



Sundhedsprofil 2021

Sundhedsprofil 2021 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«

Udgiver:

Region Sjælland, Data og udviklingsstøtte, Regionshuset, Alleen 15, 4180 Sorø. www.regionsjaelland.dk,
dataogudviklingsstoette@regionsjaelland.dk

Rapporten er udarbejdet af:

Hanne Stald Poulsen, Simon Daniel Eiriksson, Anne Simone Juhl Christiansen og Anne Wingstrand

Øvrige bidragsydere:

Fra Region Sjælland:

Trine Stig Elmer, Britta Ortiz, Gitte Olsen og Carina Bruun Henriksen

Eksterne bidragsydere:

Kapitel 12: Lars Kayser, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Forskellige medarbejdere i kommunerne har bidraget med tekst og billeder til minicases i rapporten.

Korrektur: Ida Marie Sørensen

Layout og tryk: Stine Juul-Mortensen, Sangill Grafisk

Publikationen citeres således:

Poulsen, HS; Eiriksson, SD; Christiansen, ASJ; Wingstrand, A. 2022. *Sundhedsprofil 2021 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«*. Region Sjælland, Data og udviklingsstøtte.

Udgivelse:

2. udgave, april 2022

ISBN:

978-87-93639-17-1

Sundhedsprofil 2021



Sundhedsprofil 2021 for Region Sjælland og kommuner

"Hvordan har du det?"

Udarbejdet af: Region Sjælland, februar 2022

Forord

Region Sjælland præsenterer her sin Sundhedsprofil 2021. Med udgangspunkt i svar fra over 20.000 borgere, giver rapporten et unikt indblik i trivsel, sundhed og sygdom i regionen og de 17 kommuner. Tidligere sundhedsprofiler er lavet i 2010, 2013 og 2017, og Sundhedsprofilen 2021 kan således vise udviklingen på en lang række vigtige parametre for folkesundheden i regionen over de sidste 10 år.

Dataindsamlingen til undersøgelsen blev gennemført fra februar til maj 2021. På det tidspunkt var store dele af landet underlagt restriktioner som følge af COVID-19-pandemien. Test, vacciner, smittetal, nedlukning og hjemsendelse var allerede dengang velkendte begreber og noget, som havde præget hverdagen for de fleste, siden pandemien først kom på dagsordenen ca. et år tidligere.

Sundhedsprofilen 2021 tegner således et øjebliksbillede af, hvordan vi havde det i første del af 2021. Svarene taler for sig selv. Trivslen er generelt faldet, og især den mentale sundhed og det sociale liv er hårdt ramt. Ikke mindst vores unge har, ligesom i resten af landet, fået det værre – en tendens, som allerede var undervejs inden COVID-19-pandemien, og som vi ser på med stor alvor.

Billedet er sammensat. På den ene side viser Sundhedsprofilen 2021 med stor tydelighed, ligesom de tidligere år, de strukturelle udfordringer, vi som region og tilhørende kommuner står med. Parametre som rygning, svær overvægt, usund kost og i sidste ende langvarig sygdom rammer ujævnt i befolkningen. Igennem rapporten præsenteres data, der understreger, at et problem sjældent kommer alene, men derimod viser sig som et kludetæppe af symptomer, risikobetonet sundhedsadfærd, sygdom og belastninger af både strukturel og social karakter.

Social ulighed i sundhed er ikke nyt for os, men noget vi har haft fokus på og arbejdet på at komme til livs gennem flere år, ikke mindst i vores samarbejde med

regionens 17 kommuner. Den målrettede forebyggelse er et fælles anliggende mellem sundhedsvæsenets – og i nogle tilfælde velfærdssamfundets – sektorer og aktører.

På den anden side er der også positive tendenser. Andelen af dagligrygere er f.eks. faldet, og færre udsættes for passiv rygning, ligesom færre drikker alkohol, og vi er blevet lidt mindre stillesiddende. I 2022 skal der indgås nye sundhedsaftaler. Vi ønsker som region at gå forrest i samarbejdet for at sikre, at vi sammen tager de nødvendige skridt, der kan vende den negative udvikling, samt fortsætte og videreudvikle de positive tendenser, der ses i Sundhedsprofilen 2021.

Vi ser digitalisering som et vigtigt redskab til at sikre et sammenhængende og borgernært sundhedsvæsen – et sundhedsvæsen, hvis rolle det også er at understøtte den enkelte i at tage vare på egen sundhed. I denne sundhedsprofil har vi derfor inkluderet et nyt kapitel om borgernes sundhedskompetence og digitale parathed. Vi håber, at viden herfra kan bidrage til at synliggøre, hvordan vi bedst udfylder vores rolle.

En kæmpestor tak skal der særligt lyde til de 20.871 borgere, der har brugt dyrebar tid på at deltage i undersøgelsen, og også til kommunerne for deres indsats for at sikre en god svarprocent. Uden jer ville vi i dag ikke stå med dette værktøj til at understøtte prioritering og planlægning af de kommunale og regionale forebyggelses- og behandlingsopgaver - til gavn for os alle sammen.

Heino Knudsen
Regionsrådsformand
Region Sjælland

Mahad Huniche
Direktør for Data og udviklingsstøtte
Region Sjælland

Indhold

Sammenfatning

Sammenfatning.....	7
--------------------	---

Kapitel 1

Baggrund, metode og demografi	13
--	-----------

1.1 Baggrund, herunder overvejelser i forbindelse med COVID-19-pandemien	14
1.2 Spørgeskemaundersøgelsen	16
1.3 Stikprøve, svarprocenter og vægtning	18
1.4 Analysemetode	22
1.5 Baggrundsvariable og demografisk sammensætning i Region Sjælland	25

Kapitel 2

Læsevejledning.....	43
----------------------------	-----------

Læsevejledning	44
----------------------	----

Kapitel 3

Helbred og trivsel	47
---------------------------------	-----------

3.1 Tilfredshed med livet	51
3.2 COVID-19-pandemiens påvirkning af livskvaliteten	55
3.3 Selvvurderet helbred.....	59
3.4 Fysisk og mentalt helbred samt specifikke smerter, gener og ubehag	63
3.5 Stress	70
3.6 Belastninger i livet	74
3.7 Opfyldelse af seksuelle behov	82
3.8 Sammenhæng mellem helbred og trivsel og sundhedsadfærd hhv. belastninger i livet og tegn på social isolation	86

