.
28. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing JA, Tolstrup JS. Sammen – hver for sig. Statens Institut for Folkesundhed. 2021: København K.
29. 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.
30. Santomauro DF, Herrera AMM, Shadid J, Zheng P, Ashbaugh C, Pigott DM, 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):1700-12.

11. 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).

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, 2). *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, 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, 3-7). Der er desuden stigende videnskabelig evidens for, at søvnproblemer spiller en vigtig rolle i udviklingen af demens og Alzheimers (8, 9). 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 (10, 11).

Måling af søvnproblemer i *Hvordan har du det? 2021*

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:

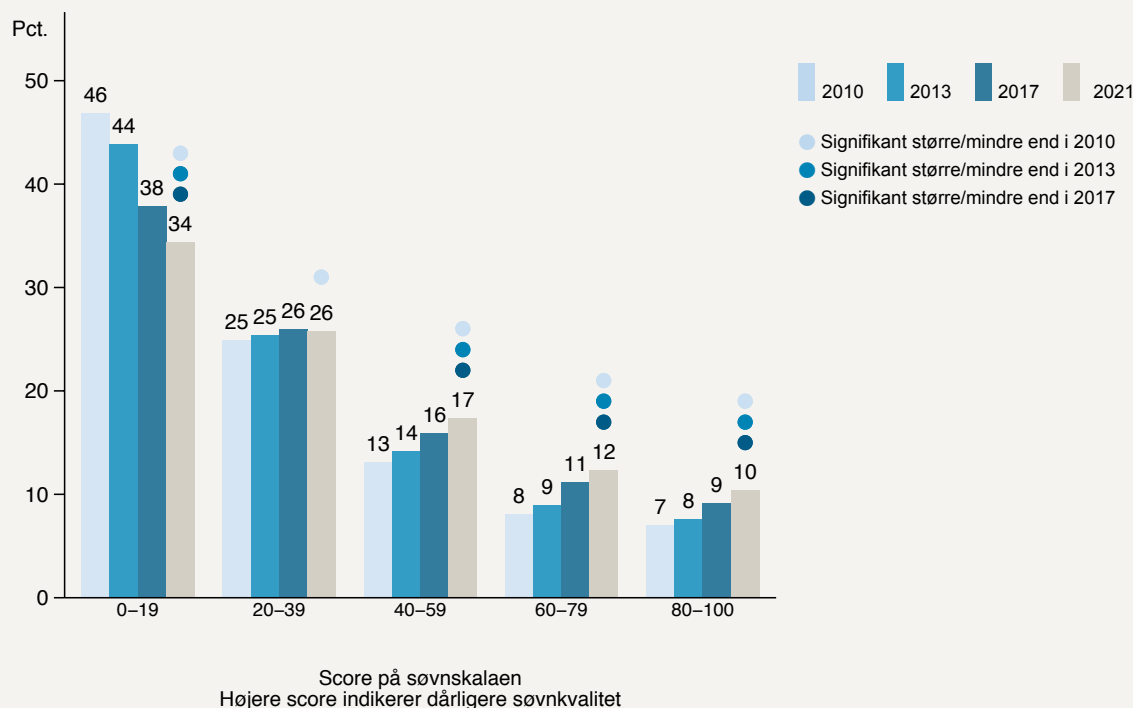
- Har du fået nok søvn til at føle dig udhvilet?
- Har du haft svært ved at falde i søvn?
- Er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?
- Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?
- Har du sovet dårligt og uroligt?

Det er muligt at score fra 0 til 100 point på Region Midtjyllands søvnskala, hvor en højere score på skalaen indikerer dårligere søvnkvalitet. Det er vigtigt at fremhæve, at der i skalaen ikke er en indbygget standard for, hvornår man har dårlig søvnkvalitet. Andre epidemiologiske undersøgelser peger dog på, at forekomsten af søvnløshed forekommer hos mellem 5-15 % af den voksne befolkning (12-14). 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. Overføres dette kriterie til data fra *Hvordan har du det? 2021*, svarer dette til en score på 80 eller mere på søvnskalaen. For at kunne vise udviklingen over tid anvendes dette cut-off på tværs af alle fire undersøgelser til at definere andelen med dårlig søvnkvalitet.

