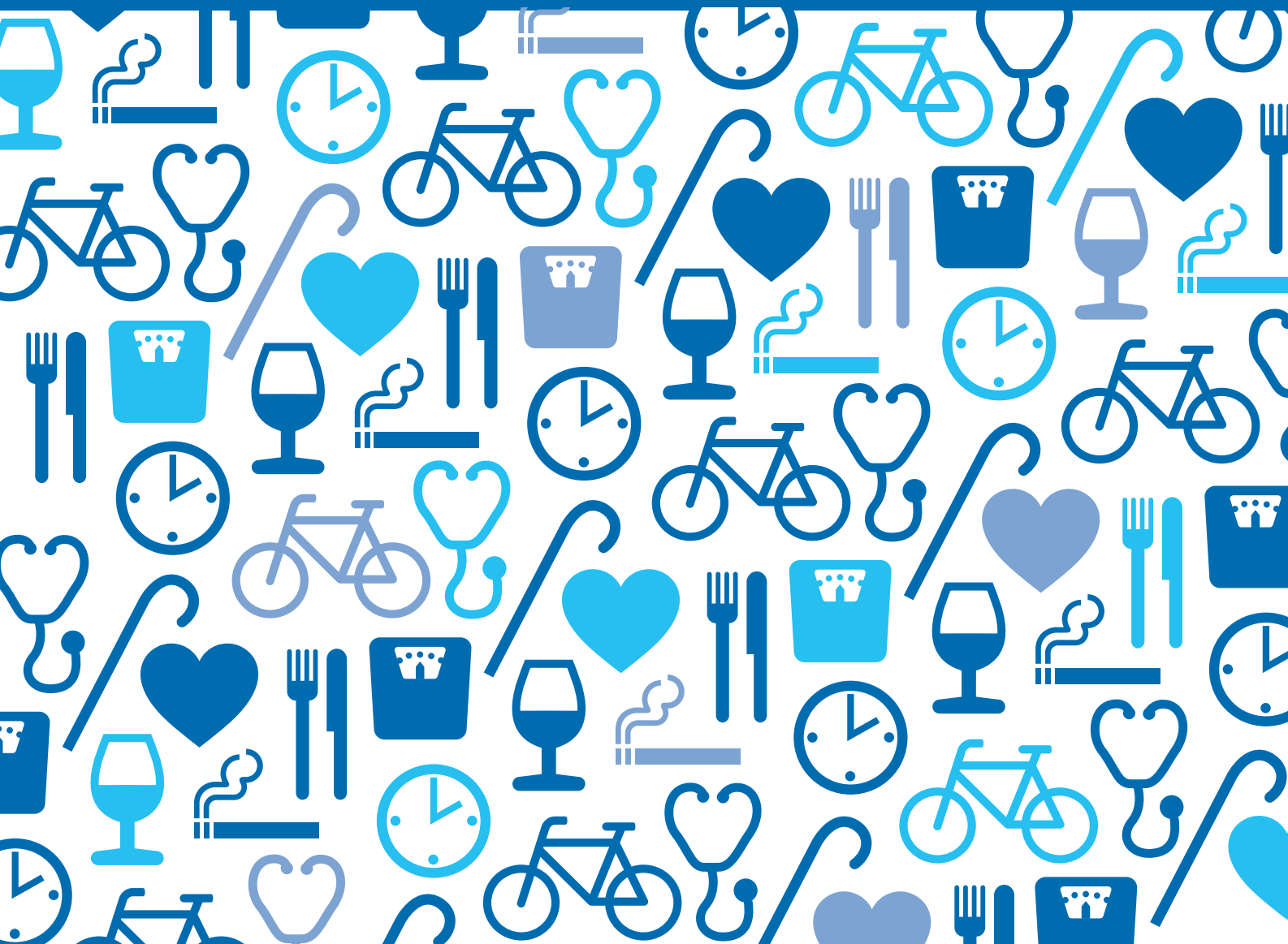




SUNDHEDSSTYRELSEN

DANSKERNES SUNDHED

DEN NATIONALE SUNDHEDSPROFIL 2017



Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017

© Sundhedsstyrelsen 2018.

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Udgiver:

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

www.sst.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Heidi Amalie Rosendahl Jensen, Michael Davidsen, Ola Ekholm og

Anne Illemaan Christensen – alle fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Version: 1.0

Versionsdato: 6. marts 2018

Design og layout: Michala C. Bendixen

Tryk: Rosendahls A/S

Publikationen kan bestilles hos:

Sundhedsstyrelsens publikationer

c/o Rosendahls Distribution

Herstedvang 10-12

2620 Albertslund

Telefon 70 26 26 36

sundhed@rosendahls.dk

Pris: Kr. 0,- dog betales gebyr og porto ved bestilling

ISBN elektronisk udgave: 978-87-7104-956-5

ISBN trykt udgave: 978-87-7104-957-2

INDHOLD

FORORD	3
1. INDLEDNING	5
1.1 Kort opsummering af resultater	5
1.2 Læsevejledning	8
2. HELBRED OG TRIVSEL	13
2.1 Selvvurderet helbred	13
2.2 Fysisk og mentalt helbred	17
2.3 Stress	25
3. SYGELIGHED	29
3.1 Langvarig sygdom	29
3.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer	34
3.3 Smerter eller ubehag	41
4. SUNDHEDSADFÆRD	51
4.1 Rygning	51
4.2 Alkohol	63
4.3 Kost	76
4.4 Fysisk aktivitet	83
4.5 Vægt	92
4.6 Flere samtidige risikofaktorer	99
5. KONTAKT TIL EGEN LÆGE	103
6. SOCIALE RELATIONER	107
7. GODE LEVEÅR	115
8. REFERENCER	122
BILAG A	126
BILAG B	129



FORORD

Marts 2018

Flere end 180.000 danskere har i 2017 svaret på en række spørgsmål om deres sundhed, sygdom og trivsel. Svarene giver et enestående øjebliksbillede af danskernes sundhed, og resultaterne er nu samlet i Den Nationale Sundhedsprofil.

Den første fælles sundhedsprofilundersøgelse blev gennemført i 2010 i et tæt samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. Hver region har selv finansieret og gennemført regionale undersøgelser på kommuneniveau. Det er tredje gang, den fælles undersøgelse gennemføres. Derfor har vi nu et helt unikt billede af udviklingen i danskernes sundhed fra 2010-2017.

Den Nationale Sundhedsprofil bidrager med en viden, der bl.a. kan være en hjælp for regioner og kommuner i arbejdet med sundhedsfremme, forebyggelse og behandling. Undersøgelsen viser, hvor der er potentiale for forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper der har brug for særligt fokus, når der tilrettelægges sundhedsindsatser.

På mange områder går det tilbage med danskernes sundhed. Flere er overvægtige og spiser usundt, og mange rører sig for lidt. Det fald, der har været i andelen af rygere gennem de seneste årtier, er stagneret, samtidig med, at andelen, der ryger, er stigende for de yngste aldersgrupper. Andelen, der har et dårligt mentalt helbred og er stressede, er også steget - især blandt unge kvinder. Sundhedsprofilen viser også, at der stadig er stor social ulighed i sundhed. Alkoholområdet skiller sig dog lidt ud. Her er der færre, der drikker over Sundhedsstyrelsens høj- og lavrisikogrænser, og færre unge, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed.

Den nationale rapport er tænkt som et opslagsværk, der beskriver udvalgte områder fra undersøgelsen. Sideløbende med rapporten er der udviklet en offentligt tilgængelig national database, som indeholder tal fra undersøgelsen. Databasen kan findes på www.danskernessundhed.dk.

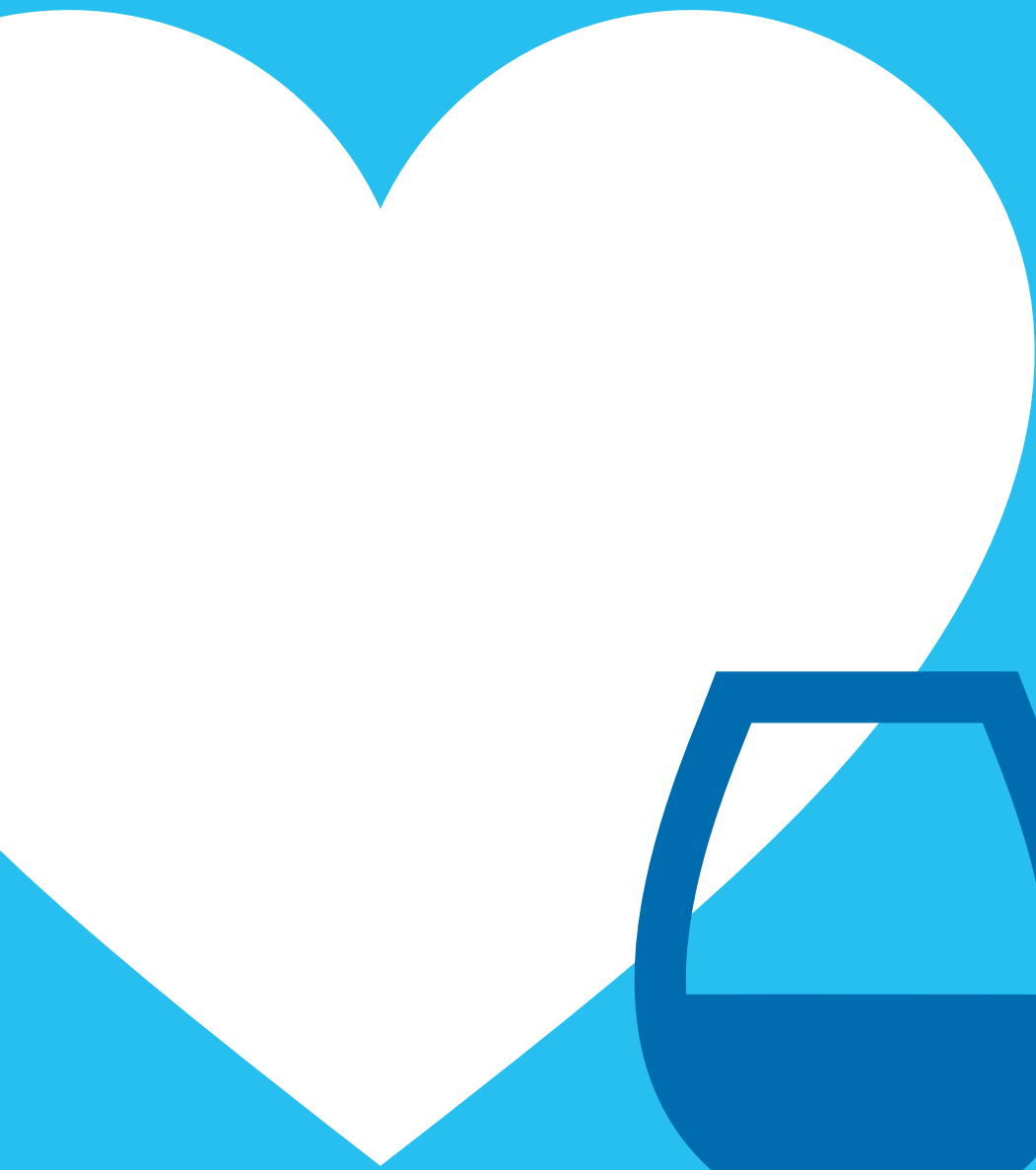
Der skal rettes en stor tak til de fem regioner. Uden dem var det ikke muligt at gennemføre en så stor national undersøgelse, som kan tegne et præcist og omfattende billede af danskernes sundhed. En særlig tak til det koordinerende udvalg og underarbejdsgrupperne, som har involveret en række fagfolk fra regioner og kommuner. Også tak til Statens Institut for Folkesundhed, som har udarbejdet den nationale rapport, og som er ansvarlig for udviklingen af den nationale database.

En helt særlig tak til de mange danskere, som har taget sig tid til at besvare spørgeskemaet.

I 2021 undersøger vi igen danskernes sundhed, og indtil da er det vores håb, at sundhedsprofilerne og databasen vil blive brugt flittigt.



Jette Jul Bruun
Enhedschef for Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen



1 INDLEDNING

‘Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017’ giver overblik over voksne danskernes sundhed, sygelighed og trivsel. Samtidig belyser undersøgelsen de senere års udvikling inden for området ved at inddrage data fra de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, der blev foretaget i 2010 (1) og 2013 (2).

Rapporten præsenterer udvalgte områder af spørgeskemaundersøgelsen ‘Hvordan har du det?’, der er foretaget af landets fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed i løbet af 2017. Resultater fra undersøgelsen er offentligt tilgængelige og kan findes i den nationale database www.danskernessundhed.dk. Dataindsamlingen er baseret på et spørgeskema, som blev udsendt til 312.349 borgere på 16 år eller derover. I alt svarede 183.372 personer, hvilket svarer til 58,7 % af de adspurgte.

Undersøgelsen er gennemført i samtlige kommuner og regioner på samme tid, og det giver den enkelte kommune og region en god mulighed for at følge udviklingen lokalt og regionalt.

I de enkelte afsnit i rapporten redegøres kortfattet for metode, spørgsmål og svarmuligheder inden for hvert enkelt område. Se bilag A for en nærmere beskrivelse af den generelle metode, deltagelse med videre.

1.1 Kort opsummering af resultater

Selv vurderet helbred

Mere end otte ud af ti danskere vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt (83,2%). I alle aldersgrupper vurderer mænd deres helbred bedre end kvinder. Unge vurderer deres helbred bedre end ældre. Der er en relativt lille andel, der vurderer deres helbred som godt, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelse (68,1 %) samt blandt førtidspensionister (43,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,9 %). Der er i perioden 2010 til 2017 samlet set sket et mindre fald på 1,8 procentpoint i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt.

Fysisk helbred

I alle aldersgrupper er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt kvinder (13,3 %) end blandt mænd (9,3 %). Andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder, med undtagelse af mænd i alderen 65-74 år, hvor andelen er lidt mindre end blandt mænd i alderen 55-64 år. Andelen med dårligt fysisk helbred falder med stigende uddannelsesniveau, fra 27,8 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med dårligt fysisk helbred blandt førtidspensionister (47,8 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med dårligt fysisk helbred med 1,3 procentpoint.

Mentalt helbred

Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt kvinder (15,5 %) end blandt mænd (10,9 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,8 %). Andelen er ligeledes stor blandt personer med grundskole (17,2 %) som højest gennemførte uddannelsesniveau samt blandt arbejdsløse (28,5 %), førtidspensionister (33,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,7 %). Der er i perioden 2010 til 2017 sket en stigning på 3,2 procentpoint i andelen med dårligt mentalt helbred.

Stress

Andelen med højt stressniveau er større blandt kvinder (29,0 %) end blandt mænd (21,0 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Andelen med et højt stressniveau er især stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (40,5 %) samt blandt arbejdsløse (47,0 %), førtidspensionister (55,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (54,6 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 4,3 procentpoint i andelen med et højt stressniveau.

Sygelighed

I alt 35,6 % af danskerne har én eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen er større blandt kvinder (37,5 %) end blandt mænd (33,7 %) og stiger med stigende alder. Andelen, der har én langvarig sygdom, falder med stigende uddannelsesniveau. I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 2,2 % procentpoint i andelen med langvarig sygdom.

Allergi (21,9 %), slidgigt (20,9 %) og forhøjet blodtryk (18,9 %) er de hyppigst forekommende enkelt-sygdomme.

Mere end fire ud af ti (41,8 %) af den voksne befolkning har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder (47,8 %) end blandt mænd (35,6 %). Andelen falder med stigende uddannelsesniveau, fra 52,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 30,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med meget generende smerter eller ubehag blandt førtidspensionister (77,9 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (64,4 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med meget generende smerter eller ubehag på 5,1 procentpoint. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. De hyppigst forekommende former for meget generende smerter eller ubehag er træthed (18,8 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (16,9 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (15,7 %) og smerter eller ubehag i skulder eller nakke (14,8 %).

Rygning

I alt oplyser 16,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. En større andel blandt mænd (18,5 %) end kvinder (15,4 %) ryger dagligt, og for begge køn er andelen størst i alderen 45-64 år. Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Således falder andelen fra 25,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 6,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ryger dagligt, på 3,9 procentpoint, og fra 2013 til 2017 er andelen uændret. I perioden 2013 til 2017 er der sket en stigning i de yngste aldersgrupper, mens der er sket et fald i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder.

Tre ud af fire rygere vil gerne holde op med at ryge. Især er der en stor andel blandt mænd og kvinder i alderen 25-34 år, der ønsker at stoppe med at ryge.

I alt 6,7 % af ikke-dagligrygere (det vil sige personer, der ryger mindst én gang om ugen, personer, der rygere sjældnere end hver uge, personer, der tidligere har røget, og personer, der aldrig har røget) er udsat for passiv rygning mindst en halv time om dagen. Andelen er lidt større blandt mænd (7,6 %) end blandt kvinder (6,0 %). Endvidere ses en relativt stor andel 16-24-årige mænd (10,4 %) og kvinder (10,5 %), som udsættes for passiv rygning.

Alkohol

I alt overskrider 17,6 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse (14 genstande for mænd og 7 genstande for kvinder) i løbet af en typisk uge, og 6,9 % overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse (21 genstande for mænd og 14 genstande for kvinder) i løbet af en typisk uge. For mænd i alderen 25-44 år er andelen, der overskrider højriskogrænsen, størst blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i alderen 65 år eller derover er størst blandt mænd med en lang videregående uddannelse. I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider højriskogrænsen, faldet jævnt med 3,7 procentpoint, og andelen, der overskrider

lavrisikogrænsen, er faldet jævnt med 6,7 procentpoint. For begge indikatorer gælder, at faldet ses blandt begge køn og i alle aldersgrupper, men er ikke så udtalt i aldersgruppen 75 år eller derover.

Blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, vil 33,4 % gerne nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er lidt større blandt mænd (34,4 %) end blandt kvinder (31,9 %).

I alt oplyser 26,7 % af den voksne befolkning, at de jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge drinking). Andelen er markant større blandt mænd (35,2 %) end blandt kvinder (18,4 %). Overordnet falder andelen med stigende alder for både mænd og kvinder. I perioden 2013 til 2017 ses et fald på 2,8 procentpoint i andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Der ses primært et fald i alderen 16-34 år blandt både mænd og kvinder.

Kost

I alt har 15,9 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster. Andelen er større blandt mænd (20,3 %) end blandt kvinder (11,6 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og usund kost. Således har 5,4 % af borgerne med en lang videregående uddannelse et usundt kostmønster, mens det samme gælder for 26,7 % af dem med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Andelen er især stor blandt arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (24,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %). I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med et usundt kostmønster på 2,6 procentpoint.

Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 56,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd.

Fysisk aktivitet

I alt opfylder 28,8 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der ses ikke nævneværdig forskel på andelen blandt mænd og kvinder. Andelen er mindst blandt de 16-24-årige mænd (18,2 %) og kvinder (19,7 %) og størst i aldersgruppen 75 år eller derover for både mænd (38,8 %) og kvinder (45,5 %). Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er især stor blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (42,4 %) og førtidspensionister (43,4 %).

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, angiver 71,0 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (74,4 %) end blandt mænd (67,4 %).

I alt har 59,5 % af den voksne befolkning totalt mindst otte timers stillesiddende tid på en typisk hverdag. Der er en markant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og stillesiddende tid. Således stiger forekomsten fra 37,9 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 77,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Vægt

I alt er 51,0 % af den voksne befolkning moderat eller svært overvægtige (BMI \geq 25), og hver sjette (16,8 %) er svært overvægtig (BMI \geq 30). I alle aldersgrupper er andelen af overvægtige større blandt mænd end blandt kvinder. Der ses en klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og svær overvægt. Blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau er 26,3 % svært overvægtige mod 8,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt førtidspensionister er næsten hver tredje (32,1 %) svært overvægtig. I perioden 2010 til 2013 er andelen af svært overvægtige steget 3,2 procentpoint.

Flere samtidige risikofaktorer

Risikofaktorer som usund kost, rygning, stort alkoholforbrug, svær overvægt samt manglende fysisk aktivitet har hver for sig betydning for sundheden, og risikoen for at få en række sygdomme stiger betydeligt, når flere risikofaktorer er til stede på samme tid. Blandt mænd er der 7,6 %, der har 3-5

risikofaktorer, mens det kun gælder 4,7 % blandt kvinder. Der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer. Andelen med to eller flere risikofaktorer falder med stigende uddannelsesniveau.

Kontakt til egen læge

Omkring otte ud af ti (78,8 %) voksne danskere har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Andelen er større blandt kvinder (84,2 %) end blandt mænd (73,1 %). Der ses en stor andel, der har været hos egen læge, blandt førtidspensionister (88,1 %). I perioden 2010 til 2017 er andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, stort set uændret.

En del af de borgere, der har været ved egen læge, har modtaget råd fra lægen om deres sundhed. Blandt dagligrygere har 38,7 % af mændene og 33,7 % af kvinderne fået råd om rygestop. Blandt borgere med usundt kostmønster har 12,7 % blandt mænd og 11,7 % blandt kvinder modtaget råd om at ændre deres kostvaner. Størst forskel mellem mænd og kvinder ses i andelen, der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. Her har 19,4 % af mændene, der overskrider højrisikogrænsen, fået råd mod kun 8,3 % af kvinderne. I perioden 2010 til 2017 ses en stigning i andelen, der har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen, og et fald i andelen, der har fået råd om at ændre kostvaner, om at dyrke motion og om vægttab blandt svært overvægtige.

Sociale relationer

I alt oplever 6,3 % af den voksne befolkning ofte eller en gang imellem at være alene, selvom de mest har lyst til at være sammen med andre. Den største andel ses i aldersgruppen 16-24 år for både mænd (8,5 %) og kvinder (10,3 %). Der ses en sammenhæng mellem uddannelse og det at være uønsket alene. Således falder andelen fra 9,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,2 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses endvidere en relativt stor andel blandt førtidspensionister (17,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,3 %). I perioden 2010 til 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget 0,7 procentpoint.

Gode leveår

Middellevetiden i Danmark er steget fra 2010 til 2017 for både mænd og kvinder, men spørgsmålet er, om de ekstra år leves med godt eller dårligt helbred? Gode leveår er belyst ud fra tre indikatorer: andelen med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred, andelen uden langvarig sygdom og andelen med godt mentalt helbred. For alle tre indikatorer gælder, at andelen af forventede gode leveår for en 16-årig mand eller en 16-årig kvinde er uændret eller faldet svagt fra 2010 til 2017. Således er den stigende middellevetid kun i en vis grad fulgt af en tilsvarende stigning i gode leveår.

1.2 Læsevejledning

For at forstå resultaterne af undersøgelsen korrekt er det vigtigt at være opmærksom på en række forhold. 'Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017' præsenterer resultater fra en såkaldt tværsnitsundersøgelse, hvilket betyder, at en række forhold er målt på samme tidspunkt. En tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan pege på sammenhænge, men det er ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Der kan for eksempel ses en sammenhæng mellem svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet, men det er ikke muligt at fastslå, om det er overvægten, der har forårsaget den stillesiddende fritidsaktivitet, eller om det er den stillesiddende fritidsaktivitet, der er årsag til overvægten.

Hvert afsnit indledes med en kort introduktion. Herefter følger ét eller flere opslag om emnet, der for det enkelte emne viser udviklingen mellem 2010, 2013 og 2017. I hvert afsnit beskrives de enkelte spørgsmål, og der vises en opslagstabel, der for hvert spørgsmål viser udviklingen samt forekomsten

og fordelingen i forhold til forskellige sociodemografiske baggrundsvariable¹. Tabellen er efterfulgt af kommentarer, der forklarer tabellen.

En del tabeller og figurer i de indledende afsnit til kapitlerne viser 'Køns- og aldersjusteret procent' eller blot 'Aldersjusteret procent'. Denne procent angiver andelen i befolkningen med den givne indikator, såfremt henholdsvis køns- og aldersfordelingen eller blot aldersfordelingen i den pågældende gruppe er som i den europæiske standardbefolkning (3). Baggrunden for disse justerede andele er, at aldersfordelingen i to grupper kan være temmelig forskellig, hvilket kan gøre en sammenligning af andele i grupperne problematisk, hvis man ikke justerer.

Opslagstabeller

For hvert af de undersøgte emner (fx alkohol, rygning, kost m.fl.) vises udviklingen i perioden 2010 til 2017 samt forekomsten og fordelingen i 2017 i forhold til følgende sociodemografiske variable: Køn og alder, uddannelse, erhvervmæssig stilling, samlivsstatus og region. Opgørelsen præsenteres i en opslagstabel. Desuden præsenteres for hvert enkelt emne en figur, som viser udviklingen og forekomsten opdelt på køn og aldersgrupper. Udviklingen fra 2010 til 2017 vises kun, hvis spørgsmålet er stillet på præcis samme måde i alle tre undersøgelser i 2010, 2013 og 2017.

Alle opslagstabeller er opbygget på samme måde. I første række er angivet en overskrift for hver af søjlerne i tabellen. Søjlerne har altid den samme rækkefølge nemlig 'Procent', 'OR' (odds ratio), '95 % sikkerhedsgrænser' og til sidst 'Antal svarpersoner'.

Procent

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

OR

Søjlen 'OR' viser odds ratio. OR giver et mål for, om forekomsten i den aktuelle gruppe ligger over eller under forekomsten i en anden gruppe, der benævnes referencegruppen, når der tages højde for eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætning i de to grupper. Referencegruppen kan kendes ved, at OR er 1, og at der ikke er angivet 95 % sikkerhedsgrænser ud for gruppen.

For variabelen 'Region' kan referencegruppen ikke ses, eftersom den er et landsgennemsnit, det vil sige en slags gennemsnit af OR i regionerne. Enkelte steder er der ikke beregnet OR. Det gælder for grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister'. Årsagen er, at der er tale om grupper, som er afgrænset ved en bestemt alder, hvorfor det ikke er relevant at justere for alder. For en uddybende forklaring af OR henvises til tekstboksen senere i dette afsnit.

95 % sikkerhedsgrænser

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

Antal svarpersoner

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

Hvordan tallene skal forstås, kan ses i tabel 1.2.1.², hvor svær overvægt er brugt som eksempel.

Udvikling i køns- og aldersgrupper

Ud over opslagstabellen er der lavet en figur, der viser forekomsten inden for køns- og aldersgrupper samt, hvor det er muligt, udviklingen fra 2010 til 2017. Denne figur er kommenteret i et tekstafsnit sammen med den overordnede ændring, der ses i opslagstabellen (se tabel 1.2.1).

1) For klassifikation af udvalgte variable – se bilag B.

2) Se bilag A for flere detaljer om vægtning.

Tekstkommentarer

Efter opslagstabellen følger en side med kommentarer til tabellen. På siden kommenteres forekomsten af indikatoren i forhold til køn og alder, uddannelse, erhvervmæssig stilling, samlivsstatus og bopælsregion samt udvikling i perioden 2010 til 2017. Betydningsfulde forskelle og mønstre beskrives, men der kommenteres for eksempel ikke på grupperne 'Under uddannelse', 'Efterlønsmodtagere' og 'Alderspensionister', under henholdsvis 'Uddannelse' og 'Erhvervmæssig stilling', da disse grupper er afgrænset ved en bestemt alder. Det er derfor vanskeligt at sammenligne forekomsten i disse grupper med forekomsten i grupper, der har en anderledes alderssammensætning.

Derudover er det undersøgt, hvordan udviklingen har været inden for de forskellige uddannelsesgrupper. Denne udvikling vil imidlertid ikke blive illustreret i en figur som standard, men vil i stedet blive kommenteret sammen med den generelle udvikling (samt som 'data ikke vist').

Hvad er en odds ratio (OR)?

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

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

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

Antal mænd og kvinder, der har en langvarig sygdom

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

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

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

Table 1.2.1 Example of a cross-tabulation table. Severe overweight (table 4.5.4 in the report)

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,32)	171.126
Mænd	16-24 år	6,6	0,27	(0,24;0,31)	7.239
	25-34 år	13,3	0,60	(0,55;0,66)	7.328
	35-44 år	18,1	0,86	(0,80;0,93)	10.248
	45-54 år	20,4	1		14.461
	55-64 år	21,9	1,09	(1,03;1,17)	15.090
	65-74 år	22,0	1,10	(1,03;1,17)	15.808
	≥75 år	15,0	0,69	(0,63;0,74)	8.705
	Alle mænd	17,1			78.879
Kvinder	16-24 år	8,1	0,32	(0,29;0,35)	9.371
	25-34 år	15,0	0,64	(0,60;0,69)	9.878
	35-44 år	18,1	0,81	(0,76;0,86)	13.070
	45-54 år	21,5	1		17.293
	55-64 år	19,5	0,88	(0,83;0,94)	16.783
	65-74 år	17,9	0,80	(0,75;0,85)	16.382
	≥75 år	13,6	0,57	(0,53;0,62)	9.470
	Alle kvinder	16,6			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	7,5			12.105
	Grundskole	26,3	2,40	(2,26;2,55)	13.784
	Kort uddannelse	20,6	1,58	(1,52;1,65)	61.608
	Kort videregående uddannelse	17,1	1,18	(1,11;1,25)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	14,6	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	8,1	0,52	(0,48;0,55)	19.304
	Anden uddannelse	19,4	1,50	(1,39;1,62)	8.253

1) Justeret for køn og alder

Tallet angiver, at 20,6 % af dem med kort uddannelse er svært overvægtige.

Tallet angiver odds ratioen, det vil sige, hvor meget større (eller mindre) odds (chance) den aktuelle gruppe har for at være svært overvægtige i forhold til referencegruppen, når der tages højde for en eventuelt forskellig køns- og alderssammensætning i de to grupper. I dette tilfælde har personer med en kort uddannelse 1,58 større chance for at være svært overvægtige i forhold til personer med en mellemlang videregående uddannelse, hvor OR står som '1'.

Intervalleret 1,52-1,65 angiver inden for hvilken sikkerhedsmargin, at odds ratioen befinder sig.

Tallet angiver, at 61.604 personer med en kort uddannelse har svaret på spørgsmålet.



2 HELBRED OG TRIVSEL

2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred kan ses som en persons egen samlede vurdering af en række helbredsforhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af personens symptomer og sygdomme. Det er velkendt, at selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for både sygelighed og dødelighed (1-6). Jo dårligere en person vurderer sit eget helbred, desto større er risikoen for sygdom og tidlig død. Der er påvist sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og brug af sundhedsvæsenet samt medicinbrug (7, 8). I internationale anbefalinger om gennemførslen af befolkningsundersøgelser fremhæves vigtigheden af at inkludere spørgsmål om selvvurderet helbred (9, 10), da denne indikator giver et overordnet indtryk af befolkningens helbredsstatus.

Der findes flere forklaringer på sammenhængen mellem selvvurderet helbred og helbredsindikatorer som fx sygelighed og død. For det første er selvvurderet helbred en persons samlede vurdering af sit helbred. Denne vurdering omfatter ikke alene den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en vurdering af egen helbredstilstand i forhold til jævnaldrendes. Endvidere kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt egen forebyggende og sundhedsfremmende adfærd. Selvvurderet helbred er også påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i ens netværk i tilfælde af sygdom (5).

I denne undersøgelse belyses selvvurderet helbred ud fra følgende spørgsmål: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?', hvortil det har været muligt at svare:

- Fremragende
- Vældig godt
- Godt
- Mindre godt
- Dårligt

Tabel 2.1.1 Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	85,0	1		175.130
	2013	85,2	1,03	(1,00;1,05)	160.394
	2017	83,2	0,88	(0,86;0,90)	182.169
Mænd	16-24 år	93,5	2,76	(2,46;3,10)	8.379
	25-34 år	90,7	1,86	(1,68;2,06)	8.221
	35-44 år	88,0	1,41	(1,29;1,53)	11.086
	45-54 år	83,9	1		15.277
	55-64 år	78,7	0,71	(0,66;0,76)	15.779
	65-74 år	82,6	0,91	(0,85;0,97)	16.307
	≥75 år	74,0	0,55	(0,51;0,59)	8.979
	Alle mænd	85,3			84.028
Kvinder	16-24 år	89,8	2,36	(2,16;2,57)	10.466
	25-34 år	88,8	2,11	(1,95;2,30)	10.741
	35-44 år	84,0	1,40	(1,31;1,50)	13.942
	45-54 år	78,9	1		18.254
	55-64 år	76,8	0,89	(0,83;0,94)	17.565
	65-74 år	80,6	1,11	(1,05;1,18)	16.999
	≥75 år	66,9	0,54	(0,51;0,58)	10.174
	Alle kvinder	81,3			98.141
Uddannelse	Under uddannelse	91,3			12.272
	Grundskole	68,1	0,37	(0,34;0,39)	14.033
	Kort uddannelse	82,0	0,66	(0,63;0,69)	62.137
	Kort videregående uddannelse	85,6	0,87	(0,82;0,93)	14.228
	Mellemlang videregående udd.	87,3	1		36.399
	Lang videregående uddannelse	92,1	1,54	(1,43;1,65)	19.361
	Anden uddannelse	75,0	0,45	(0,42;0,49)	8.351
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	90,5	1		85.968
	Arbejdsløse	73,2	0,26	(0,24;0,29)	3.245
	Førtidspensionister	43,4	0,09	(0,09;0,10)	5.881
	Andre uden for arbejdsmarkedet	58,9	0,11	(0,11;0,12)	7.415
	Efterlønsmodtagere	84,5			4.285
	Alderspensionister	76,8			52.459
Samlivsstatus	Gift	84,4	1		99.525
	Samlevende	87,6	0,85	(0,81;0,90)	25.822
	Enlig (separeret, skilt)	71,8	0,51	(0,49;0,54)	14.212
	Enlig (enkestand)	71,1	0,72	(0,68;0,76)	10.758
	Enlig (ugift)	85,2	0,53	(0,50;0,56)	31.852
Region	Hovedstaden	85,2	1,14	(1,11;1,17)	59.023
	Sjælland	81,4	0,95	(0,92;0,98)	21.017
	Syddanmark	80,8	0,88	(0,85;0,90)	42.918
	Midtjylland	84,6	1,10	(1,06;1,13)	35.150
	Nordjylland	81,9	0,96	(0,93;0,99)	24.061

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt vurderer 83,2 % af den voksne befolkning deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Andelen er større blandt mænd (85,3 %) end blandt kvinder (81,3 %), og et lignende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med stigende alder, dog med undtagelse af personer i aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen stiger for derefter at falde.

Uddannelse:

Der er en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Således stiger andelen fra 68,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 92,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred er markant større blandt beskæftigede (90,5 %) end blandt førtidspensionister (43,4 %), andre uden for arbejdsmarkedet (58,9 %) og arbejdsløse (73,2 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvist flere, som vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt gifte, samlevende og enlige (ugifte) end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten højere blandt gifte sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper.

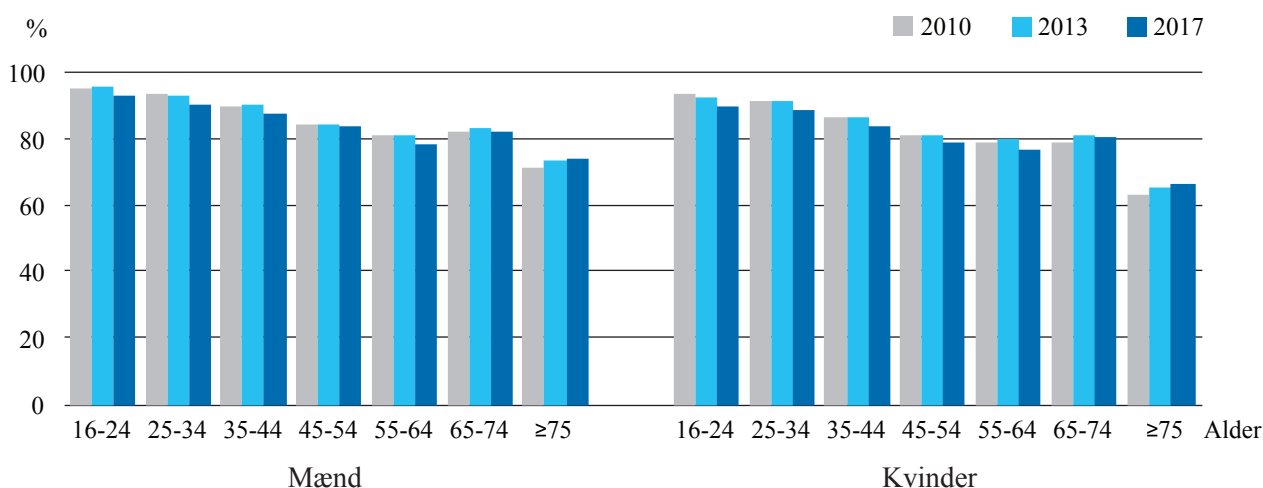
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred større i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og mindre i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Udvikling:

Der er i perioden 2010 til 2017 sket et mindre fald i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fra 85,0 % til 83,2 %. Faldet i perioden skyldes imidlertid alene et fald mellem 2013 og 2017. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, med undtagelse af de ældste aldersgrupper. Der ses i perioden et mindre fald i andelen på tværs af alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

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



Tabel 2.1.2 Selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Fremragende	25,7	19,3	12,0	10,7	7,7	7,4	5,0	13,1
Vældig godt	43,0	40,6	40,2	36,0	30,6	30,9	20,5	35,7
Godt	24,8	30,7	35,8	37,2	40,4	44,3	48,6	36,5
Mindre godt	5,4	7,7	9,7	12,9	17,3	14,5	21,2	12,0
Dårligt	1,1	1,7	2,3	3,2	4,1	2,9	4,8	2,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.379	8.221	11.086	15.277	15.779	16.307	8.979	84.028
Kvinder								
Fremragende	16,8	14,2	10,0	8,8	7,6	6,8	3,1	9,8
Vældig godt	42,8	41,4	38,6	34,2	29,9	28,1	15,5	33,6
Godt	30,1	33,2	35,4	35,9	39,3	45,7	48,3	37,9
Mindre godt	9,0	9,5	13,3	16,4	18,8	16,4	27,2	15,4
Dårligt	1,2	1,7	2,8	4,7	4,3	2,9	5,9	3,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	10.466	10.741	13.942	18.254	17.565	16.999	10.174	98.141

I tabel 2.1.2 ses svarfordelingen for selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper.

2.2 Fysisk og mentalt helbred

Der findes flere forskellige spørgeskemaer, der kan anvendes til beskrivelse af en befolknings selvvaluerede fysiske og mentale helbredstilstand. I denne undersøgelse anvendes SF-12 spørgeskemaet. SF står for Short Form, og spørgeskemaet består af 12 spørgsmål, som belyser svarpersonernes helbredstilstand inden for de seneste fire uger i forhold til helbredsrelaterede begrænsninger i fysisk funktion, social funktion og mentalt velbefindende (1-3).

SF-12 er et generisk mål for helbredsstatus, hvilket betyder, at spørgsmålene ses som relevante for både syge og raske. Af denne grund er SF-12 velegnet at anvende i befolkningsundersøgelser til bestemmelse af den almene helbredstilstand i den generelle befolkning.

På baggrund af svarpersonernes besvarelse er det muligt at udregne en samlet score for henholdsvis en mental helbredskomponent³ og en fysisk helbredskomponent⁴. For begge helbredskomponenter gælder, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen af såvel den fysiske som den mentale helbredskomponent, men vægtningen af de enkelte spørgsmål er forskellig (4). Der indgår kun besvarelser fra personer, der har svaret på samtlige 12 spørgsmål.

3) I Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er der defineret en standardafgrænsning for den mentale helbredskomponent, sådan at gruppen, der har dårligt mentalt helbred, er afgrænset til de 10 % med den laveste score på den mentale helbredskomponent. Dette svarer til en score på 35,76 eller derunder. Grænsen er den samme for kvinder og mænd. Se mere (5).

4) For den fysiske helbredskomponent gælder samme som ovenstående. Dog er scoren på 35,37 eller derunder.

Tabel 2.2.1 Dårligt fysisk helbred

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,0	1		155.427
	2013	10,1	0,97	(0,95;1,00)	145.440
	2017	11,3	1,08	(1,05;1,11)	165.584
Mænd	16-24 år	2,0	0,20	(0,17;0,25)	7.742
	25-34 år	3,3	0,34	(0,29;0,40)	7.724
	35-44 år	5,5	0,58	(0,52;0,66)	10.458
	45-54 år	9,1	1		14.389
	55-64 år	14,7	1,72	(1,57;1,88)	14.615
	65-74 år	14,2	1,66	(1,52;1,81)	14.644
	≥75 år	27,1	3,71	(3,39;4,07)	7.294
	Alle mænd	9,3			76.866
Kvinder	16-24 år	3,1	0,19	(0,17;0,22)	9.829
	25-34 år	5,4	0,35	(0,31;0,39)	10.170
	35-44 år	9,0	0,61	(0,56;0,67)	13.227
	45-54 år	13,9	1		17.103
	55-64 år	17,2	1,28	(1,19;1,37)	16.044
	65-74 år	17,4	1,30	(1,21;1,40)	14.735
	≥75 år	37,3	3,67	(3,41;3,96)	7.610
	Alle kvinder	13,3			88.718
Uddannelse	Under uddannelse	2,9			11.834
	Grundskole	27,8	3,02	(2,82;3,24)	11.889
	Kort uddannelse	12,9	1,69	(1,60;1,78)	57.690
	Kort videregående uddannelse	9,5	1,21	(1,12;1,31)	13.459
	Mellemlang videregående udd.	8,0	1		34.484
	Lang videregående uddannelse	4,0	0,59	(0,54;0,65)	18.687
	Anden uddannelse	18,8	2,33	(2,14;2,54)	7.482
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,9	1		82.644
	Arbejdsløse	13,3	3,38	(2,98;3,83)	3.087
	Førtidspensionister	47,8	14,28	(13,2;15,4)	5.016
	Andre uden for arbejdsmarkedet	25,5	9,18	(8,49;9,93)	6.960
	Efterlønsmodtagere	10,8			3.892
	Alderspensionister	22,3			44.283
Samlivsstatus	Gift	11,3	1		90.801
	Samlevende	7,3	1,20	(1,13;1,28)	24.629
	Enlig (separeret, skilt)	20,2	1,78	(1,68;1,89)	12.614
	Enlig (enkestand)	30,3	1,51	(1,41;1,61)	8.486
	Enlig (ugift)	7,1	1,66	(1,55;1,77)	29.054
Region	Hovedstaden	9,2	0,80	(0,77;0,83)	56.111
	Sjælland	13,5	1,07	(1,02;1,12)	18.588
	Syddanmark	13,4	1,17	(1,13;1,21)	37.221
	Midtjylland	10,4	0,93	(0,89;0,96)	31.285
	Nordjylland	13,1	1,08	(1,04;1,13)	22.379

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder⁵⁾:

I alle aldersgrupper er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt kvinder (13,3 %) end blandt mænd (9,3 %). Blandt begge køn stiger andelen med dårligt fysisk helbred med stigende alder med undtagelse af mænd i alderen 65-74 år, hvor andelen er lidt mindre end blandt mænd i alderen 55-64 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med dårligt fysisk helbred. Således falder andelen fra 27,8 % blandt personer med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau til 4,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Den største andel af personer med dårligt fysisk helbred ses blandt førtidspensionister (47,8 %), mens den mindste andel ses blandt beskæftigede (4,9 %). Blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet er andelen henholdsvis 13,3 % og 25,5 %.