Kapitel 4

Langvarig sygdom og multisygdom	91
--	-----------

4.1 Langvarig sygdom	95
4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer	99
4.3 Multisygdom	122
4.4 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og sundhedsadfærd, samt helbred og trivsel.....	128
4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud.....	132

Kapitel 5

Sociale relationer og ensomhed 139

- 5.1 Kontakt med andre, herunder tegn på social isolation og frivilligt arbejde 144
- 5.2 Ensomhed, herunder sammenhæng med social kontakt 151
- 5.3 Borgere, som ofte er uønsket alene eller har begrænset social støtte..... 156
- 5.4 Sammenhæng mellem tegn på social isolation hhv. ensomhed og sundhedsadfærd, helbred og trivsel..... 161
- 5.5 Motivation og hjælp til mere social kontakt..... 165

Kapitel 6

Kost 169

- 6.1 Borgernes kostmønster..... 173
- 6.2 Slik, snacks, kager og sodavand..... 178
- 6.3 Frugt, grønt, fisk og fuldkorn 182
- 6.4 Sammenhæng mellem kostmønster og hhv. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer 186
- 6.5 Motivation og hjælp til ændring af kostmønster 188
- 6.6 Holdninger til salg af usunde mad- og drikkevarer 193

Kapitel 7

Vægt 197

- 7.1 Overvægt og undervægt 200
- 7.2 Sammenhæng mellem vægt og hhv. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer 206
- 7.3 Motivation og hjælp til at tabe sig blandt moderat og svært overvægtige borgere 208

Kapitel 8

Rygning 217

- 8.1 Rygevaner..... 221
- 8.2 Passiv rygning blandt ikke-rygere 229
- 8.3 Rygning indendørs i hjemmet 232
- 8.4 Brug af E-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende..... 234
- 8.5 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere 240
- 8.6 Motivation og hjælp til rygestop hos dagligrygere 243

Kapitel 9

Alkohol og euforiserende stoffer	251
9.1 Borgernes alkoholvaner	257
9.2 Sammenhæng mellem alkoholadfærd og hhv. øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer.....	270
9.3 Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner	274
9.4 Holdninger til forbud mod alkohol	279
9.5 Euforiserende stoffer	281

Kapitel 10

Fysisk aktivitet og stillesiddende tid.....	285
10.1 Fysisk aktivitet i fritiden	290
10.2 Stillesiddende tid	300
10.3 Sammenhæng mellem fysisk aktivitet i fritiden og øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer.....	306
10.4 Motivation og hjælp til bedre motionsvaner	309

Kapitel 11

Søvn	319
11.1 Søvnlængde på hverdage	323
11.2 Søvnkvalitet og information om mulighed for hjælp til søvnvaner	327
11.3 Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet.....	332
11.4 Sammenhæng mellem søvnproblemer og sundhedsadfærd.....	333
11.5 Sammenhæng mellem søvnproblemer og helbred, trivsel og belastninger	334

Kapitel 12

Sundhedskompetence og digital parathed	337
12.1 Sundhedskompetence.....	342
12.2 Digital sundhedskompetence	352

Sammenfatning

- Den mentale trivsel er faldet siden 2017 og er især lav blandt kvinder og de yngste borgere
- Forekomsten af langvarig sygdom, multisygdom og de fleste opgjorte enkeltsygdomme er steget siden 2017
- Andelen af ensomme borgere er steget meget siden 2017. Andelen med begrænset social støtte er derimod ikke ændret væsentligt
- Andelen af borgere med et usundt kostmønster er steget siden 2017, mens andelen med et sundt kostmønster er faldet
- Andelen af svært overvægtige borgere er steget siden 2017. I 2021 er næsten 58 pct. af borgerne overvægtige, hvoraf godt hver femte borger er svært overvægtig
- Andelen af dagligrygere er fortsat med at falde i 2021 og er siden 2017 især faldet blandt de 16-24-årige
- Alkoholforbruget er faldet over tid, men andelen af borgere med det højeste og mest problematiske forbrug er stagneret i 2021
- Tre ud af fem borgere lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Borgernes søvnlængde og søvnkvalitet er overordnet set uændret siden 2017
- Niveauet af sundhedskompetence blandt borgerne er bortset fra et fald på området 'føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle' uændret siden 2017
- Der ses fortsat en tydelig social ulighed i de fleste af de målte parametre, og desuden en tæt indbyrdes sammenhæng mellem de forskellige parametre for u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og lav trivsel

Sundhedsprofilen 2021 bygger på spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?'. I alt 20.871 af regionens borgere i alderen 16 år og derover har svaret på en lang række spørgsmål om deres trivsel, sundhed og sygdom. På baggrund heraf tegner Sundhedsprofilen 2021 et helt unikt billede af sundhedstilstanden hos Region Sjællands borgere.

Denne rapport indeholder ti emnekapitler om hhv. helbred og trivsel, langvarig sygdom, sociale relationer, kost, vægt, rygning, alkohol, fysisk aktivitet, søvn og endelig sundhedskompetencer blandt borgerne i regionen. Da mange emner går igen fra sundhedsprofilerne i 2010, 2013 og 2017, kan man i rapporten desuden få et unikt billede af udviklingen i sundheds- og sygdomstilstanden over tid. 2021 var dog et specielt år, idet langt de fleste borgeres liv og hverdag i større eller mindre grad har været

berørt af restriktioner og tiltag i forbindelse med COVID-19-pandemien. Det er givet, at det har sat sit aftryk på resultaterne. Det kan dog ikke med sikkerhed siges, i hvilken grad en udvikling er relateret til COVID-19 eller er del af en allerede eksisterende tendens (se også kapitel 1). I det følgende opsamles hovedkonklusioner fra hvert kapitel.

Helbred og trivsel

Kapitel 3

De fleste borgere er tilfredse med livet, men trivslen er bredt set faldet blandt regionens borgere fra 2017 til 2021. Især på de mentale trivselsparametre er der sket en forværring, mens fire ud af fem borgere vurderer, at de alt i alt har et godt helbred. Det er omtrent samme andel som i 2017. Direkte

adspurgt svarer tre ud af fire borgere, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget dårligere som følge af COVID-19-pandemien.

Flere mænd end kvinder vurderer deres helbred som godt, både det fysiske og det mentale. Kvinderne scorer højere på stressskalaen, har en lavere mental helbredsscore og føler sig i højere grad belastet af forskellige sociale faktorer.