Den gennemsnitlige score på søvnskalaen er steget fra 27,4 i 2010 til 29,1 i 2013 og til 32,9 i 2017. I 2021 er gennemsnittet yderligere steget til 35,0. Ovenstående indikerer, at der er sket en markant forværring af befolkningens søvnkvalitet. Til at belyse denne udvikling er der ud fra søvnskalaen foretaget en inddeling af befolkningen i fem intervalgrupper. De fem intervaller er 0-19 point, 20-39 point, 40-59 point, 60-79 point og 80-100 point.

Figur 11.1.S

Befolkningens søvnkvalitet målt ved Region Midtjyllands søvnskala – fordelt på fem intervalgrupper. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



Udviklingen i befolkningens søvnkvalitet

Figur 11.1.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i befolkningens søvnkvalitet fordelt på de fem intervalgrupper på Region Midtjyllands søvnskala.

I perioden er der sket et markant fald i andelen, der scorer 0-19 point på søvnskalaen, hvilket er gruppen med færrest søvnproblemer. I 2010 var det 46 % af befolkningen, der var i denne gruppe, mens andelen i 2021 er faldet til 34 %.

Andelen, der scorer 20-39 point på søvnskalaen, har været relativt stabil over tid. Dog er der fra 2010 til 2021 sket en mindre stigning fra 25 % til 26 %.

Andelen, der scorer 40-59 point på søvnskalaen, er øget signifikant i perioden fra 2010 til 2021. I 2010 var det 13 % af befolkningen, der var i dette interval, mens andelen i 2021 er steget til 17 %.

Andelen i det næsthøjeste interval, der scorer 60-79 point på søvnskalaen, er øget signifikant siden 2010.

I 2010 var det således 8 % af befolkningen, der var i dette interval, mens andelen i 2021 er steget til 12 %.

Andelen med dårlig søvnkvalitet, der er defineret ved at de scorer 80-100 point på søvnskalaen, er øget signifikant siden 2010. I 2010 var det 7 % af befolkningen, der var i dette interval, mens andelen i 2021 er steget til 10 %.

Ovenstående indikerer, at der i perioden fra 2010 til 2021 er sket en tydelig forværring af befolkningens søvnkvalitet, således at en signifikant mindre andel placerer sig i det interval, der har færrest søvnproblemer, mens andelen i de tre intervaller med flest søvnproblemer er steget markant.

I det følgende tages der udgangspunkt i intervalgruppen med den dårligste søvnkvalitet, hvilket er gruppen med en score på 80 point eller derover.

Figur 11.2.S

Dårlig søvnkvalitet (≥80 point) – køn, alder og uddannelse. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Dårlig søvnkvalitet – køn, alder og uddannelse