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest med dårligt fysisk helbred blandt enlige (enkestand) (30,3 %) og færrest blandt enlige (ugifte) (7,1 %) og samlevende (7,3 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte) og den laveste forekomst blandt gifte.

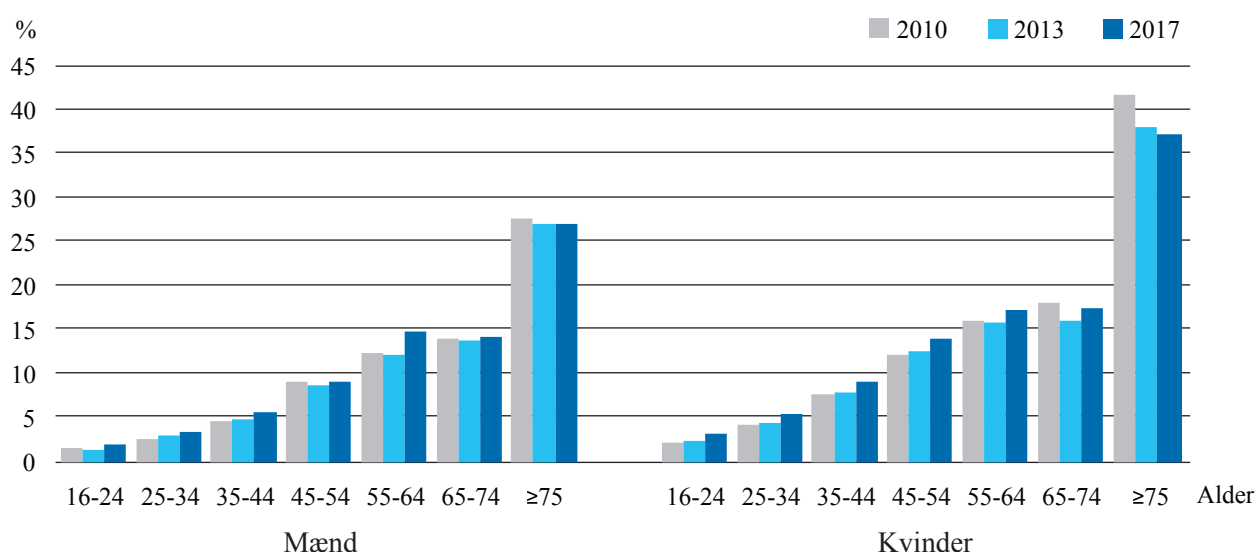
Region:

Sammenlignet med landsgennemsnittet ses en større andel med dårligt fysisk helbred i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland og en mindre andel i Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der overordnet set sket en mindre stigning i andelen med dårligt fysisk helbred, fra 10,0 % til 11,3 %. Der ses en mindre stigning i alle køns- og aldersgrupper, undtaget blandt kvinder på 65 år eller derover, hvor der er sket et fald. Dette fald er dog fortrinsvis sket mellem 2010 og 2013. Der ses ikke noget entydigt mønster for udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen med dårligt fysisk helbred inden for de forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 2.2.1 Andel med dårligt fysisk helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



5) Definitionen af dårligt fysisk helbred baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskelle mellem grupper og på udviklingen over tid.

Table 2.2.2 Dårligt mentalt helbred

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,0	1		155.421
	2013	10,7	1,09	(1,06;1,12)	145.436
	2017	13,2	1,40	(1,36;1,43)	165.582
Mænd	16-24 år	12,9	1,18	(1,07;1,31)	7.742
	25-34 år	13,9	1,29	(1,17;1,42)	7.724
	35-44 år	12,2	1,11	(1,01;1,22)	10.458
	45-54 år	11,1	1		14.389
	55-64 år	9,2	0,81	(0,74;0,89)	14.615
	65-74 år	5,9	0,50	(0,45;0,56)	14.644
	≥75 år	9,0	0,79	(0,70;0,88)	7.294
	Alle mænd	10,9			76.866
Kvinder	16-24 år	23,8	1,79	(1,66;1,93)	9.829
	25-34 år	19,5	1,38	(1,28;1,50)	10.170
	35-44 år	16,3	1,12	(1,04;1,21)	13.227
	45-54 år	14,9	1		17.102
	55-64 år	11,8	0,77	(0,71;0,83)	16.043
	65-74 år	7,8	0,48	(0,44;0,53)	14.735
	≥75 år	13,1	0,86	(0,79;0,95)	7.610
	Alle kvinder	15,5			88.716
Uddannelse	Under uddannelse	18,6			11.834
	Grundskole	17,2	2,34	(2,16;2,54)	11.889
	Kort uddannelse	12,7	1,32	(1,25;1,39)	57.690
	Kort videregående uddannelse	11,1	1,11	(1,02;1,20)	13.459
	Mellemlang videregående udd.	10,7	1		34.482
	Lang videregående uddannelse	9,9	0,87	(0,81;0,94)	18.687
	Anden uddannelse	16,0	1,87	(1,70;2,05)	7.482
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	9,5	1		82.643
	Arbejdsløse	28,5	3,81	(3,44;4,21)	3.087
	Førtidspensionister	33,1	5,91	(5,47;6,39)	5.016
	Andre uden for arbejdsmarkedet	36,7	6,08	(5,65;6,55)	6.959
	Efterlønsmodtagere	5,2			3.892
	Alderspensionister	8,5			44.283
Samlivsstatus	Gift	9,1	1		90.800
	Samlevende	13,0	1,24	(1,17;1,31)	24.629
	Enlig (separeret, skilt)	17,8	2,21	(2,08;2,36)	12.614
	Enlig (enkestand)	12,8	1,73	(1,58;1,90)	8.486
	Enlig (ugift)	19,8	2,14	(2,02;2,26)	29.053
Region	Hovedstaden	13,7	1,01	(0,98;1,04)	56.110
	Sjælland	13,2	1,05	(1,01;1,10)	18.588
	Syddanmark	13,5	1,04	(1,01;1,08)	37.220
	Midtjylland	12,5	0,92	(0,89;0,96)	31.285
	Nordjylland	12,7	0,98	(0,94;1,02)	22.379

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder⁶:

Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt kvinder (15,5 %) end blandt mænd (10,9 %), og et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med dårligt mentalt helbred med stigende alder indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en stigning. Den markant største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (23,8 %), mens andelen blandt mænd i samme aldersgruppe er på 12,9 %.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med dårligt mentalt helbred. Således er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (17,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (9,9 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med dårligt mentalt helbred er markant større blandt arbejdsløse (28,5 %), førtidspensionister (33,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,7 %) sammenlignet med beskæftigede (9,5 %).

Samlivsstatus:

Andelen med dårligt mentalt helbred er størst blandt enlige (separerede, skilte og ugifte) og mindst blandt gifte.

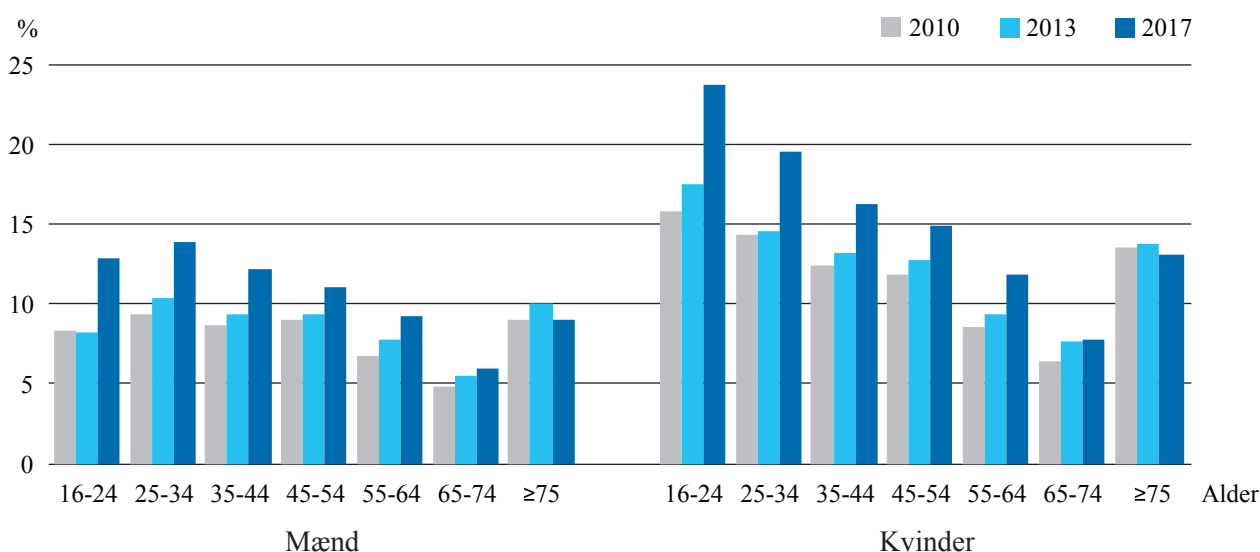
Region:

I forhold til landsgennemsnittet ses en lidt større andel af personer med dårligt mentalt helbred i Region Sjælland og Region Syddanmark og en lidt mindre andel i Region Midtjylland. Forskellene mellem regionerne er dog beskedne.

Udvikling:

Der er i perioden 2010 til 2017 sket en stigning på 3,2 procentpoint i andelen med dårligt mentalt helbred. Stigningen er overvejende sket mellem 2013 og 2017. Blandt begge køn ses de største stigninger i de yngre aldersgrupper, og stigningen er særligt stor blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Blandt personer på 75 år eller derover er andelen derimod uændret i perioden. I perioden 2010 til 2017 er der i alle uddannelsesgrupper sket en stigning i andelen med dårligt mentalt helbred, i de fleste grupper med den største stigning mellem 2013 og 2017 (data ikke vist).

Figur 2.2.2 Andel med dårligt mentalt helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



6) Definitionen af dårligt mentalt helbred baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskel mellem grupper og på udviklingen over tid.

Tabel 2.2.3 Andel, der har dårligt fysisk og mentalt helbred, opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder. Aldersjusteret procent

		Dårligt fysisk helbred	Antal svarpersoner	Dårligt mentalt helbred	Antal svarpersoner
Mænd					
Langvarig sygdom	Ja	21,1	26.591	18,2	26.591
	Nej	2,7	47.734	6,9	47.734
Astma	Ja	18,5	4.800	15,6	4.800
	Nej	8,9	68.285	10,0	68.285
Diabetes	Ja	23,8	5.199	15,7	5.199
	Nej	8,5	67.932	10,1	67.932
Forhøjet blodtryk	Ja	18,1	16.420	20,0	16.420
	Nej	7,3	56.311	9,3	56.311
Kronisk lungesygdom	Ja	31,7	3.346	25,9	3.346
	Nej	8,1	69.286	9,9	69.286
Slidgigt	Ja	24,0	14.686	16,6	14.686
	Nej	6,2	58.588	9,5	58.588
Osteoporose	Ja	40,5	1.086	27,5	1.086
	Nej	8,9	72.215	10,2	72.215
Diskusprolaps /andre ryg sygdomme	Ja	25,9	10.520	17,7	10.520
	Nej	6,6	62.187	9,3	62.187
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	Ja	24,1	4.462	46,6	4.462
	Nej	8,3	68.398	7,4	68.398
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	Ja	25,6	3.063	49,9	3.063
	Nej	8,5	69.527	8,1	69.527
Kvinder					
Langvarig sygdom	Ja	27,9	32.326	23,1	32.326
	Nej	3,7	53.841	10,7	53.841
Astma	Ja	25,2	6.791	21,9	6.791
	Nej	12,1	77.708	14,5	77.708
Diabetes	Ja	28,8	3.676	22,9	3.676
	Nej	12,3	80.889	14,7	80.889
Forhøjet blodtryk	Ja	22,4	16.308	21,4	16.308
	Nej	10,8	68.193	14,4	68.193
Kronisk lungesygdom	Ja	36,4	3.138	31,5	3.138
	Nej	11,9	80.774	14,6	80.774
Slidgigt	Ja	29,5	21.874	20,1	21.874
	Nej	8,1	63.210	13,6	63.210
Osteoporose	Ja	37,4	4.944	23,7	4.944
	Nej	12,0	79.862	14,7	79.862
Diskusprolaps /andre ryg sygdomme	Ja	35,7	11.619	22,1	11.619
	Nej	9,2	72.666	13,9	72.666
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	Ja	26,0	8.532	47,2	8.532
	Nej	11,6	75.395	10,6	75.395
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	Ja	25,9	6.123	48,9	6.123
	Nej	12,1	76.993	11,6	76.993

Andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed

I tabel 2.2.3 ses andelen med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sygelighed blandt mænd og kvinder i den voksne befolkning. Sygelighed er her dels belyst ved et selvstændigt spørgsmål om langvarig sygdom, dels ved spørgsmål om en række specifikke sygdomme og lidelser.

Det fremgår af tabellen, at der er en større andel, som har et dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred blandt personer, der har en sygdom eller lidelse sammenlignet med personer, der ikke har den pågældende sygdom eller lidelse. Dette mønster ses blandt både mænd og kvinder.

Tablet 2.2.4 Andel, der har dårligt fysisk og mentalt helbred, opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd blandt mænd og kvinder. Aldersjusteret procent

		Dårligt fysisk helbred	Antal svarpersoner	Dårligt mentalt helbred	Antal svarpersoner
Mænd					
Ryger dagligt	Ja	14,6	12.360	16,6	12.360
	Nej	8,6	62.233	9,3	62.233
Overskrider Sundhedsstyrelsens højriskgrænse ved alkoholindtagelse	Ja	12,6	6.393	16,1	6.393
	Nej	9,3	66.301	10,0	66.301
Opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet	Ja	6,2	47.320	8,4	47.320
	Nej	16,0	18.662	14,9	18.662
Vægtgrupper	Undervægt	24,3	714	19,0	714
	Normalvægt	7,6	27.877	10,0	27.877
	Moderat overvægt	8,4	31.548	9,7	31.548
	Svær overvægt	16,0	13.107	14,1	13.107
Kostmønster	Sundt	7,6	10.259	8,6	10.259
	Med sunde og usunde elementer	8,8	47.297	9,7	47.297
	Usundt	13,4	13.953	14,5	13.953
Kvinder					
Ryger dagligt	Ja	18,7	12.252	23,3	12.251
	Nej	12,4	74.294	13,8	74.293
Overskrider Sundhedsstyrelsens højriskgrænse ved alkoholindtagelse	Ja	12,4	4.532	21,3	4.532
	Nej	13,4	79.832	14,8	79.830
Opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet	Ja	8,7	54.171	12,6	54.169
	Nej	21,5	22.027	20,6	22.027
Vægtgrupper	Undervægt	18,7	2.610	21,5	2.610
	Normalvægt	9,8	43.222	13,4	43.220
	Moderat overvægt	13,1	24.370	15,3	24.370
	Svær overvægt	23,1	14.288	20,4	14.288
Kostmønster	Sundt	10,4	18.526	11,9	18.526
	Med sunde og usunde elementer	12,8	56.296	14,6	56.295
	Usundt	20,9	9.049	23,5	9.048

Andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper

Tabel 2.2.4 viser andelen, der har henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred opdelt på udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper.

Blandt begge køn ses det, at andelen med henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er større blandt personer, der ryger dagligt, end blandt personer, der ikke ryger dagligt. Blandt personer, der lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ses endvidere en mindre andel med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred end blandt personer, der ikke lever op til anbefalingen. Det fremgår også, at jo sundere et kostmønster, jo mindre er andelen med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred.

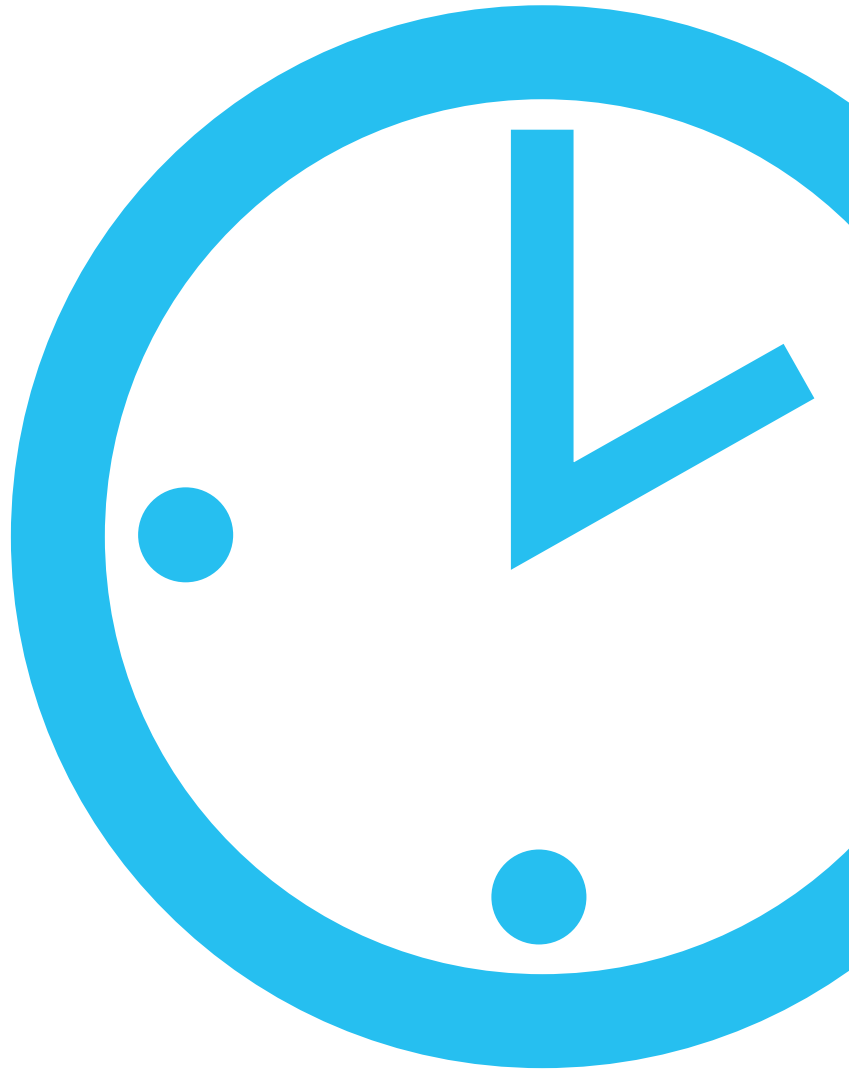
I forhold til overskridelse af Sundhedsstyrelsens højriskogrænse ved alkoholindtagelse ses et mindre entydigt mønster. For kvinder er der ingen forskel i andelen med dårligt fysisk helbred blandt de, der overskrider højriskogrænsen, og de, der ikke gør det. Blandt mænd er andelen med dårligt fysisk helbred større blandt personer, der overskrider højriskogrænsen, end blandt personer, der ikke overskrider højriskogrænsen. Andelen med dårligt mentalt helbred er større blandt både mænd og kvinder, der overskrider højriskogrænsen, end blandt mænd og kvinder, der ikke gør det.

Andelen af mænd og kvinder med henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred er større blandt svært overvægtige og undervægtige sammenlignet med normalvægtige og moderat overvægtige.

2.3 Stress

Stress udgør et stigende folkesundhedsproblem og kan beskrives som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved anspændthed og ulyst (1). Oplevelsen af stress er subjektiv, men afhænger af faktorer såsom egne og miljøbestemte ressourcer og af, hvordan man individuelt fysisk og psykisk reagerer på og håndterer stressen, såkaldt 'coping' (2). Selvom stress ikke i sig selv defineres som en sygdom, er længerevarende stress en risikofaktor for adskillige tilstande og sygdomme, herunder forhøjet blodtryk (3), hjertekarsygdom (4-6) og depression (7), ligesom også livskvalitet og det almene velbefindende kan blive negativt påvirket af stress. Stress omfatter både private og arbejdsmæssige faktorer og udgør et alvorligt folkesundhedsmæssigt problem med store konsekvenser på både individ- og samfundsniveau, sidstnævnte i form af eksempelvis omkostninger som følge af sygefravær (2).

I denne undersøgelse er stressniveauet målt ved Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stressskala (8, 9). PSS består af 10 spørgsmål, der handler om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de seneste fire uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, og om han eller hun føler sig nervøs eller stresset. Skalaen går fra 0 til 40. Jo højere score, desto højere grad af oplevet stress.



Tabel 2.3.1 Højt stressniveau

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	20,8	1		14.183
	2013	21,3	1,03	(0,98;1,08)	149.846
	2017	25,1	1,29	(1,23;1,35)	168.802
Mænd	16-24 år	23,4	1,15	(1,06;1,24)	7.485
	25-34 år	24,6	1,23	(1,14;1,33)	7.553
	35-44 år	22,7	1,10	(1,03;1,19)	10.330
	45-54 år	21,0	1		14.373
	55-64 år	19,6	0,92	(0,85;0,98)	14.841
	65-74 år	14,6	0,64	(0,60;0,69)	15.364
	≥75 år	20,4	0,96	(0,89;1,04)	8.041
	Alle mænd	21,0			77.987
Kvinder	16-24 år	40,5	1,76	(1,65;1,87)	9.618
	25-34 år	34,0	1,33	(1,25;1,42)	10.038
	35-44 år	29,6	1,09	(1,02;1,15)	13.153
	45-54 år	27,9	1		17.251
	55-64 år	24,6	0,84	(0,80;0,90)	16.548
	65-74 år	19,3	0,62	(0,58;0,66)	15.725
	≥75 år	27,1	0,96	(0,90;1,03)	8.482
	Alle kvinder	29,0			90.815
Uddannelse	Under uddannelse	32,4			11.809
	Grundskole	33,1	2,58	(2,43;2,73)	12.861
	Kort uddannelse	24,8	1,46	(1,40;1,53)	59.600
	Kort videregående uddannelse	21,4	1,17	(1,10;1,24)	13.691
	Mellemlang videregående udd.	19,8	1		35.097
	Lang videregående uddannelse	17,5	0,82	(0,77;0,87)	18.833
	Anden uddannelse	31,2	2,15	(2,00;2,30)	7.872
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	19,4	1		83.272
	Arbejdsløse	47,0	3,60	(3,29;3,93)	3.141
	Førtidspensionister	55,6	6,07	(5,67;6,50)	5.284
	Andre uden for arbejdsmarkedet	54,6	5,55	(5,19;5,94)	7.102
	Efterlønsmodtagere	13,7			4.072
	Alderspensionister	19,8			47.612
Samlivsstatus	Gift	19,9	1		93.007
	Samlevende	25,5	1,22	(1,17;1,27)	24.938
	Enlig (separeret, skilt)	30,6	1,79	(1,70;1,88)	13.066
	Enlig (enkestand)	24,9	1,35	(1,26;1,44)	9.293
	Enlig (ugift)	33,3	1,83	(1,75;1,91)	28.498
Region	Hovedstaden	25,3	0,99	(0,97;1,01)	56.596
	Sjælland	25,6	1,07	(1,03;1,10)	18.978
	Syddanmark	26,4	1,09	(1,06;1,12)	38.247
	Midtjylland	23,8	0,92	(0,89;0,95)	32.333
	Nordjylland	23,7	0,94	(0,91;0,97)	22.648

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder⁷⁾:

Andelen med et højt stressniveau er højere blandt kvinder (29,0 %) end blandt mænd (21,0 %). Et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn falder andelen med et højt stressniveau indtil den ældste aldersgruppe, hvor der ses en stigning. Den mindste andel ses blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år, mens den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med et højt stressniveau. Således falder andelen fra 33,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 17,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Der ses en større andel med et højt stressniveau blandt arbejdsløse (47,0 %), førtidspensionister (55,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (54,6 %) end blandt beskæftigede (19,4 %).

Samlivsstatus:

Andelen med et højt stressniveau er mindre blandt gifte sammenlignet med samlevende og enlige (separerede, skilte, enkestand, ugifte).

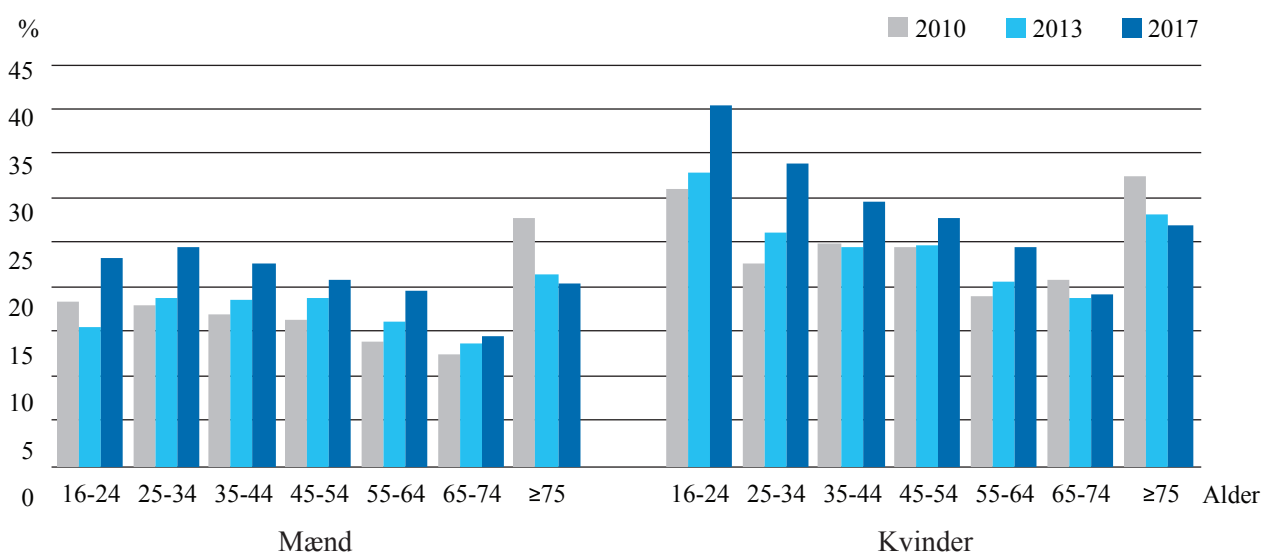
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen af personer med et højt stressniveau større i Region Sjælland og Region Syddanmark og mindre i Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 4,3 procentpoint i andelen med et højt stressniveau, fra 20,8 % til 25,1 %. Stigningen ses dog ikke for mænd på 75 år eller derover, eller for kvinder i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover. Blandt personer i aldersgruppen 75 år eller derover ses et fald i perioden. I alle uddannelsesgrupper, undtaget blandt mænd med en kort videregående uddannelse, er der fra 2010 til 2017 sket en stigning i andelen med et højt stressniveau (data ikke vist).

Figur 2.3.1 Andel med højt stressniveau blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

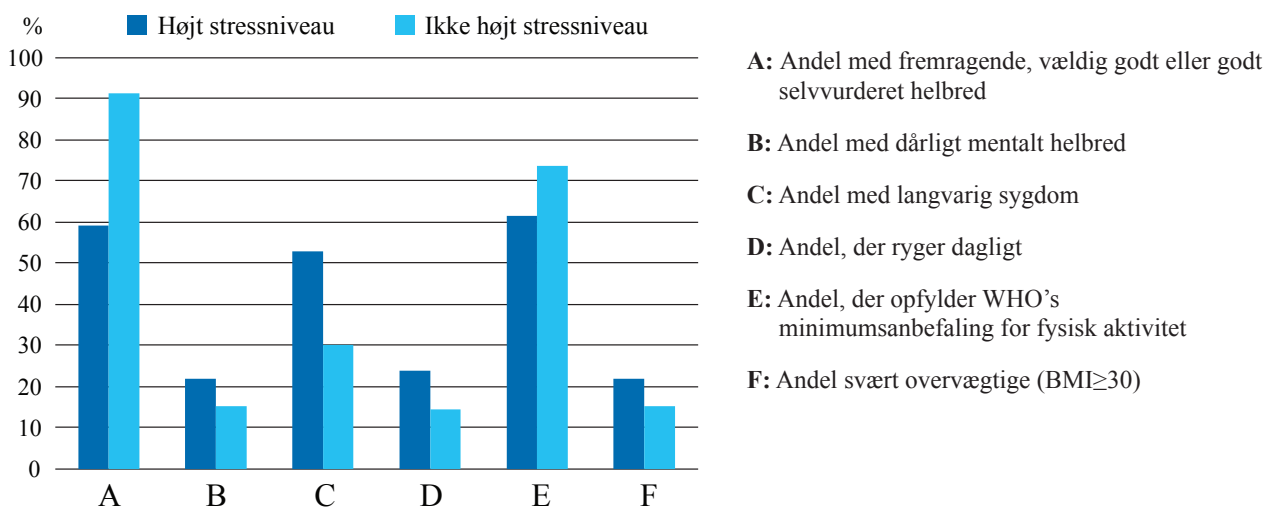


7) Definitionen af højt stressniveau baserer sig ikke på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke i sig selv er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder, men derimod på forskel mellem grupper og på udviklingen over tid.

Sammenhæng mellem højt stressniveau og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper

Af figur 2.3.2 ses sammenhængen mellem et højt stressniveau og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper. Det fremgår, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred og andelen, der opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er mindre blandt personer med et højt stressniveau end blandt personer, der ikke har et højt stressniveau. Andelen med langvarig sygdom, andelen, der ryger dagligt, og andelen af svært overvægtige er større blandt personer med et højt stressniveau sammenlignet med personer, der ikke har et højt stressniveau.

Figur 2.3.2 Forekomsten af udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og trivsel opdelt på stressniveau. Aldersjusteret procent



3 SYGELIGHED

3.1 Langvarig sygdom

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

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

Tabel 3.1.2 Langvarig sygdom

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	33,4	1		170.020
	2013	34,9	1,06	(1,04;1,07)	155.569
	2017	35,6	1,08	(1,06;1,09)	173.597
Mænd	16-24 år	19,1	0,46	(0,42;0,49)	7.567
	25-34 år	24,1	0,62	(0,58;0,66)	7.624
	35-44 år	28,1	0,76	(0,71;0,81)	10.525
	45-54 år	34,0	1		14.689
	55-64 år	43,5	1,50	(1,42;1,58)	15.253
	65-74 år	45,6	1,63	(1,54;1,72)	15.765
	≥75 år	49,5	1,90	(1,79;2,03)	8.413
	Alle mænd	33,7			79.836
Kvinder	16-24 år	23,8	0,46	(0,43;0,49)	9.793
	25-34 år	26,2	0,52	(0,49;0,55)	10.194
	35-44 år	32,3	0,70	(0,66;0,74)	13.451
	45-54 år	40,5	1		17.703
	55-64 år	46,2	1,26	(1,20;1,33)	17.048
	65-74 år	44,7	1,19	(1,13;1,25)	16.391
	≥75 år	51,4	1,56	(1,47;1,65)	9.181
	Alle kvinder	37,5			93.761
Uddannelse	Under uddannelse	22,7			12.200
	Grundskole	48,4	1,36	(1,29;1,43)	13.478
	Kort uddannelse	38,3	1,13	(1,09;1,17)	61.411
	Kort videregående uddannelse	34,8	0,98	(0,93;1,03)	14.132
	Mellemlang videregående udd.	35,0	1		36.142
	Lang videregående uddannelse	26,9	0,77	(0,73;0,80)	19.265
	Anden uddannelse	42,1	1,24	(1,17;1,31)	8.220
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	27,7	1		85.591
	Arbejdsløse	41,2	1,99	(1,82;2,16)	3.228
	Førtidspensionister	84,8	12,45	(11,3;13,7)	5.504
	Andre uden for arbejdsmarkedet	52,9	3,83	(3,59;4,09)	7.375
	Efterlønsmodtagere	41,9			4.176
	Alderspensionister	47,3			49.750
Samlivsstatus	Gift	36,0	1		95.812
	Samlevende	29,5	1,17	(1,13;1,21)	25.640
	Enlig (separeret, skilt)	48,7	1,56	(1,50;1,63)	13.375
	Enlig (enkestand)	48,8	1,15	(1,09;1,21)	9.867
	Enlig (ugift)	31,2	1,59	(1,53;1,66)	28.903
Region	Hovedstaden	34,1	0,96	(0,94;0,98)	57.517
	Sjælland	37,7	1,01	(0,98;1,03)	19.663
	Syddanmark	36,2	0,99	(0,97;1,01)	40.259
	Midtjylland	34,8	0,98	(0,95;1,00)	33.073
	Nordjylland	38,3	1,07	(1,04;1,10)	23.085

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 35,6 % af den voksne befolkning at have én eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Andelen er større blandt kvinder (37,5%) end blandt mænd (33,7 %). Andelen stiger med stigende alder for både mænd og kvinder, med undtagelse af 65-74-årige kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med langvarig sygdom. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (48,4 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (26,9 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med langvarig sygdom er størst blandt førtidspensionister (84,8 %) og mindst blandt beskæftigede (27,7 %). Andelen er desuden relativt stor blandt arbejdsløse (41,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (52,9 %).

Samlivsstatus:

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

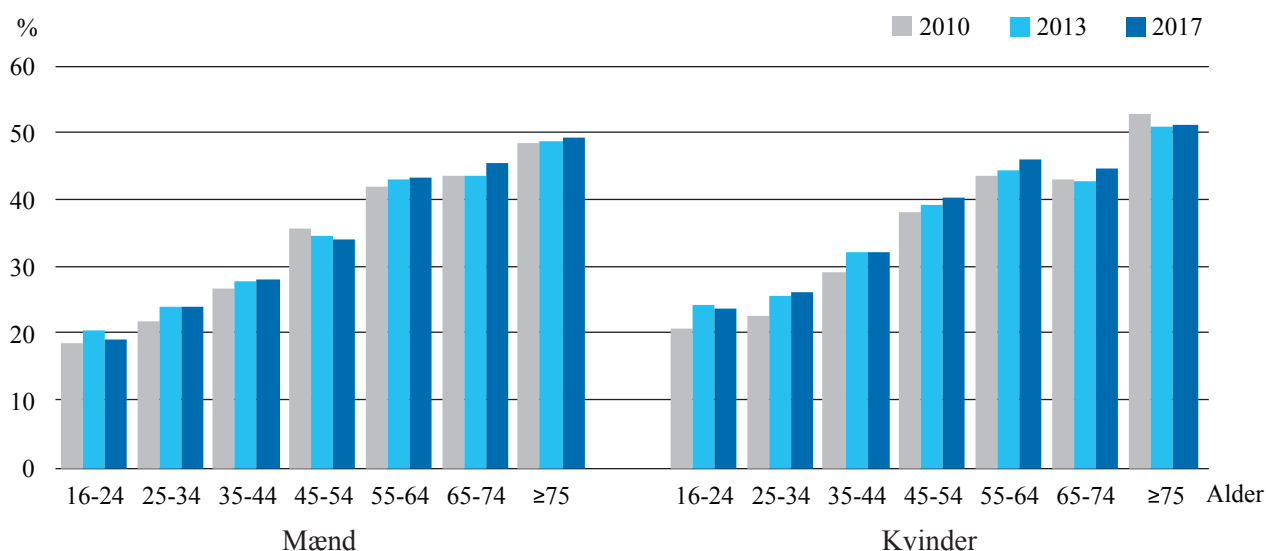
Regioner:

Forekomsten af personer med langvarig sygdom i de fem regioner afviger ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet. Dog ses der er en relativt høj forekomst i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 2,2 % procentpoint i andelen med langvarig sygdom. Udviklingen i de enkelte køns- og aldersgrupper viser dog ikke et entydigt billede. Der ses heller ikke noget entydigt mønster i udviklingen inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.1.1 Andel med langvarig sygdom, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



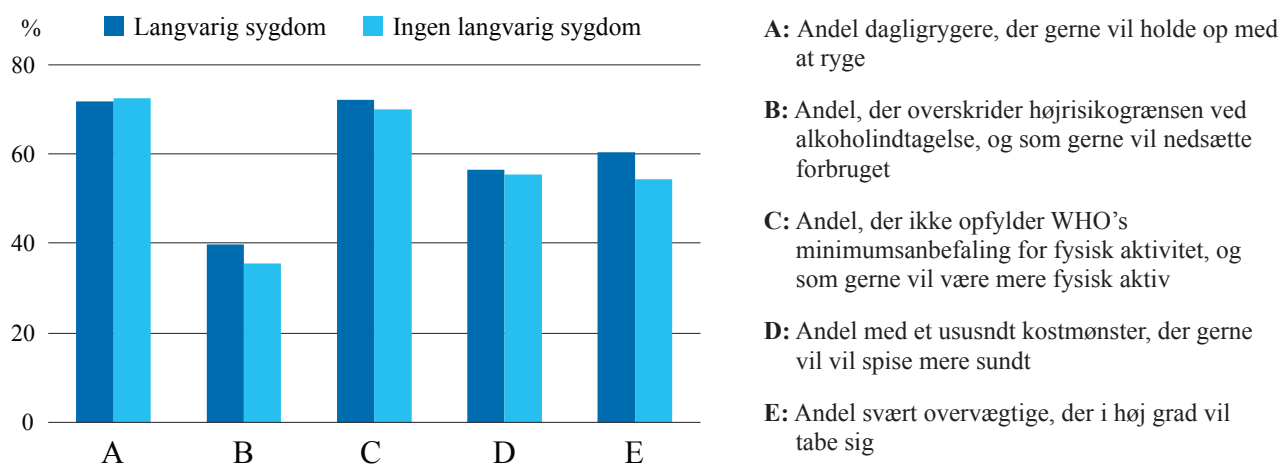
Ud over betydningen af den beskrevne ændring i befolkningssammensætningen for forekomsten af langvarige sygdomme påvirkes risikoen for at udvikle flere langvarige sygdomme også af livsstil. Således reduceres sygdomsrisikoen ofte ved en hensigtsmæssig sundhedsadfærd, ligesom også risikoen for komplikationer og nye sygdomme mindskes (2). Det fremgår af tabel 3.1.2, at blandt personer, der har én eller flere langvarige sygdomme, er der en større andel, der henholdsvis ryger dagligt, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster og er svært overvægtige (BMI \geq 30), end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom.

Tabel 3.1.2 Udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og vægtgrupper opdelt på langvarig sygdom. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent

	2010		2013		2017	
	Langvarig sygdom		Langvarig sygdom		Langvarig sygdom	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Ryger dagligt	25,2	19,2	20,6	15,4	20,1	15,2
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse	11,1	10,3	8,9	8,0	7,2	6,6
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	-	-	-	-	33,7	25,8
Usundt kostmønster	15,0	12,5	15,4	13,0	17,9	14,7
Svær overvægt (BMI \geq 30)	18,1	11,2	18,5	11,7	21,8	14,0

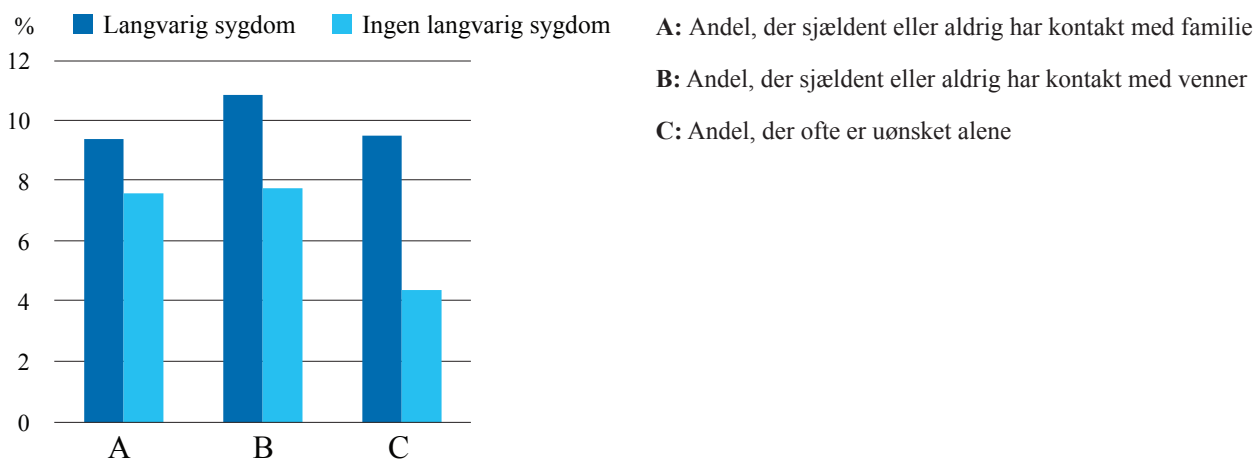
Figur 3.1.2 viser andelen af personer, der ønsker at ændre sundhedsadfærd, blandt personer, der henholdsvis ryger dagligt, overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster samt er svært overvægtige, opdelt på, hvorvidt de har en langvarig sygdom eller ej. Overordnet ses der ingen væsentlige forskelle mellem de to grupper i forhold til ønsket om at ville ændre adfærd.