Som tidligere år er tilfredsheden med livet højest blandt borgere midt i livet og i den første del af pensionsalderen. Det største fald fra 2017 til 2021 ses blandt de ældste og især de yngste borgere. Tilfredsheden med livet var også i 2017 lavest og nedadgående blandt de 16-24-årige. Især den mentale sundhed er udfordret i denne gruppe. Mere end hver fjerde 16-24-årig scorer lavt på den mentale helbredsskala i 2021, og hele 43 pct. scorer højt på stressskalaen. Til gengæld har de yngre borgere i langt højere grad end de ældre et godt selvvurderet helbred, i særdeleshed hvad angår det fysiske helbred.

Der er generelt social ulighed i helbred og trivsel. Parametre som dårligt selvvurderet helbred, lav score på hhv. den mentale og den fysiske helbredsskala, samt høj stressscore forekommer langt hyppigere blandt kortuddannede og blandt borgere uden for arbejdsmarkedet (ikke aldersbetingsbet) end blandt højere uddannede og folk i beskæftigelse. De førstnævnte grupper oplever også i højere grad belastninger i livet af social og strukturel karakter, herunder fra økonomi eller boligsituation. Tilfredsheden med livet er faldet mest i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner siden 2017.

Også samlivsstatus og etnisk baggrund har betydning for helbred og trivsel. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er både lav score på den mentale helbredsskala og et højt stressniveau langt hyppigere end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Der ses desuden en tydelig sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og sociale relationer og deres helbred og trivsel.

Langvarig sygdom og multisygdom

Kapitel 4

Næsten 40 pct. af regionens borgere angiver i 2021 at have en langvarig sygdom eller lidelse, mens hver

tredje har mindst to samtidige sygdomme (multisygdom). Forekomsten af både langvarig sygdom, multisygdom og de fleste opgjorte enkeltsygdomme er steget siden 2017. De mest udbredte af de opgjorte enkeltsygdomme og helbredsudfordringer i Region Sjælland er slidgigt, forhøjet blodtryk og allergi, som omkring hver fjerde borger lider af. Derudover er migræne/hyppig hovedpine, tinnitus og ryggsygdom udbredt, mens knap hver syvende borger lider af en psykisk lidelse af enten kort eller lang varighed.

Forekomsten af de fleste langvarige sygdomme øges markant med stigende alder. Demografien i regionen udvikler sig mod en stigende andel af ældre (jf. kap. 1.). Fra 2017 til 2021 er forekomsten af bl.a. hjerte-kar-sygdom, KOL og knogleskørhed steget betydeligt, men også psykisk lidelse og især spiseforstyrrelse, som er mere udbredt blandt de yngre borgere, er steget. I 2021 er der for første gang specifikt spurgt til depression og angstlidelse. Blandt de 16-34-årige angiver omkring hver femte enten at have en af disse sygdomme nu eller at lide af eftervirkninger heraf.

Langvarig sygdom og mange af de opgjorte enkeltsygdomme er generelt mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Andelen med langvarig sygdom er dog steget mere blandt mænd end blandt kvinder de senere år.

Jo længere uddannelse borgerne har, desto lavere er sygdomsforekomsten generelt set. Dette gælder især for forekomsten af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom, nogle muskel-skeletsygdomme, de psykiske lidelser og forhøjet blodtryk samt multisygdom. Kræft er derimod omtrent lige udbredt i alle uddannelsesgrupper, mens allergi er mere udbredt blandt borgere med længere uddannelse end blandt borgere med kort uddannelse. Den sociale ulighed slår også igennem på kommuneniveau ved, at sygdomsforekomsten med enkelte undtagelser ligger højere i de socioøkonomisk udfordrede kommuner og lavere i de bedre stillede kommuner.

I kapitlet er selvvurderet helbred og forskellige trivselsparametre opgjort blandt borgere med langvarig sygdom. Udfaldet varierer alt efter hvilken sygdom, der er tale om. Den laveste trivsel ses blandt borgere med de psykiske lidelser, mens det dårligste selvvurderede helbred findes blandt borgere med KOL.

Sociale relationer og ensomhed

Kapitel 5

Hver ottende borger i regionen (12,7 pct.) er ensom og hver tolvte (8 pct.) viser tegn på social isolation i 2021. Andelen af ensomme er steget med næsten 50 pct. siden 2017, ligesom også andelen, der ofte er uønsket alene (9,2 pct. af borgerne), er steget med omkring 40 pct. Også på parametre som kontakt med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, samt hvor ofte borgerne spiser sammen med andre, er der sket en tydelig negativ udvikling. Udviklingen i tallene bør ses i lyset af de begrænsninger i det sociale samvær, COVID-19-pandemien har medført. Andelen med begrænset social støtte i 2021 (5,8 pct. af borgerne) er ikke ændret nævneværdigt siden 2017, og for nogle grupper og på nogle af de nævnte parametre sås den stigende tendens også i tidligere år.

Ensomhed er mest udbredt blandt yngre borgere. Ca. hver fjerde-femte blandt de 16-34-årige er ensom i 2021, og der har været en tendens til stigning i andelen, der ofte er uønsket alene, i denne aldersgruppe siden 2010. Fra 2017 til 2021 ses den største stigning i ensomhed dog blandt de ældste borgere, mens det er blandt de ensomme 55-64-årige, der er flest, der ønsker hjælp til at få mere kontakt med andre mennesker.

Kvinder har på enkelte parametre færre sociale relationer og er i højere grad ensomme end mænd, mens andelen med begrænset social støtte, dvs. nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte, er højest blandt mænd.

Der ses en social ulighed i borgernes sociale relationer. Både ensomhed og tegn på social isolation er mest udbredt blandt borgere, der ikke aldersbetingsbetalt er uden for arbejdsmarkedet (herunder arbejdsløse og førtidspensionister), samt hos borgere med det laveste uddannelsesniveau. De største stigninger i andelen af ensomme fra 2017 til 2021 ses dog blandt borgere i beskæftigelse, alderspensionister og borgere under uddannelse. Der ses en tæt sammenhæng mellem u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, dårligt helbred og lav trivsel og hhv. tegn på social isolation og ensomhed. Sammenhængen med ensomhed er dog blevet mindre tydelig fra 2017 til 2021.