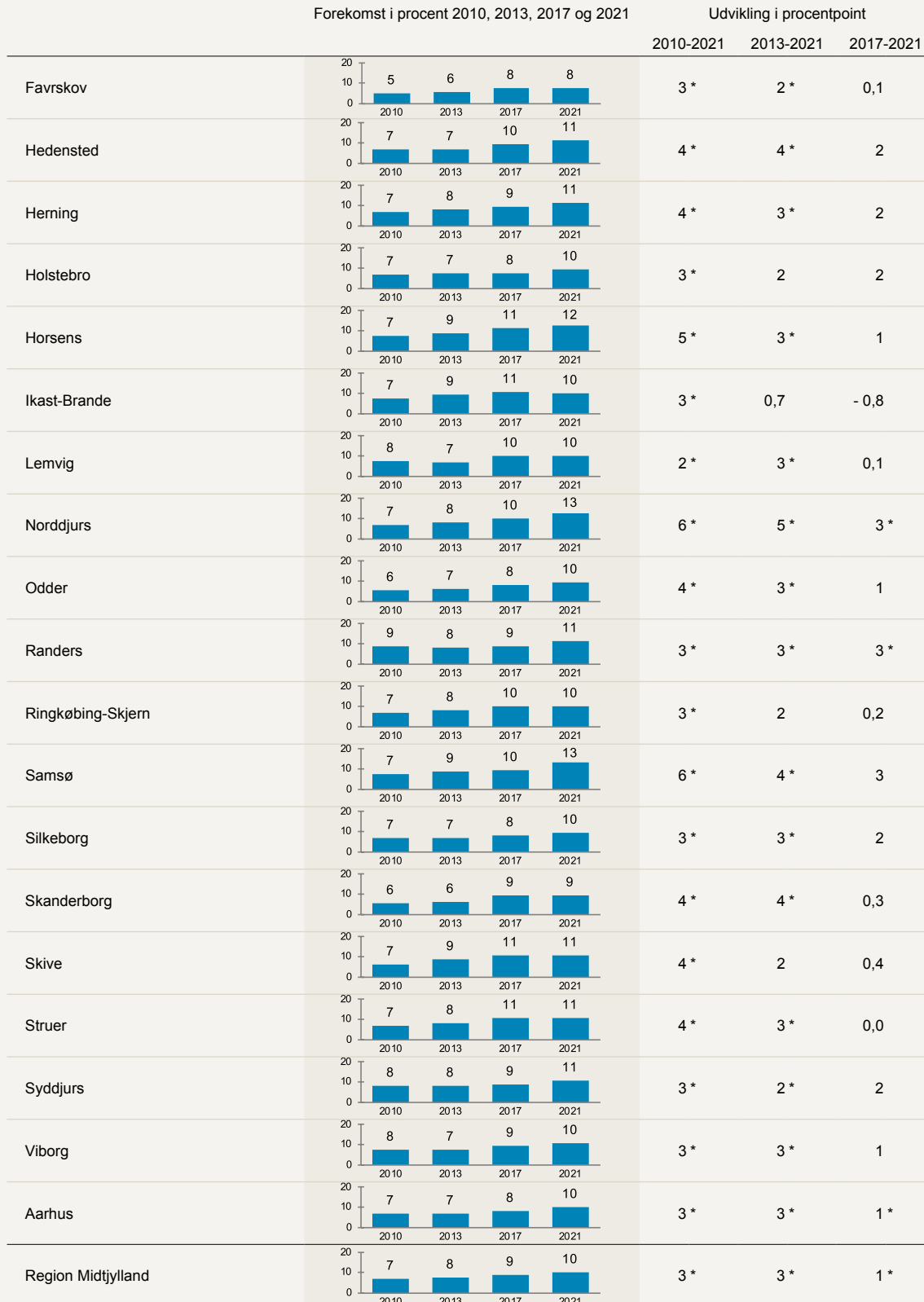
Figur 11.2.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet i forhold til køn, alder og uddannelse.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet for både mænd og kvinder samt personer i alderen 16-74 år. Den største stigning ses blandt de 16-24-årige, hvor andelen med dårlig søvnkvalitet er steget fra 3 % i 2010 til 9 % i 2021. Tilsvarende har der også været en stigning i dårlig søvnkvalitet på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt både mænd og kvinder. Dertil ses en signifikant stigning blandt personer i alle aldersgrupper på nær personer i alderen 65-74 år. I perioden har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet på tværs af uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet blandt både mænd og kvinder. Dertil ses en signifikant stigning blandt de 16-24-årige. I forhold til uddannelse ses der en signifikant stigning blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau.

På tværs af alle fire år er der en markant social gradient i andelen med dårlig søvnkvalitet, således at den største andel ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens den mindste andel ses blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Figur 11.3.SDårlig søvnkvalitet (≥ 80 point) – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

* Signifikant udvikling

Dårlig søvnkvalitet – kommuner

Figur 11.3.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i alle kommuner. Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Lemvig til 6 procentpoint i Norddjurs og på Samsø.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Herning
- Horsens
- Lemvig
- Norddjurs
- Odder
- Randers
- Samsø
- Silkeborg
- Skanderborg
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Syddjurs og Favrskov til 5 procentpoint i Norddjurs.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers
- Aarhus

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Aarhus til 3 procentpoint i Norddjurs og Randers.

Figur 11.4.S

Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) – køn, alder og uddannelse

Figur 11.4.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med kort søvnlængde i forhold til køn, alder og uddannelse.

Af figur 11.4.S fremgår det, at der i perioden fra 2010 til 2021 er sket en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde. I 2010 var der 7 % med kort søvnlængde, i 2013 var der 8 %, i 2017 var der 9 %, og i 2021 var der 10 %.

Fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen af borgere med kort søvnlængde for både mænd og kvinder, personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau.

Fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde blandt mænd og kvinder samt blandt personer i alderen 16-64 år. I denne periode har der ligeledes været en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde blandt de 16-24-årige.