Figur 3.1.2 Forandlingsparathed opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent



At leve med en langvarig sygdom kan have en række konsekvenser for den enkelte. En konsekvens kan være manglende kontakt til sociale netværk (3). Det ses af figur 3.1.3, at en større andel blandt personer med langvarig sygdom (9,5 %) end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (4,4 %), ofte føler sig uønsket alene. Endvidere er andelen, der sjældent (sjældnere end én gang om måneden) eller aldrig er i kontakt med familie eller venner, lidt større i gruppen af personer, der ikke har en langvarig sygdom.

Figur 3.1.3 Sociale relationer opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent



3.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Svarpersonerne er blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 18 sygdomme og helbredsproblemer bidrager hver især til sygdomsbyrden i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen.

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

Disse 18 sygdomme og helbredsproblemer fremgår af tabel 3.2.1, hvor forekomsten af hver enkelt sygdom eller helbredsproblem er angivet for både 2010, 2013 og 2017. Desuden præsenteres det estimerede antal personer i befolkningen, som i 2017 angiver at have den pågældende sygdom eller helbredsproblem. Tabellen er opbygget sådan, at de hyppigste sygdomme og helbredsproblemer præsenteres først.

Det fremgår af tabellen, at allergi (21,9 %), slidgigt (20,9 %) og forhøjet blodtryk (18,9 %) er de hyppigst forekommende enkeltsygdomme eller helbredsproblemer. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er generelt set uændret eller svagt stigende i perioden 2010 til 2017.

Belastningen ved at have de forskellige sygdomme kan ikke umiddelbart sammenlignes. Derfor er der også angivet den andel, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, blandt dem, som har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen. Dette kan give en indikation på, hvor belastet man er af sygdommen.

Omkring halvdelen af de personer, som lider af hjertekrampe (53,7 %), blodprop i hjertet (51,0 %), hjerneblødning (50,7 %) eller kronisk lungesygdom (49,6 %), angiver, at de har et mindre godt eller dårligt helbred, mens dette gælder for 19,1 % af personer med allergi. I alle sygdomsgrupper er der en større andel, der vurderer eget helbred som værende mindre godt eller dårligt, end i befolkningen generelt (16,8 %).

Andelen med eksempelvis kronisk lungesygdom er relativt stor blandt ældre og personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveauer (data ikke vist). Det samme gælder andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt. For at belyse, hvorvidt den forskel, der ses i andelen med mindre godt eller dårligt helbred, kan forklares ved køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne med og uden en given sygdom, er der i figur 3.2.1 foretaget analyser, der tager højde for dette for fire udvalgte sygdomme. Figuren viser, at når der tages højde for eventuelle køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne, så er der for samtlige fire udvalgte sygdomme en markant højere forekomst af personer, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, i gruppen med den pågældende sygdom end i gruppen uden den pågældende sygdom. Eksempelvis har personer med kronisk lungesygdom næsten fem gange større chance (odds) for at vurdere eget helbred som mindre godt eller dårligt sammenlignet med personer, der ikke har en kronisk lungesygdom (når der tages højde for køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem de to grupper).

Tabel 3.2.1 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen). 2010, 2013 og 2017. Procent og antal i befolkningen

	Andel med sygdom			Estimeret antal borgere i 2017 (i 1.000)	Andelen af syge, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt
	2010	2013	2017		
Allergi	21,9	22,7	21,9	1.034	19,1
Slidgigt	19,7	19,7	20,9	987	34,1
Forhøjet blodtryk	18,0	18,4	18,9	892	30,0
Migræne eller hyppig hovedpine	15,7	14,5	16,3	770	31,6
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	13,6	13,3	13,7	647	40,2
Tinnitus	10,1	12,1	12,7	600	25,9
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	-	8,0	9,6	453	44,3
Astma	7,6	7,5	7,6	359	29,9
Leddegigt	6,0	6,0	6,8	321	45,3
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	-	5,8	6,8	321	44,3
Diabetes	4,9	5,2	5,5	260	39,1
Grå stær	3,8	4,1	4,4	208	34,7
Kronisk lungesygdom	4,6	4,4	4,3	203	49,6
Osteoporose (knogleskørhed)	3,2	3,4	3,9	184	43,1
Kræft	2,3	2,6	3,2	151	41,2
Hjertekrampe	2,1	1,8	1,9	90	53,7
Hjerneblødning	1,5	1,5	1,7	80	50,7
Blodprop i hjertet	1,2	1,1	1,2	57	51,0

Figur 3.2.1 Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred opdelt på udvalgte sygdomme og helbredsproblemer (25 år eller derover). Køns-, alders- og uddannelsesjusteret OR

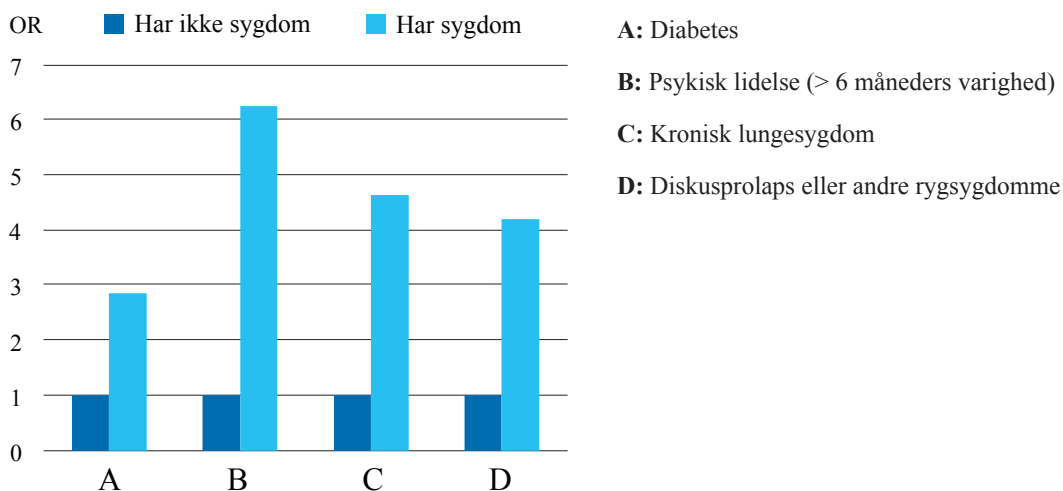


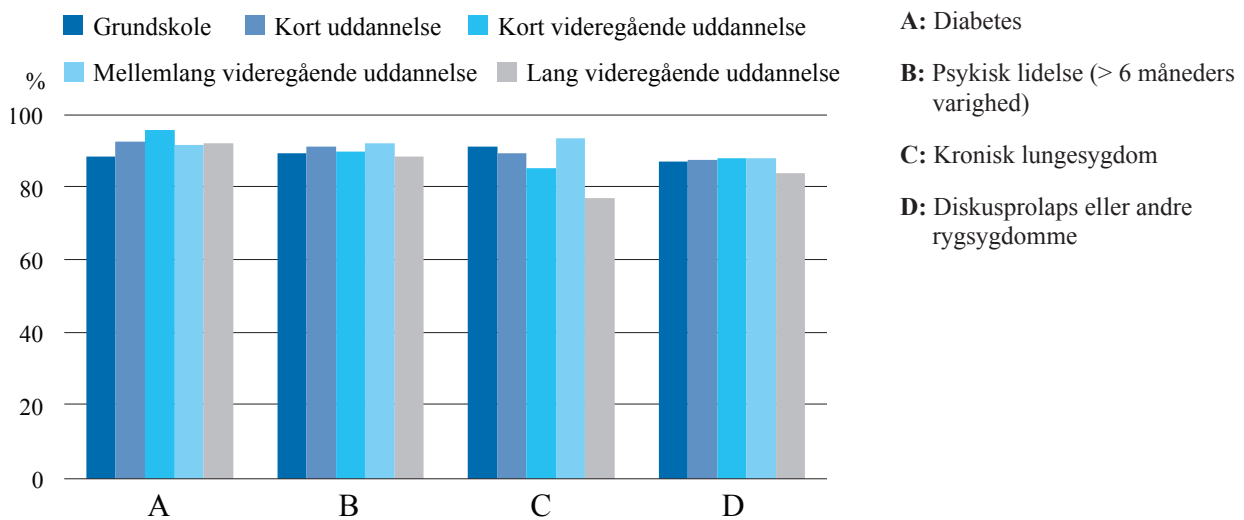
Table 3.2.2 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Allergi	24,0	23,8	24,7	20,1	16,6	11,8	8,9	19,4
Slidgigt	0,8	3,1	7,6	16,8	29,5	33,5	39,2	17,0
Forhøjet blodtryk	1,3	3,2	7,2	16,8	31,1	41,6	47,3	18,9
Migræne eller hyppig hovedpine	9,2	11,0	13,1	13,0	11,4	6,8	5,1	10,5
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	3,0	6,9	13,0	17,1	19,9	17,0	17,2	13,3
Tinnitus	6,1	7,4	10,7	15,7	24,9	27,1	21,9	15,7
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	8,7	10,3	8,3	8,5	7,7	3,7	3,0	7,6
Astma	8,1	6,9	7,3	6,3	6,5	5,9	7,0	6,8
Leddegigt	0,9	1,7	4,0	7,3	13,0	12,7	13,9	7,1
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	5,3	6,1	5,5	6,3	5,7	2,9	2,4	5,1
Diabetes	0,9	1,3	2,2	4,7	10,4	14,2	16,4	6,3
Kronisk lungesygdom	1,1	1,1	1,3	2,8	6,6	9,3	13,6	4,4
Grå stær	0,4	0,5	0,4	1,1	2,9	8,7	19,6	3,5
Osteoporose (knogleskørhed)	0,4	0,5	0,8	1,2	1,8	2,6	5,1	1,5
Kræft	0,5	0,6	0,7	1,5	3,9	7,8	10,7	3,0
Hjertekrampe	0,9	0,7	0,8	1,9	3,1	3,4	5,5	2,1
Hjerneblødning	0,3	0,4	0,5	1,3	2,6	3,7	6,0	1,8
Blodprop i hjertet	0,3	0,3	0,4	1,1	2,7	3,8	5,3	1,7
Kvinder								
Allergi	27,4	26,9	28,2	26,5	23,3	18,3	15,3	24,3
Slidgigt	1,2	3,2	9,1	23,0	40,5	48,2	58,8	24,7
Forhøjet blodtryk	1,3	2,2	4,8	14,9	27,1	40,5	53,8	18,9
Migræne eller hyppig hovedpine	24,6	26,4	29,5	27,9	19,7	11,3	8,0	22,0
Diskusprolaps/andre rygsygdomme	4,1	7,3	13,3	16,6	19,8	17,3	20,7	14,0
Tinnitus	4,4	5,5	6,3	10,0	14,9	14,5	14,8	9,8
Psykisk lidelse (>6 måneders varighed)	15,6	15,3	13,3	12,5	11,3	5,6	5,5	11,7
Astma	9,8	7,2	7,4	8,1	9,0	8,2	9,1	8,4
Leddegigt	1,1	2,1	3,3	7,0	10,0	10,6	15,1	6,6
Psykisk lidelse (<6 måneders varighed)	10,4	11,2	9,9	9,4	7,9	4,0	4,0	8,4
Diabetes	0,8	1,0	1,6	3,7	6,5	9,5	12,9	4,7
Kronisk lungesygdom	0,9	0,5	0,8	2,5	6,4	9,2	12,1	4,2
Grå stær	0,2	0,3	0,5	1,3	4,3	13,0	26,4	5,3
Osteoporose (knogleskørhed)	0,3	0,5	0,7	2,4	7,8	14,5	23,6	6,2
Kræft	0,2	0,6	1,3	3,1	5,2	6,7	8,0	3,3
Hjertekrampe	0,9	0,3	0,7	1,3	2,3	2,9	5,7	1,8
Hjerneblødning	0,2	0,3	0,5	1,2	2,1	2,5	5,9	1,6
Blodprop i hjertet	0,1	0,1	0,2	0,5	0,8	1,4	3,3	0,8

I tabel 3.2.2 ses andelen med de specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Forekomsten af flere af de specifikke sygdomme er stærkt afhængig af alder. Således er andelen med slidgigt, forhøjet blodtryk, leddegigt, diabetes, osteoporose og grå stær større i de ældre aldersgrupper end i de yngre. Derimod er andelen med allergi større i de yngre aldersgrupper end i de ældre. Andelen med en psykisk lidelse (både af mindre end 6 måneders og mere end 6 måneders varighed) er mindst i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover for både mænd og kvinder.

Figur 3.2.2 viser sammenhængen mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer. Det fremgår af figuren, at der ikke er tydelige sammenhænge.

Figur 3.2.2 Andel, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt personer med udvalgte sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). Aldersjusteret procent



Multisygdom

At leve med to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom) er en voksende udfordring for både den enkelte person og sundhedsvæsenet. Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet, dårligt mentalt helbred og nedsat fysisk funktionsevne. Endvidere har personer med multisygdom øget risiko for at blive indlagt, for at indlæggelsen bliver af længere varighed og for at få flere komplikationer efter operation (1).

Opgørelsen af, hvor mange der har multisygdom, påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme, der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt er syge, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom. I denne rapport opgøres antallet af sygdomme hos den enkelte ved en optælling af forekomsten af følgende sygdomme og helbredsproblemer, som hver enkelt svarperson angiver at have eller have eftervirkninger af: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, psykisk lidelse (både af mindre end 6 måneders og mere end 6 måneders varighed) og diskusprolaps eller andre rygsygdomme.

Tablet 3.2.3 viser, at der er en større andel med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) blandt kvinder (29,5 %) end blandt mænd (22,7 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen med multisygdom stiger med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

Tablet 3.2.3 Antal sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ingen sygdom	67,7	62,8	57,4	50,8	41,9	38,6	35,2	51,9
Én sygdom	21,3	24,0	25,5	26,3	26,1	28,0	27,2	25,3
To sygdomme	8,5	9,2	10,6	12,9	15,3	17,3	19,3	12,8
Tre sygdomme	1,6	2,7	3,9	5,7	9,1	9,2	10,1	5,7
Fire eller flere sygdomme	0,9	1,2	2,6	4,3	7,6	6,9	8,1	4,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Kvinder								
Ingen sygdom	56,6	56,7	51,1	42,8	34,0	30,4	26,1	43,1
Én sygdom	26,8	25,3	27,0	27,8	27,5	30,0	28,2	27,5
To sygdomme	11,9	11,9	13,4	15,7	18,4	19,6	21,5	15,9
Tre sygdomme	3,4	4,0	5,4	7,8	10,4	11,1	12,8	7,7
Fire eller flere sygdomme	1,3	2,1	3,1	5,9	9,7	9,0	11,5	5,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal sygdomme (tabel 3.2.4). Andelen med multisygdom (to eller flere kroniske sygdomme) er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (42,5 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (20,3 %).

Tabel 3.2.4 Antal sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (25 år eller derover). Aldersjusteret procent

	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Ingen sygdom	34,8	41,6	45,5	43,4	49,9
Én sygdom	22,7	27,9	27,8	30,0	29,8
To sygdomme	18,6	16,3	15,0	15,5	12,9
Tre sygdomme	12,3	8,3	6,7	6,6	4,9
Fire eller flere sygdomme	11,6	5,9	5,1	4,4	2,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Sammenhængen mellem antal sygdomme og antal risikofaktorer (jævnfør kapitel 4.6) fremgår af tabel 3.2.5. Det ses, at blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der en mindre andel med multisygdom (21,5 %) end blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer (40,2 %).

Tabel 3.2.5 Antal sygdomme og helbredsproblemer opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent

Antal sygdomme	Antal risikofaktorer			
	0	1	2	3-5
Ingen sygdom	49,6	44,1	38,2	34,2
Én sygdom	29,0	27,9	27,3	25,6
To sygdomme	13,6	15,6	17,2	17,9
Tre sygdomme	5,1	7,0	9,2	12,2
Fire eller flere sygdomme	2,8	5,3	8,1	10,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0



3.3 Smerter eller ubehag

Forekomsten af smerter eller ubehag er et andet mål for sygeligheden i befolkningen end eksempelvis forekomsten af langvarig sygdom. Smerter eller ubehag kan være både kendt og ukendt i sundhedsvæsenet. For eksempel vil personer med en nyligt diagnosticeret diskusprolaps formentlig være kendt i sundhedsvæsenet. Et eksempel på det modsatte er hovedpine, som man må antage, kun i få tilfælde kommer til sundhedsvæsenets kendskab, da de færreste går til læge alene for at få hjælp med at behandle en hovedpine.

I denne undersøgelse er forekomsten af smerter eller ubehag belyst ved spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?'. For hver af de i tabel 3.3.1 otte nævnte former for smerter eller ubehag var det muligt at svare 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet' eller 'Nej'. Tabellen er opbygget sådan, at de forskellige former for smerter eller ubehag præsenteres efter hyppighed, hvor de hyppigst forekommende præsenteres først.

Tabel 3.3.1 Andel, der har været meget eller lidt generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. Procent

	Meget generet	Lidt generet	I alt	Antal svarpersoner
Træthed	18,8	47,6	66,5	175.506
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	16,9	39,3	56,1	175.190
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	15,7	37,8	53,5	174.966
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	14,8	38,3	53,2	175.217
Søvnbesvær, søvnproblemer	13,6	32,4	45,9	175.479
Hovedpine	7,5	28,5	36,0	174.557
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	7,0	24,6	31,6	175.261
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	6,6	23,4	30,0	175.431

Tabel 3.3.1 viser forekomsten af de otte former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, opdelt på, hvorvidt personen har været meget eller lidt generet. De hyppigst nævnte former for meget generende smerter eller ubehag er træthed (18,8 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (16,9 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (15,7 %), smerter eller ubehag i skulder eller nakke (14,8 %) samt søvnbesvær og søvnproblemer (13,6 %).

Tabel 3.3.2 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Træthed	16,4	15,5	14,6	14,7	14,6	9,9	14,5	14,4
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	6,1	8,6	11,6	16,0	19,8	17,1	21,1	13,9
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	8,9	10,7	13,5	14,3	16,5	13,0	16,4	13,2
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	7,3	9,0	11,8	13,8	14,5	9,8	9,3	11,0
Søvnbesvær, søvnproblemer	11,9	10,7	10,3	12,1	12,5	8,5	9,1	10,9
Hovedpine	4,9	5,6	5,5	5,9	4,6	2,5	2,5	4,7
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	7,5	7,6	6,5	6,2	5,2	2,9	3,4	5,8
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	6,1	6,5	5,0	5,7	4,9	2,5	3,0	5,0
Kvinder								
Træthed	31,8	27,0	25,6	23,8	19,7	12,7	20,8	23,1
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	9,0	11,4	16,0	22,8	25,9	22,8	32,3	19,7
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	13,2	15,1	16,6	18,8	20,3	18,4	25,6	18,1
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	15,5	17,2	20,1	22,8	20,7	14,2	17,5	18,5
Søvnbesvær, søvnproblemer	17,8	14,1	14,0	18,3	18,1	14,8	15,4	16,1
Hovedpine	15,1	12,7	13,8	11,8	8,1	4,6	3,7	10,3
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	14,1	8,6	7,9	8,4	7,4	4,6	5,6	8,1
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	12,8	9,3	7,5	8,2	7,6	5,1	5,8	8,1

Køn og alder har betydning for forekomsten af de forskellige former for smerter eller ubehag. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt kvinder end blandt mænd for alle nævnte former for smerter eller ubehag (tabel 3.3.2). Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led samt i ryg eller lænd, er stigende med alderen blandt både mænd og kvinder. Blandt kvinder er andelen, der har været meget generet af hovedpine, størst i de yngste aldersgrupper og mindst i de ældste aldersgrupper. Der ses desuden en relativt stor andel (14,1 %), der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Der ses desuden en relativt stor andel (12,8 %), der har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i henholdsvis 2010, 2013 og 2017, fremgår af tabel 3.3.3. For alle former for smerter eller ubehag ses der en stigning i perioden.

Tabel 3.3.3 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2010, 2013 og 2017. Procent

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

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

- smerter eller ubehag
- søvnbesvær, søvnproblemer
- at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig

Tabel 3.3.4 Meget generende smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	36,7	1		176.250
	2013	37,6	1,04	(1,02;1,06)	160.212
	2017	41,8	1,24	(1,22;1,26)	177.215
Mænd	16-24 år	34,6	0,91	(0,85;0,97)	7.677
	25-34 år	35,4	0,94	(0,89;1,01)	7.726
	35-44 år	35,1	0,93	(0,88;0,99)	10.635
	45-54 år	36,7	1		14.851
	55-64 år	38,4	1,07	(1,02;1,13)	15.460
	65-74 år	31,2	0,78	(0,74;0,83)	16.137
	≥75 år	38,2	1,07	(1,00;1,13)	8.886
	Alle mænd	35,6			81.372
Kvinder	16-24 år	53,1	1,16	(1,10;1,23)	9.890
	25-34 år	48,1	0,95	(0,90;1,00)	10.289
	35-44 år	46,7	0,90	(0,85;0,95)	13.584
	45-54 år	49,4	1		17.900
	55-64 år	46,9	0,91	(0,86;0,95)	17.286
	65-74 år	40,3	0,69	(0,66;0,73)	16.895
	≥75 år	51,2	1,08	(1,02;1,14)	9.999
	Alle kvinder	47,8			95.843
Uddannelse	Under uddannelse	43,9			12.272
	Grundskole	52,2	2,04	(1,94;2,14)	14.101
	Kort uddannelse	43,7	1,39	(1,34;1,43)	62.325
	Kort videregående uddannelse	38,3	1,08	(1,03;1,13)	14.248
	Mellemlang videregående udd.	37,6	1		36.467
	Lang videregående uddannelse	30,5	0,75	(0,71;0,78)	19.395
	Anden uddannelse	46,9	1,64	(1,54;1,74)	8.375
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	36,6	1		86.118
	Arbejdsløse	56,7	2,25	(2,07;2,46)	3.253
	Førtidspensionister	77,9	6,52	(6,03;7,05)	5.640
	Andre uden for arbejdsmarkedet	64,4	3,49	(3,26;3,74)	7.431
	Efterlønsmodtagere	34,5			4.233
	Alderspensionister	39,9			51.917
Samlivsstatus	Gift	38,0	1		97.581
	Samlevende	41,5	1,17	(1,13;1,21)	25.843
	Enlig (separeret, skilt)	50,7	1,60	(1,54;1,67)	13.753
	Enlig (enkestand)	46,7	1,23	(1,17;1,29)	10.605
	Enlig (ugift)	45,3	1,42	(1,37;1,48)	29.433
Region	Hovedstaden	40,8	0,95	(0,93;0,97)	58.435
	Sjælland	45,2	1,16	(1,13;1,19)	20.050
	Syddanmark	44,3	1,11	(1,09;1,14)	41.374
	Midtjylland	40,4	0,94	(0,92;0,96)	34.110
	Nordjylland	38,4	0,86	(0,84;0,89)	23.246

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 41,8 % af den voksne befolkning været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd. Der er ingen systematiske forskelle i andelen mellem de forskellige aldersgrupper. Andelen er mindst i aldersgruppen 65-74 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med meget generende smerter eller ubehag. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (52,2 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (30,5 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med meget generende smerter eller ubehag er større blandt førtidspensionister (77,9 %), andre uden for arbejdsmarkedet (64,4 %) og arbejdsløse (56,7 %) end blandt beskæftigede (36,6 %).

Samlivsstatus:

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

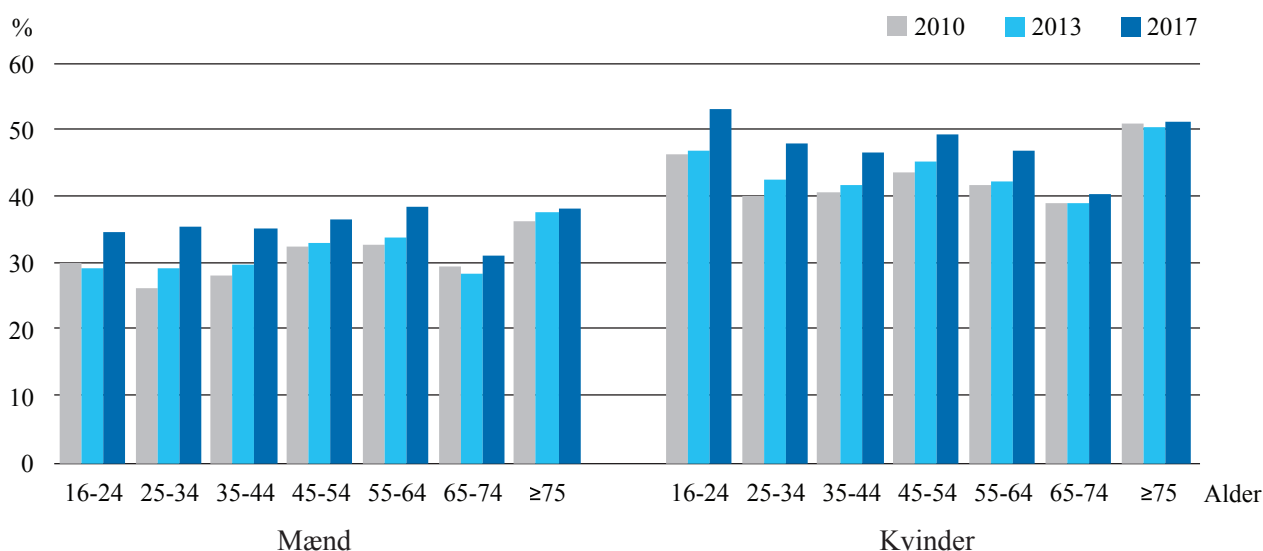
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med meget generende smerter eller ubehag større i Region Sjælland (45,2 %) og Region Syddanmark (44,3 %). I Region Nordjylland (38,4 %), Region Midtjylland (40,4 %) og Region Hovedstaden (40,8 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen med meget generende smerter eller ubehag. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper hos både mænd og kvinder med undtagelse af kvinder i alderen 75 år eller derover. Der ses desuden en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.1 Andel, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 3.3.5 Meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,2	1		173.577
	2013	11,0	1,08	(1,06;1,11)	157.852
	2017	13,6	1,38	(1,34;1,41)	175.479
Mænd	16-24 år	11,9	0,98	(0,88;1,08)	7.627
	25-34 år	10,7	0,87	(0,79;0,96)	7.688
	35-44 år	10,3	0,83	(0,76;0,92)	10.578
	45-54 år	12,1	1		14.768
	55-64 år	12,5	1,03	(0,95;1,12)	15.349
	65-74 år	8,5	0,67	(0,62;0,74)	15.995
	≥75 år	9,1	0,72	(0,65;0,80)	8.721
	Alle mænd	10,9			80.726
Kvinder	16-24 år	17,8	0,97	(0,90;1,05)	9.844
	25-34 år	14,1	0,73	(0,68;0,79)	10.224
	35-44 år	14,0	0,73	(0,68;0,78)	13.485
	45-54 år	18,3	1		17.786
	55-64 år	18,1	0,99	(0,93;1,05)	17.141
	65-74 år	14,8	0,78	(0,73;0,83)	16.645
	≥75 år	15,4	0,82	(0,75;0,88)	9.628
	Alle kvinder	16,1			94.753
Uddannelse	Under uddannelse	14,6			12.200
	Grundskole	18,6	1,97	(1,84;2,11)	13.862
	Kort uddannelse	14,0	1,32	(1,25;1,38)	61.851
	Kort videregående uddannelse	12,2	1,08	(1,00;1,16)	14.138
	Mellemlang videregående udd.	11,4	1		36.226
	Lang videregående uddannelse	8,5	0,77	(0,71;0,82)	19.299
	Anden uddannelse	16,9	1,74	(1,60;1,90)	8.254
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	10,1	1		85.631
	Arbejdsløse	23,7	2,81	(2,53;3,12)	3.227
	Førtidspensionister	34,6	4,57	(4,25;4,91)	5.560
	Andre uden for arbejdsmarkedet	31,3	4,51	(4,20;4,85)	7.368
	Efterlønsmodtagere	10,2			4.200
	Alderspensionister	12,1			50.989
Samlivsstatus	Gift	11,3	1		96.720
	Samlevende	12,0	1,15	(1,09;1,21)	25.681
	Enlig (separeret, skilt)	19,7	1,79	(1,69;1,89)	13.587
	Enlig (enkestand)	14,6	1,26	(1,16;1,36)	10.282
	Enlig (ugift)	16,7	1,78	(1,69;1,88)	29.209
Region	Hovedstaden	13,3	0,98	(0,95;1,01)	58.097
	Sjælland	15,0	1,13	(1,09;1,18)	19.809
	Syddanmark	14,5	1,09	(1,05;1,12)	40.863
	Midtjylland	12,8	0,94	(0,91;0,97)	33.645
	Nordjylland	12,2	0,88	(0,85;0,92)	23.065

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 13,6 % af den voksne befolkning, at de har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt kvinder end blandt mænd. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder. Der ses dog også en relativt stor andel blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (18,6 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (8,5 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, er markant større blandt førtidspensionister (34,6 %), andre uden for arbejdsmarkedet (31,3 %) og arbejdsløse (23,7 %) end blandt beskæftigede (10,1 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, blandt enlige og samlevende.

Region:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, større i Region Sjælland (15,0 %) og Region Syddanmark (14,5 %). I Region Nordjylland (12,2 %) og Region Midtjylland (12,8 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper hos både mænd og kvinder med undtagelse af kvinder i alderen 75 år eller derover, hvor andelen stort set er uændret. Der ses desuden en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.2 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

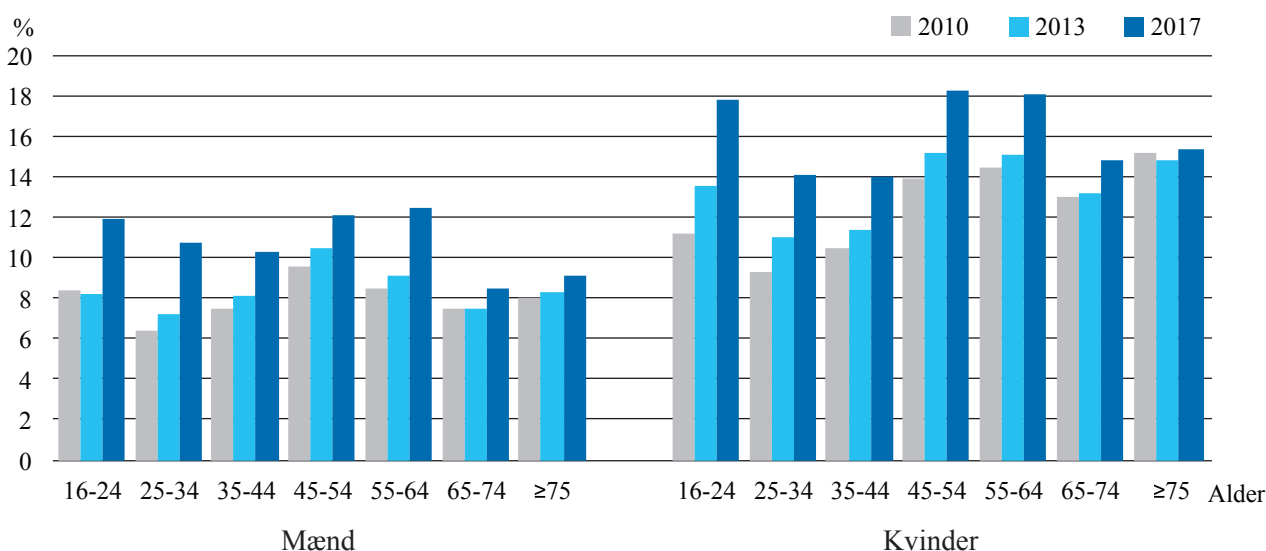


Table 3.3.6 Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	5,6	1		173.406
	2013	5,9	1,05	(1,01;1,09)	157.771
	2017	7,0	1,28	(1,24;1,33)	175.261
Mænd	16-24 år	7,5	1,24	(1,09;1,41)	7.625
	25-34 år	7,6	1,25	(1,09;1,42)	7.688
	35-44 år	6,5	1,05	(0,92;1,19)	10.576
	45-54 år	6,2	1		14.747
	55-64 år	5,2	0,82	(0,73;0,93)	15.338
	65-74 år	2,9	0,45	(0,39;0,52)	15.965
	≥75 år	3,4	0,54	(0,46;0,64)	8.695
	Alle mænd	5,8			80.634
Kvinder	16-24 år	14,1	1,81	(1,64;1,99)	9.839
	25-34 år	8,6	1,03	(0,93;1,15)	10.240
	35-44 år	7,9	0,94	(0,85;1,04)	13.504
	45-54 år	8,4	1		17.759
	55-64 år	7,4	0,88	(0,79;0,97)	17.106
	65-74 år	4,6	0,53	(0,47;0,59)	16.605
	≥75 år	5,6	0,65	(0,57;0,73)	9.574
	Alle kvinder	8,1			94.627
Uddannelse	Under uddannelse	10,4			12.187
	Grundskole	9,3	2,63	(2,37;2,92)	13.824
	Kort uddannelse	6,8	1,47	(1,37;1,59)	61.769
	Kort videregående uddannelse	5,7	1,20	(1,07;1,34)	14.138
	Mellemlang videregående udd.	5,0	1		36.213
	Lang videregående uddannelse	4,7	0,90	(0,81;1,01)	19.293
	Anden uddannelse	9,2	2,31	(2,05;2,61)	8.256
Erhvervmæssig stilling	Beskæftigede	4,4	1		85.582
	Arbejdsløse	16,7	4,60	(4,06;5,20)	3.229
	Førtidspensionister	19,7	6,31	(5,75;6,92)	5.561
	Andre uden for arbejdsmarkedet	23,1	7,15	(6,56;7,80)	7.372
	Efterlønsmodtagere	3,3			4.201
	Alderspensionister	4,1			50.839
Samlivsstatus	Gift	4,5	1		96.576
	Samlevende	6,2	1,23	(1,13;1,32)	25.675
	Enlig (separeret, skilt)	10,2	2,44	(2,26;2,64)	13.563
	Enlig (enkestand)	6,5	2,03	(1,80;2,29)	10.249
	Enlig (ugift)	11,6	2,44	(2,27;2,62)	29.198
Region	Hovedstaden	7,2	1,02	(0,98;1,07)	58.128
	Sjælland	7,8	1,19	(1,12;1,26)	19.748
	Syddanmark	7,2	1,07	(1,02;1,12)	40.743
	Midtjylland	6,4	0,90	(0,85;0,94)	33.600
	Nordjylland	5,9	0,86	(0,81;0,91)	23.042

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 7,0 % af den voksne befolkning, at de har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er størst blandt de 16-24-årige kvinder (14,1 %).

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Andelen er størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (9,3 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (4,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er markant større blandt andre uden for arbejdsmarkedet (23,1 %), førtidspensionister (19,7 %) og arbejdsløse (16,7 %) end blandt beskæftigede (4,4 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, blandt enlige og samlevende.

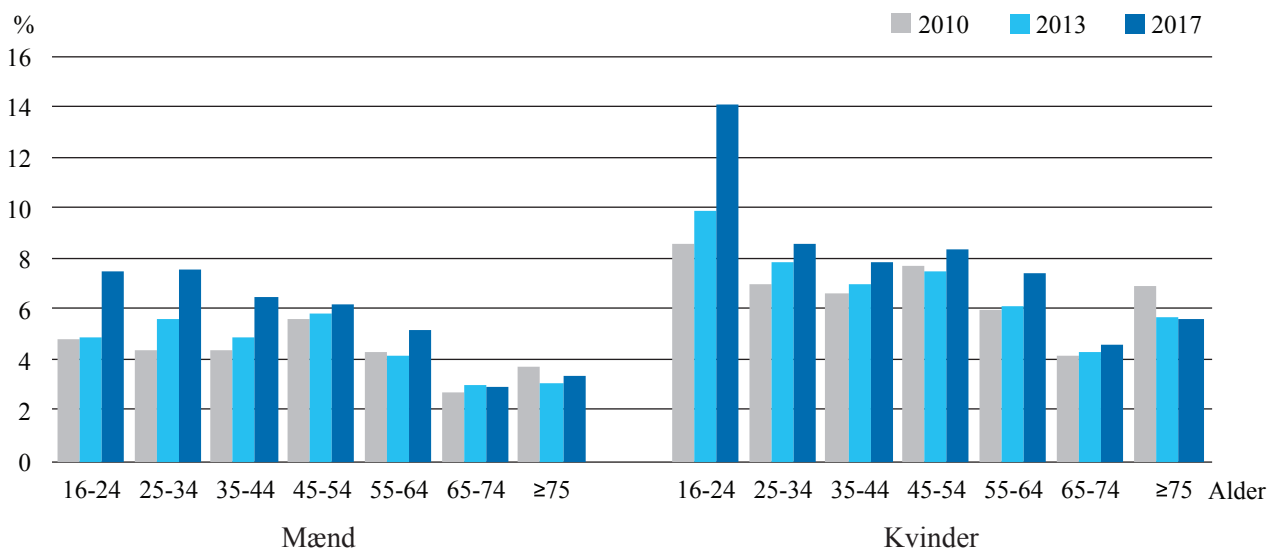
Region:

Andelen i de fem regioner, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, afgiver ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet. I Region Sjælland ses den største andel (7,8 %), og i Region Nordjylland ses den mindste andel (5,9 %).

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en stigning på 1,4 procentpoint i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig. Stigningen ses hovedsageligt i perioden 2013 til 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper med undtagelse af mænd og kvinder i de to ældste aldersgrupper, hvor andelen er stort set uændret i perioden. Stigningen er særligt markant blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Endvidere ses der overordnet en stigning i alle uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Figur 3.3.3 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent





4 SUNDHEDSADFÆRD

4.1 Rygning

Tobaksrygning

Gennem de seneste årtier har andelen af rygere været faldende i Danmark (1, 2), men der er tegn på, at andelen er stagneret i de seneste år (2). Andelen, der ryger, er større end i de øvrige nordiske lande (3). Rygning øger risikoen for en lang række alvorlige sygdomme, herunder særlig lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdom (4, 5). Uanset hvor meget man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom.

Rygning er den forebyggelige enkeltfaktor, som har størst betydning for folkesundheden i Danmark (6). Opgørelser viser således, at sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark årligt knap 14.000 flere dødsfald blandt rygere og eksrygere. Det svarer til, at næsten hvert tredje dødsfald skyldes rygning. Storrygere, defineret som personer, der ryger 15 cigaretter eller flere om dagen, lever i gennemsnit 10-11 år kortere end personer, som aldrig har røget, mens personer, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, i gennemsnit lever godt 6 år kortere end personer, som aldrig har røget. Eksrygere lever i gennemsnit 2-3 år kortere end personer, der aldrig har røget. Rygning er derfor også en af de væsentligste årsager til den relativt dårlige udvikling i danskernes middellevetid sammenlignet med i andre lande.

Faldet i andelen af rygere herhjemme er ikke ligeligt fordelt mellem uddannelsesgrupperne. Andelen er i perioden 1985 til 2009 faldet markant mere blandt personer med en lang uddannelse sammenlignet med personer med en kort uddannelse (7). Dette har resulteret i en stigende social ulighed i rygning. Beregninger viser, at rygning og alkohol kan forklare størstedelen af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark og næsten hele den stigning, der har været i uligheden siden 1985 (7).

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger. Dagligrygere er desuden blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen, og om de ønsker at stoppe med at ryge.

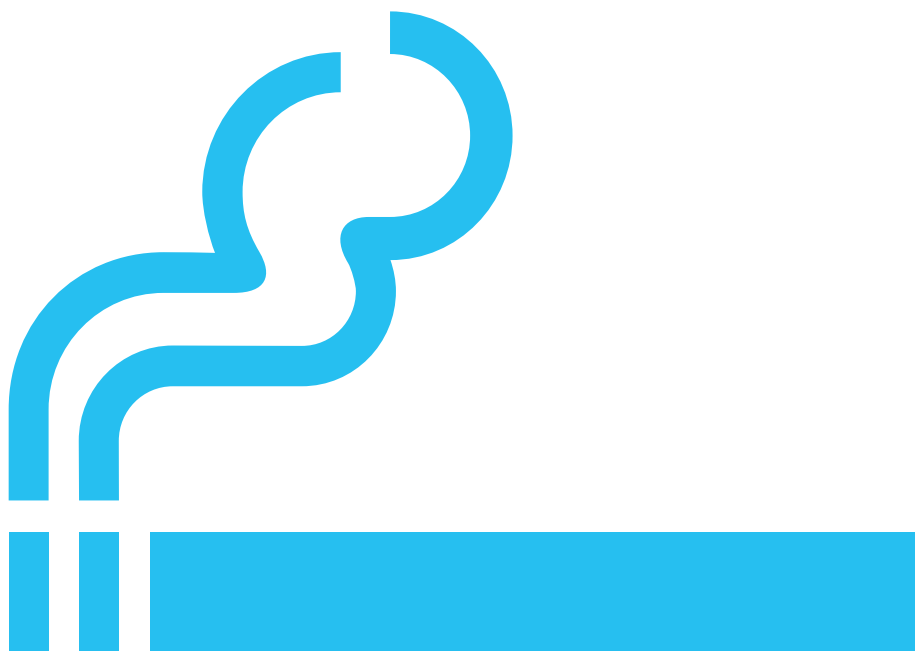
I alt oplyser 16,9 % af befolkningen, at de ryger dagligt, og 5,5 % oplyser, at de ryger indimellem. Samlet set er der således 22,4 % af den voksne befolkning, der ryger, hvilket svarer til ca. 1,06 mio. personer. I opgørelsen af dagligrygere indgår personer, der enten ryger cigaretter, cerutter, cigarer og/eller pibe.