Kost

Kapitel 6

Størstedelen af borgerne i Region Sjælland har et kostmønster med både usunde og sunde elementer. Siden 2017 er andelen af borgere i regionen med et usundt kostmønster steget, mens andelen med et sundt kostmønster er faldet. Omkring 80 til 90 pct. af borgerne lever ikke op til Fødevarestyrelsens anbefalinger vedrørende hhv. indtag af frugt og grønt samt fisk, og andelen med et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er steget. Knap hver ottende borger drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen, og også andelen, der spiser slik eller chokolade, er steget fra 2017 til 2021.

Kvinder har generelt et sundere kostmønster end mænd og ønsker i højere grad at spise mere sundt. Borgere under 35 år har generelt det mest usunde kostmønster, mens borgere i alderen 55-79 år har det sundeste kostmønster. Til gengæld er motivationen til at spise sundere (blandt borgere med et usundt kostmønster) størst blandt yngre borgere.

Der er generelt social ulighed i borgernes kostvaner. Der er en markant tendens til, at andelen af borgere med et sundt kostmønster stiger med stigende uddannelsesniveau og omvendt for andelen med et usundt kostmønster, som også generelt er mere udbredt blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet (ikke aldersbetingsbetalt). Der er desuden sammenhæng mellem usundt kostmønster og u hensigtsmæssig sundhedsadfærd på andre parametre, samt lavere trivsel generelt.

Der er opbakning i befolkningen til forbud mod salg af udvalgte usunde fødevarer. Det gælder hovedsageligt på skoler og i skolefritidsordninger og særligt fedtholdig fastfood. Opbakningen til forbud er dog faldet siden 2017.

Vægt

Kapitel 7

Næsten 58 pct. af borgerne i Region Sjælland er overvægtige, og godt hver femte borger er svært overvægtig. Andelen af overvægtige borgere har været stigende siden 2010, herunder ikke mindst andelen af svært overvægtige borgere (BMI over 30), som er steget med godt 40 pct. i løbet af pe-

rioden med den største enkeltvise stigning mellem 2013 og 2017. Omkring 2 pct. af regionens borgere er undervægtige, hvilket er på samme niveau som tidligere år.

Overvægt er mere udbredt blandt mænd end kvinder, mens andelen, der ønsker at tabe sig, er højere blandt kvinder end blandt mænd. Svær overvægt er mest udbredt blandt 35-64-årige, og er derudover mere udbredt blandt borgere med en kortere uddannelse end blandt borgere med en længere uddannelse. Forekomsten af svær overvægt er desuden højere blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive end i regionen generelt.

Knap ni ud af ti overvægtige borgere vurderer, at deres vægt er for høj, og godt otte ud af ti overvægtige ønsker at tabe sig. Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til vægttab, er dog faldet med 2,9 procentpoint siden 2017. Knap hver femte overvægtige borger, som har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er i den forbindelse blevet rådet af lægen til at tabe sig.

Svært overvægtige og undervægtige borgere har generelt et dårligere mentalt helbred og lavere tilfredshed med livet sammenlignet med normalvægtige og moderat overvægtige.

Ryging

Kapitel 8

Ca. 80 pct. af borgerne i regionen er ikke-rygere, enten fordi de aldrig har røget, eller fordi de er stoppet med at ryge. I alt 16,1 pct. af borgerne ryger dagligt og heraf er ca. halvdelen storrygere (ryger dagligt 15 cigaretter eller mere). Andelen af dagligrygere er siden 2010 faldet med 30 pct., og blandt de 16-24-årige er andelen siden 2017 faldet med 40 pct. Samtidig er både andelen af borgere med børn i hjemmet, hvor der ryges indendørs, og andelen, der udsættes for passiv rygning dagligt, mere end halveret siden 2017.

En større andel af mænd end kvinder ryger dagligt (især hvad angår storrygning), og en større andel af mænd har tidligere røget. Andelen af dagligrygere og storrygere er desuden mest udbredt blandt borgere i alderen 45-64 år, mens andelen af tidligere rygere er mest udbredt blandt ældre over 65

år. Blandt unge under 25 år ses den største andel af borgere, som aldrig har røget, men samtidig er det især de unge, som ryger lejlighedsvist. Daglig, passiv rygning er også mest udbredt blandt unge under 25 år.

Der er social ulighed i forekomsten af rygning. Daglig rygning og passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere med det laveste uddannelsesniveau end blandt borgere med videregående uddannelser. Samtidig er andelen af borgere, der ryger dagligt, langt mere udbredt blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse. Den sociale ulighed i rygning viser sig også på tværs af kommuner med forskellige socioøkonomiske vilkår.

Dagligrygere har i højere grad end ikke-rygere udfordringer med helbred, trivsel, sociale relationer og øvrig u hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Tre ud af fire dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge, hvilket er omtrent samme andel som tidligere år. Blandt dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, ønsker godt 42. pct. hjælp til det.

I alt 2,6 pct. af borgerne i regionen bruger e-cigaretter dagligt, hvilket er på niveau med 2017, mens 1,6 pct. bruger snus, nikotinposer eller tilsvarende dagligt. Andelen, der bruger snus, nikotinposer eller tilsvarende dagligt, er højest blandt de yngste borgere (de 16-24 årige) hvor 7,9 pct. anvender produkterne. Andelen i de øvrige aldersgrupper ligger mellem 0,5 og 1,5 pct.

Alkohol og euforiserende stoffer

Kapitel 9

Alkoholforbruget blandt regionens borgere er gradvist faldet over tid. Fra 2017 til 2021 er denne udvikling dog stagneret på nogle områder. Godt 13 pct. af regionens borgere har i 2021 tegn på et problematisk alkoholforbrug. Det er omtrent samme andel som i 2017. Også andelen af borgere, der ugentligt drikker mere end Sundhedsstyrelsens tidligere højrisikogrænse (14 genstande for kvinder og 21 for mænd) og andelen, der rusdrikker ugentligt (mindst fem genstande ved samme lejlighed), er på ca. samme niveau som i 2017.

Både andelen af borgere, som drikker over Sundhedsstyrelsens nye risikogrænse på 10 genstande per uge, og andelen med et alkoholforbrug mellem

den tidligere lav- og højrisikogrænse (7-14 og 14-21 genstande for hhv. kvinder og mænd) er til gengæld faldet fra 2017 til 2021. Faldet ses især blandt de 16-24-årige, samt blandt borgere under uddannelse, og delvist også blandt kvinder. Også andelen, som slet ikke drikker alkohol, er steget, så det i 2021 gælder knap 15 pct. af borgerne.