På tværs af alle fire år er der en markant social gradient i andelen med kort søvnlængde, således at den største andel ses blandt personer med lavt uddannelsesniveau, mens den mindste andel ses blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Figur 11.5.S

Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) – kommuner

Figur 11.5.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med kort søvnlængde i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Herning
- Holstebro
- Horsens
- Ikast-Brande
- Norddjurs
- Randers
- Samsø
- Silkeborg
- Skanderborg
- Skive
- Struer
- Syddjurs
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 2 procentpoint i Struer og Aarhus til 5 procentpoint i Norddjurs.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers
- Silkeborg
- Skanderborg
- Skive
- Viborg
- Aarhus

Stigningen varierer fra 1 procentpoint i Aarhus til 4 procentpoint i Randers, Skive og Viborg.

Der har ikke været en signifikant ændring i andelen med kort søvnlængde i perioden fra 2017 til 2021.

Figur 11.6.S

Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) – køn, alder og uddannelse.
Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021

	Forekomst i procent 2010, 2013, 2017 og 2021	Udvikling i procentpoint		
		2010-2021	2013-2021	2017-2021
Alle		0,8 *	0,6 *	0,5 *
Køn				
Mand		0,8 *	0,7 *	0,8 *
Kvinde		0,8 *	0,6 *	0,2
Alder				
16-24 år		-0,5	0,1	0,7
25-34 år		0,6	0,7	0,7
35-44 år		0,5	0,5	0,6
45-54 år		0,9 *	-0,2	0,1
55-64 år		0,4	0,5	-0,1
65-74 år		0,7	1 *	0,2
75+ år		1	0,7	0,4
Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover)				
Lavt (0-10 år)		2 *	1	1
Middel (11-14 år)		1 *	1 *	0,4
Højt (15+ år)		0,8 *	0,2	0,1

* Signifikant udvikling

Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) – køn, alder og uddannelse

Figur 11.6.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med lang søvnlængde i forhold til køn, alder og uddannelse.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en mindre, men statistisk signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 45-54 år og på tværs af uddannelsesniveau.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en mindre, men statistisk signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde. Der ses en signifikant stigning både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 65-74 år samt personer med middelhøjt uddannelsesniveau.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en mindre, men statistisk signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde. I perioden har der været en signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde blandt mænd.

Figur 11.7.S

Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) – kommuner. Udviklingen i perioden fra 2010 til 2021



* Signifikant udvikling

Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) – kommuner

Figur 11.7.S viser udviklingen fra 2010 til 2021 i andelen af borgere med lang søvnlængde i kommunerne i Region Midtjylland.

I perioden fra 2010 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde i følgende kommuner:

- Favrskov
- Hedensted
- Lemvig

Stigningen er på 2 procentpoint i alle tre kommuner.

I perioden fra 2013 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde i følgende kommuner:

- Hedensted
- Lemvig
- Struer

Stigningen er på 2 procentpoint i alle tre kommuner.

I perioden fra 2017 til 2021 har der været en signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde i følgende kommuner:

- Hedensted
- Horsens
- Norddjurs
- Struer

Stigningen er på 2 procentpoint i alle fire kommuner.

Sammenfatning

Målt på Region Midtjyllands søvnskala er der i perioden fra 2010 til 2021 sket en tydelig forværring af befolkningens søvnkvalitet. Der er i perioden fra 2010 til 2021 sket en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet fra 7 % i 2010 til 10 % i 2021. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år, på tværs af uddannelsesniveau samt i alle kommuner.

I perioden fra 2010 til 2021 er der ligeledes sket en signifikant stigning i andelen med kort søvnlængde. Stigningen i andelen med kort søvnlængde ses blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Der ses tilsvarende en mindre men statistisk signifikant stigning i andelen med lang søvnlængde.

I perioden fra 2013 til 2021 er der sket en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet og kort søvnlængde. I samme periode er der også sket en mindre stigning i andelen med lang søvnlængde.

Blandt de 16-24-årige har der siden 2017 været en signifikant stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet og med kort søvnlængde.

Sammenfattende er andelen af borgere, der oplever søvnproblemer, øget siden 2010. Der ses en markant stigning i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet samt kort søvnlængde. Denne udvikling har fundet sted i de fleste aldersgrupper, men er mest markant 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. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research*. 2009;18(2):148-58.
12. Mallon L, Broman J-E, Åkerstedt T, Hetta J. Insomnia in Sweden: a population-based survey. *Sleep disorders*. 2014;2014.
13. 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.
14. 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.