Køn og alder

Der er en større andel blandt mænd (18,5 %) end blandt kvinder (15,4 %), der ryger dagligt (tabel 4.1.1). Andelen af dagligrygere er størst i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder. I alt angiver 6,3 % blandt mænd og 4,6 % blandt kvinder, at de ryger lejlighedsvis, det vil sige mindst én gang om ugen eller sjældnere end hver uge. Både blandt mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år. Overordnet set falder andelen, der ryger lejlighedsvis, med stigende alder. Tabellen viser endvidere, at der er en større andel blandt kvinder (51,7 %) end blandt mænd (45,0 %), der aldrig har røget.

Tabel 4.1.1 Rygevaner blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ryger dagligt	17,1	18,7	18,4	20,9	21,9	16,9	11,4	18,5
Ryger mindst én gang om ugen	5,3	5,0	3,0	2,1	2,0	1,2	1,0	2,9
Rygere sjældnere end hver uge	8,1	6,6	3,7	2,0	1,1	0,9	0,7	3,4
Har tidligere røget	8,9	16,6	22,6	29,3	38,6	50,8	57,4	30,2
Har aldrig røget	60,5	53,1	52,4	45,7	36,4	30,2	29,5	45,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.526	7.575	10.477	14.700	15.357	15.982	8.704	80.321
Kvinder								
Ryger dagligt	14,2	13,5	15,3	19,0	20,3	13,6	9,3	15,4
Ryger mindst én gang om ugen	4,6	2,9	2,2	1,7	1,3	0,9	0,6	2,0
Rygere sjældnere end hver uge	7,7	4,5	2,6	1,4	1,1	0,6	0,6	2,6
Har tidligere røget	9,2	18,5	24,5	30,5	38,3	38,8	38,4	28,2
Har aldrig røget	64,3	60,6	55,3	47,4	39,1	46,1	51,1	51,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.773	10.168	13.437	17.717	17.152	16.672	9.586	94.505



Uddannelse

Der er en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og forekomsten af personer, der ryger dagligt (tabel 4.1.2). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Endvidere ses, at andelen, der ryger lejlighedsvis, er større blandt personer med en lang videregående uddannelse end blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Dette gælder for både mænd og kvinder. Det samme mønster ses i forhold til andelen, der aldrig har røget.

Tabel 4.1.2 Rygevaner blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
Ryger dagligt	34,5	21,0	14,8	13,9	8,1
Ryger mindst én gang om ugen	2,2	2,2	2,5	2,8	2,6
Rygere sjældnere end hver uge	1,2	2,2	2,1	3,2	3,9
Har tidligere røget	34,8	34,5	34,9	35,1	30,9
Har aldrig røget	27,4	40,2	45,7	45,0	54,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.351	28.484	6.608	13.017	10.005
Kvinder					
Ryger dagligt	29,8	20,0	13,0	10,6	6,3
Ryger mindst én gang om ugen	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9
Rygere sjældnere end hver uge	0,9	1,6	1,8	2,1	2,4
Har tidligere røget	27,5	31,7	32,4	33,7	30,2
Har aldrig røget	40,3	45,2	51,1	51,8	59,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.182	29.660	7.186	22.460	9.040

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

- ryger dagligt
- er storrygere
- ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge

Tabel 4.1.3 Daglig rygning

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	20,9	1		173.243
	2013	17,0	0,78	(0,76;0,79)	158.867
	2017	16,9	0,77	(0,76;0,79)	174.826
Mænd	16-24 år	17,1	0,78	(0,72;0,85)	7.526
	25-34 år	18,7	0,87	(0,80;0,95)	7.575
	35-44 år	18,4	0,85	(0,79;0,92)	10.477
	45-54 år	20,9	1		14.700
	55-64 år	21,9	1,06	(0,99;1,13)	15.357
	65-74 år	16,9	0,77	(0,72;0,83)	15.982
	≥75 år	11,4	0,49	(0,45;0,53)	8.704
	Alle mænd	18,5			80.321
Kvinder	16-24 år	14,2	0,70	(0,65;0,76)	9.773
	25-34 år	13,5	0,67	(0,62;0,72)	10.168
	35-44 år	15,3	0,77	(0,72;0,83)	13.437
	45-54 år	19,0	1		17.717
	55-64 år	20,3	1,08	(1,02;1,15)	17.152
	65-74 år	13,6	0,67	(0,63;0,72)	16.672
	≥75 år	9,3	0,44	(0,40;0,48)	9.586
	Alle kvinder	15,4			94.505
Uddannelse	Under uddannelse	14,2			12.235
	Grundskole	25,4	3,09	(2,90;3,30)	13.855
	Kort uddannelse	20,6	1,90	(1,81;1,99)	62.057
	Kort videregående uddannelse	14,6	1,18	(1,10;1,26)	14.202
	Mellemlang videregående udd.	12,1	1		36.415
	Lang videregående uddannelse	6,7	0,50	(0,47;0,55)	19.381
	Anden uddannelse	21,0	2,09	(1,93;2,26)	8.300
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	15,8	1		85.972
	Arbejdsløse	27,8	2,14	(1,94;2,36)	3.245
	Førtidspensionister	34,3	2,76	(2,58;2,97)	5.534
	Andre uden for arbejdsmarkedet	27,1	2,32	(2,16;2,50)	7.402
	Efterlønsmodtagere	20,1			4.220
	Alderspensionister	13,2			50.944
Samlivsstatus	Gift	13,0	1		96.455
	Samlevende	19,3	1,83	(1,75;1,92)	25.796
	Enlig (separeret, skilt)	26,9	2,49	(2,37;2,62)	13.545
	Enlig (enkestand)	15,1	1,91	(1,77;2,06)	10.249
	Enlig (ugift)	20,0	2,17	(2,06;2,28)	28.781
Region	Hovedstaden	15,9	0,92	(0,90;0,95)	57.954
	Sjælland	18,4	1,09	(1,05;1,13)	19.836
	Syddanmark	18,7	1,11	(1,08;1,14)	40.317
	Midtjylland	15,7	0,90	(0,88;0,93)	33.751
	Nordjylland	16,9	0,99	(0,95;1,03)	22.968

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 16,9 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. I alle aldersgrupper er der en større andel blandt mænd end blandt kvinder. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ryger dagligt. Andelen er markant større blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (25,4 %) end blandt personer med en lang videregående uddannelse (6,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af personer, der ryger dagligt, er markant højere blandt førtidspensionister (34,3 %), arbejdsløse (27,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (27,1 %) end blandt beskæftigede (15,8 %).

Samlivsstatus:

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

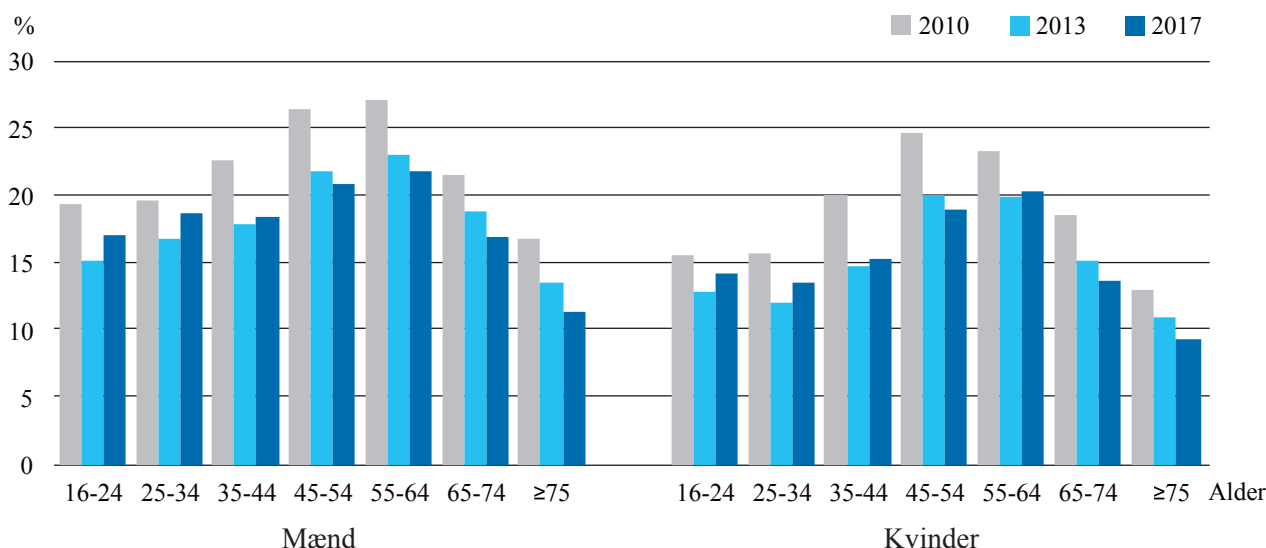
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Syddanmark (18,7 %) og Region Sjælland (18,4 %), der ryger dagligt. I Region Midtjylland (15,7 %) og Region Hovedstaden (15,9 %) er andelen mindre.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der ryger dagligt, hvorefter andelen er uændret. I perioden 2013 til 2017 er der sket en stigning i de yngste aldersgrupper, mens der er sket et fald i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder. Endvidere ses et fald i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2013, hvorefter andelen er uændret i alle grupper. Dog ses der en lille stigning i perioden 2013 til 2017 blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (figur 4.1.3).

Figur 4.1.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.1.4 Storrygning (15 eller flere cigaretter om dagen)

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,9	1		172.678
	2013	8,2	0,74	(0,72;0,76)	158.348
	2017	7,9	0,72	(0,70;0,74)	174.645
Mænd	16-24 år	5,6	0,36	(0,32;0,41)	7.513
	25-34 år	9,4	0,63	(0,57;0,70)	7.567
	35-44 år	11,1	0,76	(0,69;0,83)	10.466
	45-54 år	14,1	1		14.688
	55-64 år	13,0	0,91	(0,84;0,98)	15.332
	65-74 år	7,3	0,48	(0,44;0,53)	15.962
	≥75 år	2,8	0,17	(0,15;0,20)	8.707
	Alle mænd	9,7			80.235
Kvinder	16-24 år	4,2	0,43	(0,38;0,49)	9.771
	25-34 år	5,1	0,53	(0,47;0,60)	10.160
	35-44 år	7,0	0,74	(0,67;0,82)	13.423
	45-54 år	9,3	1		17.697
	55-64 år	8,9	0,95	(0,87;1,04)	17.126
	65-74 år	5,1	0,52	(0,47;0,58)	16.658
	≥75 år	2,1	0,21	(0,18;0,25)	9.575
	Alle kvinder	6,2			94.410
Uddannelse	Under uddannelse	4,6			12.226
	Grundskole	13,6	4,13	(3,77;4,52)	13.830
	Kort uddannelse	10,5	2,24	(2,10;2,40)	61.991
	Kort videregående uddannelse	6,6	1,26	(1,14;1,40)	14.198
	Mellemlang videregående udd.	4,9	1		36.389
	Lang videregående uddannelse	2,4	0,43	(0,37;0,49)	19.376
	Anden uddannelse	10,5	2,45	(2,20;2,73)	8.290
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	7,9	1		85.915
	Arbejdsløse	15,7	2,40	(2,13;2,71)	3.243
	Førtidspensionister	21,6	3,25	(2,98;3,53)	5.507
	Andre uden for arbejdsmarkedet	15,0	2,63	(2,41;2,88)	7.387
	Efterlønsmodtagere	8,6			4.212
	Alderspensionister	4,7			50.902
Samlivsstatus	Gift	5,9	1		96.382
	Samlevende	9,4	1,99	(1,87;2,12)	25.767
	Enlig (separeret, skilt)	14,3	2,77	(2,60;2,97)	13.521
	Enlig (enkestand)	5,4	2,14	(1,90;2,41)	10.226
	Enlig (ugift)	9,3	2,49	(2,33;2,67)	28.749
Region	Hovedstaden	7,2	0,89	(0,85;0,92)	57.927
	Sjælland	8,9	1,11	(1,05;1,16)	19.823
	Syddanmark	9,3	1,17	(1,12;1,22)	40.243
	Midtjylland	7,1	0,87	(0,83;0,91)	33.717
	Nordjylland	8,0	1,00	(0,95;1,05)	22.935

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 7,9 % af den voksne befolkning, at de er storrygere, det vil sige, at de ryger 15 eller flere cigaretter om dagen. I alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. De største andele ses i aldersgrupperne 45-54 år og 55-64 år for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en meget klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og forekomsten af personer, der er storrygere. Således falder forekomsten fra 13,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 2,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af personer, der er storrygere, er højere blandt førtidspensionister (21,6 %), arbejdsløse (15,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (15,0 %) end blandt beskæftigede (7,9 %).

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, er forekomsten af personer, der er storrygere, højest blandt enlige (separerede, skilte) og lavest blandt gifte.

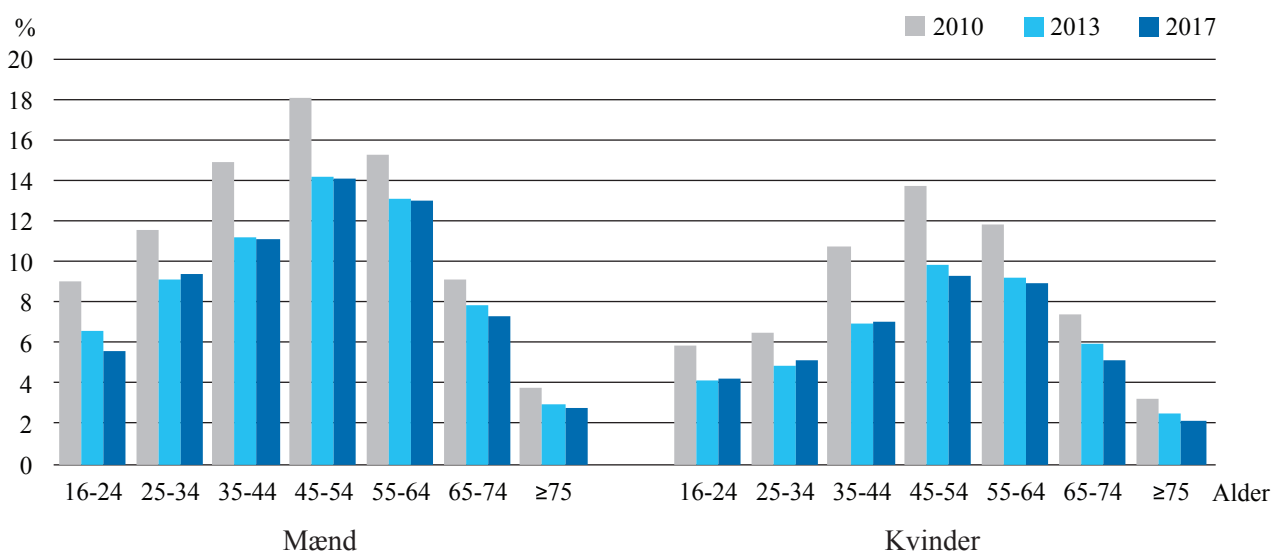
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en større andel i Region Syddanmark (9,3 %) og Region Sjælland (8,9 %), der er storrygere. I Region Midtjylland (7,1 %) og Region Hovedstaden (7,2 %) er andelen mindre.

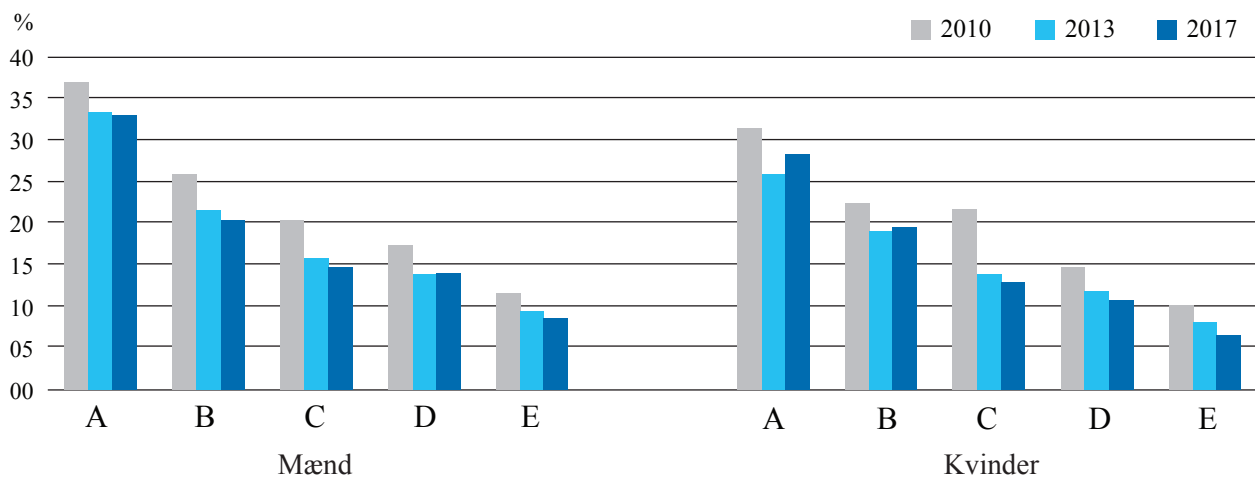
Udvikling:

I perioden 2010 til 2013 er der sket et fald i andelen, der er storrygere, hvorefter andelen stort set er uændret. Den samme udvikling ses i alle køns-, alders- og uddannelsesgrupper. Dog ses der en lille stigning i perioden 2013 til 2017 blandt kvinder med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. I den samme periode ses et lille fald blandt kvinder med en videregående uddannelse (figur 4.1.4).

Figur 4.1.2 Andel storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

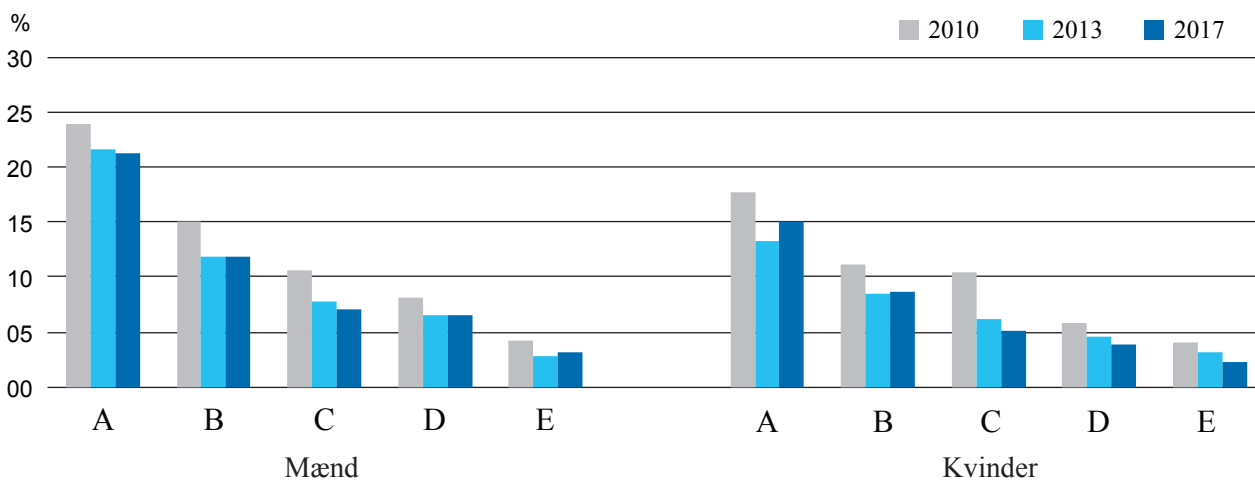


Figur 4.1.3 Forekomsten af personer, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent



A: Grundskole B: Kort uddannelse C: Kort videregående uddannelse
D: Mellemlang videregående uddannelse E: Lang videregående uddannelse

Figur 4.1.4 Forekomsten af storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent



A: Grundskole B: Kort uddannelse C: Kort videregående uddannelse
D: Mellemlang videregående uddannelse E: Lang videregående uddannelse

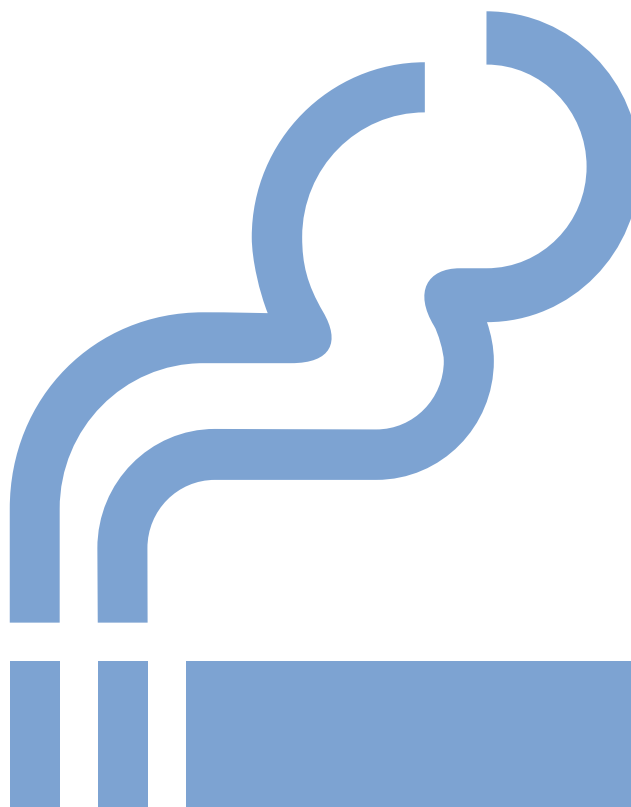
Rygestop

I tabel 4.1.6 ses, at 73,2 % af dagligrygerne ønsker at stoppe med at ryge. Der er ikke forskel i andelen af smårygere (14 eller færre cigaretter om dagen) (72,9 %) og storrygere (15 eller flere cigaretter om dagen) (73,5 %), der gerne vil holde op med at ryge. Dette gælder både blandt mænd og kvinder (data ikke vist).

Dagligrygere, der ønsker at stoppe med at ryge, er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil have støtte og hjælp til at stoppe (for eksempel i form af et rygestopkursus eller støtte fra egen læge). Blandt dagligrygere, der ønsker at holde op med at ryge, oplyser 42,6 %, at de gerne vil have støtte og hjælp til at gennemføre det. Opgøres dette på storrygere og smårygere ses, at der er en større andel blandt storrygere end blandt smårygere, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge (tabel 4.1.5).

Tablet 4.1.5 Andel, der ønsker støtte eller hjælp til at holde op med at ryge, blandt rygere, der gerne vil holde op med at ryge. Mænd og kvinder opdelt på smårygere og storrygere.

	Smårygere	Storrygere
Mænd	34,6	52,3
Kvinder	35,0	50,0
Alle	34,8	51,4
Antal svarpersoner	10.065	8.977



Tabel 4.1.6 Dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	74,0	1		34.158
	2013	72,9	0,97	(0,93;1,02)	25.290
	2017	73,2	0,97	(0,93;1,02)	26.828
Mænd	16-24 år	77,6	1,04	(0,86;1,25)	1.156
	25-34 år	82,8	1,44	(1,19;1,74)	1.348
	35-44 år	80,0	1,20	(1,01;1,42)	1.768
	45-54 år	77,0	1		2.723
	55-64 år	70,2	0,70	(0,61;0,81)	3.036
	65-74 år	58,5	0,42	(0,37;0,49)	2.440
	≥75 år	35,9	0,17	(0,14;0,20)	901
	Alle mænd	72,8			13.372
Kvinder	16-24 år	80,9	1,27	(1,05;1,53)	1.272
	25-34 år	84,5	1,64	(1,34;2,01)	1.332
	35-44 år	80,0	1,21	(1,03;1,42)	1.885
	45-54 år	76,9	1		3.062
	55-64 år	71,9	0,77	(0,67;0,88)	3.084
	65-74 år	61,4	0,48	(0,42;0,55)	2.002
	≥75 år	40,4	0,20	(0,17;0,25)	819
	Alle kvinder	73,7			13.456
Uddannelse	Under uddannelse	77,9			1.551
	Grundskole	63,2	0,64	(0,56;0,72)	3.155
	Kort uddannelse	74,4	0,82	(0,75;0,91)	11.583
	Kort videregående uddannelse	76,4	0,89	(0,77;1,04)	1.880
	Mellemlang videregående udd.	77,6	1		4.109
	Lang videregående uddannelse	75,2	0,86	(0,73;1,02)	1.231
	Anden uddannelse	70,5	0,74	(0,63;0,87)	1.574
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	80,0	1		12.713
	Arbejdsløse	78,3	0,88	(0,72;1,08)	875
	Førtidspensionister	65,5	0,54	(0,47;0,61)	1.816
	Andre uden for arbejdsmarkedet	73,3	0,66	(0,57;0,76)	1.900
	Efterlønsmodtagere	71,3			777
	Alderspensionister	53,2			6.162
Samlivsstatus	Gift	71,3	1		11.729
	Samlevende	79,9	1,10	(0,99;1,22)	4.799
	Enlig (separeret, skilt)	70,1	0,99	(0,90;1,10)	3.425
	Enlig (enkestand)	53,8	0,98	(0,85;1,13)	1.475
	Enlig (ugift)	76,3	0,87	(0,78;0,96)	5.400
Region	Hovedstaden	75,8	1,11	(1,05;1,18)	8.156
	Sjælland	72,3	0,99	(0,92;1,07)	3.256
	Syddanmark	70,9	0,90	(0,85;0,96)	6.861
	Midtjylland	72,7	0,98	(0,92;1,05)	4.941
	Nordjylland	72,9	1,03	(0,95;1,11)	3.614

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 73,2 % af dagligrygerne, at de gerne vil holde op med at ryge. Der ses ingen væsentlig forskel i andelen mellem mænd (72,8 %) og kvinder (73,7 %). De mindste andele ses blandt mænd og kvinder i den ældste aldersgruppe (75 år eller derover).

Uddannelse:

Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge. Der ses dog en relativt lille andel blandt dagligrygere med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (63,2 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Forekomsten af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er lavere blandt førtidspensionister (65,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (73,3 %) end blandt beskæftigede (80,0 %). Blandt arbejdsløse er forekomsten 78,3 %.

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersfordelingen i grupperne, ses den laveste forekomst af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, blandt enlige (ugifte).

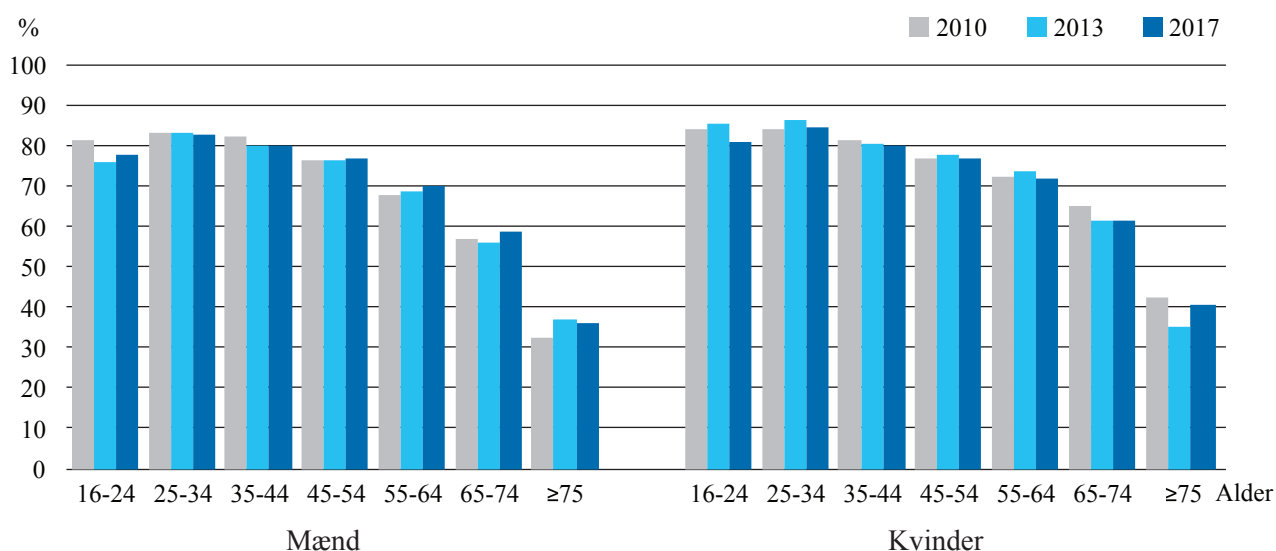
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, højere i Region Hovedstaden (75,8 %) og lavere i Region Syddanmark (70,9 %).

Udvikling:

Andelen af dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, er uændret i perioden 2010 til 2017. Ser man på udviklingen i de enkelte køns- og aldersgrupper, fremgår det, at der ikke er sket systematiske ændringer i perioden.

Figur 4.1.5 Andel dagligrygere, der gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Passiv rygning

Passiv rygning finder sted, når man ved vejtrækning indånder røg fra tobaksrygning (tobaksforurenede luft) (8). Dette kan eksempelvis ske ved, at man opholder sig i samme rum som en person, der ryger, og dermed via luften indånder noget af selve røgen samt udåndingsluften fra rygeren. Når man udsættes for tobaksforurenede luft, indånder en vis mængde af de samme skadelige stoffer, som en ryger indånder. Udsættelse for tobaksforurenede luft medfører ofte forskellige akutte gener i form af eksempelvis irritation af øjne og slimhinder i halsen, hoste, hovedpine samt lugtgener (9). Endvidere øges ved passiv rygning også risikoen for typiske rygerrelaterede sygdomme, såsom hjertekarsygdom, lungekræft og andre luftvejslidelser (9).

Som led i forebyggelsesarbejdet på tobaksområdet i Danmark blev der i 2007 vedtaget en lov om røgfri miljøer (10). Formålet med loven var at udbrede røgfri miljøer med henblik på at forebygge sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og forebygge, at nogen ufrivilligt udsættes for passiv rygning. Loven beskriver, at rygning som hovedregel ikke er tilladt indendørs på arbejdspladser, institutioner, skoler, uddannelsesinstitutioner, indendørs lokaliteter, hvortil offentligheden har adgang, kollektive transportmidler og taxaer samt serveringssteder (10). Loven blev yderligere strammet i 2012.

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor mange timer om dagen de opholder sig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg.

Tabel 4.1.7 viser, hvor mange timer om dagen ikke-dagligrygere er udsat for passiv rygning. Andelen af ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time om dagen, er lidt større blandt mænd (7,6 %) end blandt kvinder (6,0 %). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år. I perioden 2013 til 2017 er andelen af ikke-dagligrygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time om dagen, faldet fra 8,8 % til 6,7 % (data ikke vist).

Tabel 4.1.7 Antal timer pr. dag ikke-dagligrygere er udsat for passiv rygning, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Over 5 timer om dagen	2,0	1,0	1,4	1,5	2,5	2,8	2,5	1,9
1-5 timer om dagen	3,4	2,2	2,0	2,1	3,2	2,5	1,7	2,5
½-1 time om dagen	5,0	3,4	2,8	2,7	3,4	2,5	1,9	3,2
Mindre end ½ time om dagen	22,2	17,1	13,8	14,2	14,8	11,2	9,0	14,9
0 timer	67,5	76,3	80,0	79,6	76,2	81,1	84,9	77,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.306	6.179	8.645	11.872	12.225	13.368	7.543	66.138
Kvinder								
Over 5 timer om dagen	2,5	1,4	1,3	1,9	2,3	2,3	1,5	1,9
1-5 timer om dagen	3,8	1,7	1,5	1,8	1,9	1,3	0,9	1,8
½-1 time om dagen	4,2	2,1	1,9	2,4	2,4	1,4	1,2	2,3
Mindre end ½ time om dagen	20,4	12,1	8,9	9,9	10,1	6,5	5,7	10,6
0 timer	69,1	82,6	86,5	84,0	83,2	88,5	90,7	83,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.429	8.756	11.448	14.547	13.920	14.359	8.213	79.672

4.2 Alkohol

Alkohol har stor betydning for folkesundheden i Danmark (1). Opgørelser viser, at omkring 3.000 dødsfald herhjemme hvert år kan relateres til alkohol, enten som den primære eller medvirkende dødsårsag (1, 2). Det svarer til 6 % af alle dødsfald, hvoraf to ud af tre alkoholrelaterede dødsfald sker blandt mænd (1). Ud over at påvirke dødeligheden i befolkningen er et stort alkoholforbrug også helt eller delvist årsag til mere end 200 ICD-10-klassificerede sygdomme og tilstande (3), herunder visse kræftformer, leverlidelser, muskel- og skeletsygdomme, fosterpåvirkning og afhængighed (4). Endvidere kan et alkoholoverforbrug, herunder alkoholafhængighed, have en lang række psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt desuden øge risikoen for ulykker, vold og selvmord (1, 5, 6).

Sundhedsstyrelsen har formuleret syv udmeldinger om alkohol i Danmark (7):

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred
- Drik ikke alkohol for din sundheds skyld
- Du har en lav risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på 7 genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd (lavrisikogrænse)
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol ved et forbrug på mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd (højrisikogrænse)
- Stop før 5 genstande ved samme lejlighed
- Gravide skal undgå alkohol, og kvinder, der prøver at blive gravide, anbefales at undgå alkohol for en sikkerheds skyld
- Ældre skal være særligt forsigtige med alkohol

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt til, om de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Svarpersoner, der har drukket alkohol inden for det seneste år, er herefter blevet spurgt om, hvor mange dage om ugen, de drikker alkohol. Der er desuden spurgt til alkoholforbruget i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Der er endvidere spurgt om, hvor tit de drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, samt om man ønsker at nedsætte sit alkoholforbrug.

Andelen af den voksne befolkning, der oplyser, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er faldet lidt fra 88,4 % i 2013 til 87,2 % i 2017. I 2010 var andelen 88,6 %. Andelen er større blandt mænd (90,6 %) end blandt kvinder (83,9 %). Andelen, der oplyser, at de drikker alkohol syv dage om ugen, er faldet fra 8,7 % i 2013 til 6,6 % i 2017. I 2010 var andelen 8,6 %. Andelen er større blandt mænd (8,7 %) end blandt kvinder (4,6 %) (data ikke vist).

Det fremgår af tabel 4.2.1, at andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (14 genstande for mænd og 7 for kvinder om ugen), er den samme for mænd og kvinder. Derimod er der større andel blandt mænd end blandt kvinder, der i løbet af en typisk uge overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (21 genstande for mænd og 14 for kvinder). Tabellen viser også, at omtrent 6 % af mænd i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år og 65-74 år drikker 30 eller flere genstande i løbet af en typisk uge.

Tabel 4.2.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	10,2	9,4	9,2	9,2	9,7	9,3	12,6	9,7
0 genstande	16,7	13,4	12,4	9,7	7,1	6,0	6,9	10,5
1-7 genstande	31,6	47,0	52,3	47,5	41,0	38,8	42,6	43,3
8-14 genstande	18,3	16,3	15,7	19,0	21,8	22,4	19,1	18,9
15-21 genstande	11,7	7,9	5,3	7,2	9,9	11,6	10,3	8,9
22-29 genstande	5,3	2,9	2,1	2,9	4,7	5,8	4,6	3,9
≥30 genstande	6,2	3,1	3,1	4,5	5,7	6,1	3,9	4,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.276	7.319	10.215	14.381	15.013	15.569	8.221	77.994
Kvinder								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	12,1	17,2	16,1	14,6	14,6	16,2	30,3	16,7
0 genstande	18,0	18,8	17,3	13,7	10,8	9,7	9,6	14,1
1-7 genstande	39,0	51,3	58,0	57,8	53,9	51,6	44,3	51,5
8-14 genstande	19,4	9,7	6,7	10,4	14,5	15,5	11,3	12,4
15-21 genstande	6,6	2,0	1,1	2,2	3,9	4,4	3,2	3,3
22-29 genstande	2,6	0,6	0,4	0,6	1,1	1,5	0,6	1,1
≥30 genstande	2,3	0,4	0,4	0,7	1,1	1,0	0,6	0,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.485	9.872	13.134	17.384	16.771	16.107	8.908	91.661

I de efterfølgende opslagstabeller belyses andelen, der:

- overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge
- overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge
- jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed
- overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse og gerne vil nedsætte alkoholforbruget



Table 4.2.2 Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,6	1		169.920
	2013	8,5	0,77	(0,75;0,79)	152.567
	2017	6,9	0,61	(0,59;0,62)	169.655
Mænd	16-24 år	11,5	1,63	(1,46;1,82)	7.276
	25-34 år	6,1	0,81	(0,71;0,92)	7.319
	35-44 år	5,2	0,69	(0,61;0,78)	10.215
	45-54 år	7,4	1		14.381
	55-64 år	10,4	1,45	(1,32;1,60)	15.013
	65-74 år	11,9	1,69	(1,54;1,86)	15.569
	≥75 år	8,5	1,17	(1,04;1,31)	8.221
	Alle mænd	8,6			77.994
Kvinder	16-24 år	11,5	3,57	(3,17;4,01)	9.485
	25-34 år	3,1	0,87	(0,73;1,02)	9.872
	35-44 år	1,9	0,52	(0,44;0,62)	13.134
	45-54 år	3,5	1		17.384
	55-64 år	6,1	1,78	(1,58;2,00)	16.771
	65-74 år	7,0	2,05	(1,82;2,30)	16.107
	≥75 år	4,4	1,26	(1,10;1,46)	8.908
	Alle kvinder	5,2			91.661
Uddannelse	Under uddannelse	11,0			11.952
	Grundskole	6,2	0,80	(0,72;0,89)	13.271
	Kort uddannelse	7,1	0,99	(0,93;1,06)	60.551
	Kort videregående uddannelse	6,1	0,92	(0,83;1,01)	14.008
	Mellemlang videregående udd.	6,0	1		35.814
	Lang videregående uddannelse	5,8	1,01	(0,93;1,11)	19.141
	Anden uddannelse	5,8	0,78	(0,69;0,88)	7.987
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	5,1	1		84.590
	Arbejdsløse	9,4	2,24	(1,92;2,62)	3.147
	Førtidspensionister	7,5	1,48	(1,31;1,69)	5.275
	Andre uden for arbejdsmarkedet	7,6	1,82	(1,61;2,05)	7.171
	Efterlønsmodtagere	10,5			4.125
	Alderspensionister	8,1			48.805
Samlivsstatus	Gift	5,4	1		94.141
	Samlevende	5,7	1,29	(1,20;1,39)	25.186
	Enlig (separeret, skilt)	8,2	1,60	(1,47;1,73)	13.006
	Enlig (enkestand)	6,0	1,10	(0,99;1,24)	9.614
	Enlig (ugift)	10,5	2,17	(2,02;2,32)	27.708
Region	Hovedstaden	8,4	1,38	(1,33;1,43)	56.328
	Sjælland	7,1	1,08	(1,03;1,14)	19.150
	Syddanmark	6,2	0,93	(0,89;0,97)	38.909
	Midtjylland	5,8	0,87	(0,83;0,92)	32.966
	Nordjylland	5,5	0,82	(0,77;0,87)	22.302

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt overskrider 6,9 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Højriskogrænsen er 21 genstande pr. uge for mænd og 14 genstande pr. uge for kvinder. Andelen er større blandt mænd (8,6 %) end blandt kvinder (5,2 %). De største andele ses blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år samt blandt mænd i aldersgrupperne 55-64 år og 65-74 år.

Uddannelse:

Der ses overordnet ingen tydelig sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højriskogrænsen. Der er imidlertid tydelige sammenhænge, hvis analysen foretages separat for mænd og kvinder og opdeles på alder (figur 4.2.3). Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses den største andel blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i aldersgruppen 65 år eller derover er størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højriskogrænsen i aldersgruppen 25-44 år. I aldersgruppen 65 år eller derover er andelen klart størst i gruppen af kvinder med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Blandt arbejdsløse (9,4 %), førtidspensionister (7,5 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (7,6 %) er der en større andel, der overskrider højriskogrænsen, sammenlignet med beskæftigede (5,1 %).

Samlivsstatus:

Andelen, der overskrider højriskogrænsen, er lavest blandt gifte (5,4 %) og højest blandt enlige (ugifte) (10,5 %).

Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en mindre andel, der overskrider højriskogrænsen, i Region Nordjylland (5,8 %), Region Midtjylland (5,8 %) og Region Syddanmark (6,2 %), og en større andel i Region Hovedstaden (8,4 %) og Region Sjælland (7,1 %).