Et højt genstandsforbrug, rusdrikkeri og tegn på problematisk alkoholforbrug er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder. Alkoholforbruget er generelt højest blandt de 55-79-årige, og blandt de 16-24-årige hvad angår rusdrikkeri. Andelen med tegn på et problematisk alkoholforbrug er højest blandt borgere med videregående uddannelser, ligesom der for alkohol generelt ses en lavere sammenhæng med anden uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og lav trivsel, end hvad gælder for andre emner i rapporten.

Kun hver tredje borger med tegn på et problematisk alkoholforbrug vurderer selv, at deres vaner er ufornuftige, og omtrent samme andel ønsker at nedsætte deres forbrug. Blandt sidstnævnte vil kun hver femte gerne have hjælp til det. Både andelen, som vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige, og andelen som gerne vil nedsætte forbruget, er højest blandt borgere med videregående uddannelser.

Godt 2 pct. af regionens borgere har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned. Det er omtrent samme andel som i 2017. Både forbrug af hash og andre euforiserende stoffer er langt mest udbredt i de yngste aldersgrupper og ses stort set ikke blandt de ældste borgere. Fra 2017 til 2021 ses dog en tendens til en øget andel af hashbrugere blandt ældre borgere og en lavere andel blandt de yngre aldersgrupper.

Fysisk aktivitet og stillesiddende tid

Kapitel 10

Tre ud af fem borgere i Region Sjælland lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Dvs. mindst 2½ times moderat fysisk aktivitet eller 1 time og 15 minutters hård fysisk aktivitet per uge (eller en tilsvarende kombination heraf). Fra 2013 til 2017 sås en stigning i andelen af fysisk inaktive borgere i regionen. Dette er vendt til et lille fald i 2021, hvor flere desuden dyrker lettere motion (gåture, cykling). Til gengæld dyrker færre

motions- og konkurrenceidræt i 2021. Resultaterne skal ses i lyset af de restriktioner, COVID-19-pandemien har medført, herunder bl.a. begrænsning af indendørs sportsaktiviteter.

Halvdelen af regionens borgere sidder stille mere end otte timer dagligt på hverdage, og en tredjedel bruger mindst fire timer dagligt i fritiden foran en skærm. Den samlede stillesiddende tid er faldet fra 2017 til 2021, mens andelen med skærmtid over fire timer i fritiden er steget. Unge under 25 år sidder mere ned end andre aldersgrupper – både hvad angår skærmtid i fritiden og samlet stillesiddende tid på hverdage.

Mænd dyrker generelt hårdere motion end kvinder i fritiden og efterlever i højere grad WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet. Der er desuden social ulighed i hvor fysisk aktive, borgerne er. Den fysiske aktivitet i fritiden falder generelt med faldende uddannelsesniveaue, ligesom også stillesiddende tid foran en skærm i fritiden er mest udbredt blandt borgere med kort uddannelsesniveaue. Dog er den samlede stillesiddende tid på hverdage højest blandt borgere med videregående uddannelser, og er desuden høj blandt borgere under uddannelse eller i beskæftigelse.

Næsten tre fjerdedele af dem, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, ønsker at være mere fysisk aktive. Det giver et stort forebyggelsespotentiale. Motivationen er højest blandt dem med de længste uddannelser.

Søvn

Kapitel 11

Fire ud af fem borgere sover over seks timer, men under ni timer dagligt og dermed inden for de generelle behovsgrænser. Omkring halvdelen af borgerne i regionen føler sig som regel udhvilede og ikke generet af søvnproblemer. Der er overordnet set ikke sket nævneværdig udvikling på nogen af parametrene siden 2017.

Der er i 2021 en større andel af kvinder end mænd, der sover under seks timer dagligt. Der er som tidligere år også en større andel med dårlig søvnkvalitet blandt kvinder end blandt mænd. Borgere over 65 år har generelt bedre søvnkvalitet end yngre borgere, mens udbredelsen af søvnlængde under seks timer kun i begrænset omfang varierer i forhold til alder.

Udbredelsen af både søvnlængde under seks timer og dårlig søvnkvalitet falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Der ses derudover en tydelig sammenhæng mellem borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og både deres søvnlængde og søvnkvalitet. Desuden ses det, at både søvnlængde og søvnkvalitet er lavere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner end blandt borgere, der gør, samt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Der ses generelt en tæt sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd, helbred og trivsel og deres søvnkvalitet. Jo mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd desto større en andel oplever samtidigt at have søvnproblemer eller søvnbesvær, og især for de mentale trivselsparametre ses der en tæt sammenhæng med søvnkvaliteten. Godt hver fjerde, der er meget generet af søvnproblemer, har indenfor de seneste 12 mdr. modtaget information fra forskellige kilder, om at man kan få hjælp i forbindelse med søvnvaner.

Sundhedskompetence og digital parathed

Kapitel 12

Sundhedskompetence og den digitale parathed blandt regionens borgere er undersøgt ved måling af borgernes kompetenceniveau på seks forskellige områder. Størstedelen af borgerne i Region Sjælland har overordnet set, hvad antages at være et tilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence. Den største andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau findes på området 'føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle', hvor mere end hver tredje (37 pct.) er udfordret. Det er 4 procentpoint mere end i 2017. Stigningen, som især er sket i de ældste aldersgrupper, bør ses i lyset af de ændringer i kontakten med sundhedsvæsenet, som COVID-19-pandemien har medført.

På de to andre sundhedskompetenceområder med målinger over tid ligger niveauet omtrent som i 2017. Omkring hver femte borger har et utilstrækkeligt niveau på kompetenceområdet 'viden nok til at håndtere eget helbred', og knap hver sjette på området 'forstå information og følge vejledning'.

Den digitale sundhedskompetence er målt første gang i 2021. Omkring hver tredje borger har et utilstrækkeligt kompetenceniveau på områderne 'brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred' og 'gavn af digitale løsninger i håndteringen af eget helbred'. Hvad angår 'tillid til håndteringen af sundhedsdata', har knap hver femte et utilstrækkeligt niveau.

Flere ældre end yngre borgere har udfordringer på kompetenceområderne 'brug' og 'gavn' af teknologi og digitale løsninger. Mere end hver femte blandt de unge udtrykker til gengæld usikkerhed på området 'tillid til håndteringen af deres sundhedsdata'. De unge scorer også lavere end de øvrige aldersgrupper på sundhedskompetence-områderne 'føler sig støttet og forstået af de sundhedsprofessionelle' og 'viden nok til at håndtere eget helbred'.

Der ses en tydelig social ulighed i både de generelle og de digitale sundhedskompetencer. Et utilstrækkeligt kompetenceniveau er generelt mere udbredt blandt borgere med et lavt uddannelsesniveau. Den eneste undtagelse er området 'tillid til håndteringen af deres sundhedsdata', hvor andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau er størst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Der er for alle kompetenceområderne en større andel med et utilstrækkeligt niveau blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner end blandt borgere, der gør. Der er desuden en markant højere andel med et utilstrækkeligt sundhedskompetenceniveau blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Det omvendte billede ses dog på to ud af tre områder, når det gælder digital sundhedskompetence.

Endelig ses der en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd, samt helbred og trivsel og deres sundhedskompetence på de forskellige områder. Andelen med et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence, herunder digitale kompetencer, er desuden generelt højere blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden sygdom, dog med undtagelse af området 'føler sig støttet og forstået af de sundhedsprofessionelle'.

Kapitel 1

Baggrund, metode og demografi

1.1 Baggrund, herunder overvejelser i forbindelse med COVID-19-pandemien

1.2 Spørgeskemaundersøgelsen

1.3 Stikprøve, svarprocenter og vægtning

1.4 Analysemetode

1.5 Baggrundsvariable og demografisk sammensætning i Region Sjælland



Baggrund, metode og demografi

1.1 Baggrund, herunder overvejelser i forbindelse med COVID-19-pandemien

Sundhedsprofilen 2021 for Region Sjælland og kommuner bygger på undersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021', som blev gennemført fra februar til maj 2021 ved udsendelse af spørgeskemaer til ca. 2000 tilfældigt udvalgte borgere på 16 år eller derover i hver af Region Sjællands 17 kommuner, i alt 34.000 borgere.

Undersøgelsen, som er den fjerde af sin slags i Region Sjælland, gennemføres på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet og Finansministeriet fra 2009 om udarbejdelse af sundhedsprofiler i hver region og på nationalt plan hvert fjerde år. De tre første sundhedsprofiler blev udarbejdet i 2010, 2013 og 2017 i alle regioner og nationalt.

Formålet med undersøgelsen er at belyse, hvordan det går med trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne borgere i regionen, samt følge udviklingen over tid. Sundhedsprofilen opridser resultaterne fra undersøgelsen, og er således tænkt som et redskab i prioriteringen og planlægningen af indsatser og tiltag i både regionen og kommunerne.

Oplysningerne i rapporten kan bl.a. bruges til:

- Afdækning af social ulighed i sundhed
- Planlægning af strukturel sundhedsfremme og målrettede forebyggelses- og sundhedstilbud til individer eller grupper af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Prioritering af forebyggelses- og sundhedsindsatser i kommunerne og udformning af kommunal sundhedspolitik og sundhedsaftaler mellem kommuner og regionen

Befolkningens behov for sundhedsydelser ændrer sig i takt med ændrede livsstilsvaner og befolknings sammensætning, herunder aldersfordelingen. Sundhedsprofilen indeholder selvrapporterede data, som til forskel fra, hvad der kan findes i f.eks. registre, belyser, hvordan befolkningen selv oplever trivsel og sundhed.

Når borgernes oplysninger om egen sundhedstilstand bliver holdt sammen med oplysninger om f.eks. deres køn, alder eller arbejdssituation, bliver undersøgelsen et stærkt redskab, der kan vise sundhedsmæssige udfordringer i forskellige befolkningsgrupper på regionsniveau, landsplan og i de enkelte kommuner. Undersøgelsen kan således pege på, hvor behovet for indsatser er størst – både socioøkonomisk, demografisk og geografisk – og dermed målrette planlægning og samarbejde mellem region og kommuner.

I dette indledende kapitel beskrives spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' nærmere. Derefter kommer to afsnit om metode i databearbejdning og analyser til Sundhedsprofilen 2021. Endelig følger et afsnit om demografien i regionen, som er nyttig at kende til som baggrund for resultaterne i rapporten.

I rapporten findes der ind imellem billeder af indsatser på et givent emneområde. Billederne og den tilhørende forklarende tekst er tænkt som illustrationer, der skal bidrage til at levendegøre det pågældende emneområde og give et indblik i nogle af de mange initiativer, der er i gang. Alle kommuner har haft mulighed for at bidrage med input. Vedrørende anbefalinger til konkrete forebyggelsesindsatser henvises til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker, som der også refereres til forskellige steder i rapporten (1).

1.1.1 Gennemførelse af undersøgelsen under COVID-19-pandemien

Som den fjerde undersøgelse i rækken, kan Sundhedsprofilen 2021 på mange parametre vise udviklingen fra den første undersøgelse tilbage i 2010 frem til 2021, og således indikere om tendenser fra tidligere år fortsætter, eller om det modsatte gør sig gældende.

Året 2021 var dog et særligt år. Dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021 blev gennemført i perioden 5. februar til og med den 12. maj 2021. I denne periode var det danske samfund delvist lukket ned, og samtlige borgere var ramt af COVID-19-restriktioner i større eller mindre grad. Restriktionerne, som var sat i værk for at begrænse smittespredningen af COVID-19 og beskytte sygehuskapaciteten mod overbelastning, omfattede bl.a. nedlukning af kultur- og idrætslivet, herunder fitnesscentre og sportsaktiviteter, hjemsendelse af skolebørn og studerende, hjemmearbejde så vidt muligt, forbud mod større forsamlinger og en generel anbefaling om at holde afstand og begrænse omgangskredsen.

Den første nedlukning kom allerede et år forinden, i marts 2020, og til trods for at samfundet i sommeren og efteråret 2020 havde været åbnet, havde borgerne på dataindsamlingstidspunktet kendt til og levet med effekten af pandemien i omkring et års tid.

Sundhedsprofilen 2021 tegner således et øjebliksbillede af befolkningens trivsel, sundhedsadfærd og sygdom under en periode med pandemi og nedlukning, og resultaterne vil uden tvivl være påvirket af den specielle situation omkring COVID-19. Der kan være resultater eller udvikling i tallene i 2021 sammenlignet med tidligere år, som ikke ville være set, hvis der ikke havde været en pandemi. Nogen af ændringerne kan være blivende, mens andre ikke vil være ved efter genåbning og normalisering af samfundet. Ændringerne kan imidlertid også være en del af en generel udvikling, der allerede var undervejs. Det er ikke muligt at sige med sikkerhed, om, og i hvilket omfang, det er tilfældet, og det er heller ikke muligt at forudsige, om ændringer i 2021 er af midlertidig eller mere permanent karakter. Der har fortsat været restriktioner i større eller mindre omfang siden dataindsamlingen og frem til januar 2022.