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider højriskogrænsen, faldet jævnt med 3,7 procentpoint. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.1 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent

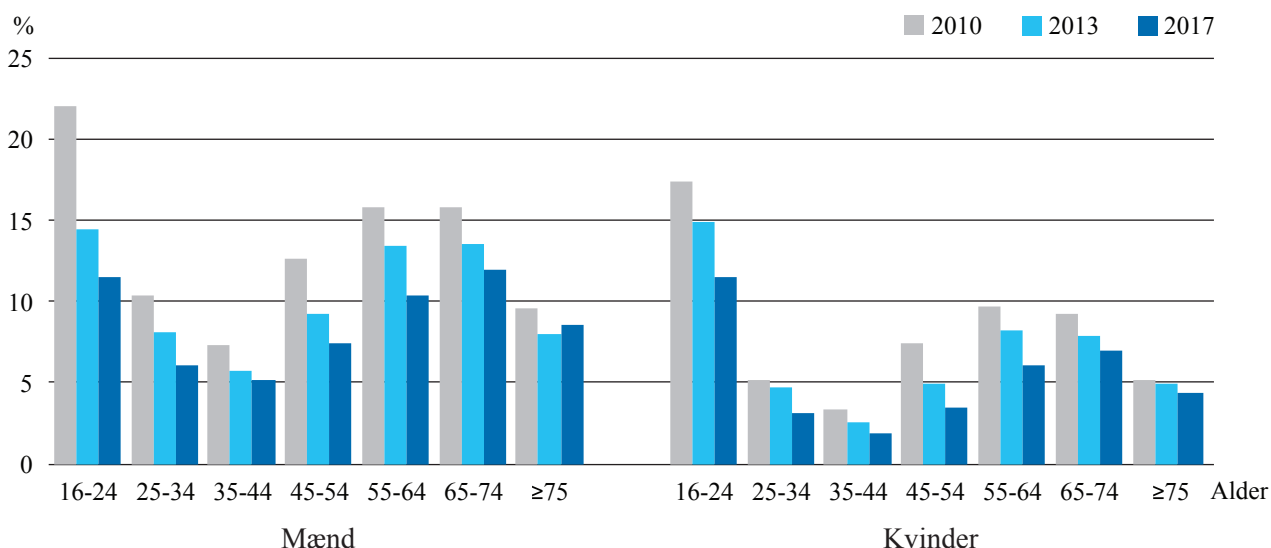


Table 4.2.3 Overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	24,3	1		169.920
	2013	20,6	0,79	(0,77;0,81)	152.567
	2017	17,6	0,64	(0,63;0,65)	169.655
Mænd	16-24 år	23,2	1,77	(1,63;1,92)	7.276
	25-34 år	13,9	0,94	(0,86;1,03)	7.319
	35-44 år	10,5	0,68	(0,62;0,75)	10.215
	45-54 år	14,6	1		14.381
	55-64 år	20,3	1,49	(1,39;1,60)	15.013
	65-74 år	23,5	1,79	(1,68;1,92)	15.569
	≥75 år	18,8	1,35	(1,25;1,47)	8.221
	Alle mænd	17,5			77.994
Kvinder	16-24 år	30,9	2,77	(2,58;2,97)	9.485
	25-34 år	12,8	0,91	(0,83;0,99)	9.872
	35-44 år	8,6	0,58	(0,53;0,63)	13.134
	45-54 år	13,9	1		17.384
	55-64 år	20,6	1,61	(1,51;1,72)	16.771
	65-74 år	22,4	1,79	(1,68;1,91)	16.107
	≥75 år	15,7	1,16	(1,07;1,25)	8.908
	Alle kvinder	17,6			91.661
Uddannelse	Under uddannelse	26,7			11.952
	Grundskole	13,1	0,54	(0,50;0,58)	13.271
	Kort uddannelse	16,8	0,83	(0,79;0,86)	60.551
	Kort videregående uddannelse	16,7	0,89	(0,84;0,95)	14.008
	Mellemlang videregående udd.	17,9	1		35.814
	Lang videregående uddannelse	18,1	1,15	(1,09;1,22)	19.141
	Anden uddannelse	14,6	0,68	(0,63;0,74)	7.987
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	14,4	1		84.590
	Arbejdsløse	17,2	1,33	(1,18;1,49)	3.147
	Førtidspensionister	13,0	0,77	(0,69;0,85)	5.275
	Andre uden for arbejdsmarkedet	15,5	1,14	(1,04;1,24)	7.171
	Efterlønsmodtagere	24,7			4.125
	Alderspensionister	20,6			48.805
Samlivsstatus	Gift	15,4	1		94.141
	Samlevende	15,2	1,17	(1,11;1,22)	25.186
	Enlig (separeret, skilt)	17,9	1,14	(1,08;1,21)	13.006
	Enlig (enkestand)	16,2	0,87	(0,81;0,93)	9.614
	Enlig (ugift)	24,1	1,78	(1,69;1,86)	27.708
Region	Hovedstaden	21,4	1,42	(1,39;1,46)	56.328
	Sjælland	17,3	1,03	(1,00;1,07)	19.150
	Syddanmark	15,4	0,91	(0,88;0,94)	38.909
	Midtjylland	15,9	0,94	(0,91;0,97)	32.966
	Nordjylland	13,9	0,79	(0,76;0,83)	22.302

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt overskrider 17,6 % af den voksne befolkning Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge. Lavrisikogrænsen er 14 genstande pr. uge for mænd og 7 genstande pr. uge for kvinder. Andelen er overordnet den samme blandt mænd (17,5 %) og blandt kvinder (17,6 %). I den yngste aldersgruppe er der dog en større andel, som overskrider lavrisikogrænsen, blandt kvinder (30,9 %) end blandt mænd (23,2 %). Overordnet ses de største andele blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år og 65-74 år.

Uddannelse:

Overordnet set er andelen mindst blandt personer med grundskole som højest fuldførte uddannelsesniveau og højest blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der er imidlertid nogle markante aldersforskelle. Blandt mænd i de yngste aldersgrupper er andelen størst i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau. Blandt mænd i den ældste aldersgruppe ses den største andel i gruppen med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder er andelen størst i gruppen med en lang videregående uddannelse i alle aldersgrupper (data ikke vist).

Erhvervmæssig stilling:

Der ses relativt store andele, der overskrider lavrisikogrænsen, blandt arbejdsløse (17,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (15,5 %), og en relativt lille andel blandt førtidspensionister (13,0 %).

Samlivsstatus:

Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses der en højere forekomst af personer, der overskrider lavrisikogrænsen, blandt samlevende og enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte. Blandt enlige (enkestand) ses en lavere forekomst end blandt gifte.

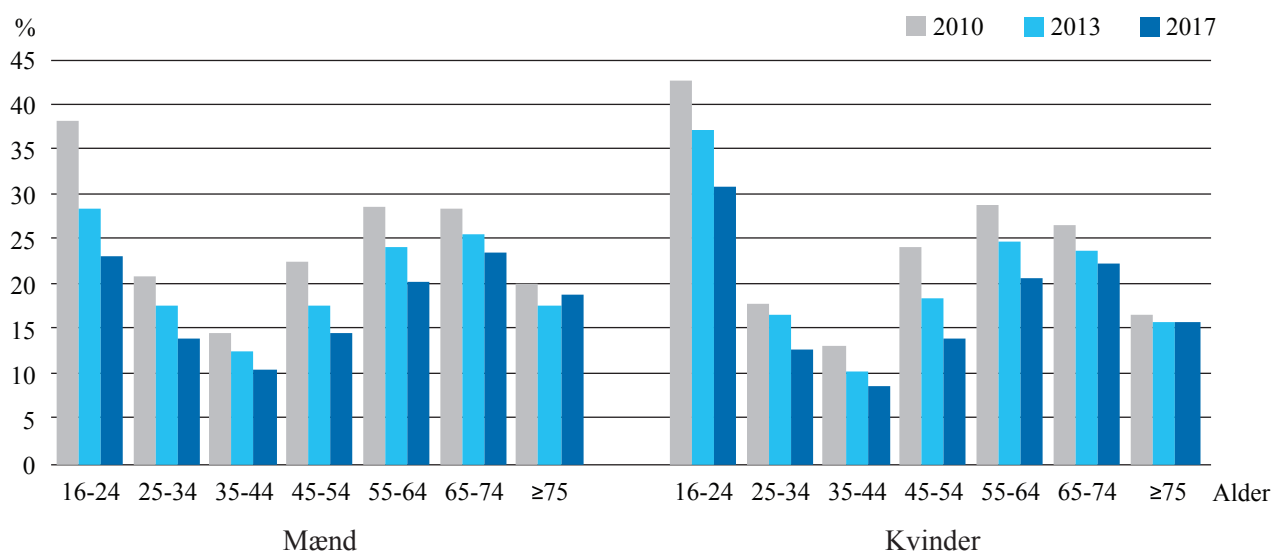
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en mindre andel, der overskrider lavrisikogrænsen, i Region Nordjylland (13,9 %), Region Syddanmark (15,4 %) og Region Midtjylland (15,9 %), og en større andel i Region Hovedstaden (21,4 %).

Udvikling:

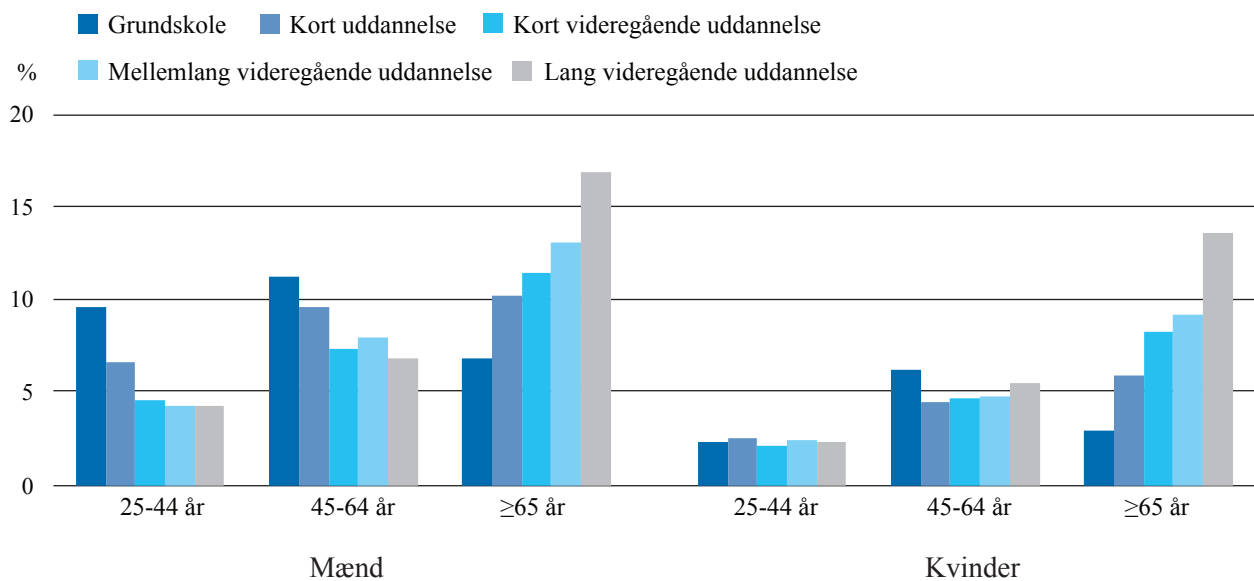
I perioden 2010 til 2017 er andelen, der overskrider lavrisikogrænsen, faldet jævnt med 6,7 procentpoint. Faldet ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.2 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Figur 4.2.3 viser, at sammenhængen mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtag i løbet af en typisk uge, afhænger af alder. Blandt mænd i aldersgruppen 25-44 år ses den største andel, der overskrider højriskogrænsen, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens andelen i aldersgruppen 65 år eller derover er størst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder ses ingen klar sammenhæng mellem uddannelsesniveau og andelen, der overskrider højriskogrænsen i aldersgruppen 25-44 år. I aldersgruppen 65 år eller derover er andelen klart størst i gruppen af kvinder med en lang videregående uddannelse.

Figur 4.2.3 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse (21 genstande for mænd 14 for kvinder om ugen) i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige alders- og uddannelsesgrupper. Procent





Tabel 4.2.4 Drikker jævnligt (hver måned) fem eller flere genstande ved samme lejlighed

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2013	29,5	1		157.206
	2017	26,7	0,88	(0,86;0,89)	174.041
Mænd	16-24 år	53,9	2,10	(1,97;2,24)	7.468
	25-34 år	42,3	1,32	(1,23;1,40)	7.514
	35-44 år	35,5	0,98	(0,93;1,04)	10.414
	45-54 år	35,8	1		14.604
	55-64 år	33,5	0,90	(0,86;0,95)	15.229
	65-74 år	23,9	0,56	(0,53;0,60)	15.916
	≥75 år	11,7	0,24	(0,22;0,26)	8.722
	Alle mænd	35,2			79.867
Kvinder	16-24 år	46,7	4,46	(4,19;4,76)	9.731
	25-34 år	22,9	1,51	(1,41;1,62)	10.116
	35-44 år	14,3	0,85	(0,79;0,91)	13.369
	45-54 år	16,4	1		17.647
	55-64 år	14,9	0,89	(0,83;0,95)	17.053
	65-74 år	8,7	0,49	(0,45;0,53)	16.615
	≥75 år	3,6	0,19	(0,17;0,21)	9.643
	Alle kvinder	18,4			94.174
Uddannelse	Under uddannelse	49,8			12.223
	Grundskole	14,8	0,65	(0,61;0,70)	13.909
	Kort uddannelse	24,8	0,85	(0,82;0,88)	61.981
	Kort videregående uddannelse	24,9	0,88	(0,83;0,93)	14.225
	Mellemlang videregående udd.	25,4	1		36.367
	Lang videregående uddannelse	31,7	1,13	(1,08;1,19)	19.363
	Anden uddannelse	17,5	0,61	(0,56;0,66)	8.296
	Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	29,4	1	
Arbejdsløse	26,8	0,93	(0,84;1,02)	3.246	
Førtidspensionister	15,2	0,52	(0,48;0,57)	5.507	
Andre uden for arbejdsmarkedet	23,0	0,72	(0,67;0,78)	7.393	
Efterlønsmodtagere	22,5			4.189	
Alderspensionister	12,4			50.896	
Samlivsstatus	Gift	20,4	1		96.096
	Samlevende	31,5	1,26	(1,21;1,31)	25.776
	Enlig (separeret, skilt)	22,1	1,31	(1,25;1,38)	13.438
	Enlig (enkestand)	8,4	1,02	(0,93;1,11)	10.253
	Enlig (ugift)	42,5	1,62	(1,55;1,69)	28.478
Region	Hovedstaden	30,5	1,25	(1,23;1,28)	57.782
	Sjælland	21,5	0,84	(0,81;0,87)	19.469
	Syddanmark	24,3	0,93	(0,91;0,96)	40.364
	Midtjylland	27,4	1,05	(1,02;1,08)	33.620
	Nordjylland	24,7	0,97	(0,93;1,00)	22.806

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplyser 26,7 % af den voksne befolkning, at de jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (såkaldt binge drinking). Andelen er markant større blandt mænd (35,2%) end blandt kvinder (18,4 %). Overordnet falder andelen med stigende alder for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, er mindst i gruppen med grundskole som højeste gennemførte uddannelsesniveau (14,8 %) og størst i gruppen med en lang videregående uddannelse (31,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Der er en lavere forekomst af personer, som jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt førtidspensionister (15,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (23,0 %) sammenlignet med beskæftigede (29,4 %) og arbejdsløse (26,8 %).

Samlivsstatus:

Der ses en højere forekomst af personer, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt samlevende og enlige (separerede, skilte, ugifte) end blandt gifte og enlige (enkestand).

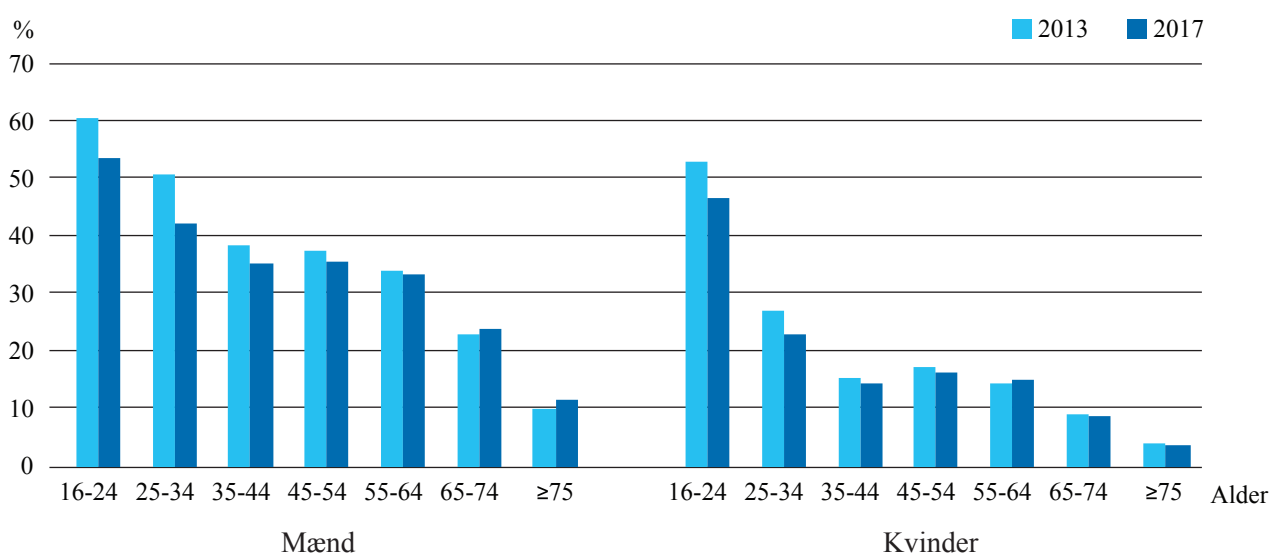
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er der en lavere forekomst af personer, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, i Region Sjælland (21,5 %) og Region Syddanmark (24,3 %), og en højere forekomst i Region Hovedstaden (30,5 %) og Region Midtjylland (27,4 %).

Udvikling:

I perioden 2013 til 2017 ses et fald på 2,8 procentpoint i andelen, der jævnligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed. Ser man på de enkelte aldersgrupper, er der sket et fald i de yngste aldersgrupper og en mindre stigning i de ældste aldersgrupper blandt både mænd og kvinder. I 2010 var binge drinking defineret anderledes, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen fra 2010.

Figur 4.2.4 Andel, der jævnligt (hver måned) drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.2.5 Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse og vil gerne nedsætte forbruget

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	27,8	1		17.461
	2013	30,0	1,17	(1,09;1,24)	12.584
	2017	33,4	1,45	(1,36;1,54)	11.666
Mænd	16-24 år	14,9	0,15	(0,11;0,19)	868
	25-34 år	36,6	0,49	(0,38;0,63)	422
	35-44 år	53,0	0,95	(0,74;1,23)	481
	45-54 år	54,2	1		958
	55-64 år	42,1	0,62	(0,51;0,74)	1.507
	65-74 år	29,2	0,35	(0,29;0,42)	1.849
	≥75 år	11,4	0,11	(0,08;0,14)	729
	Alle mænd	34,4			6.814
Kvinder	16-24 år	17,1	0,19	(0,14;0,25)	1.111
	25-34 år	32,8	0,44	(0,32;0,62)	261
	35-44 år	54,4	1,08	(0,76;1,54)	235
	45-54 år	52,4	1		588
	55-64 år	48,1	0,84	(0,66;1,06)	1.013
	65-74 år	28,0	0,35	(0,28;0,45)	1.208
	≥75 år	14,8	0,16	(0,11;0,22)	436
	Alle kvinder	31,9			4.852
Uddannelse	Under uddannelse	17,0			1.373
	Grundskole	26,0	0,47	(0,37;0,59)	773
	Kort uddannelse	34,9	0,75	(0,66;0,86)	4.139
	Kort videregående uddannelse	40,3	0,95	(0,78;1,15)	875
	Mellemlang videregående udd.	40,8	1		2.278
	Lang videregående uddannelse	42,1	1,08	(0,90;1,28)	1.274
	Anden uddannelse	37,5	1,00	(0,77;1,30)	497
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	42,9	1		4.111
	Arbejdsløse	46,9	1,16	(0,85;1,57)	286
	Førtidspensionister	44,1	0,88	(0,69;1,13)	394
	Andre uden for arbejdsmarkedet	44,5	1,25	(0,98;1,59)	563
	Efterlønsmodtagere	45,2			409
	Alderspensionister	23,9			4.222
Samlivsstatus	Gift	36,8	1		5.661
	Samlevende	34,8	0,94	(0,80;1,11)	1.374
	Enlig (separeret, skilt)	46,8	1,32	(1,12;1,55)	1.050
	Enlig (enkestand)	24,1	1,00	(0,79;1,25)	613
	Enlig (ugift)	26,8	0,92	(0,79;1,09)	2.968
Region	Hovedstaden	35,1	1,15	(1,06;1,25)	4.749
	Sjælland	34,0	1,03	(0,92;1,16)	1.376
	Syddanmark	30,5	0,88	(0,80;0,97)	2.472
	Midtjylland	33,9	1,07	(0,96;1,19)	1.902
	Nordjylland	29,7	0,89	(0,78;1,02)	1.167

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, angiver 33,4 %, at de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er lidt større blandt mænd (34,4 %) end blandt kvinder (31,9 %). Den største andel ses i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år for både mænd og kvinder. Den mindste andel ses blandt mænd og kvinder i den yngste og den ældste aldersgruppe.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er mindst i gruppen med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (26,0 %) og størst i gruppen med en lang videregående uddannelse (42,1 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Der er ingen nævneværdig forskel i andelen, der overskrider højriskogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, mellem de forskellige erhvervsgrupper.

Samlivsstatus:

Blandt enlige (separerede, skilte) ses en større andel (46,8 %), der overskrider højriskogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, end blandt gifte (36,8 %).

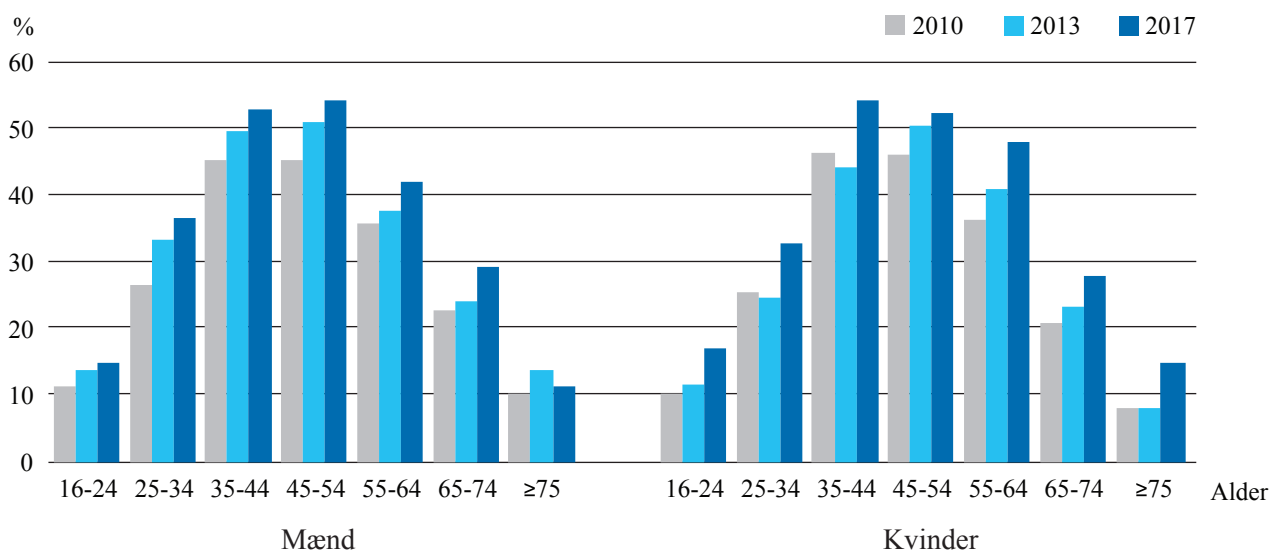
Region:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af personer, der overskrider højriskogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, lavere i Region Syddanmark og højere i Region Hovedstaden.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 ses en stigning på 5,6 procentpoint i andelen, der overskrider højriskogrænsen og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. Stigningen ses i alle køns- og aldersgrupper, men er ikke så udtalt blandt mænd i den ældste aldersgruppe.

Figur 4.2.5 Andel, der overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse og gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



4.3 Kost

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, og sunde kost- og måltidsvaner kan være med til at fremme og bevare et godt helbred samt forebygge kostrelaterede tilstande og sygdomme (1). Modsat kan et usundt kostmønster være en medvirkende årsag til udvikling af en række folkesygdomme som eksempelvis hjertekarsygdom, type 2-diabetes, flere former for kræft, muskelskeletsygdomme samt overvægt og svær overvægt (2, 3). Eksempelvis er der årligt 140 ekstra dødsfald i Danmark på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 100 gram frugt om dagen, i forhold til personer, der spiser mindst 100 gram frugt om dagen, og 170 ekstra dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt personer, der spiser mindre end 130 gram grøntsager om dagen, end blandt personer, der spiser mindst 130 gram om dagen (4). Sunde kostvaner spiller desuden en vigtig rolle i forhold til tandsundheden og i udviklingen af undervægt.

De officielle Kostråd (5) er baseret på de nordiske næringsstofanbefalinger (6). Ved at følge de 10 kostråd vil kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer blive dækket, ligesom det vil gøre det nemmere at holde en sund vægt. De officielle Kostråd er (5):

- Spis varieret, ikke for meget og vær fysisk aktiv
- Spis frugt og mange grøntsager
- Spis mere fisk
- Vælg fuldkorn
- Vælg magert kød og kødprodukter
- Vælg magre mejeriprodukter
- Spis mindre mættet fedt
- Spis mad med mindre salt
- Spis mindre sukker
- Drik vand

I denne undersøgelse er der spurgt om, hvor ofte svarpersonerne typisk spiser fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, pålæg samt forskellige former for varm mad. Samlet set giver det en indikation på befolkningens kostvaner.

Opgørelsen af befolkningens kostvaner tager udgangspunkt i en kostscore, der er udtryk for et samlet mål for kostens sundhed og kvalitet (7). På baggrund af indtaget af fire kostfaktorer (frugt, grønt, fisk og fedt) er der konstrueret et samlet mål for kostens kvalitet, hvor det samlet set er muligt at score 0-8 point. Afhængigt af svarpersonens samlede point placeres personen i en af tre rangordnede kostmønstergrupper:

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

Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostfaktorer samt konstrueringen af pointsystemet er udviklet af forskere fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden og er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjerte-karsygdomme (7). Desuden indgår i nærværende kapitel opgørelser over andelen, der ikke lever op til anbefalingerne for indtag af henholdsvis frugt og grøntsager samt fisk.

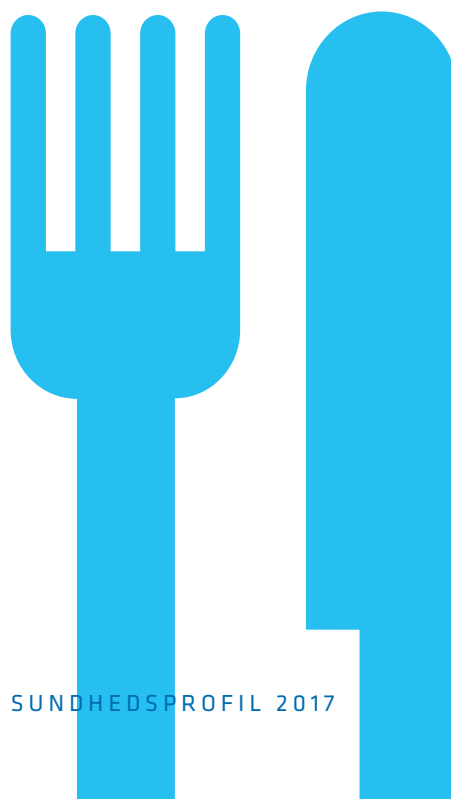
I alt har 15,9 % af svarpersonerne et usundt kostmønster, 66,6 % har et kostmønster med sunde og usunde elementer, og 17,6 % har et sundt kostmønster. Det ses af tabel 4.3.1, at der i alle aldersgrupper er en større andel blandt kvinder (21,1 %) end blandt mænd (14,0 %), der har et sundt kostmønster.

Tabel 4.3.1 Kostmønster blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Usundt kostmønster	22,5	17,8	20,1	21,6	19,9	19,6	20,9	20,3
Kostmønster med sunde og usunde elementer	64,0	68,2	67,1	65,0	65,2	65,2	65,1	65,7
Sundt kostmønster	13,6	14,0	12,8	13,5	14,9	15,2	14,0	14,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.984	7.328	10.152	14.235	14.675	15.130	8.079	76.583
Kvinder								
Usundt kostmønster	15,9	11,4	10,2	10,8	9,7	10,4	14,4	11,6
Kostmønster med sunde og usunde elementer	68,0	70,6	70,0	66,8	64,2	64,3	67,3	67,3
Sundt kostmønster	16,1	18,0	19,8	22,3	26,1	25,3	18,3	21,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.260	9.930	13.158	17.281	16.590	16.019	8.992	91.230

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

- har et usundt kostmønster
- har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt



Tabel 4.3.2 Usundt kostmønster

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,3	1		169.645
	2013	13,9	1,05	(1,03;1,08)	153.277
	2017	15,9	1,23	(1,20;1,26)	167.813
Mænd	16-24 år	22,5	1,05	(0,97;1,14)	6.984
	25-34 år	17,8	0,79	(0,73;0,85)	7.328
	35-44 år	20,1	0,91	(0,85;0,98)	10.152
	45-54 år	21,6	1		14.235
	55-64 år	19,9	0,90	(0,85;0,96)	14.675
	65-74 år	19,6	0,89	(0,83;0,95)	15.130
	≥75 år	20,9	0,96	(0,89;1,04)	8.079
	Alle mænd	20,3			76.583
Kvinder	16-24 år	15,9	1,56	(1,43;1,69)	9.260
	25-34 år	11,4	1,06	(0,97;1,16)	9.930
	35-44 år	10,2	0,94	(0,86;1,02)	13.158
	45-54 år	10,8	1		17.281
	55-64 år	9,7	0,89	(0,82;0,96)	16.590
	65-74 år	10,4	0,95	(0,88;1,03)	16.019
	≥75 år	14,4	1,38	(1,26;1,51)	8.992
	Alle kvinder	11,6			91.230
Uddannelse	Under uddannelse	17,5			11.652
	Grundskole	26,7	3,81	(3,56;4,07)	13.178
	Kort uddannelse	19,9	2,36	(2,24;2,49)	60.120
	Kort videregående uddannelse	13,6	1,44	(1,33;1,55)	13.886
	Mellemlang videregående udd.	9,3	1		35.595
	Lang videregående uddannelse	5,4	0,49	(0,45;0,54)	19.071
	Anden uddannelse	16,7	1,90	(1,74;2,07)	8.005
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	14,1	1		84.344
	Arbejdsløse	22,8	1,89	(1,70;2,11)	3.175
	Førtidspensionister	24,8	2,40	(2,21;2,60)	5.232
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,8	1,82	(1,67;1,97)	7.142
	Efterlønsmodtagere	14,5			4.054
	Alderspensionister	15,7			48.220
Samlevsstatus	Gift	12,5	1		93.172
	Samlevende	16,9	1,51	(1,44;1,59)	25.228
	Enlig (separeret, skilt)	19,2	1,82	(1,72;1,92)	12.957
	Enlig (enkestand)	19,1	2,00	(1,86;2,15)	9.488
	Enlig (ugift)	20,1	1,85	(1,75;1,95)	26.968
Region	Hovedstaden	12,2	0,70	(0,68;0,72)	56.903
	Sjælland	16,4	1,00	(0,96;1,04)	19.149
	Syddanmark	18,0	1,10	(1,07;1,14)	37.000
	Midtjylland	17,5	1,07	(1,04;1,10)	32.534
	Nordjylland	19,1	1,20	(1,16;1,24)	22.227

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 15,9 % af den voksne befolkning et usundt kostmønster, typisk kendetegnet ved et lavt indtag af frugt, grønt og fisk, samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Andelen er større blandt mænd (20,3 %) end blandt kvinder (11,6 %). Dette gælder i alle aldersgrupper.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster. Således falder andelen med et usundt kostmønster fra 26,7 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 5,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen af personer, der har et usundt kostmønster, er højere blandt arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (24,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %) end blandt med beskæftigede (14,1 %).

Samlivsstatus:

Sammenlignet med gifte er der en større andel med et usundt kostmønster blandt enlige og samlevende.

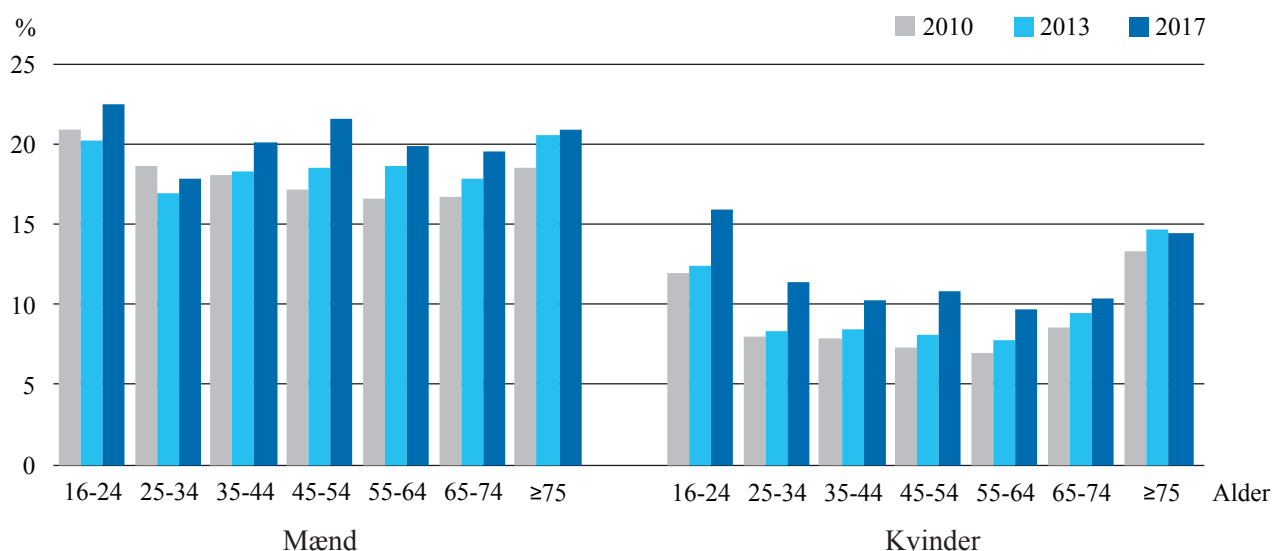
Region:

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

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er der sket en mindre stigning i andelen med et usundt kostmønster, fra 13,3 % til 15,9 %. Stigningen er primært sket mellem 2013 og 2017, og ses i de fleste aldersgrupper. I alle uddannelsesgrupper er der for begge køn i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen med et usundt kostmønster, men stigningen er fortrinsvist sket mellem 2013 og 2017 (data ikke vist).

Figur 4.3.1 Andel, der har et usundt kostmønster, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.3.3 Personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	54,4	1		21.016
	2013	51,1	0,91	(0,86;0,95)	20.151
	2017	56,1	1,12	(1,07;1,18)	24.853
Mænd	16-24 år	58,1	1,16	(1,01;1,33)	1.588
	25-34 år	66,5	1,66	(1,42;1,93)	1.380
	35-44 år	66,1	1,62	(1,42;1,85)	2.043
	45-54 år	54,5	1		2.947
	55-64 år	40,4	0,57	(0,50;0,64)	2.744
	65-74 år	31,0	0,37	(0,33;0,42)	2.719
	≥75 år	24,5	0,27	(0,23;0,32)	1.545
	Alle mænd	50,8			14.966
Kvinder	16-24 år	81,9	2,22	(1,83;2,69)	1.503
	25-34 år	82,6	2,33	(1,89;2,89)	1.155
	35-44 år	78,9	1,84	(1,51;2,23)	1.327
	45-54 år	67,1	1		1.744
	55-64 år	57,6	0,67	(0,56;0,79)	1.477
	65-74 år	43,4	0,38	(0,32;0,44)	1.486
	≥75 år	30,6	0,22	(0,18;0,26)	1.195
	Alle kvinder	65,0			9.887
Uddannelse	Under uddannelse	68,8			2.042
	Grundskole	41,2	0,64	(0,56;0,73)	3.256
	Kort uddannelse	56,5	0,82	(0,74;0,90)	11.289
	Kort videregående uddannelse	60,9	1,04	(0,89;1,20)	1.757
	Mellemlang videregående udd.	62,8	1		3.000
	Lang videregående uddannelse	63,8	1,12	(0,92;1,37)	987
	Anden uddannelse	50,1	0,82	(0,69;0,97)	1.319
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	63,1	1		11.325
	Arbejdsløse	62,2	0,85	(0,69;1,04)	684
	Førtidspensionister	54,2	0,79	(0,69;0,92)	1.253
	Andre uden for arbejdsmarkedet	65,1	0,88	(0,75;1,02)	1.484
	Efterlønsmodtagere	40,7			534
	Alderspensionister	32,0			6.945
Samlivsstatus	Gift	50,8	1		11.250
	Samlevende	65,6	1,10	(1,00;1,21)	4.195
	Enlig (separeret, skilt)	50,7	1,08	(0,97;1,20)	2.370
	Enlig (enkestand)	34,1	1,04	(0,90;1,19)	1.724
	Enlig (ugift)	64,3	1,09	(0,98;1,20)	5.314
Region	Hovedstaden	62,0	1,37	(1,30;1,46)	6.720
	Sjælland	53,7	0,96	(0,89;1,04)	2.795
	Syddanmark	50,6	0,78	(0,74;0,83)	6.080
	Midtjylland	57,1	0,99	(0,94;1,06)	5.286
	Nordjylland	54,8	0,97	(0,91;1,04)	3.972

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der har et usundt kostmønster, angiver 56,1 %, at de gerne vil spise mere sundt. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. For både mænd og kvinder falder andelen med stigende alder fra aldersgruppen 25-34 år.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt. Således stiger andelen fra 41,2 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 63,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Den mindste andel af personer med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, ses blandt førtidspensionister (54,2 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvist flere med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt samlevende (65,6 %) og enlige (ugifte) (64,3 %) end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid ingen nævneværdig forskel mellem grupperne.

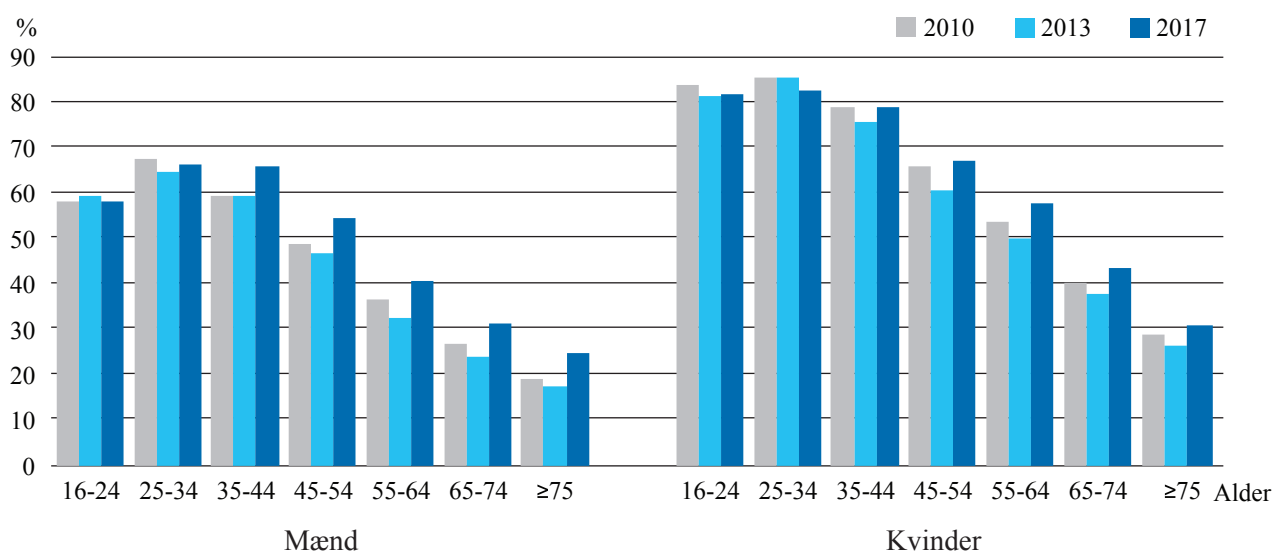
Regioner:

Sammenlignet med landsgennemsnittet er der en større andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, i Region Hovedstaden, mens der er en mindre andel i Region Syddanmark. De øvrige regioner adskiller sig ikke nævneværdigt fra landsgennemsnittet.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, steget med 1,7 procentpoint. Fra 2010 til 2013 skete der imidlertid et fald, hvorefter andelen igen steg frem til 2017. Dette gælder dog ikke mænd og kvinder i de to yngste aldersgrupper. Udviklingsmønstret i perioden 2010 til 2017 svarer for begge køn i alle uddannelsesgrupper til den overordnede udvikling (data ikke vist).

Figur 4.3.2 Andel med et usundt kostmønster, der gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager

De officielle Kostråd anbefaler, at voksne og børn over 10 år indtager ca. 600 gram frugt og grøntsager om dagen. I tabel 4.3.4 ses andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper⁸. Det fremgår, at langt størstedelen af mænd (92,5 %) og kvinder (87,3 %) ikke lever op til anbefalingen, uanset aldersgruppe. I alle aldersgrupper er der en mindre andel blandt kvinder end blandt mænd, som ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager. Andelen varierer ikke meget på tværs af aldersgrupperne, men for begge køn ses en tendens til, at andelen, der ikke lever op til anbefalingerne, er mindst i de yngste aldersgrupper og størst i de ældste aldersgrupper.

Det skal bemærkes, at op til ét glas juice ifølge de officielle anbefalinger kan indgå som en del af det daglige indtag af frugt og grøntsager. I nærværende undersøgelse er der imidlertid ikke spurgt til indtag af juice, hvorfor andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af frugt og grøntsager, sandsynligvis er en smule overestimeret i tabel 4.3.4.

Tabel 4.3.4 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af frugt og grøntsager (600 gram/dag), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	90,8	91,6	92,6	93,2	93,2	93,4	93,2	92,5
Antal svarpersoner	7.308	7.383	10.227	14.337	14.817	15.404	8.442	77.918
Kvinder	86,7	87,3	86,6	86,9	86,5	88,0	89,9	87,3
Antal svarpersoner	9.569	9.980	13.197	17.373	16.734	16.224	9.475	92.552

Anbefalinger for indtag af fisk

De officielle Kostråd i Danmark anbefaler, at man indtager 350 gram fisk om ugen. Det fremgår af tabel 4.3.5, at størstedelen af både mænd og kvinder ikke lever op til denne anbefaling⁹. I stort set alle aldersgrupper lever en mindre andel blandt mænd end blandt kvinder ikke op til anbefalingen for indtag af fisk. Blandt kvinder falder andelen, der ikke lever op til anbefalingen for indtag af fisk, med stigende alder. Blandt mænd stiger andelen indtil aldersgruppen 35-44 år, hvorefter den falder.