Validiteten af de nationale spørgsmål i spørgeskemaet, dvs. om spørgsmålene - i den specielle kontekst - fortsat forstås og fungerer, som det oprindeligt var tiltænkt, er blevet undersøgt og vurderet i en national arbejdsgruppe med repræsentation fra alle fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Arbejdsgruppen, som bl.a. kiggede på udviklingstendenser i resultaterne for udvalgte potentielt problematiske spørgsmål, og forskelle, ligheder og sammenhænge med andre spørgsmål, fandt ingen åbenlyse validitetsproblemer ved disse analyser. Det skal bemærkes, at arbejdsgruppens muligheder for at belyse emnet har været begrænsede både tids- og ressourcemæssigt. Også de regionale spørgsmål i spørgeskemaet er vurderet med henblik på validitetsproblemer.

Arbejdsgruppens gennemgang resulterede i anbefalinger til COVID-19-relaterede opmærksomhedspunkter ved fortolkningen af resultaterne fra nogle af de undersøgte spørgsmål. I løbet af rapporten gøres der, hvor det vurderes at være særligt relevant, løbende opmærksom på den formodede påvirkning, som COVID-19-situationen kan have haft på resultaterne, og på de specielle omstændigheder i 2020 og 2021, som bør holdes in mente ved fortolkning af resultaterne.

Beslutning om gennemførelse af sundhedsprofilundersøgelsen, 'Hvordan har du det?' under COVID-19-pandemien er truffet af Det Koordinerende Udvalg, som består af Sundhedsstyrelsen, Sundhedsministeriet Danske Regioner, Kommunernes Landsforening, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og repræsentanter fra henholdsvis de fem regioner og fem kommuner. Beslutningen blev begrundet med, at der var behov for et opdateret datagrundlag til det sundhedsfremmende arbejde i region og kommuner, og at undersøgelsen kunne bidrage med værdifuld viden om betydningen af pandemien på befolkningens helbred, trivsel og sundhedsadfærd.

1.2 Spørgeskemaundersøgelsen

Dette afsnit redegør for dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021, som indebærer udsendelse af spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021' til en stikprøve af regionens befolkning. Derudover præsenteres indholdet af spørgeskemaet og en opgørelse af borgernes deltagelse i undersøgelsen.

1.2.1 Udsendelsesprocedure

I forbindelse med Sundhedsprofilen 2021 udsendte Region Sjælland spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021' til 34.000 tilfældigt udvalgte borgere på 16 år og derover i regionens 17 kommuner. Af dem var 22 dog ikke aktive i CPR-registeret ved udsendelsen (f.eks. afdøde) og modtog derfor ikke en invitation. Derudover udsendte Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SDU), i forbindelse med den nationale Sundheds- og sygelighedsundersøgelse (SUSY) også et spørgeskema til 3.552 borgere i Region Sjælland. Spørgeskemaet fra SUSY-undersøgelsen og Regions Sjællands spørgeskema indeholdt begge 50 ud af de 56 fælles nationale spørgsmål, som indgik i Den Nationale Sundhedsprofil 2021. De samlede besvarelser fra de to undersøgelser i 2021 er anvendt i udarbejdelsen af Sundhedsprofilen 2021.

Ligesom ved dataindsamlingen til de tidligere sundhedsprofiler har der i 2021 både været mulighed for at besvare spørgeskemaet i papirform og elektronisk via internettet. Alle de inviterede har i løbet af dataindsamlingen haft begge svarmuligheder.

Dataindsamlingen startede den 5. februar 2021. Ligesom i 2017 blev de borgere, der ikke var undtaget fra elektronisk post fra det offentlige (ca. 92 pct.), indledningsvist inviteret digitalt til undersøgelsen via e-Boks eller borger.dk. De modtog en digital invitation med et link til det elektroniske spørgeskema og en digital påmindelse efter syv dage. På dag 30, 51 og 75 efter den første digitale henvendelse modtog denne gruppe, hvis de endnu ikke havde besvaret spørgeskemaet, desuden en invitation med posten. Første og sidste gang var papirskemaet og en svarkuvert vedlagt. Adgangen til at besvare elektronisk ophørte midnat mellem 12. og 13. maj 2017.

De øvrige knap 10 pct. af de inviterede borgere var undtaget fra elektronisk post fra det offentlige og fik første henvendelse og et papirskema med brev den 5. februar 2021. De, som endnu ikke havde besvaret skemaet, modtog to påmindelser efter hhv. 29 dage og 54 dage - sidste gang med endnu et papirskema vedlagt. Papirbesvarelser, som blev modtaget til og med

18. maj 2021, blev inkluderet i undersøgelsen. En lignende udsendelsesprocedure blev anvendt ved udsendelse af spørgeskemaer til SUSY-undersøgelsen.

1.2.2 Spørgeskemaindhold

Spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021', som danner grundlag for Region Sjællands Sundhedsprofil 2021, består af en kerne af 56 fælles, nationale spørgsmål, som er anvendt af alle fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Disse spørgsmål udgør desuden datagrundlaget for Den Nationale Sundhedsprofil 2021.

Udover de fælles nationale spørgsmål har Region Sjælland, bl.a. i samarbejde med kommunerne, besluttet at inkludere yderligere 33 regionale spørgsmål i spørgeskemaet. Disse spørgsmål er valgt dels for at videreføre regionale spørgsmål fra de tidligere sundhedsprofiler i 2010, 2013 og 2017 og dels for at afdække områder af lokal interesse, som afspejler fokuspunkter i kommunerne og i Region Sjælland.

Der er ændret lidt i spørgeskemaets indhold fra 2017 til 2021. Af nye, nationale spørgsmål er der bl.a. kommet to spørgsmål med om angstlidelse og depression samt eftervirkninger heraf. Desuden er de nationale spørgsmål om fysisk aktivitet og kontakt med andre mennesker ændret omfattende, og opgørelsen af disse spørgsmål kan derfor ikke sammenlignes med opgørelsen af lignende spørgsmål i 2017 (se også kapitel 5 og 10).