Tabel 4.3.5 Andel, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af fisk (350 gram/uge), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd	83,1	84,1	86,1	85,5	80,9	72,5	64,6	80,8
Antal svarpersoner	7.436	7.500	10.409	14.597	15.273	15.958	8.816	79.989
Kvinder	87,2	87,0	86,9	86,0	81,1	75,2	70,7	82,5
Antal svarpersoner	9.710	10.091	13.383	17.641	17.082	16.688	9.874	94.469

8) For indtag af frugt og grøntsager er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion frugt eller grøntsager svarer således til 100 gram (8).

9) For indtag af fisk er der i denne undersøgelse anvendt estimerede portionsstørrelser udarbejdet af DTU Fødevareinstituttet. Én portion fisk svarer således til 35 gram for fisk som pålæg og 100 gram for fisk som varm mad (8).

4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet omfatter enhver form for bevægelse, der øger energiomsætningen. Således er både spontan, ustruktureret aktivitet og mere bevidst, planlagt og regelmæssig fysisk aktivitet omfattet af definitionen (1). Der er dermed tale om et bredt spektrum af aktiviteter, som spænder lige fra idræt, sport og hård motion til mere hverdagsprægede aktiviteter som eksempelvis leg, havearbejde, gåture, transport på cykel eller at tage trappen (1).

Det er veldokumenteret, at fysisk aktivitet reducerer risikoen for en række hyppigt forekommende tilstande og sygdomme i Danmark, herunder hjertekarsygdom, type 2-diabetes, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft, (1) samt tidlig død. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet på risikoen for tidlig død findes blandt både mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel overvægt (1, 2).

Når betydningen af rygning, alkohol og BMI fjernes, viser opgørelser, at der i Danmark årligt er 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer (2). Det svarer til 13,8 % af alle dødsfald herhjemme. Endvidere estimeres det, at fysisk inaktive personer i gennemsnit lever omtrent syv år kortere end fysisk aktive personer. Ud over gevinsten, som fysisk inaktive selv har ved at blive fysisk aktive, vil der desuden være store samfundsøkonomiske besparelser forbundet hermed, eksempelvis på grund af reducerede offentlige omkostninger til behandling og pleje samt på grund af tabt produktion (2).

Fysisk aktivitet er i denne undersøgelse målt ved at spørge til timer og minutter anvendt på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden og ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse på en typisk uge. Desuden spørges der om, hvor meget af denne tid, der i alt anvendes på hård fysisk aktivitet. Spørgsmålene er stillet første gang i 2017, og udviklingen over tid kan derfor ikke opgøres. Spørgsmålene er validerede (3). Befolkningens fysiske aktivitetsniveau afdækkes i forhold til efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling¹⁰ og udvidet anbefaling¹¹ for fysisk aktivitet, som omhandler ugentlig fysisk aktivitet, og ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger¹², som omhandler daglig fysisk aktivitet.

Svarpersonernes fysiske aktivitetsniveau er i denne rapport inddelt i følgende to kategorier:

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

De monitorerede anbefalinger for fysisk aktivitet er gældende for personer på 18 år eller derover. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for de 5-17-årige er anderledes. De 16-17-årige er dog medtaget i denne rapport's analyser for personer på 18 år eller derover, selvom der som nævnt gælder andre anbefalinger for fysisk aktivitet for børn og unge (5-17 år). De anvendte spørgsmål om fysisk aktivitet muliggør ikke analyse af, hvor stor en andel af de 16-17-årige, der opfylder WHO's og Sundhedsstyrelsens minimumsanbefalinger for børn og unge (5-17-år), som lyder på mindst 60 minutters fysisk

10) WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år): Mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent kombination heraf. Hvis aktiviteten deles op skal varigheden være mindst 10 minutter per gang. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd her: www.who.int – Global Recommendations on Physical Activity for Health.

11) WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år): Mindst 300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet per uge eller mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet per uge eller en ækvivalent kombination heraf. Hvis aktiviteten deles op, skal varigheden være mindst 10 minutter per gang. Anbefalingen for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd her: www.who.int – Global Recommendations on Physical Activity for Health.

12) Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet (18-64 år): Vær fysisk aktiv mindst 30 minutter om dagen. Aktiviteten skal være med moderat til høj intensitet og ligge ud over almindelige dagligdagsaktiviteter. Hvis de 30 minutter deles op, skal aktiviteten være mindst 10 minutter. Mindst to gange om ugen skal der indgå fysisk aktivitet med høj intensitet af mindst 20 minutters varighed for at vedligeholde eller øge konditionen og muskelstyrken. Der skal indgå aktiviteter, som øger knoglestyrken og bevægeligheden. Fysisk aktivitet ud over det anbefalede vil medføre yderligere sundhedsmæssige fordele. Anbefalingerne for børn (0-1 år; 1-4 år; 5-17 år, ældre (65 år og derover) og gravide findes på www.sst.dk.

aktivitet ved moderat til høj intensitet dagligt. Ved anvendelse af WHO's minimumsanbefaling for voksne i opgørelsen for de 16-17-årige får man en større andel, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis den var opgjort ved brug af minimumsanbefalingen for børn og unge.

Ud over spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden og ved transport er svarpersonerne også blevet spurgt om, hvor meget stillesiddende tid de har. Spørgsmålet er stillet første gang i 2017, og derfor kan udviklingen over tid ikke opgøres. Spørgsmålet er valideret (3).

Stillesiddende tid måles i denne rapport ved at spørge til timer og minutter anvendt på at sidde ned på en typisk hverdag i følgende situationer:

- Transport
- Arbejde/skole/uddannelse
- Fritid: ved skærm
- Fritid: andet

Hverken Sundhedsstyrelsen eller WHO har anbefalinger for stillesiddende tid for voksne.

Total stillesiddende tid på hverdage fremgår af tabel 4.4.1. Der ses ikke nævneværdig forskel på total stillesiddende tid blandt mænd og kvinder. Dog er der en lidt større andel blandt mænd (58,4 %) end kvinder (54,7 %) med total stillesiddende tid på otte timer eller mere. Unge har generelt mere stillesiddende tid end ældre. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 4.4.1 Total stillesiddende tid på hverdagen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
<4 timer	4,1	6,0	7,0	7,3	8,1	9,9	14,5	7,7
4-<6 timer	6,6	9,7	12,8	13,2	14,8	18,9	19,3	13,2
6-8 timer	12,1	15,3	18,3	20,2	23,0	31,1	30,0	20,8
>8 timer	77,3	69,0	61,9	59,3	54,1	40,1	36,2	58,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.838	7.009	9.739	13.745	14.359	14.612	7.580	73.882
Kvinder								
<4 timer	3,4	6,3	9,1	8,0	8,8	11,8	16,2	8,7
4-<6 timer	6,0	10,8	13,7	14,2	17,0	21,5	20,2	14,5
6-8 timer	11,0	17,7	20,3	20,3	25,8	32,6	31,2	22,2
>8 timer	79,6	65,2	56,9	57,6	48,4	34,1	32,5	54,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	8.997	9.448	12.559	16.634	16.018	14.756	7.425	85.837

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

- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men som gerne vil være mere fysisk aktiv
- har mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag



Tabel 4.4.2 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	28,8			151.660
Mænd	16-24 år	18,2	0,54	(0,49;0,59)	6.411
	25-34 år	24,5	0,78	(0,73;0,85)	6.689
	35-44 år	29,3	1,00	(0,94;1,07)	9.388
	45-54 år	29,2	1		13.251
	55-64 år	34,0	1,25	(1,17;1,32)	13.724
	65-74 år	27,4	0,92	(0,86;0,97)	13.920
	≥75 år	38,8	1,53	(1,43;1,64)	6.751
	Alle mænd	28,2			70.134
Kvinder	16-24 år	19,7	0,56	(0,52;0,60)	8.627
	25-34 år	28,4	0,91	(0,85;0,97)	9.185
	35-44 år	32,4	1,10	(1,04;1,16)	12.219
	45-54 år	30,4	1		16.047
	55-64 år	30,3	1,00	(0,94;1,05)	15.233
	65-74 år	25,5	0,79	(0,74;0,83)	13.963
	≥75 år	45,5	1,91	(1,78;2,04)	6.252
	Alle kvinder	29,4			81.526
Uddannelse	Under uddannelse	19,3			10.850
	Grundskole	42,4	2,05	(1,94;2,17)	10.570
	Kort uddannelse	31,5	1,40	(1,35;1,45)	54.637
	Kort videregående uddannelse	28,0	1,13	(1,08;1,20)	12.953
	Mellemlang videregående udd.	25,4	1		33.635
	Lang videregående uddannelse	23,8	0,92	(0,88;0,97)	18.279
	Anden uddannelse	32,8	1,42	(1,32;1,52)	6.796
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	28,1	1		78.869
	Arbejdsløse	30,3	1,09	(0,99;1,20)	2.916
	Førtidspensionister	43,4	1,81	(1,69;1,95)	4.477
	Andre uden for arbejdsmarkedet	36,0	1,55	(1,44;1,66)	6.481
	Efterlønsmodtagere	21,9			3.799
	Alderspensionister	32,1			40.886
Samlivsstatus	Gift	29,7	1		84.953
	Samlevende	27,5	1,06	(1,01;1,10)	23.107
	Enlig (separeret, skilt)	32,5	1,13	(1,08;1,19)	11.453
	Enlig (enkestand)	39,3	1,22	(1,15;1,30)	7.341
	Enlig (ugift)	24,5	1,06	(1,02;1,11)	24.806
Region	Hovedstaden	25,9	0,85	(0,83;0,86)	51.496
	Sjælland	32,8	1,14	(1,11;1,18)	17.407
	Syddanmark	31,9	1,12	(1,09;1,15)	33.633
	Midtjylland	27,8	0,94	(0,91;0,96)	29.107
	Nordjylland	29,2	0,98	(0,95;1,01)	20.017

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt opfylder 28,8 % af den voksne befolkning ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der ses ikke nævneværdig forskel på andelen blandt mænd (28,2 %) og kvinder (29,4 %). Andelen, der ikke opfylder minimumsanbefalingen, er mindst blandt unge i aldersgruppen 16-24 år og størst blandt de ældre i aldersgruppen 75 år eller derover. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Således falder andelen fra 42,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 23,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt førtidspensionister (43,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (36,0 %) end blandt beskæftigede (28,1 %). Blandt arbejdsløse er andelen 30,3 %.

Samlivsstatus:

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

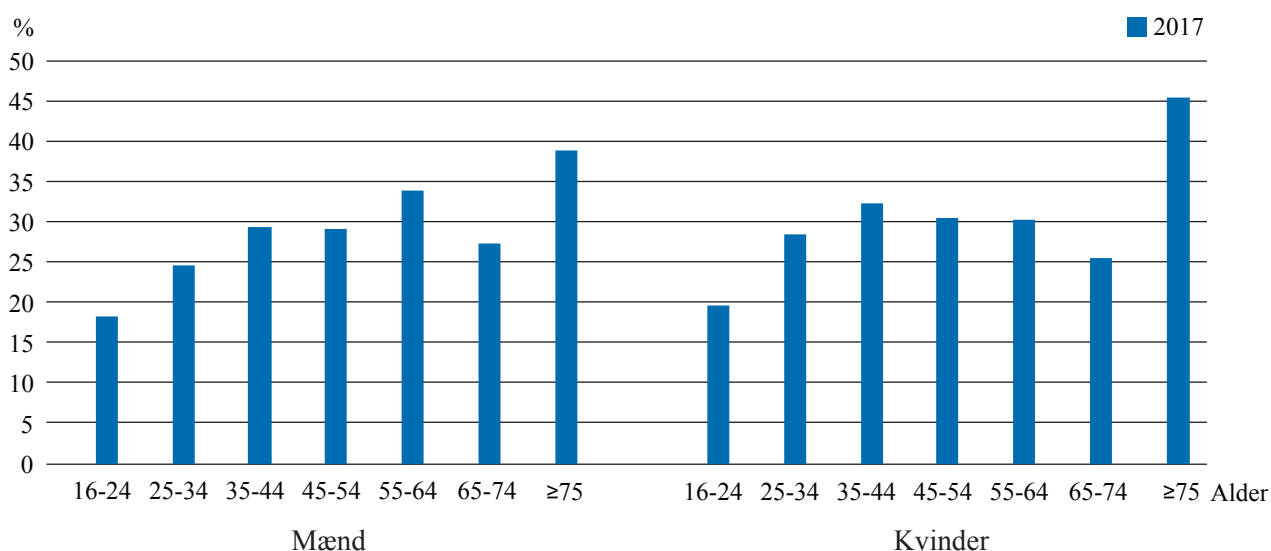
Regioner:

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

Udvikling:

I 2010 og 2013 er fysisk aktivitet opgjort anderledes end i 2017, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.1 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



Tabel 4.4.3 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men vil gerne være mere fysisk aktiv

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	71,0			43.095
Mænd	16-24 år	68,5	0,85	(0,72;1,00)	1.139
	25-34 år	81,7	1,74	(1,48;2,05)	1.659
	35-44 år	83,4	1,96	(1,70;2,26)	2.703
	45-54 år	71,9	1		3.715
	55-64 år	63,5	0,68	(0,61;0,76)	4.473
	65-74 år	51,4	0,41	(0,37;0,46)	3.668
	≥75 år	41,4	0,28	(0,24;0,31)	2.402
	Alle mænd	67,4			19.759
Kvinder	16-24 år	85,1	1,38	(1,16;1,64)	1.676
	25-34 år	87,6	1,70	(1,44;2,01)	2.700
	35-44 år	88,0	1,77	(1,53;2,05)	3.890
	45-54 år	80,6	1		4.705
	55-64 år	71,6	0,61	(0,54;0,68)	4.462
	65-74 år	56,1	0,31	(0,27;0,35)	3.352
	≥75 år	42,0	0,17	(0,15;0,20)	2.551
	Alle kvinder	74,4			23.336
Uddannelse	Under uddannelse	76,9			2.098
	Grundskole	46,6	0,32	(0,29;0,36)	4.189
	Kort uddannelse	69,1	0,55	(0,51;0,59)	16.817
	Kort videregående uddannelse	79,0	0,93	(0,82;1,04)	3.599
	Mellemlang videregående udd.	81,6	1		8.574
	Lang videregående uddannelse	86,3	1,31	(1,16;1,48)	4.491
	Anden uddannelse	59,3	0,42	(0,37;0,48)	2.139
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	80,3	1		22.517
	Arbejdsløse	77,9	0,84	(0,68;1,02)	904
	Førtidspensionister	62,2	0,49	(0,43;0,55)	1.854
	Andre uden for arbejdsmarkedet	75,8	0,71	(0,62;0,81)	2.218
	Efterlønsmodtagere	65,2			794
	Alderspensionister	48,1			11.973
Samlivsstatus	Gift	71,2	1		24.254
	Samlevende	79,3	0,95	(0,87;1,04)	6.493
	Enlig (separeret, skilt)	67,8	0,95	(0,87;1,05)	3.580
	Enlig (enkestand)	46,0	0,85	(0,77;0,95)	2.653
	Enlig (ugift)	73,7	0,74	(0,68;0,81)	6.115
Region	Hovedstaden	75,2	1,21	(1,16;1,27)	13.441
	Sjælland	70,1	1,06	(1,00;1,12)	5.480
	Syddanmark	67,8	0,87	(0,83;0,92)	10.314
	Midtjylland	70,2	0,93	(0,88;0,98)	8.061
	Nordjylland	69,2	0,96	(0,91;1,02)	5.799

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet angiver 71,0 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (74,4 %) end blandt mænd (67,4 %). Andelen er mindst i de to ældste aldersgrupper for både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive. Således stiger andelen fra 46,6 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 86,3 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, er mindst blandt førtidspensionister (62,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (75,8 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, men som gerne vil være mere fysisk aktive, blandt samlevende end blandt de øvrige samlivsgrupper. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, ses der endvidere en høj forekomst blandt gifte og enlige (separerede, skilte).

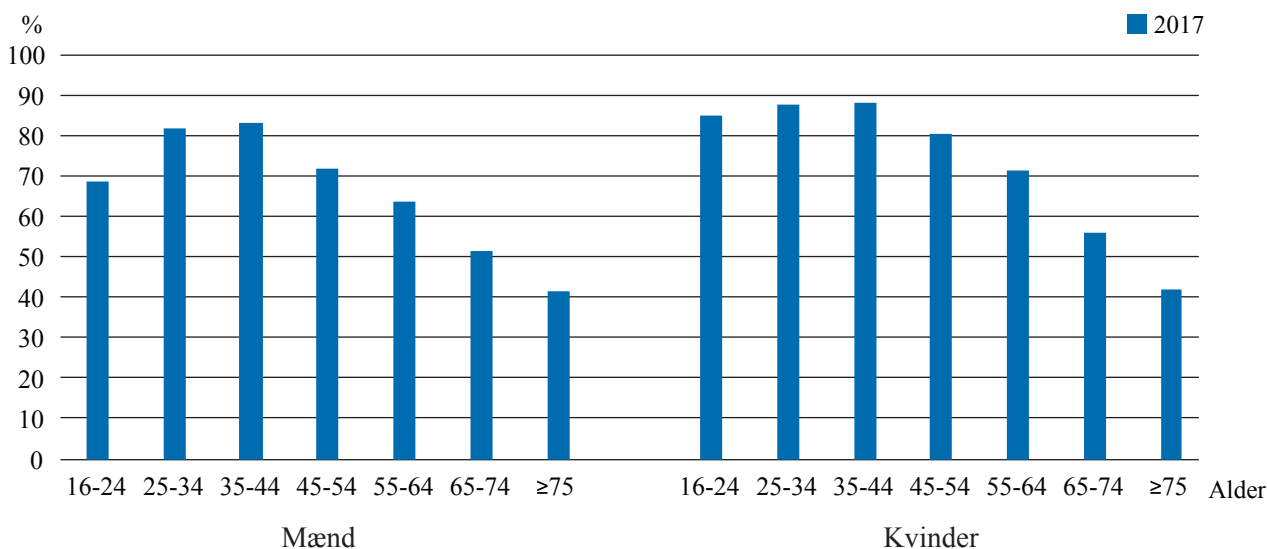
Regioner:

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

Udvikling:

I 2010 og 2013 er fysisk aktivitet opgjort anderledes end i 2017, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.2 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men vil gerne være mere fysisk aktiv, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



Tabel 4.4.4 Mindst 8 timers totalt stillesiddende tid på en typisk hverdag

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2017	56,5			159.719
Mænd	16-24 år	77,3	2,33	(2,16;2,51)	6.838
	25-34 år	69,0	1,53	(1,43;1,63)	7.009
	35-44 år	61,9	1,11	(1,05;1,18)	9.739
	45-54 år	59,3	1		13.745
	55-64 år	54,1	0,81	(0,77;0,85)	14.359
	65-74 år	40,1	0,46	(0,43;0,48)	14.612
	≥75 år	36,2	0,39	(0,36;0,42)	7.580
	Alle mænd	58,4			73.882
Kvinder	16-24 år	79,6	2,87	(2,68;3,08)	8.997
	25-34 år	65,2	1,38	(1,30;1,47)	9.448
	35-44 år	56,9	0,97	(0,92;1,03)	12.559
	45-54 år	57,6	1		16.634
	55-64 år	48,4	0,69	(0,66;0,73)	16.018
	65-74 år	34,1	0,38	(0,36;0,40)	14.756
	≥75 år	32,5	0,35	(0,33;0,38)	7.425
	Alle kvinder	54,7			85.837
Uddannelse	Under uddannelse	84,5			11.429
	Grundskole	37,9	0,59	(0,56;0,63)	11.934
	Kort uddannelse	46,9	0,68	(0,66;0,70)	58.086
	Kort videregående uddannelse	62,0	1,23	(1,17;1,29)	13.517
	Mellemlang videregående udd.	57,0	1		34.470
	Lang videregående uddannelse	77,4	2,39	(2,27;2,50)	18.439
	Anden uddannelse	46,9	0,73	(0,69;0,78)	7.539
	Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	60,0	1	
Arbejdsløse	58,0	0,83	(0,76;0,91)	3.018	
Førtidspensionister	46,3	0,61	(0,57;0,65)	4.812	
Andre uden for arbejdsmarkedet	58,0	0,72	(0,67;0,76)	6.779	
Efterlønsmodtagere	34,3			3.929	
Alderspensionister	36,0			44.373	
Samlivsstatus	Gift	51,2	1		88.961
	Samlevende	61,6	0,98	(0,94;1,01)	24.311
	Enlig (separeret, skilt)	50,8	1,08	(1,03;1,13)	12.136
	Enlig (enkestand)	36,3	1,02	(0,96;1,08)	8.353
	Enlig (ugift)	70,6	1,20	(1,15;1,25)	25.958
Region	Hovedstaden	63,5	1,38	(1,35;1,41)	53.898
	Sjælland	54,7	1,07	(1,04;1,10)	18.110
	Syddanmark	50,8	0,84	(0,82;0,86)	36.606
	Midtjylland	55,1	0,96	(0,94;0,99)	30.188
	Nordjylland	50,6	0,84	(0,82;0,87)	20.917

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt har 56,5 % af den voksne befolkning mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag. Andelen er lidt større blandt mænd (58,4 %) end blandt kvinder (54,7 %). Overordnet set falder andelen med stigende alder. Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag. Således stiger forekomsten fra 37,9 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 77,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses dog en relativt lille andel blandt personer med en mellemlang videregående uddannelse (57,0 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag er mindre blandt arbejdsløse (58,0 %), førtidspensionister (46,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,0 %) end blandt beskæftigede (60,0 %).

Samlivsstatus:

Der ses en relativt stor andel med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag blandt enlige (ugifte) (70,6 %).

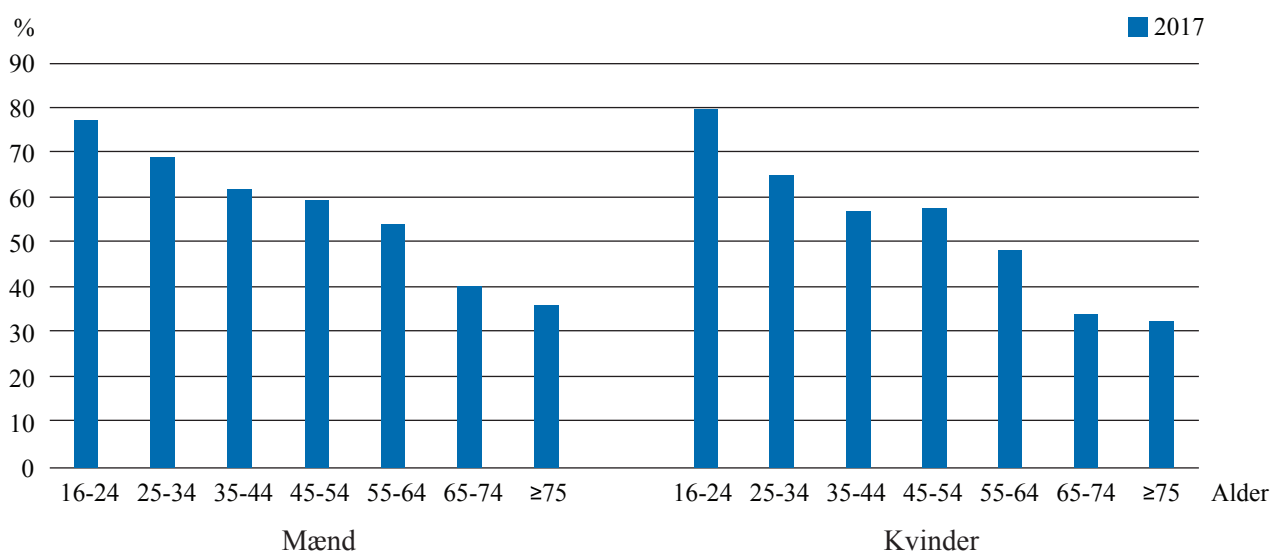
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag større i Region Hovedstaden og Region Sjælland, og mindre i Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Udvikling:

Spørgsmålet om stillesiddende tid er ikke belyst i 2010 og 2013, og det er derfor ikke muligt at belyse udviklingen over tid.

Figur 4.4.3 Andel med mindst 8 timers total stillesiddende tid på en typisk hverdag blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2017. Procent



4.5 Vægt

Overvægt, herunder særligt svær overvægt, er et alvorligt folkesundhedsproblem, ikke bare i Danmark, men også på verdensplan (1). Overvægt, og særligt svær overvægt, er en betydelig risikofaktor for en række følgesygdomme, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere kræftformer, søvnapnø, reproduktionsproblemer, belastningslidelser i bevægeapparatet samt psykosociale problemer og tidlig død (2). De helbredsmæssige konsekvenser stiger med øget grad af overvægt (3). I Danmark er der 630 flere dødsfald om året blandt voksne med svær overvægt ($BMI \geq 30$) end blandt voksne med et BMI mellem 20-30 (4). Hertil kommer udgifter til behandling og pleje af svært overvægtige, som koster samfundet 1,8 milliarder kr. ekstra om året, hvortil skal lægges ekstra omkostninger på 10,4 milliarder kr. om året ved tabt produktion (4).

Årsagen til udvikling af overvægt og svær overvægt er kompleks og omfatter både individuelle og samfundsmæssige faktorer (3). Overvægt skyldes en manglende evne til at regulere energibalancen, hvilket kan forklares med både genetiske, miljø- og adfærdsmæssige samt psykosociale faktorer (3).

Vægt opgøres i denne rapport på baggrund af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om højde og vægt. Oplysningerne bruges til at beregne Body Mass Index (BMI). BMI udregnes som vægten i kilogram divideret med kvadratet på højden i meter.

WHO definerer følgende vægtgrupper på baggrund af BMI for voksne på 18 år eller derover (5):

Tabel 4.5.1 Vægtgrupper inddelt efter BMI¹³

Vægtgruppe	BMI grænser
Undervægt	$BMI < 18,5$
Normalvægt	$18,5 \leq BMI < 25,0$
Moderat overvægt	$25,0 \leq BMI < 30,0$
Svær overvægt	$BMI \geq 30,0$

BMI tager ikke højde for fedtfordelingen på kroppen, men er alene et udtryk for forholdet mellem vægt og højde. Det betyder for eksempel, at to personer med samme BMI godt kan have en forskellig fordeling af muskler og fedt, og ofte har høje personer et højere BMI end lavere personer. På befolkningsniveau vurderes BMI imidlertid at være et godt mål for de forskellige vægtgrupper.

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

I tabel 4.5.2 ses andelen af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper i de forskellige vægtgrupper. Det fremgår, at 41,0 % blandt mænd og 52,0 % blandt kvinder er normalvægtige, hvilket svarer til, at i alt 46,6 % af den voksne befolkning er normalvægtig. Forekomsten af undervægt er 2,4 % (1,3 % blandt mænd og 3,5 % blandt kvinder) og højest i aldersgruppen 16-24 år for begge køn. Forekomsten af moderat overvægt blandt voksne er 34,1 % og meget højere blandt mænd (40,6 %) end blandt kvinder (27,8 %). I forhold til svær overvægt er andelen i alt 16,9 % og nogenlunde ens for mænd (17,1 %) og kvinder (16,6 %). Andelen af svært overvægtige stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 45-54 år blandt kvinder og 65-74 år blandt mænd, hvorefter den falder.

Tabel 4.5.2 Vægtgrupper blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Undervægt	5,8	1,0	0,5	0,3	0,5	0,4	0,9	1,3
Normalvægt	66,5	50,7	39,1	33,0	30,0	31,0	39,8	41,0
Moderat overvægt	21,1	35,0	42,4	46,4	47,6	46,6	44,4	40,6
Svær overvægt	6,6	13,3	18,1	20,4	21,9	22,0	15,0	17,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.239	7.328	10.248	14.461	15.090	15.808	8.705	78.879
Kvinder								
Undervægt	8,5	4,1	2,3	1,8	2,3	2,8	4,0	3,5
Normalvægt	67,5	58,5	52,6	46,7	45,5	45,7	49,6	52,0
Moderat overvægt	15,9	22,5	27,0	30,0	32,7	33,5	32,8	27,8
Svær overvægt	8,1	15,0	18,1	21,5	19,5	17,9	13,6	16,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	9.371	9.878	13.070	17.293	16.783	16.382	9.470	92.247

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

- er moderat eller svært overvægtig
- er svært overvægtig



Tabel 4.5.3 Moderat eller svær overvægt (BMI \geq 25)

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	46,8	1		172.515
	2013	47,4	1,03	(1,01;1,04)	156.143
	2017	51,0	1,19	(1,17;1,21)	171.126
Mænd	16-24 år	27,7	0,19	(0,18;0,20)	7.239
	25-34 år	48,3	0,47	(0,44;0,50)	7.328
	35-44 år	60,4	0,76	(0,72;0,81)	10.248
	45-54 år	66,8	1		14.461
	55-64 år	69,5	1,13	(1,07;1,20)	15.090
	65-74 år	68,6	1,09	(1,03;1,15)	15.808
	\geq 75 år	59,3	0,73	(0,68;0,77)	8.705
	Alle mænd	57,7			78.879
Kvinder	16-24 år	24,0	0,30	(0,28;0,32)	9.371
	25-34 år	37,4	0,56	(0,53;0,60)	9.878
	35-44 år	45,1	0,77	(0,73;0,82)	13.070
	45-54 år	51,5	1		17.293
	55-64 år	52,2	1,03	(0,98;1,08)	16.783
	65-74 år	51,5	1,00	(0,95;1,05)	16.382
	\geq 75 år	46,4	0,82	(0,77;0,86)	9.470
	Alle kvinder	44,4			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	27,3			12.105
	Grundskole	63,4	1,80	(1,71;1,89)	13.784
	Kort uddannelse	58,0	1,44	(1,40;1,49)	61.608
	Kort videregående uddannelse	54,8	1,18	(1,13;1,24)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	48,4	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	38,5	0,62	(0,60;0,65)	19.304
	Anden uddannelse	57,8	1,39	(1,31;1,47)	8.253
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	52,2	1		85.477
	Arbejdsløse	54,7	1,21	(1,10;1,32)	3.210
	Førtidspensionister	64,4	1,51	(1,41;1,62)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	50,5	1,27	(1,19;1,36)	7.303
	Efterlønsmodtagere	59,5			4.140
	Alderspensionister	56,6			50.365
Samlivsstatus	Gift	57,1	1		94.937
	Samlevende	48,1	1,00	(0,97;1,04)	25.639
	Enlig (separeret, skilt)	55,4	0,95	(0,91;0,99)	13.168
	Enlig (enkestand)	51,5	0,97	(0,92;1,02)	10.036
	Enlig (ugift)	38,4	0,88	(0,84;0,91)	27.346
Region	Hovedstaden	45,1	0,76	(0,74;0,77)	57.401
	Sjælland	56,3	1,12	(1,08;1,15)	19.226
	Syddanmark	54,8	1,09	(1,07;1,12)	39.167
	Midtjylland	50,7	0,96	(0,94;0,98)	32.994
	Nordjylland	55,5	1,13	(1,10;1,16)	22.338

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt er 51,0 % af den voksne befolkning moderat eller svært overvægtige (BMI \geq 25). Andelen er større blandt mænd (57,7 %) end blandt kvinder (44,4 %), hvilket ses i alle aldersgrupper. Dette skyldes hovedsageligt, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder er moderat overvægtige (25,0 \leq BMI<30,0), idet andelen af svært overvægtige (BMI \geq 30,0) er nogenlunde ens blandt mænd og kvinder (tabel 4.5.2). Andelen af moderat eller svært overvægtige er mindst i aldersgruppen 16-24 år både blandt mænd (27,7 %) og kvinder (24,0 %). For begge køn ses, at andelen stiger med stigende alder indtil 64-årsalderen, hvorefter den falder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af moderat eller svært overvægtige. Således falder andelen fra 63,4 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 38,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Der er procentvis flest moderat eller svært overvægtige blandt førtidspensionister (64,4 %). Tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses desuden en høj forekomst af moderat eller svær overvægt blandt arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med beskæftigede.

Samlivsstatus:

Der er procentvis færrest moderat eller svært overvægtige blandt enlige (ugifte) (38,4 %) og procentvis flest blandt gifte (57,1 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses der endvidere en relativt lille andel blandt enlige (separerede, skilte).

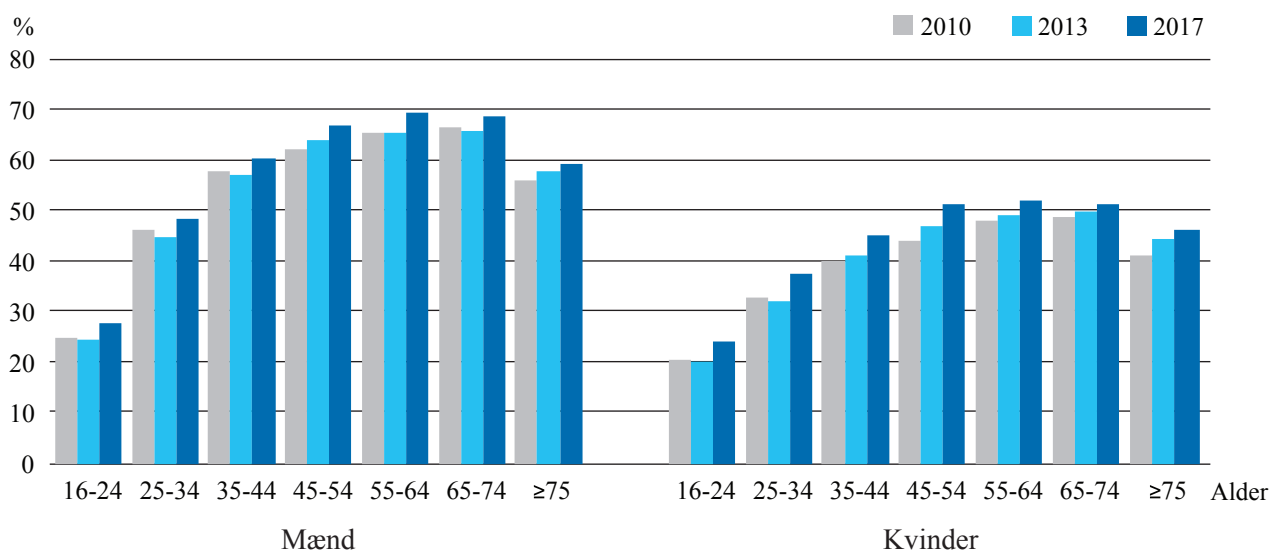
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er forekomsten af moderat eller svær overvægt lavere i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og højere i Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Udvikling:

Andelen af moderat eller svært overvægtige er steget fra 46,8 % i 2010 til 51,0 % i 2017. Stigningen er sket blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Stigningen er størst mellem 2013 og 2017, idet der for nogle aldersgrupper var et fald fra 2010 til 2013. I alle uddannelsesgrupper er der i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen af moderat eller svært overvægtige. Stigningen er dog primært sket fra 2013 til 2017 (data ikke vist).

Figur 4.5.1 Andel moderat eller svært overvægtige (BMI \geq 25) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Tabel 4.5.4 Svær overvægt (BMI \geq 30)

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,05	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,32)	171.126
Mænd	16-24 år	6,6	0,27	(0,24;0,31)	7.239
	25-34 år	13,3	0,60	(0,55;0,66)	7.328
	35-44 år	18,1	0,86	(0,80;0,93)	10.248
	45-54 år	20,4	1		14.461
	55-64 år	21,9	1,09	(1,03;1,17)	15.090
	65-74 år	22,0	1,10	(1,03;1,17)	15.808
	\geq 75 år	15,0	0,69	(0,63;0,74)	8.705
	Alle mænd	17,1			78.879
Kvinder	16-24 år	8,1	0,32	(0,29;0,35)	9.371
	25-34 år	15,0	0,64	(0,60;0,69)	9.878
	35-44 år	18,1	0,81	(0,76;0,86)	13.070
	45-54 år	21,5	1		17.293
	55-64 år	19,5	0,88	(0,83;0,94)	16.783
	65-74 år	17,9	0,80	(0,75;0,85)	16.382
	\geq 75 år	13,6	0,57	(0,53;0,62)	9.470
	Alle kvinder	16,6			92.247
Uddannelse	Under uddannelse	7,5			12.105
	Grundskole	26,3	2,40	(2,26;2,55)	13.784
	Kort uddannelse	20,6	1,58	(1,52;1,65)	61.608
	Kort videregående uddannelse	17,1	1,18	(1,11;1,25)	14.141
	Mellemlang videregående udd.	14,6	1		36.199
	Lang videregående uddannelse	8,1	0,52	(0,48;0,55)	19.304
	Anden uddannelse	19,4	1,50	(1,39;1,62)	8.253
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	16,4	1		85.477
	Arbejdsløse	23,2	1,60	(1,44;1,76)	3.210
	Førtidspensionister	32,1	2,23	(2,08;2,39)	5.351
	Andre uden for arbejdsmarkedet	22,4	1,69	(1,57;1,82)	7.303
	Efterlønsmodtagere	20,6			4.140
	Alderspensionister	17,6			50.365
Samlivsstatus	Gift	18,0	1		94.937
	Samlevende	15,4	1,08	(1,03;1,13)	25.639
	Enlig (separeret, skilt)	19,8	1,10	(1,04;1,16)	13.168
	Enlig (enkestand)	16,7	1,12	(1,04;1,20)	10.036
	Enlig (ugift)	14,3	1,31	(1,24;1,38)	27.346
Region	Hovedstaden	13,4	0,73	(0,71;0,75)	57.401
	Sjælland	20,4	1,17	(1,13;1,21)	19.226
	Syddanmark	18,7	1,08	(1,05;1,11)	39.167
	Midtjylland	16,8	0,96	(0,94;0,99)	32.994
	Nordjylland	19,5	1,13	(1,09;1,17)	22.338

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt er 16,8 % af den voksne befolkning svært overvægtige (BMI \geq 30). Forekomsten er nogenlunde ens blandt mænd (17,1 %) og kvinder (16,6 %). Blandt begge køn er forekomsten af svær overvægt lavest i aldersgruppen 16-24 år. Andelen stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65-74 år blandt mænd og 45-54 år blandt kvinder, hvorefter den falder.

Uddannelse:

Der ses en klar sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen af svært overvægtige. Således falder andelen fra 26,3 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 8,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen af svært overvægtige er større blandt arbejdsløse (23,2 %), førtidspensionister (32,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,4 %) end blandt beskæftigede (16,4 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest svært overvægtige blandt enlige (separerede, skilte) (19,8 %) og procentvis færrest blandt enlige (ugifte) (14,3 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses en lavere forekomst blandt gifte end blandt samlevende og enlige.

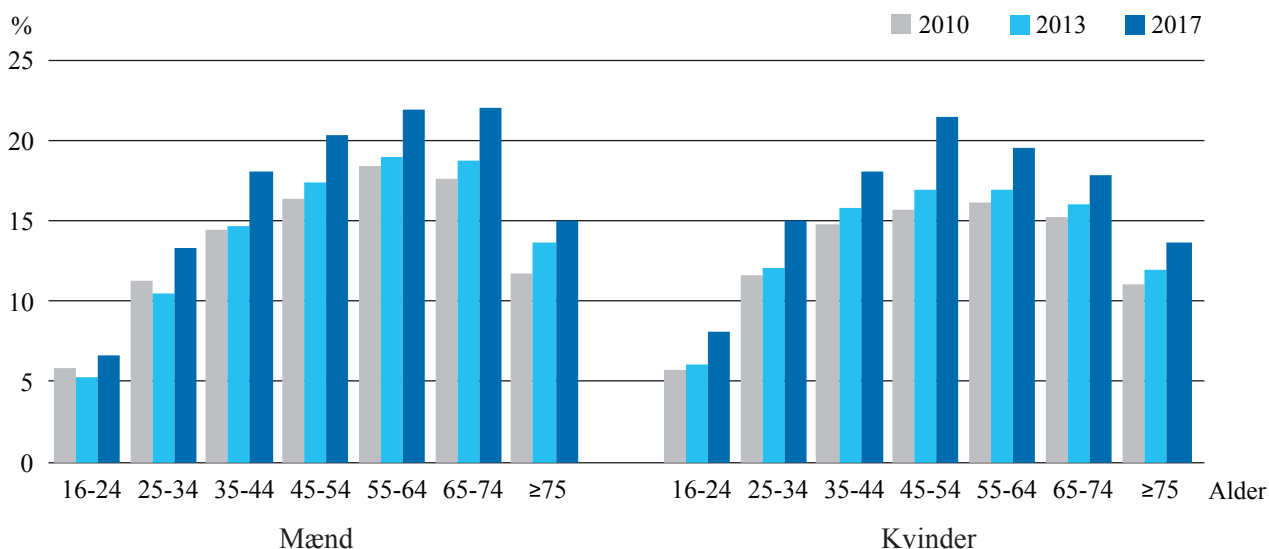
Regioner:

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

Udvikling:

Andelen af svært overvægtige er steget fra 13,6 % i 2010 til 16,8 % i 2017. Stigningen er sket blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper. Stigningen er størst mellem 2013 og 2017. I alle uddannelsesgrupper er der i perioden 2010 til 2017 sket en stigning i andelen af svært overvægtige. Stigningen, som primært er sket mellem 2013 og 2017, er størst blandt mænd med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau og mindst blandt mænd og kvinder med en lang videregående uddannelse (data ikke vist).

Figur 4.5.2 Andel svært overvægtige (BMI \geq 30) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Svær overvægt og ønske om at ændre sundhedsadfærd

Tabel 4.5.5 viser andelen blandt svært overvægtige, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktive og tabe sig, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det ses, at svært overvægtige kvinder i højere grad end svært overvægtige mænd gerne vil ændre sundhedsadfærd. Overordnet er andelen blandt mænd størst i aldersgrupperne 25-34 år og 35-44 år og blandt kvinder i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år, hvorefter andelen falder med stigende alder.

Table 4.5.5 Andel svært overvægtige, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktive og tabe sig, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Svært overvægtige, der gerne vil spise mere sundt	72,0	79,8	78,6	67,3	55,6	41,3	29,6	61,2
Svært overvægtige, der gerne vil være mere fysisk aktive	70,8	78,1	80,8	73,0	65,8	52,3	40,9	67,3
Svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	53,6	53,3	56,3	50,3	46,0	36,3	21,9	46,3
Kvinder								
Svært overvægtige, der gerne vil spise mere sundt	90,6	88,4	85,5	78,3	68,4	52,6	38,7	72,5
Svært overvægtige, der gerne vil være mere fysisk aktive	85,4	86,4	84,5	79,5	71,5	59,2	44,4	74,3
Svært overvægtige, der gerne vil tabe sig	78,1	79,4	77,2	71,9	64,3	51,2	28,5	65,8

Vægtgrupper og selv vurderet vægt

Ud over at angive oplysninger om højde og vægt til beregning af BMI er svarpersonerne blevet bedt om at vurdere deres egen vægt. Det fremgår af tabel 4.5.6, at der er en relativt god overensstemmelse mellem vægtgruppe og svarpersonernes egen opfattelse af deres vægt. Således vurderer størstedelen af de moderat og svært overvægtige mænd og kvinder, at deres vægt er lidt eller alt for høj. Til sammenligning er det kun omkring halvdelen af de undervægtige kvinder (47,7 %), der selv vurderer deres vægt som alt eller lidt for lav, mens det gælder for omtrent trefjerdedele af de undervægtige mænd (75,3 %).

Table 4.5.6 Vægtgrupper i forhold til selv vurderet vægt. Procent

	Alt for lav	Lidt for lav	Tilpas	Lidt for høj	Alt for høj	I alt	Antal svarpersoner
Mænd							
Undervægt	31,4	43,9	22,9	1,9	0,0	100,0	761
Normalvægt	2,2	16,3	63,4	17,9	0,2	100,0	29.756
Moderat overvægt	0,1	1,1	25,0	67,4	6,4	100,0	33.969
Svær overvægt	0,4	0,6	4,6	46,0	48,4	100,0	14.227
Kvinder							
Undervægt	12,4	35,3	47,2	4,4	0,7	100,0	2.866
Normalvægt	0,4	4,1	54,8	39,0	1,7	100,0	46.821
Moderat overvægt	0,2	0,7	10,2	67,6	21,3	100,0	26.782
Svær overvægt	0,3	0,6	2,1	23,4	73,7	100,0	15.574

4.6 Flere samtidige risikofaktorer

Livsstilsrelaterede risikofaktorer omfatter eksempelvis rygning, et stort alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster og svær overvægt (1). Disse faktorer har både hver for sig og ved en samtidig tilstedeværelse en negativ betydning for sundheden. Adskillige studier viser, at antallet af risikofaktorer, en person har, øger risikoen for at få hjertekarsygdom, kræft eller for at dø for tidligt (1-7).

Der ses ofte en ophobning af risikofaktorer i bestemte grupper i befolkningen, hvilket betyder, at der i disse grupper er en forhøjet risiko for negative helbredsudfald. En ophobning af risikofaktorer vil dermed sige, at har man en usund livsstil på ét område, er der også stor sandsynlighed for, at man har det på andre områder. Risikofaktorerne hænger således ikke blot sammen med forhold som køn, alder og uddannelse, men er også indbyrdes koblet til hinanden (8).

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

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

- Usundt kostmønster ud fra en samlet kostscore
- Daglig rygning
- Overskridelse af Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse
- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet
- Svær overvægt

Også andre faktorer har betydning for helbredet, så den beregnede score skal ses som et simpelt mål til illustration af betydningen af flere samtidige risikofaktorer.

For hver risikofaktor gives værdien 1. Det betyder altså, at en score på 5 dækker over, at svarpersonen både har et usundt kostmønster, ryger dagligt, overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse i forbindelse med alkoholindtagelse, opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og er svært overvægtig. Omvendt betyder en score på 0, at svarpersonen ikke har nogen af de nævnte risikofaktorer. Som tidligere nævnt øger hver af de fem risikofaktorer separat risikoen for udvikling af sygdom, og jo flere samtidige risikofaktorer, desto større er risikoen for at udvikle sygdom.

Køn:

Det fremgår af tabel 4.6.1, at blandt mænd har 43,4 % ingen risikofaktorer, og 32,5 % har én risikofaktor. Blandt kvinder har 48,2 % ingen risikofaktorer, og 32,9 % har én risikofaktor. Mænd har generelt flere samtidige risikofaktorer end kvinder. Blandt mænd er der 7,6 %, der har 3-5 risikofaktorer, mens det kun er 4,7 % blandt kvinder. Der er kun mindre forskelle i antallet af risikofaktorer mellem de forskellige aldersgrupper.

Tabel 4.6.1 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
0	49,6	48,7	43,8	42,0	36,9	41,6	40,7	43,4
1	32,7	31,2	32,3	31,0	33,8	33,3	34,3	32,5
2	13,2	14,3	16,5	17,5	19,3	16,9	18,9	16,6
3	3,8	4,7	6,2	7,5	7,8	6,7	5,3	6,1
4	0,7	1,0	1,2	1,8	1,8	1,3	0,8	1,3
5	0,1	0,1	0,1	0,2	0,3	0,2	0,0	0,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.838	6.350	8.958	12.631	12.929	12.866	5.855	65.427
Kvinder								
0	54,1	51,0	47,4	45,3	45,6	50,6	41,7	48,2
1	29,4	32,5	34,3	33,0	33,2	32,1	37,4	32,9
2	11,7	12,4	14,1	15,9	15,8	13,5	17,2	14,2
3	4,0	3,6	3,7	4,8	4,6	3,3	3,4	4,0
4	0,7	0,5	0,5	1,0	0,8	0,5	0,2	0,7
5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	7.883	8.756	11.641	15.255	14.360	12.857	5.245	75.997

Uddannelse:

Det fremgår af tabel 4.6.2, at der er en stærk sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og antal risikofaktorer. Således stiger andelen, der ikke har nogen risikofaktorer, med stigende uddannelsesniveau for både mænd og kvinder. Hvis man lægger tallene sammen for både mænd og kvinder, er der 23,5 %, som ikke har nogen risikofaktorer, blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau, mens det gælder for 59,3 % blandt personer med en lang videregående uddannelse (data ikke vist). Andelen, der har 3-5 risikofaktorer, er modsat størst blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau (16,7 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (2,1 %) (data ikke vist).

Tabel 4.6.2 Antal risikofaktorer blandt mænd og kvinder (25 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. Aldersjusteret procent

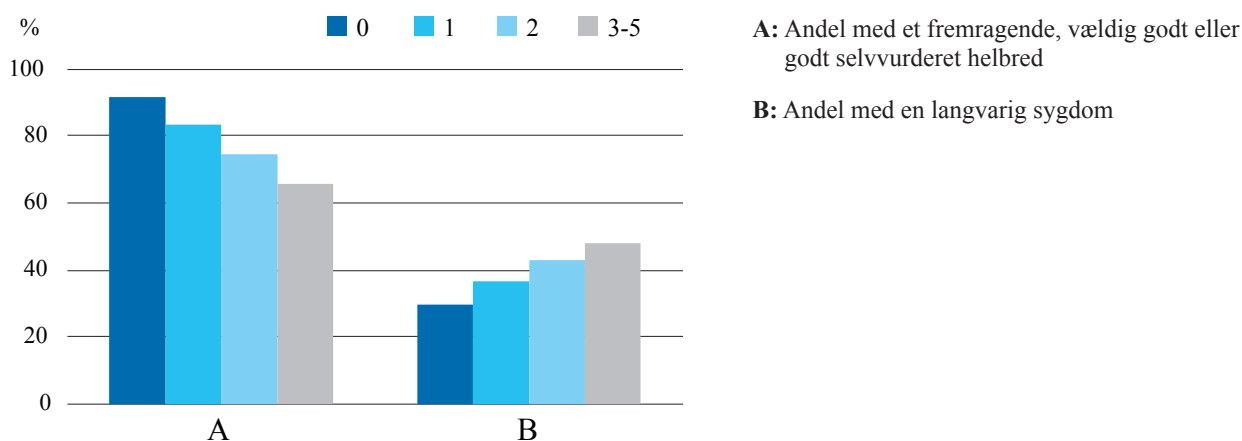
	Grundskole	Kort uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
0	21,4	36,0	46,4	49,9	58,4
1	31,7	33,9	31,6	31,7	29,7
2	27,8	20,0	16,1	13,6	9,4
3-5	19,1	10,2	5,8	4,8	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.606	23.740	5.748	11.476	9.052
Kvinder					
0	26,3	40,6	49,4	54,2	61,4
1	36,3	35,0	33,3	32,4	29,6
2	23,7	18,0	13,7	10,9	7,6
3-5	13,7	6,4	3,6	2,5	1,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.567	24.226	6.247	19.787	8.289

Sammenhængen mellem antal risikofaktorer og udvalgte indikatorer for helbred og trivsel fremgår af figur 4.6.1. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, er der 91,7 %, som vurderer deres helbred som fremragende, vældigt godt eller godt, mens det kun gælder for 66,1 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. I forhold til langvarig sygdom fremgår det, at andelen stiger med antallet af risikofaktorer. Således er der 30,1 %, der har en langvarig sygdom blandt personer, som ikke har nogen risikofaktorer, mens andelen er 48,2 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder.

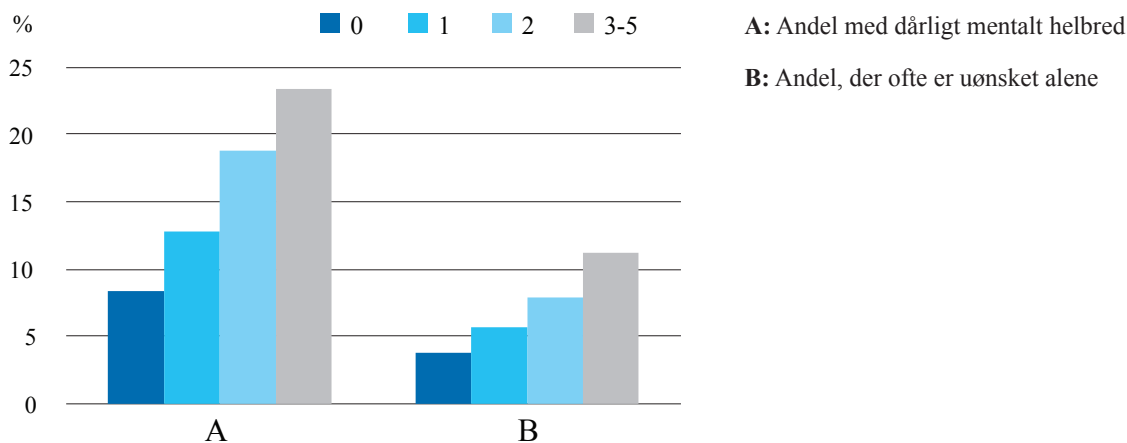
Samme mønster ses i forhold til andelen med dårlig mental sundhed, målt ud fra spørgsmålsbatteriet SF-12 (jf. kapitel 2.2) (figur 4.6.2.). Det fremgår altså, at der er en mindre andel med dårlig mental sundhed blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer (8,5 %), end blandt personer med 3-5 risikofaktorer (23,4 %). Endvidere ses der en sammenhæng mellem antal risikofaktorer og andelen, der ofte er uønsket alene. Blandt personer, der ikke har nogen risikofaktorer, angiver 3,9 %, at de ofte er uønsket alene, mens det gælder for 11,3 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer. Mønsteret er det samme for både mænd og kvinder.

Det samme mønster ses i forhold til udvalgte indikatorer for sygelighed (diabetes, forhøjet blodtryk, kronisk lungesygdom, diskusprolaps eller andre rygsygdomme) (figur 4.6.3). Andelen med en specifik sygdom eller helbredsproblem stiger med antallet af risikofaktorer. Eksempelvis er der kun 14,1 % af personer, der ikke har nogen risikofaktorer, som angiver, at de har forhøjet blodtryk, mens andelen er 26,1 % blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer.

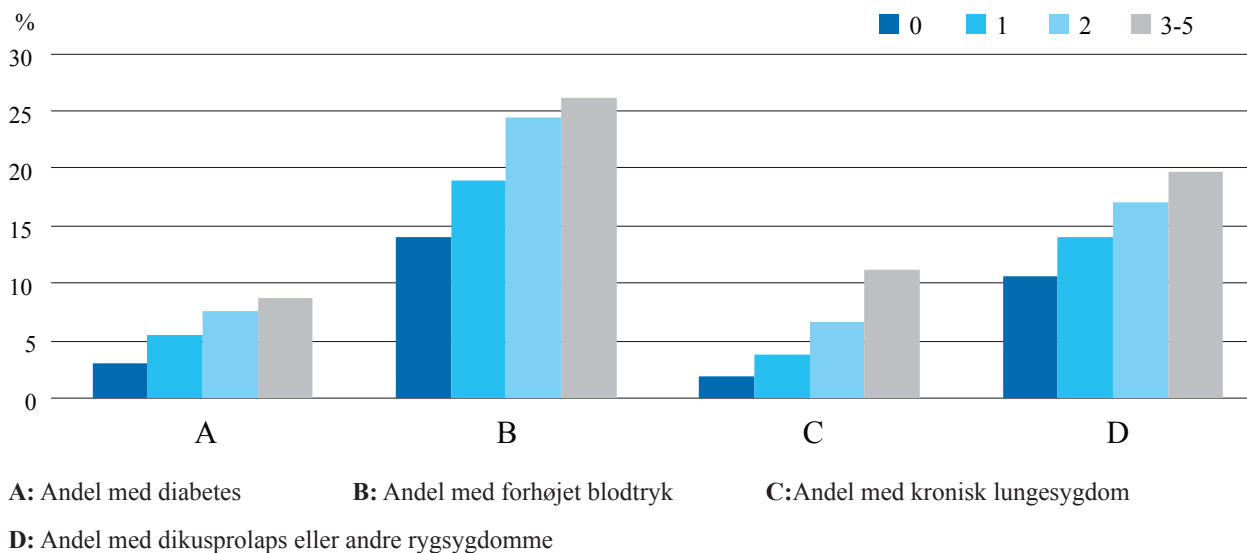
Figur 4.6.1 Andel med henholdsvis et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred og med langvarig sygdom opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



Figur 4.6.2 Andel med henholdsvis dårligt mentalt helbred, og som ofte er uønsket alene, opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



Figur 4.6.3 Andel med udvalgte indikatorer for sygelighed opdelt på antal risikofaktorer. Aldersjusteret procent



5 KONTAKT TIL EGEN LÆGE

I løbet af en periode på tre år har næsten alle i den danske befolkning kontakt til egen læge (1). Således har alment praktiserende læger kontakt med langt de fleste danskere, og denne kontakt giver den praktiserende læge mulighed for at indgå i dialog med patienterne omkring deres sundhedsadfærd. Dette er af stor relevans, da mange kroniske sygdomme kan forebygges ved at ændre sundhedsadfærd. Undersøgelser har vist, at omkring halvdelen af patienterne, som er i kontakt med praktiserende læger, allerede har mindst én kronisk lidelse (1). Den praktiserende læges rådgivning er vigtig i forhold til både raske personer og patienter med kendt kronisk sygdom, da en hensigtsmæssig sundhedsadfærd er en vigtig del af såvel forebyggelse som behandling af kroniske sygdomme (2).

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

Svarpersoner, der oplyser, at de har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, er endvidere blevet spurgt: 'Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til:'. Det var muligt at svare:

- At holde op med at ryge
- At tabe sig
- At tage på i vægt
- At dyrke motion
- At nedsætte alkoholforbruget
- At ændre kostvaner
- At tage den med ro



Tabel 5.1 Har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	77,8	1		174.136
	2013	77,9	0,99	(0,97;1,01)	158.105
	2017	78,8	1,02	(1,00;1,05)	171.440
Mænd	16-24 år	66,7	0,84	(0,79;0,90)	7.250
	25-34 år	64,6	0,77	(0,72;0,82)	7.367
	35-44 år	66,5	0,83	(0,78;0,89)	10.239
	45-54 år	70,4	1		14.399
	55-64 år	77,1	1,41	(1,33;1,50)	15.001
	65-74 år	83,8	2,18	(2,04;2,33)	15.687
	≥75 år	91,9	4,77	(4,32;5,27)	8.650
	Alle mænd	73,1			78.593
Kvinder	16-24 år	85,9	1,41	(1,29;1,53)	9.514
	25-34 år	86,3	1,46	(1,34;1,59)	9.939
	35-44 år	82,0	1,06	(0,99;1,13)	13.157
	45-54 år	81,2	1		17.387
	55-64 år	82,0	1,06	(0,99;1,13)	16.826
	65-74 år	84,6	1,27	(1,19;1,36)	16.380
	≥75 år	89,4	1,95	(1,79;2,13)	9.644
	Alle kvinder	84,2			92.847
Uddannelse	Under uddannelse	76,8			12.221
	Grundskole	82,8	1,02	(0,95;1,08)	13.833
	Kort uddannelse	79,0	1,01	(0,97;1,05)	61.704
	Kort videregående uddannelse	78,3	1,01	(0,95;1,07)	14.147
	Mellemlang videregående udd.	79,5	1		36.191
	Lang videregående uddannelse	73,7	0,81	(0,77;0,86)	19.334
	Anden uddannelse	80,3	1,02	(0,95;1,11)	8.271
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	74,0	1		85.590
	Arbejdsløse	81,5	1,49	(1,32;1,67)	3.234
	Førtidspensionister	88,1	2,48	(2,23;2,75)	5.415
	Andre uden for arbejdsmarkedet	83,1	1,86	(1,69;2,04)	7.385
	Efterlønsmodtagere	82,1			4.128
	Alderspensionister	86,8			50.361
Samlivsstatus	Gift	79,0	1		94.783
	Samlevende	76,7	1,04	(0,99;1,09)	25.707
	Enlig (separeret, skilt)	83,5	1,26	(1,18;1,33)	13.197
	Enlig (enkestand)	87,2	1,01	(0,94;1,09)	10.160
	Enlig (ugift)	75,7	1,00	(0,95;1,05)	27.593
Region	Hovedstaden	78,4	1,00	(0,98;1,03)	57.740
	Sjælland	80,4	1,06	(1,03;1,10)	19.278
	Syddanmark	79,1	1,02	(0,99;1,05)	38.549
	Midtjylland	78,5	1,00	(0,97;1,03)	33.301
	Nordjylland	77,8	0,92	(0,89;0,95)	22.572

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt angiver 78,8 % af den voksne danske befolkning, at de har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder. Det gælder for en større andel blandt kvinder (84,2 %) end blandt mænd (73,1 %). Blandt mænd er andelen stort set konstant frem til 45-års alderen, hvorefter den stiger, mens andelen blandt kvinder er størst i de yngste og ældste aldersgrupper.

Uddannelse:

Der er kun små forskelle i andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, mellem de forskellige uddannelsesgrupper. Der ses dog en relativt lille andel blandt personer med en lang videregående uddannelse (73,7 %).

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er større blandt arbejdsløse (81,5 %), førtidspensionister (88,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (83,1 %) end blandt beskæftigede (74,0 %).

Samlivsstatus:

Der er procentvis flest, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, blandt enlige (enkestand). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses den højeste forekomst blandt enlige (separerede, skilte).

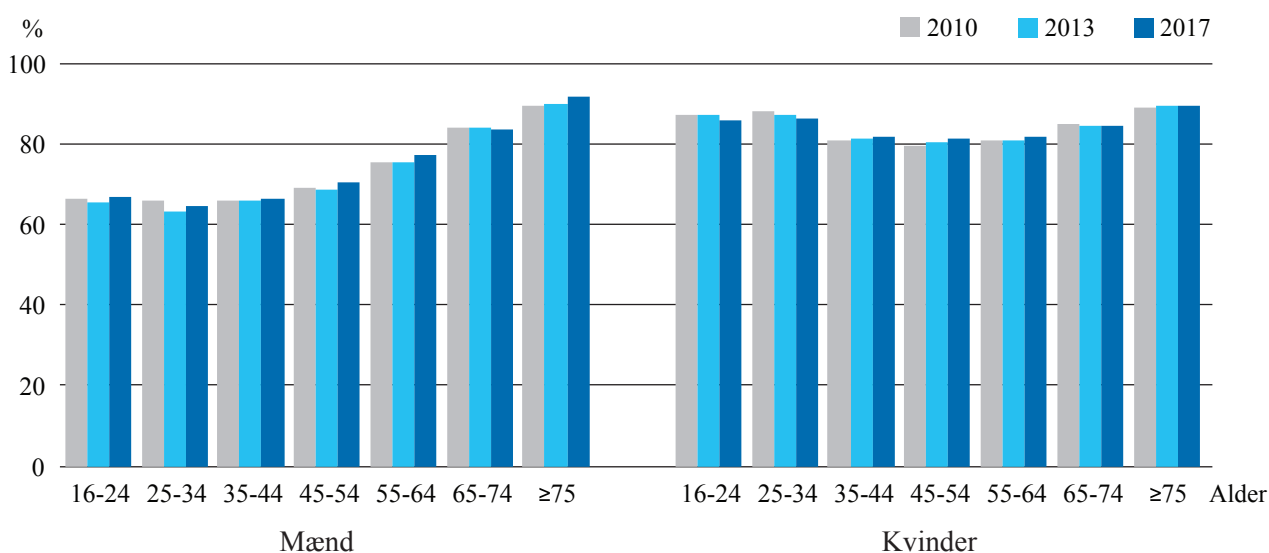
Regioner:

Andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, er størst i Region Sjælland, og mindst i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, stort set uændret. Andelen er også stort set uændret i alle køns- og aldersgrupper. Der ses ikke noget entydigt mønster i udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der har været hos egen læge inden for de seneste 12 måneder, inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

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



Råd fra egen læge

I tabel 5.2 ses andelen, der har modtaget råd fra egen læge, i henholdsvis 2010, 2013 og 2017, blandt mænd og kvinder, som henholdsvis har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er svært overvægtige eller ofte er nervøse eller stressede, og som har været hos egen læge inden for de sidste 12 måneder.

I 2017 er der blandt dagligrygere en relativt stor andel blandt både mænd og kvinder, der har fået råd om rygestop. Både blandt mænd og kvinder er der ligeledes en relativt stor andel blandt svært overvægtige, som har fået råd om vægttab, og en relativt stor andel, der ofte er nervøse og stressede, som har fået råd om at tage det med ro. Den største forskel mellem mænd og kvinder ses i andelen, der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. I gruppen, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse i en typisk uge, er der således en større andel blandt mænd (19,4 %) end blandt kvinder (8,3 %), der har modtaget råd om at nedsætte deres alkoholforbrug. Der ses en stigning i andelen, der har fået råd om at nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der overskrider højrisikogrænsen i forbindelse med alkoholindtagelse. Derimod ses der et fald i andelen blandt svært overvægtige, der har fået råd om at ændre kostvaner, dyrke motion og at tabe sig.

Tabel 5.2 Andel, der har modtaget råd fra egen læge, blandt mænd og kvinder, der har været hos egen læge i løbet af seneste 12 måneder, og henholdsvis har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er svært overvægtige eller ofte er nervøse eller stressede. 2010, 2013 og 2017. Aldersjusteret procent

	Modtaget råd om	2010		2013		2017	
		Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner	Procent	Antal svarpersoner
Mænd							
Dagligrygere	Rygestop	37,6	11.747	38,1	8.933	38,7	9.472
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Nedsætte alkoholforbruget	16,1	7.235	17,4	5.307	19,4	5.219
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,6	8.866	12,6	8.671	12,7	10.844
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Dyrke motion	-	-	-	-	25,8	14.902
Svær overvægt	Ændre kostvaner	31,7	8.474	29,0	8.458	25,8	11.190
Svær overvægt	Dyrke motion	37,7	8.516	38,0	8.487	36,5	11.229
Svær overvægt	Vægttab	46,7	8.718	43,5	8.689	38,2	11.325
Ofte nervøs eller stresset	Tage det med ro	36,7	5.001	35,1	4.708	34,8	6.692
Kvinder							
Dagligrygere	Rygestop	34,1	13.469	33,3	9.880	33,7	10.675
Overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse ved alkoholindtagelse	Nedsætte alkoholforbruget	6,5	5.859	6,9	4.378	8,3	4.011
Usundt kostmønster	Ændre kostvaner	12,5	5.571	12,1	5.650	11,7	7.973
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Dyrke motion	-	-	-	-	20,1	19.376
Svær overvægt	Ændre kostvaner	31,2	9.765	27,0	9.546	23,2	11.190
Svær overvægt	Dyrke motion	36,0	9.783	33,8	9.586	30,7	12.955
Svær overvægt	Vægttab	41,7	10.105	37,9	9.781	31,3	13.120
Ofte nervøs eller stresset	Tage det med ro	40,6	10.383	39,7	9.772	39,8	14.186

6 SOCIALE RELATIONER

Sociale relationer har både betydning for menneskers fysiske og psykiske helbred (1). Personer med stærke sociale relationer har oftere et bedre helbred, bliver sjældnere syge og kommer sig hurtigere over sygdom end personer med svage sociale relationer. Undersøgelser viser, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk (3), hjertekarsygdom (4) og metabolisk syndrom (5). Personer med stærke sociale relationer har derimod lavere risiko for psykiske lidelser og dødelighed sammenlignet med personer med svage sociale relationer (6).

I Danmark er ensomhed årligt relateret til godt 2.200 ekstra dødsfald, hvilket svarer til 4 % af alle dødsfald (7). Det betyder, at personer, der er ensomme, i gennemsnit lever seks måneder kortere end personer, der ikke er ensomme (7). Derudover tegner ensomme personer sig for langt flere kontakter i både primær- og sekundærsektoren, har mere arbejdsmarkedsfravær og koster samfundet flere penge i form af udgifter til behandling og pleje samt på grund af tabt produktion (7).

Karakteren og typen af sociale relationer har været under forandring de seneste årtier. Dette skyldes blandt andet ændrede familiemønstre (8), den teknologiske udvikling, herunder udviklingen af de sociale medier, samt et arbejdsmarked, hvor mange gør brug af fleksible arbejdstider (9), og hvor flere arbejder hjemme (10).

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

Sociale relationer belyses i denne undersøgelse ud fra både en strukturel og en funktionel dimension.

Det strukturelle aspekt belyses ud fra følgende spørgsmål: 'Hvor ofte er du i kontakt med venner, bekendte og familie, som du ikke bor sammen med?'. Det var muligt at svare:

- Dagligt eller næsten dagligt
- 1 eller 2 gange om ugen
- 1 eller 2 gange om måneden
- Sjældnere end 1 gang om måneden
- Aldrig

Det funktionelle aspekt belyses ud fra spørgsmålet: 'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?'. Her var det muligt at svare:

- Ja, ofte
- Ja, en gang imellem
- Ja, men sjældent
- Nej

Kontakt med familie, venner eller bekendte

Tabel 6.1 viser, hvor ofte den voksne befolkning har kontakt med venner, bekendte og familie, som de ikke bor sammen med. En større andel blandt kvinder (40,2 %) end blandt mænd (25,7 %) har kontakt med familie dagligt eller næsten dagligt. Der ses ingen markante kønsforskelle ved de øvrige sociale kontakter.

Tabel 6.1 Andel, der har kontakt med familie, venner og bekendte, som de ikke bor sammen med, blandt mænd og kvinder. Procent

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	I alt	Antal svarpersoner
Mænd							
Familie, som du ikke bor sammen med	25,7	44,2	19,6	8,5	2,0	100,0	78.834
Venner	30,2	40,6	19,5	7,5	2,2	100,0	78.393
Kollegaer eller studiekammerater i fritiden	17,4	17,4	16,7	21,6	26,9	100,0	76.687
Naboer eller beboere i dit lokalområde	14,2	29,2	21,5	18,4	16,7	100,0	78.329
Personer, du mest kender fra internettet	8,4	11,7	10,9	18,0	51,0	100,0	77.818
Kvinder							
Familie, som du ikke bor sammen med	40,2	40,7	12,7	5,1	1,3	100,0	93.147
Venner	31,4	41,6	18,8	6,4	1,8	100,0	92.283
Kollegaer eller studiekammerater i fritiden	15,8	16,9	17,2	21,7	28,5	100,0	88.823
Naboer eller beboere i dit lokalområde	14,1	27,8	20,8	19,2	18,0	100,0	92.097
Personer, du mest kender fra internettet	7,7	10,4	10,1	17,1	54,8	100,0	91.065

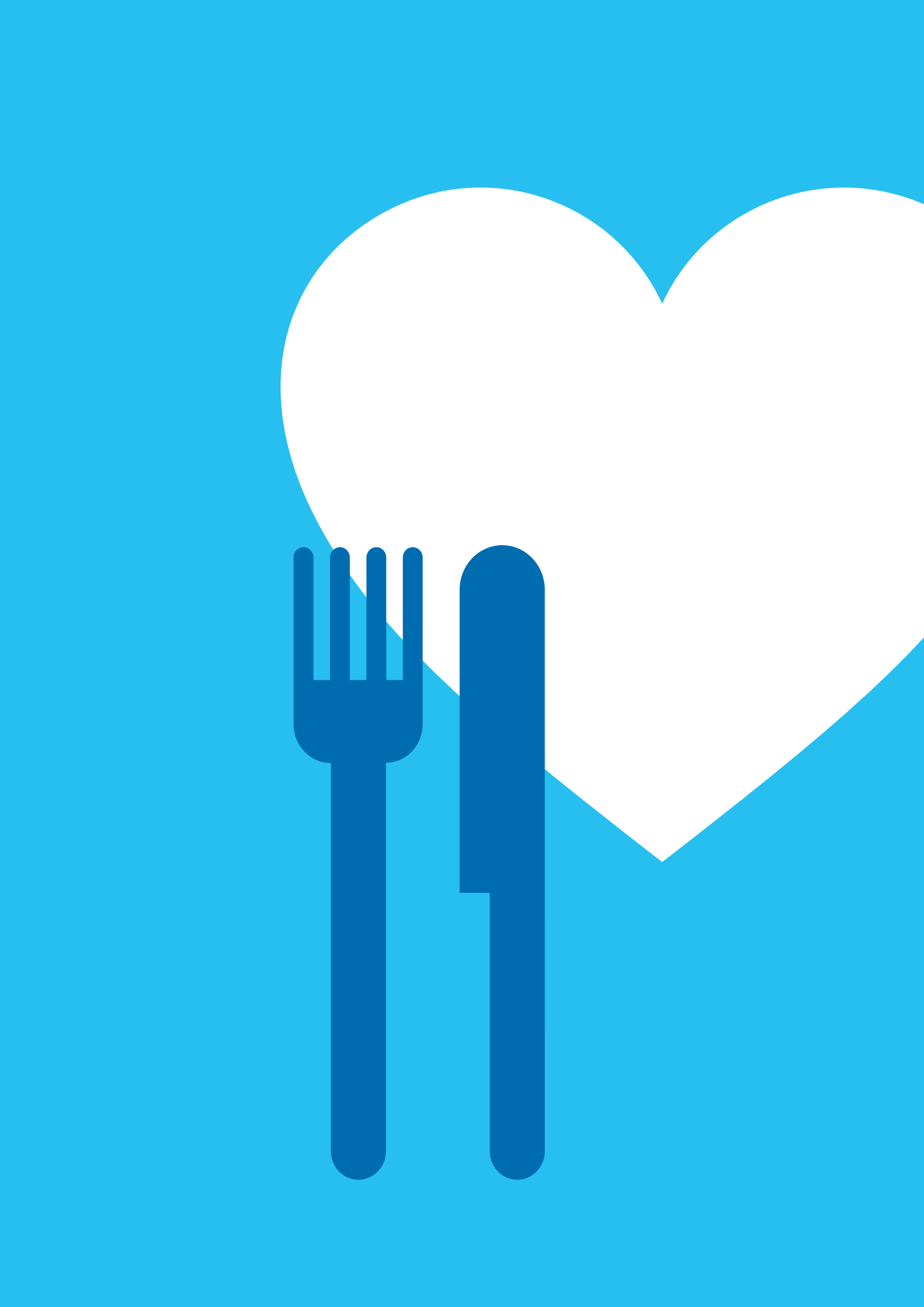


Table 6.2 Ofte uønsket alene

		Procent	OR ¹	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	5,6	1		174.560
	2013	5,7	1,02	(0,98;1,06)	157.619
	2017	6,3	1,13	(1,09;1,17)	172.171
Mænd	16-24 år	8,5	1,58	(1,38;1,80)	7.272
	25-34 år	7,4	1,36	(1,18;1,56)	7.341
	35-44 år	5,9	1,06	(0,93;1,22)	10.261
	45-54 år	5,5	1		14.455
	55-64 år	5,0	0,90	(0,79;1,02)	15.110
	65-74 år	4,1	0,73	(0,63;0,83)	15.823
	≥75 år	5,7	1,03	(0,89;1,19)	8.701
	Alle mænd	6,0			78.963
Kvinder	16-24 år	10,3	2,05	(1,82;2,30)	9.528
	25-34 år	7,6	1,45	(1,28;1,64)	9.917
	35-44 år	5,7	1,06	(0,94;1,21)	13.159
	45-54 år	5,3	1		17.450
	55-64 år	5,3	1,00	(0,89;1,13)	16.891
	65-74 år	4,4	0,81	(0,71;0,92)	16.561
	≥75 år	8,1	1,56	(1,39;1,77)	9.702
	Alle kvinder	6,5			93.208
Uddannelse	Under uddannelse	9,3			12.262
	Grundskole	9,1	2,51	(2,26;2,80)	14.020
	Kort uddannelse	6,0	1,44	(1,32;1,57)	62.128
	Kort videregående uddannelse	4,7	1,13	(1,00;1,29)	14.214
	Mellemlang videregående udd.	4,3	1		36.342
	Lang videregående uddannelse	4,2	0,91	(0,81;1,03)	19.368
	Anden uddannelse	8,9	2,33	(2,05;2,64)	8.342
Erhvervsmæssig stilling	Beskæftigede	4,0	1		85.893
	Arbejdsløse	12,4	3,45	(3,00;3,97)	3.250
	Førtidspensionister	17,6	6,62	(5,99;7,32)	5.423
	Andre uden for arbejdsmarkedet	16,3	4,99	(4,51;5,52)	7.402
	Efterlønsmodtagere	3,2			4.153
	Alderspensionister	5,4			50.787
Samlivsstatus	Gift	2,7	1		95.221
	Samlevende	4,4	1,42	(1,29;1,57)	25.790
	Enlig (separeret, skilt)	12,1	5,28	(4,86;5,74)	13.257
	Enlig (enkestand)	12,2	6,65	(6,00;7,37)	10.280
	Enlig (ugift)	11,4	4,13	(3,78;4,50)	27.623
Region	Hovedstaden	6,1	0,94	(0,90;0,98)	57.787
	Sjælland	6,5	1,06	(0,99;1,12)	19.195
	Syddanmark	6,5	1,04	(0,99;1,09)	39.596
	Midtjylland	5,9	0,91	(0,86;0,96)	33.113
	Nordjylland	6,7	1,07	(1,01;1,14)	22.480

1) Justeret for køn og alder

Køn og alder:

I alt oplever 6,3 % af den voksne befolkning ofte at være uønsket alene. Andelen er lidt større blandt kvinder (6,5 %) end blandt mænd (6,0 %). Både blandt mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år.

Uddannelse:

Der ses en sammenhæng mellem højest gennemførte uddannelsesniveau og andelen, der ofte er uønsket alene. Således falder andelen fra 9,1 % blandt personer med grundskole som højest gennemførte uddannelsesniveau til 4,2 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling:

Andelen, der ofte er uønsket alene, er større blandt arbejdsløse (12,4 %), førtidspensionister (17,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,3 %) sammenlignet med beskæftigede (4,0 %).

Samlivsstatus:

Andelen, der ofte er uønsket alene, er mindre blandt gifte (2,7 %) sammenlignet med de øvrige samlivsgrupper. Andelen er størst blandt enlige.

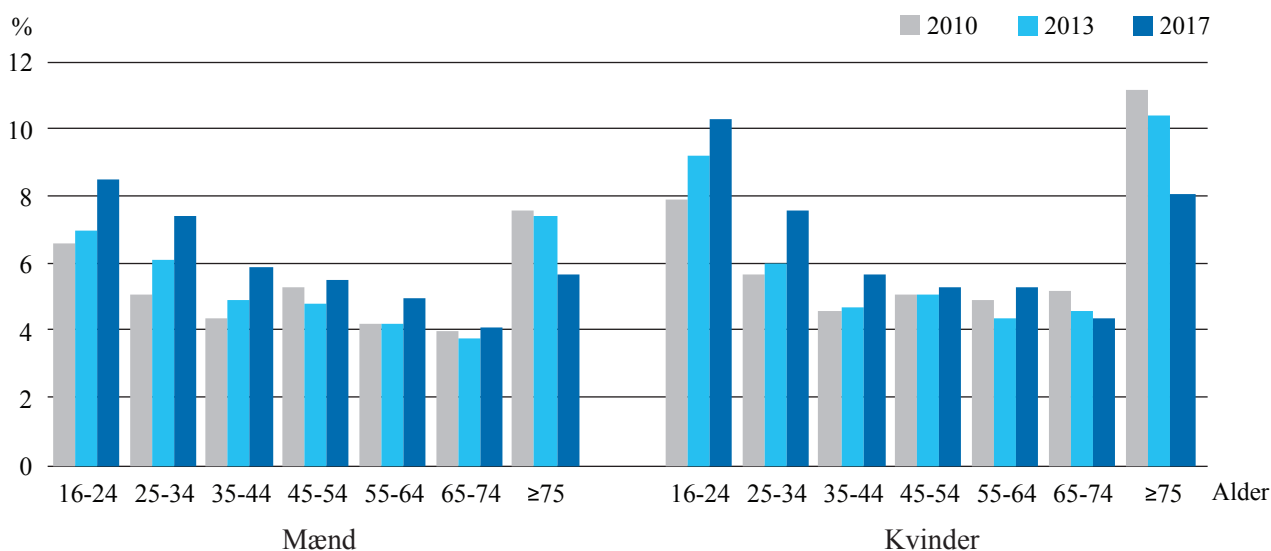
Regioner:

I forhold til landsgennemsnittet er andelen, der ofte er uønsket alene, lidt mindre i Region Hovedstaden og Region Midtjylland og større i Region Nordjylland.

Udvikling:

I perioden 2010 til 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget med 0,7 procentpoint. Der ses dog ændringer inden for de enkelte køns- og aldersgrupper. Både for mænd og kvinder ses en stigning i andelen i de tre yngste aldersgrupper. Modsat ses et fald i den ældste aldersgruppe for mænd og i de to ældste aldersgrupper for kvinder. Der er ikke noget entydigt mønster i udviklingen fra 2010 til 2017 i andelen, der ofte er uønsket alene, inden for forskellige uddannelsesgrupper (data ikke vist).

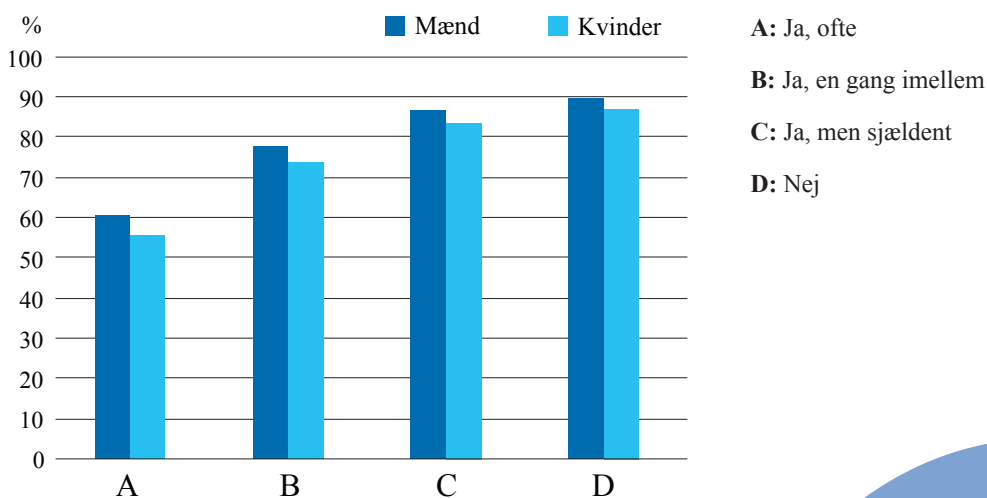
Figur 6.1 Andel, der ofte er uønsket alene, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013 og 2017. Procent



Selvurderet helbred og sociale relationer

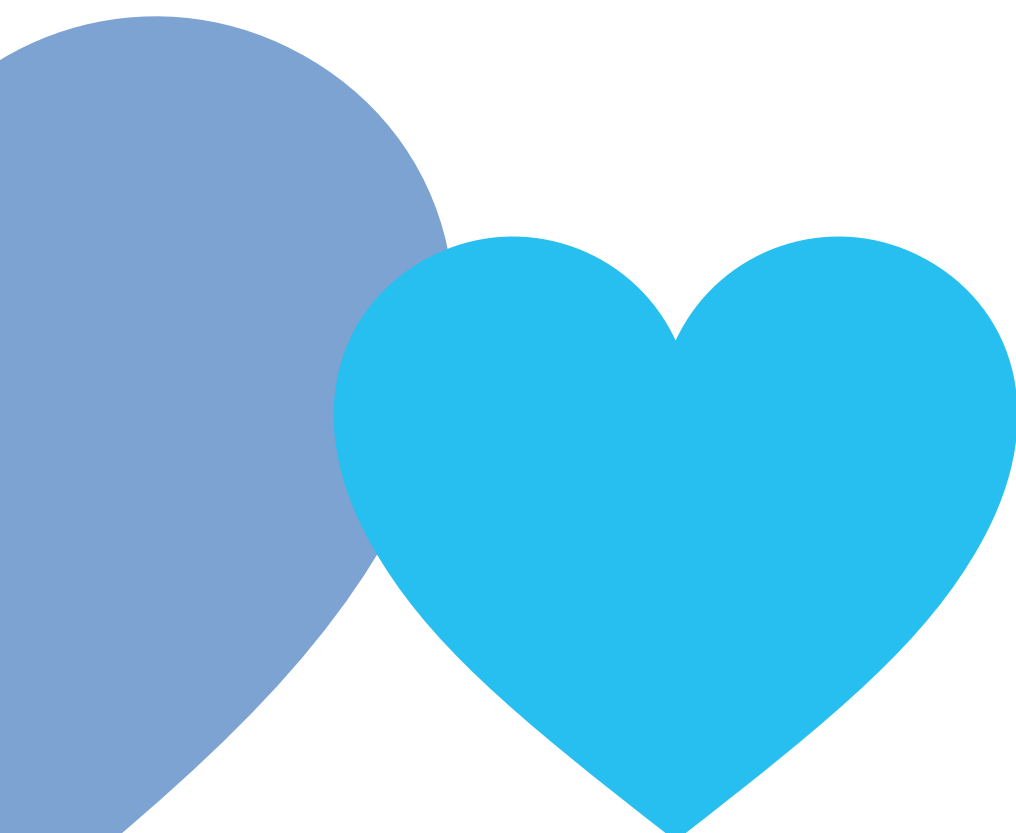
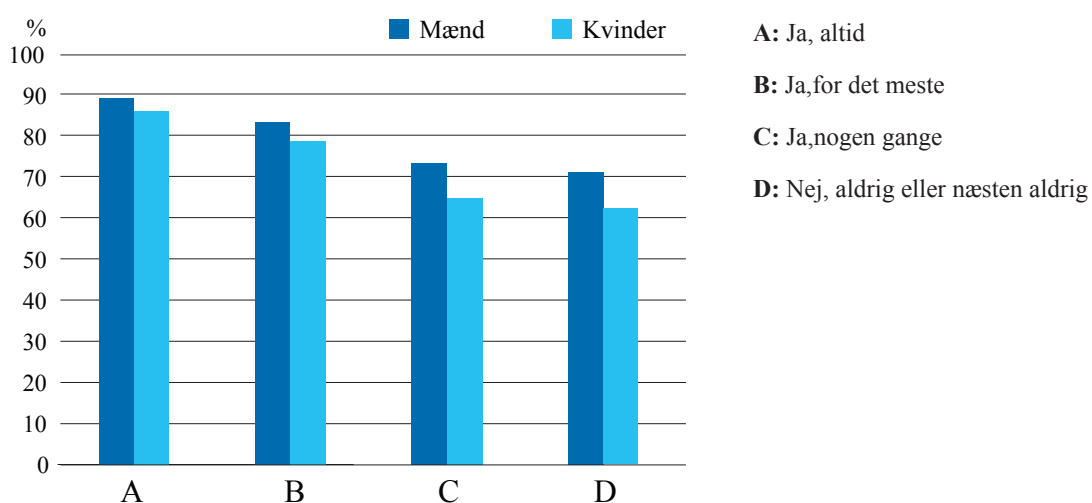
Der er en sammenhæng mellem sociale relationer og selvurderet helbred, sådan at andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er mindre blandt personer med svage sociale relationer end blandt personer med stærke sociale relationer. Eksempelvis er andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvurderet helbred mindre blandt personer, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie eller venner, end blandt personer, der dagligt eller næsten dagligt, ugentligt eller månedligt har kontakt med deres familie eller venner (data ikke vist). Blandt personer, der sjældent eller aldrig føler sig uønsket alene, er der en større andel, som har et fremragende, vældig godt eller godt selvurderet helbred, end blandt personer, der ofte eller en gang imellem er uønsket alene (figur 6.2). Dette gælder blandt både mænd og kvinder.

Figur 6.2. Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt i forhold til, hvorvidt man er uønsket alene. Aldersjusteret procent



Den samme tendens ses i forhold til selv vurderet helbred, og hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred er større blandt personer, der som oftest har nogen at tale med, end blandt personer, der kun nogle gange eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte (figur 6.3).

Figur 6.3. Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt i forhold til, hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. Aldersjusteret procent





7 GODE LEVEÅR

Et meget udbredt mål til at belyse en befolknings sundhedstilstand er middellevetiden eller forventet antal leveår for 0-årige. Dette mål udtrykker det antal leveår, som en nyfødt kan forventes at få.

I tabel 7.1 vises middellevetiden i Danmark samt i de fem regioner i 2010, 2013 og 2017. Af tabellen ses, at middellevetiden for mænd i Danmark er steget støt fra 76,5 år i 2010 til 78,5 år i 2017 og for kvinder fra 80,8 år til 82,4 år i den samme periode. Stigningen ses i alle regioner. Det fremgår også, at kvinder har længere middellevetid end mænd, samt at den korteste middellevetid findes i Region Sjælland og den længste i Region Midtjylland for både mænd og kvinder.

Tabel 7.1. Middellevetiden for 0-årige blandt mænd og kvinder i forskellige regioner. 2010, 2013 og 2017

	Mænd			Kvinder		
	2010	2013	2017	2010	2013	2017
Hovedstaden	76,2	77,5	78,2	80,6	81,7	82,3
Sjælland	75,6	76,9	77,8	80,2	81,2	81,7
Syddanmark	76,6	77,8	78,8	80,8	82,0	82,6
Midtjylland	77,4	78,8	79,1	81,4	82,5	82,9
Nordjylland	76,6	78,4	78,2	80,5	81,7	82,2
Danmark	76,5	77,9	78,5	80,8	81,9	82,4

I takt med, at befolkningen generelt lever længere, er der kommet et øget fokus på at dokumentere, om de ekstra leveår leves med godt eller dårligt helbred. En persons forventede restlevetid kan således opdeles i levetid med godt helbred og levetid med dårligt helbred, og indikatoren 'tabte gode leveår' anvendes til beskrivelse af levetid med dårligt helbred (1, 2). En persons helbredstilstand omfatter forskellige forhold, og indikatoren er derfor en fællesbetegnelse for forhold, som fx dårligt selv vurderet helbred, funktionsnedsættelse og langvarig sygdom. Indikatoren 'gode leveår' kan ses som et mål for kvaliteten af befolkningens restlevetid (1, 2). I dette kapitel fokuseres på gode leveår.

Da estimater af gode leveår (og tabte gode leveår) ikke påvirkes af befolkningens størrelse og alderssammensætning, kan disse indikatorer benyttes til direkte sammenligninger mellem lande og regioner. Af denne grund er gode leveår ofte en central indikator i internationale sammenhænge.

I denne undersøgelse er gode leveår beregnet ved brug af Sullivans metode (3), som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. Det forventede antal leveår i forskellige aldersgrupper er beregnet på baggrund af registerdata om dødelighed fra Danmarks Statistik (4). I denne rapport er der anvendt oplysninger om befolkningens helbredstilstand fra sundhedsprofilundersøgelserne i 2010, 2013 og 2017. Følgende tre indikatorer til beskrivelse af befolkningens gode helbred er valgt:

- Fremragende, vældigt godt eller godt selv vurderet helbred
- Ingen langvarig sygdom
- Godt mentalt helbred (defineret som modsætningen til dårligt mentalt helbred)

Der henvises til de respektive afsnit for en nærmere beskrivelse af, hvordan disse indikatorer er defineret (jf. kapitel 2.1 Selvvurderet helbred, kapitel 2.2 Fysisk og mentalt helbred og kapitel 3.1 Langvarig sygdom).

Da sundhedsprofilundersøgelserne er foretaget blandt personer i alderen 16 år eller derover, er beregningerne af forventede gode leveår foretaget for en 16-årig. For at belyse forholdene for de ældre er beregningerne også foretaget for en 65-årig.

I tabel 7.2 vises antal forventede restleveår med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid, der er med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (andelen af restlevetiden med gode leveår). Det fremgår, at i 2010 forventedes 16-årige danske mænd at have 52,5 restleveår med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (86,5 % af den forventede restlevetid). I 2013 steg antal gode leveår til 53,7 år (86,7 % af restlevetiden), mens antallet i 2017 faldt svagt til 53,4 år (84,8 %). For en 16-årig kvinde er antal forventede restleveår med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i Danmark steget fra 53,7 år (82,5 % af restlevetiden) i 2010 til 54,6 år (82,6 % af restlevetiden) i 2013 og derefter faldet til 53,9 år (80,6 %) i 2017. For både 16-årige mænd og kvinder gælder, at antal forventede gode leveår er steget svagt fra 2010 til 2017, mens andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i den tilsvarende periode. Det ses, at antal gode leveår i alle regioner er steget fra 2010 til 2017, men at mønstret i stigningerne ikke er helt ens. Det ses også, at andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i alle regioner.

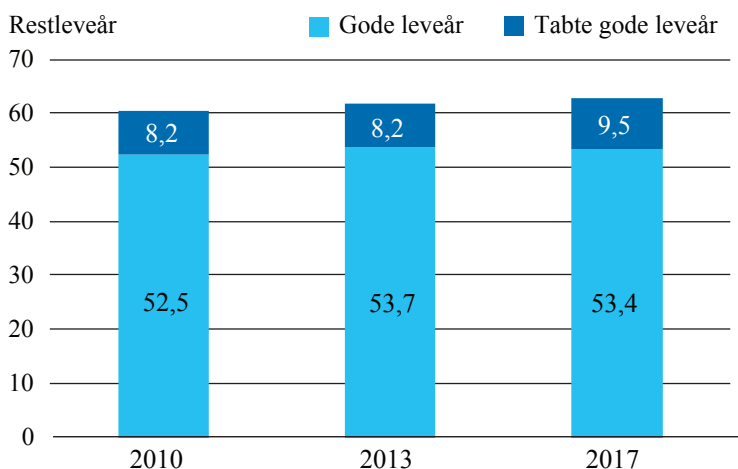
Årsagen til, at andelen af restlevetiden med gode leveår blandt en 16-årig overordnet set er faldet, selvom antal forventede gode leveår er steget, er, at den samlede forventede restlevetid er steget fra 2010 til 2017 (figur 7.1). Figuren viser, at en 16-årig mand i 2010 havde en forventet restlevetid på 60,7 år, hvoraf 52,5 år (86,5 % af restlevetiden) forventedes at være gode leveår og 8,2 år (13,5 % af restlevetiden) tabte gode leveår. I 2017 steg restlevetiden til 62,9 år, hvoraf 53,4 år (84,9 %) forventedes at være gode leveår og 9,5 år (15,1 %) tabte gode leveår. Resultatet synes således at pege på, at stigningstakten i restlevetid er større end stigningstakten i gode leveår.



Tabel 7.2. Antal forventede restleveår med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	Mænd						
	Hovedstaden	52,3	86,6	53,8	87,4	53,9	86,0
	Sjælland	51,3	85,7	52,8	86,5	52,5	84,4
	Syddanmark	51,9	85,4	52,9	85,3	52,3	82,8
	Midtjylland	53,8	87,6	54,4	86,8	54,6	85,9
	Nordjylland	53,1	87,1	54,1	87,0	52,1	83,4
	Danmark	52,5	86,5	53,7	86,7	53,4	84,8
	Kvinder						
	Hovedstaden	54,0	83,3	55,4	84,1	54,9	82,3
	Sjælland	52,6	81,7	53,4	81,8	52,1	78,9
	Syddanmark	52,6	80,6	53,6	81,0	52,5	78,4
	Midtjylland	54,9	83,7	54,9	82,7	54,5	81,2
	Nordjylland	53,4	82,4	54,2	82,2	53,5	80,4
	Danmark	53,7	82,5	54,6	82,6	53,9	80,6
65-årige	Mænd						
	Hovedstaden	12,2	76,6	13,0	77,9	13,4	78,1
	Sjælland	12,3	77,7	13,1	79,8	13,5	78,5
	Syddanmark	12,5	75,8	13,4	78,3	13,7	76,4
	Midtjylland	13,3	79,7	13,7	78,4	14,4	79,7
	Nordjylland	12,9	78,4	13,6	79,2	13,6	76,9
	Danmark	12,6	77,5	13,3	78,6	13,8	78,0
	Kvinder						
	Hovedstaden	13,5	71,6	14,4	73,4	14,8	73,3
	Sjælland	12,8	68,8	13,7	71,4	14,7	73,4
	Syddanmark	13,5	70,1	14,5	72,6	14,6	71,4
	Midtjylland	14,2	72,6	14,3	71,9	15,0	72,9
	Nordjylland	13,5	71,2	14,2	72,5	15,0	73,8
	Danmark	13,6	70,9	14,3	72,4	14,8	72,8

Figur 7.1 Antal forventede restleveår med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår) og med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (tabte gode leveår) for 16-årige mænd. 2010, 2013 og 2017



Det fremgår endvidere af tabel 7.2, at en 65-årig mand i 2010 kunne forvente at leve 12,6 år med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred (gode leveår), svarende til 77,5 % af den forventede restlevetid. I 2017 var antal gode leveår steget til 13,8 år (78,0 % af restlevetiden). Imidlertid er denne stigning ikke konsistent i forhold til år 2013, hvor både antal og andel af gode leveår er højere end i 2010. Der ses ikke en entydig udvikling i de forskellige regioner. En 65-årig kvinde kunne i 2010 forvente 13,6 restleveår med et fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred (70,9 % af restlevetiden). Antal forventede gode leveår steg i 2013 svagt til 14,3 år (72,4 % af restlevetiden) og videre til 14,8 år (72,8 %) i 2017. Stigningen i antal gode leveår fra 2010 over 2013 til 2017 ses i alle regioner. Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår hos kvinder er lavere end hos mænd. Dette skyldes dels, at andelen af mænd med fremragende, vældigt godt eller godt selvvurderet helbred er højere end den tilsvarende andel hos kvinder, og dels, at danske kvinder lever længere end danske mænd (jf. tabel 7.1).

I tabel 7.3 vises antal forventede restleveår uden langvarig sygdom (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid uden langvarig sygdom (andelen af restlevetiden med gode leveår) i år 2010, 2013 og 2017.

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 40,9 restleveår uden langvarig sygdom (67,3 % af restlevetiden). I 2013 var antal gode leveår for mænd 41,0 år (66,3 % af restlevetiden), mens det i 2017 var 41,5 år (66,0 %). Således er antal gode leveår steget svagt fra 2010 til 2017, mens andelen af gode leveår er faldet svagt. Der ses noget forskelligartede mønstre i hver af de fem regioner.

Det forventede antal restleveår uden langvarig sygdom for en 65-årig mand er steget svagt fra 8,8 år i 2010 til 9,1 år i 2013 og 9,2 år i 2017, mens andelen af leveår uden langvarig sygdom er faldet svagt fra 54,0 % i 2010 til 52,2 % i 2017. Der tegner sig et noget usystematisk billede for udviklingen i både antallet og andelen af forventede gode leveår på tværs af de fem regioner.

For en 16-årig kvinde er antal forventede restleveår uden langvarig sygdom i Danmark faldet svagt fra 42,0 år (64,5 % af restlevetiden) i 2010 over 41,6 år (63,0 %) i 2013 til 41,5 år (62,1 %) i 2017. Således er både antallet og andelen af restlevetiden med gode leveår faldet svagt fra 2010 til 2017. I alle regioner ses, at både antal og andel af gode leveår er lavere i 2017 end i 2010.

For en 65-årig kvinde er antal gode leveår steget fra 9,9 år i 2010 (51,7 % af restlevetiden) over 10,4 år i 2013 (52,7 %) til 10,5 år (51,4 %) i 2017. Der ses også et noget usystematisk mønster, når man ser på tendenser for de fem regioner.

Tabel 7.3 Antal forventede restlevår uden langvarig sygdom (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	Mænd						
	Hovedstaden	40,9	67,8	40,6	65,9	41,4	66,1
	Sjælland	40,5	67,7	41,4	67,9	40,5	65,2
	Syddanmark	40,7	66,9	41,0	66,2	41,8	66,2
	Midtjylland	40,4	65,7	40,7	64,9	42,4	66,7
	Nordjylland	42,3	69,5	41,9	67,3	39,6	63,5
	Danmark	40,9	67,3	41,0	66,3	41,5	66,0
	Kvinder						
	Hovedstaden	42,6	65,7	42,4	64,4	41,8	62,6
	Sjælland	40,8	63,4	41,5	63,5	40,6	61,4
	Syddanmark	41,8	64,0	41,1	62,0	41,3	61,7
	Midtjylland	41,3	62,9	40,8	61,5	41,2	61,5
	Nordjylland	43,0	66,3	41,4	62,9	40,9	61,5
	Danmark	42,0	64,5	41,6	63,0	41,5	62,1
65-årige	Mænd						
	Hovedstaden	8,3	52,0	8,8	53,0	8,7	50,6
	Sjælland	9,1	57,7	9,5	57,8	9,0	52,0
	Syddanmark	8,8	53,2	9,2	54,0	9,8	54,7
	Midtjylland	8,8	52,7	9,0	51,4	9,6	53,3
	Nordjylland	9,4	57,3	9,2	53,5	8,8	50,0
	Danmark	8,8	54,0	9,1	53,8	9,2	52,2
	Kvinder						
	Hovedstaden	9,6	50,7	10,5	53,7	9,8	48,4
	Sjælland	9,8	52,3	10,3	53,5	10,7	53,5
	Syddanmark	10,1	52,2	10,6	52,9	11,1	54,0
	Midtjylland	9,8	50,5	10,2	51,1	10,4	50,7
	Nordjylland	10,4	54,9	10,1	51,5	10,5	51,8
	Danmark	9,9	51,7	10,4	52,7	10,5	51,4

I tabel 7.4 ses antal forventede restleveår med godt mentalt helbred (gode leveår) for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af den forventede restlevetid med godt mentalt helbred (andelen af restlevetiden med gode leveår).

I 2010 kunne 16-årige danske mænd forvente 55,8 restleveår med godt mentalt helbred (91,9 % af restlevetiden). I 2013 var antal gode leveår for mænd 56,5 år (91,2 % af restlevetiden) og i 2017 56,1 år (89,1 % af restlevetiden). Således er antal gode leveår stort set uændret fra 2010 til 2017, mens andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet svagt. Det ses, at andelen af restlevetiden med gode leveår er faldet i alle de fem regioner.

For en 16-årig kvinde ses, at det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred var 57,3 år i 2010, 57,5 år i 2013 og 56,4 år i 2017 (henholdsvis 88,0 %, 87,1 % og 84,5 % af restlevetiden med gode leveår). Således er både antal af og andel af gode leveår faldet i perioden 2010 til 2017. Den samme tendens ses i alle fem regioner.

Det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred for 65-årige mænd er steget svagt fra 15,2 år i 2010 (93,1 % af restlevetiden) over 15,6 år i 2013 (92,1 % af restlevetiden) i 2013 til 16,3 år (92,3 % af restlevetiden) i 2017. Der ses det samme mønster i alle de fem regioner.

Endvidere viser tabellen, at det forventede antal restleveår med godt mentalt helbred for 65-årige kvinder var 17,2 år i 2010, 17,5 år i 2013 og 18,1 år i 2017. Antallet af leveår er således steget, mens andelen af restlevetid med gode leveår stort set er konstant. Det samme mønster ses i alle regioner. Det bemærkes, at andelen af restlevetiden med gode leveår er af samme størrelsesorden for 16-årige som for 65-årige, når gode leveår er baseret på godt mentalt helbred. Dette er i modsætning til beregningen af gode leveår baseret på de to øvrige indikatorer (fremragende, vældig godt eller godt selvurderet helbred og ingen langvarig sygdom). Det skyldes, at forekomsten af godt mentalt helbred ikke er så aldersafhængig som de to øvrige indikatorer.

Tabel 7.4 Antal forventede restleveår med godt mentalt helbred (gode leveår) samt andelen (i procent) af den forventede restlevetid med gode leveår for henholdsvis 16-årige og 65-årige mænd og kvinder. 2010, 2013 og 2017

		2010		2013		2017	
		Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)	Antal gode leveår	Andel af restlevetid med gode leveår (%)
16-årige	Mænd						
	Hovedstaden	55,0	91,1	55,8	90,7	55,7	88,9
	Sjælland	54,8	91,5	55,6	91,1	55,1	88,6
	Syddanmark	55,6	91,3	56,4	91,0	55,9	88,6
	Midtjylland	57,3	93,3	57,6	91,9	57,3	90,2
	Nordjylland	56,5	92,8	57,0	91,6	55,4	88,8
	Danmark	55,8	91,9	56,5	91,2	56,1	89,1
	Kvinder						
	Hovedstaden	56,9	87,7	57,2	86,8	56,3	84,5
	Sjælland	56,4	87,6	56,4	86,3	55,2	83,5
	Syddanmark	56,9	87,2	57,3	86,6	56,2	83,9
	Midtjylland	58,7	89,4	58,6	88,3	57,3	85,4
	Nordjylland	57,4	88,5	57,5	87,2	56,6	85
	Danmark	57,3	88,0	57,5	87,1	56,4	84,5
65-årige	Mænd						
	Hovedstaden	14,7	92,4	15,1	91,0	16,0	92,7
	Sjælland	14,7	93,1	15,2	92,7	16,0	92,7
	Syddanmark	15,3	92,6	15,7	92,1	16,4	91,2
	Midtjylland	15,9	94,9	16,3	93,4	16,7	92,8
	Nordjylland	15,3	93,1	15,8	92,3	16,2	91,5
	Danmark	15,2	93,1	15,6	92,1	16,3	92,3
	Kvinder						
	Hovedstaden	17,0	89,7	17,1	87,1	17,8	88,4
	Sjælland	16,6	89,2	17,3	89,9	17,8	89,2
	Syddanmark	17,1	88,5	17,8	89,1	18,0	87,7
	Midtjylland	17,9	92,1	18,1	90,6	18,6	90,6
	Nordjylland	16,9	89,3	17,3	88,3	18,2	89,7
	Danmark	17,2	89,7	17,5	88,8	18,1	88,9

8 REFERENCER

1. Indledning

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

2.1. Selvvurderet helbred

1. Heistaro S, Jousilahti P, Lahelma E, Vartiainen E, Puska P. Self-rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *J Epidemiol Commun Health.* 2001;55: 227-32.
2. Benjamins MR, Hummer RA, Eberstein IW, Nam CB. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Soc Sci Med.* 2004;59: 1297-306.
3. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med.* 2006;21: 267-75.
4. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2013;68: 107-16.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health Soc Behav.* 1997;38: 21-37.
6. Schnittker J, Bacak V. The Increasing Predictive Validity of Self-Rated Health. *Plos One.* 2014;9(1).
7. Tamayo-Fonseca N, Nolasco A, Quesada JA, Pereyra-Zamora P, Melchor I, Moncho J, et al. Self-rated health and hospital services use in the Spanish National Health System: a longitudinal study. *Bmc Health Serv Res.* 2015;15.
8. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidem Dr S.* 2008;17: 186-92.
9. Robine JM, Jagger C, Grp E-R. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe - The Euro-REVES 2 project. *Eur J Public Health.* 2003;13: 6-14.
10. World Health Organization. Health interview surveys: Towards international harmonization of methods and instruments. Copenhagen: WHO Office for Europe: Statistics Netherlands, 1996.
11. Jylha M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Soc Sci Med.* 2009;69: 307-16.

2.2. Fysisk og mentalt helbred

1. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-item short-form health survey - Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care.* 1996;34(3):220-33.
2. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, Apolone G, Bjorner JB, Brazier JE, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol.* 1998;51(11):1171-8.
3. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Out.* 2007;5.
4. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydningen af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra «Sundhedsprofilen 2010». København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.

2.3. Stress

1. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
2. Rod NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi. 2. udgave, 2. oplag. udgave. København: Munksgaard Danmark, 2012.
3. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res.* 2017; 39: 573-580.
4. Kivimaki M, Nyberg ST, Batty GD, Fransson EI, Heikkila K, Alfredsson L, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart

- disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet*. 2012; 380: 1491-7.
5. Nabi H, Kivimaki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2013; 34: 2697-705.
 6. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364: 953-62.
 7. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. *Am J Epidemiol*. 2006; 163: 877-87.
 8. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24: 385-96.
 9. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scand J Work Env Health*. 2015; 41: 486-90.
 10. Nielsen L, Curtis T, Kristensen TS, Nielsen NR. What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scand J Public Health*. 2008; 36: 369-79.

3.1. Langvarig sygdom

1. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2015.
2. Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. København: Sundhedsstyrelsen, 2005.
3. Sundhedsstyrelsen. Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker med meget hjemmehjælp. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.

3.2. Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

1. Prados-Torres A, Calderón-Larrañaga A, Hanco-Saavedra J, Poblador-Plou B, van den Akker M. Multimorbidity patterns: a systematic review. *J Clin Epidemiol*. 2014; 67: 254-266.

3.3. Smerter eller ubehag

4.1. Rygning

1. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark - & udvikling siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes rygevaner 2016. Sundhedsstyrelsen. 2017 [04-12-2017]. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2017/danskernes-rygevaner-2016>.
3. Nordic Medico-Statistical Committee. Health Statistics for the Nordic Countries. Copenhagen: NOMESCO, 2015.
4. US Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking - 50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Atlanta (GA): 2014.
5. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2015.
6. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. Koch MB, Juel K. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. Betydningen af rygning og alkohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2013.
8. World Health Organization. Tobacco smoke and involuntary smoking. Summary of Data Reported and Evaluation. International Agency for Research on Cancer, 2002.
9. Sundhedsstyrelsen. Tobaksforurenede luft og helbredsmaessige konsekvenser. 2016 [31-07-2017]. <https://sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak/helbred-og-sygdom/tobaksforurenede-luft/helbredsmaessige-konsekvenser>.
10. Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om røgfri miljøer. 2007 [31-07-2017]. <https://retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=11388>.

4.2. Alkohol

1. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
2. Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: 2015.
3. World Health Organization. Global status report on alcohol and health. Genève: 2014.

4. Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
5. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
6. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction*. 2010;105(5):817-43.
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol. 2010 [06-09-2017]. <https://sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/alkohol/anbefalinger>.

4.3. Kost

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genève: World Health Organization, 2003.
2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, Knudsen VK, Mejborn H, Schwarz P, Tjønneland A, Trolle E. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevarainstitutet, 2013.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke Mad & måltider. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De officielle Kostråd. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2013.
6. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity (5. udgave). København: Nordisk Ministerråd, 2014.
7. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur Journal Clin Nutr*. 2007; 61: 270-78.
8. Ygil KH. Mål, vægt og portionsstørrelser på fødevarer. Søborg: DTU Fødevarainstitutet, 2013.

4.4. Fysisk aktivitet

1. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet - håndbog om forebyggelse og behandling. København: 2011.
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, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
3. Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og sidde tid. Til brug for national monitorering. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2016.

4.5. Vægt

1. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2016 [07-04-2017]. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/>.
2. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: Epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2004;4(8):579-91.
3. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen, 2013.
4. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
5. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genève: World Health Organization, 2000.

4.6. Flere samtidige risikofaktorer

1. Loeff M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: A systematic review and meta-analysis. *Prev Med*. 2012; 55: 163-70.
2. Foraker RE, Abdel-Rasoul M, Kuller LH, Jackson RD, Van Horn L, Seguin RA, et al. Cardiovascular Health and Incident Cardiovascular Disease and Cancer The Women's Health Initiative. *Am J Prev Med*. 2016; 50: 236-40.
3. Carlsson AC, Wandell PE, Gigante B, Leander K, Hellenius ML, de Faire U. Seven modifiable lifestyle factors predict reduced risk for ischemic cardiovascular disease and all-cause mortality regardless of body mass index: A cohort study. *Int J Cardiol*. 2013; 168: 946-52.
4. Petersen KEN, Johnsen NF, Olsen A, Albieri V, Olsen LKH, Dragsted LO, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. *Brit J Nutr*. 2015; 113: 849-58.
5. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and Emerging Lifestyle Risk Behaviors and All-Cause Mortality in Middle-Aged and Older Adults: Evidence from a Large Population-Based Australian Cohort. *Plos Med*. 2015; 12.
6. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li CY, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the

United States. *Prev Med.* 2012; 55: 23-7.

7. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH, Patel R, Willett WC, Doyle C, et al. Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2011; 20: 1089-97.
8. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.

5. Kontakt til egen læge

1. Moth G, Vedsted P, Olesen F. *Kontakt- og sygdomsmønsterundersøgelse, KOS 2008.* Aarhus: Forskningsenheden for Almen Praksis, 2010.
2. Sundhedsstyrelsen. *Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund.* København: Sundhedsstyrelsen, 2005.

6. Sociale relationer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-Analytic Review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10(2):227-37.
2. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. I: Peplau LA, Perlman D, red. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.* New York: Wiley; 1982. s. 1-18.
3. Hawkey 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.
4. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Ronzi S, Hanratty B. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 2016;102(13):1009-16.
5. Whisman MA. Loneliness and the Metabolic Syndrome in a Population-Based Sample of Middle-Aged and Older Adults. *Health Psychol.* 2010;29(5):550-4.
6. Lund R, Christensen U, Iversen L, red. *Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred.* København: Munksgaard; 2011.
7. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
8. Christoffersen MN. *Familiens udvikling i det 20. århundrede. Demografiske strukturer og processer.* København: Socialforskningsinstituttet, 2004.
9. European Agency for Safety and Health at Work. *New risks and trends in the safety and health of women at work.* European Risk Observatory. Literature review. Luxembourg: Publications Office of the European Union: 2013.
10. Danmarks Statistik. *Flere arbejder hjemme.* 2010 [03-08-2017]. <http://dst.dk/da/Statistik/bagtal/2010/2010-02-24-Hjemmearbejde>.

7. Gode leveår

1. Jagger C, Oyen HV, Robine J-M. Health Expectancy Calculation by the Sullivan Method: A Practical Guide. *EHLEIS*, 2014.
2. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. *Eur J Public Health.* 2005;15(1):20-5.
3. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. *HSMHA Health Rep.* 1971;86:347-54.
4. Danmarks Statistik. <http://statistikbanken.dk/>.

Bilag A

1. Sundhedsstyrelsen. *Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det?* København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013.* København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. *Metode & Data* 2007; 93: 14-26.

Bilag B

1. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet. *DUN 2012. Dansk Uddannelses-Nomenklatur.* København: Danmarks Statistik, 2012.
2. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013.* København: Sundhedsstyrelsen, 2014.

BILAG A: MATERIALE OG METODE

Metode

Der er udtrukket en stikprøve i hver region og en stikprøve, der omfatter hele Danmark (en national stikprøve). Stikprøverne er gensidigt udelukkende. Resultaterne offentliggjort i de regionale sundhedsprofiler vil derfor være forskellige fra resultaterne i 'Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017'.

De fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed har alle udsendt spørgeskemaer med 53 fælles kernespørgsmål. De fælles spørgsmål er i vid udstrækning de samme, som blev stillet ved undersøgelserne i 2010 og 2013.

Dataindsamlingen foregik ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. Invitation og link til et elektronisk spørgeskema blev sendt med digital post til alle, der var tilmeldt digital post. Personer, der ikke var tilmeldt digital post, fik tilsendt et fysisk papirskema. Personer, der ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema efter henvendelse med digital post, fik tilsendt et papirskema. Alle personer i stikprøven fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet på internettet. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at svarpersonen var sikret fuld anonymitet.

I alt er der udsendt spørgeskemaer til 312.349 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. I den nationale stikprøve blev der udsendt 25.000 spørgeskemaer, i Region Hovedstaden 104.950, i Region Sjælland 34.000, i Region Syddanmark 58.800, i Region Midtjylland 51.999 og i Region Nordjylland 37.600.

Deltagelse

I alt har 183.372 borgere (58,7 %) helt eller delvist besvaret spørgeskemaet. I tabel A1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og bopælsregion. Det fremgår, at svarprocenten er højere blandt kvinder (62,6 %) end blandt mænd (54,1 %). Blandt både mænd og kvinder ses den laveste svarprocent i aldersgruppen 16-24 år og 25-34 år. Desuden ses en lav svarprocent blandt kvinder i alderen 75 år eller derover (50,3 %). Det ses endvidere, at svarprocenten er lav blandt ugifte (46,4 %), blandt borgere med anden vestlig (40,6 %) og ikke-vestlig baggrund (33,3 %), i Region Hovedstaden (52,6 %) samt i Region Sjælland (56,2 %).

Overordnet set er deltagelsesprocenten faldet fra 59,5 % i 2010 til 54,0 % i 2013 og derefter steget til 58,7 % i 2017. Dette mønster ses i de fleste grupper defineret ud fra køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og region. Undtagelser er blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne fra 55 år og opefter, blandt fraskilte og enke/enkemænd, blandt personer af ikke-vestlig baggrund og i Region Sjælland og Region Syddanmark, hvor svarprocenten i 2017 ligger over svarprocenten i både 2010 og 2013.

Tabel A1 Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent i 2017 samt svarprocent i 2013 og 2010

	2017			2013	2010
	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent	Svarprocent	Svarprocent
Danmark	312.349	183.372	58,7	54,0	59,5
Mænd					
16-24 år	21.600	8.421	39,0	34,3	42,4
25-34 år	21.514	8.252	38,4	36,3	44,9
35-44 år	24.037	11.120	46,3	44,3	51,1
45-54 år	27.464	15.346	55,9	50,8	56,3
55-64 år	24.051	15.885	66,0	59,8	63,5
65-74 år	22.165	16.451	74,2	67,1	69,9
≥75 år	12.445	7.507	60,3	60,3	60,1
Alle mænd	153.276	82.982	54,1	50,4	55,5
Kvinder					
16-24 år	20.204	10.492	51,9	48,1	57,0
25-34 år	20.616	10.766	52,2	49,3	59,2
35-44 år	23.474	13.983	59,6	55,4	64,6
45-54 år	27.438	18.323	66,8	61,1	67,2
55-64 år	24.404	17.667	72,4	65,6	70,3
65-74 år	23.325	17.188	73,7	66,4	69,3
≥75 år	18.420	10.346	56,2	50,3	49,4
Alle kvinder	157.881	98.765	62,6	57,5	63,4
Civilstand					
Gift	148.087	100.168	67,6	62,6	67,0
Fraskilt	20.553	12.067	58,7	50,8	55,6
Enke/enkemand	35.012	20.655	59,0	52,8	54,3
Ugift	108.697	50.482	46,4	41,7	49,2
Etnisk baggrund					
Dansk	272.290	168.932	62,0	57,1	62,1
Anden vestlig	15.072	6.125	40,6	35,8	43,0
Ikke-vestlig	24.987	8.315	33,3	25,8	31,8
Region					
Hovedstaden	112.644	59.267	52,6	44,3	52,7
Sjælland	37.618	21.148	56,2	49,4	55,6
Syddanmark	64.173	43.231	67,4	64,4	64,4
Midtjylland	57.618	35.604	61,8	61,1	65,0
Nordjylland	40.296	24.122	59,9	56,6	65,2

Vægtning

I undersøgelser som denne er det af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, uddannelse og andre socio-demografiske karakteristika. En afvigelse fra dette svækker undersøgelsens konklusioner. Som det fremgår af tabel A1, er der stor forskel på svarprocenten i de forskellige befolkningsgrupper. Befolkningssammensætningen blandt personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger derfor på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet. I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning foretaget af Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for non-response (3). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2016, indlæggelse på sygehus i 2015 samt ejer/lejer-forhold. Formålet er at imødegå de udfordringer, der er i forbindelse med bortfaldet. Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, er alene fagligt ansvarlig for opregningen. Denne opregning er anvendt både ved nationale og regionale opgørelser. Den samme vægtningsprocedure blev anvendt i 2010 og 2013.

BILAG B: KLASSIFIKATION AF UDVALGTE VARIABLE

Klassifikation af uddannelse

Den anvendte klassifikation af uddannelse er en tilnærmelse til DUN-klassifikationen (Dansk Uddannelses Nomenklatur) (1). I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i syv uddannelsesgrupper:

- Grundskole
- Kort uddannelse
- Kort videregående uddannelse
- Mellemlang videregående uddannelse
- Lang videregående uddannelse
- Under uddannelse
- Anden uddannelse (fx udenlandsk skolegang)

Figur B1 viser, hvorledes skoleuddannelse og erhvervsuddannelse kombineres til de syv uddannelsesgrupper. Inddelingen er baseret på svarpersonens oplysninger ud fra spørgsmålene 'Hvilken skoleuddannelse har du?' og 'Har du fuldført en uddannelse ud over en skole- eller ungdomsuddannelse?'. Der er dog enkelte undtagelser. Personer, der enten har svaret, at de ikke har fuldført en uddannelse udover en skole- eller ungdomsuddannelse, eller at de har fuldført ét eller flere kortere kurser (for eksempel specialarbejderkurser eller arbejdsmarkedskurser), og som derudover har svaret, at de er uddannelsessøgende i spørgsmålet 'Er du under uddannelse?', er klassificeret som at være under uddannelse.

Figur B1 Klassifikation af uddannelse på baggr. af skoleuddannelse og erhvervsuddannelse

Erhvervsuddannelse	Skoleuddannelse	Går i skole	7 eller færre års skolegang	8-9 års skolegang	10-11 års skolegang	Student- HF-eksamen (inkl. HHX, HTX)	Andet (herunder udenlandsk skole)	Uoplyst
		Ingen erhvervsuddannelse						
Et eller flere kortere kurser (specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)								
Erhvervsfaglig uddannelse/ faglært (fx kontor- eller butiksassistent, frisør, murer)								
Kort videregående uddannelse, 2-3 år								
Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år								
Lang videregående uddannelse, mere end 4 år								
Anden uddannelse								
Uoplyst								

■ Kan ikke placeres	■ Kort videregående uddannelse
■ Under uddannelse	■ Mellemlang videregående uddannelse
■ Grundskole	■ Lang videregående uddannelse
■ Kort uddannelse	■ Anden uddannelse

Klassifikation af erhvervmæssig stilling

Inddelingen i grupper af erhvervmæssig stilling i denne undersøgelse er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrappede oplysninger om erhvervmæssig stilling og registerbaserede oplysninger om sociale ydelser i Danmark i 2016 fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings (DREAM-registeret). I undersøgelsen er nedenstående definition af erhvervmæssig stilling blevet brugt.

Fra spørgeskemaet i 2017 anvendes spørgsmålene 'Er du i arbejde?' og 'Er du under uddannelse'. Begge spørgsmål har svarmulighederne 'Ja' og 'Nej'. Fra DREAM anvendes oplysninger om ydelser i forbindelse med førtidspension, efterløn samt ledighed i løbet af 2016. Der er anvendt følgende hierarki til definitionen af erhvervmæssig stilling:

1. Borgere, der er 65 år eller derover pr. 1. januar 2017, er defineret som alderspensionister.
2. Borgere i aldersgruppen 16-64 år, der ifølge DREAM har modtaget førtidspension i mindst én uge i 2017, er defineret som førtidspensionister.
3. Borgere i aldersgruppen 60-64 år, der ifølge DREAM har modtaget efterløn i mindst én uge i 2017, er defineret som efterlønsmodtagere.
4. Borgere i aldersgruppen 16-24 år, der har svaret:
 - a. 'Ja' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
 - b. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Ja' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende beskæftigede.
 - c. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
5. Borgere i aldersgruppen 25-64 år, der har svaret:
 - a. 'Ja' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som beskæftigede.
 - b. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' og 'Ja' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' er defineret som værende under uddannelse.
 - c. 'Nej' i spørgsmålet 'Er du under uddannelse' og 'Nej' i spørgsmålet 'Er du i arbejde' er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
6. Hvis man ifølge punkt 4c eller 5c er uden for arbejdsmarkedet, opdeles man ud fra DREAM som følger:
 - a. Borgere, der ifølge de i DREAM angivne koder er arbejdsløse, defineres som arbejdsløse.
 - b. Borgere, der ikke opfylder punkt 6a, defineres som værende andre uden for arbejdsmarkedet.

Nedenfor ses de forskellige grupper for erhvervmæssig stilling, som de optræder i opslagstabellerne.

- Beskæftigede
- Arbejdsløse
- Førtidspensionister
- Andre uden for arbejdsmarkedet
- Efterlønsmodtagere
- Alderspensionister

Gruppen under uddannelse bliver vist ved opgørelsen for højest gennemførte uddannelsesniveau og indgår derfor ikke i klassifikationen af erhvervmæssig stilling.

I 2010 blev inddelingen udelukkende baseret på svarpersonernes oplysninger om erhvervmæssig stilling. Definitionen er således ikke sammenlignelig med ovenstående. Det er derfor kun muligt at belyse udviklingen i perioden 2013 til 2017 i de forskellige grupper af erhvervmæssig stilling.

Der er i perioden 2013 til 2017 sket en del ændringer i den danske beskæftigelseslovgivning, herunder en kontanthjælps- og førtidspensionsreform med indførelse af ressourceforløb, integrationsydelse og nedsættelse af den periode, hvori man kan få sygedagpenge. Den ovenfor angivne definition af arbejdsløse og andre uden for arbejdsmarkedet er derfor en smule anderledes end ved sundhedsprofilundersøgelsen i 2013 (2). Opgørelser af erhvervsmæssig stilling for 2013 er derfor i nærværende undersøgelse baseret på 2017-definitionen.

Klassifikation af samlivsstatus

Grupperingen af samlivsstatus er fremkommet ved at kombinere svarpersonens egne oplysninger om, hvorvidt han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, med registeroplysninger fra Det Centrale Personregister (CPR) om civilstand. Samlivsforhold grupperes i følgende fem grupper:

- Gift: Personer, der ifølge CPR er gifte eller i registreret parforhold.
- Samlevende: Personer der i spørgeskemaet angiver, at han eller hun bor sammen med en ægtefælle, samlever eller kæreste, men som ifølge CPR ikke er gifte eller i registreret parforhold.
- Enlig (separeret, skilt): Personer, der ifølge CPR er skilte eller separerede og ikke har angivet, at de er samlevende.
- Enlig (enkestand): Personer, der ifølge CPR er enker eller enkemænd og ikke har angivet, at de er samlevende.
- Enlig (ugift): Personer, der ifølge CPR er ugifte og ikke har angivet, at de er samlevende.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S
www.sst.dk