Af regionale spørgsmål er der tilføjet spørgsmål om brug af snus, nikotinposer og lignende, samt et spørgsmål om seksuel behovsdækning. Desuden indgår som noget nyt i 2021 tre udvalgte områder fra spørgsmålspanelet eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ) om digitale sundhedskompetencer. Endelig er spørgeskemaet suppleret med et regionalt spørgsmål til borgerne om, hvorvidt COVID-19 pandemien har påvirket deres livskvalitet. Enkelte andre spørgsmål er udgået i 2021. Spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021' samt spørgeskemaerne fra de tidligere undersøgelser kan findes på www.regionsjaelland.dk/sund.

I tabel 1.2.2.1 ses en oversigt over de emner og spørgsmål, der indgår i spørgeskemaet til Region Sjællands Sundhedsprofil 2021, med angivelse af om spørgsmålene er udvalgt nationalt eller regionalt. Spørgeskemaet til borgerne i SUSY-stikprøven indeholder i 2021 bl.a. 50 af de 56 fælles nationale spørgsmål, idet seks spørgsmål om problematisk alkoholadfærd (spørgsmålspanelet CAGE-C) efter national aftale ikke indgår heri.

Tabel 1.2.2.1 Oversigt over emner, spørgsmål, og antal underspørgsmål i spørgeskemaet 'Hvordan har du det?' til Region Sjællands Sundhedsprofil 2021

Emne	Spørgsmål nummer	Antal underspørgsmål	
		Nationale	Regionale
Helbred, trivsel og dagligdagens stress	1-7, 8, 9	22	7
Symptomer, ubehag, langvarig sygdom og psykiske lidelser	10-13, 14	29	1
Rygning	15-19, 20	8	1
E-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende	21, 22-23	1	3
Alkohol og euforiserende stoffer	24, 25-33, 34, 35, 36-37	30	12
Kost	38-43, 44, 45, 46-48	26	23
Bevægelse i dagligdagen	49-51, 52-53, 54, 55-56	4	7
Højde og vægt (BMI)	57-60, 61	4	1
Kontakt med sundhedsvæsenet	62-63, 64-66	8	20
Sundhed og brug af teknologi	67	0	15
Kontakt med andre mennesker	68-71, 72-75	12	4
Transport	76	0	5
Søvn	77-78	0	2
Sexliv og graviditet	79-80	0	2
Personlige forhold		9	0
- Køn og alder	81-82		
- Husstand	83		
- Uddannelse	84, 86		
- Erhvervstilknytning	85, 87		
Tilfredshed med livet (generelt og under COVID-19)	88-89	0	2

Nationale spørgsmål

Regionale spørgsmål

1.3 Stikprøve, svarprocenter og vægtning

1.3.1 Stikprøve og svarprocenter

I alt 34.000 borgere på 16 år eller derover med bopæl i Region Sjælland blev inviteret til at deltage i Region Sjællands del af undersøgelsen. Der blev inviteret 2.000 borgere fra hver af de 17 kommuner i regionen. Derudover udsendte Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet (SDU) et spørgeskema til 3.552 borgere i Region Sjælland i forbindelse med den nationale Sundheds- og sygelighedsundersøgelse (SUSY).

Begge stikprøver blev udtrukket fra CPR-registeret pr. 1. januar 2021 af Sundhedsdatastyrelsen ved en tilfældig udvælgelse. For Region Sjællands stikprøve blev borgerne tilfældigt udvalgt indenfor hver kommune, hvilket vil sige, at alle borgere inden for den samme kommune har haft den samme sandsynlighed for at blive udtrukket. Forinden var SUSY-stikprøven udtrukket som en del af en tilfældig stikprøve i den samlede danske befolkning på 16 år eller derover. Alle borgere i Region Sjælland havde dermed samme sandsynlighed for at blive udtrukket til SUSY-undersøgelsen. Antallet, som blev udtrukket til SUSY-undersøgelsen pr. kommune, var således ikke ens men afspejlede kommunens indbyggertal. Udtrækket af stikprøverne til 'Hvordan har du det? 2021' og SUSY-undersøgelsen var koordineret og borgerne kunne kun blive udtrukket til én af de to undersøgelser.

I de tidligere Sundhedsprofiler (2010, 2013 og 2017) blev samme udtræksmetode anvendt til Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse, mens det er nyt, at Region Sjællands undersøgelse i 2021 er suppleret med besvarelser fra SUSY-undersøgelsen.

Det skal bemærkes, at forskerbeskyttelsen i CPR-registeret ophørte i 2014. Forskerbeskyttelsen gjorde det frem til 2014 muligt for borgerne at fravælge henvendelser i forbindelse med statistiske og videnskabelige undersøgelser. Godt 10 pct. af befolkningen havde inden ophøret valgt forskerbeskyttelsen til. Det betyder, at stikprøverne i 2017 og 2021 er taget fra en større del af befolkningen end i 2013 og 2010. Med den anvendte vægtning (se afsnit 1.3.2) er effekten af ændringen dog sandsynligvis begrænset.

I alt 19.231 af de 34.000 borgere, som blev inviteret til Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse 'Hvordan har du det? 2021' valgte at deltage, mens 1.640 af de 3.552 inviterede borgere fra Region Sjælland besvarede SUSY-spørgeskemaet. Det giver en svarprocent på 56,6 pct. på Region Sjællands spørgeskema og 46,2 pct. på SUSY-spørgeskemaet. Svarprocenten på regionens spørgeskema var 56,3 pct. i 2017, 48,8 pct. i 2013 og 55,0 pct. i 2010. Svarprocenten er således nogenlunde den samme som i 2017 og 2010.

Svarprocenten varierer også på tværs af befolkningsgrupper, som det fremgår af tabel 1.3.1.1. Der er ligesom de foregående år en større andel af kvinder end mænd, som har valgt at besvare spørgeskemaet. Svarprocenten for Region Sjællands spørgeskema er 61,1 pct. for kvinder og 51,9 pct. for mænd, mens den samlet for Region Sjællands undersøgelse og SUSY-undersøgelsen er 59,7 pct. for kvinder og 51,1 pct. for mænd. De ældste aldersgrupper har den højeste svarprocent med 74,8 pct. blandt de 65-79 årige i den regionale undersøgelse og 73,8 i de to undersøgelser samlet. Den laveste svarprocent ses hos de 25-34 årige med 34,1 pct. i Region Sjællands undersøgelse og 32,8 pct. for de to undersøgelser samlet.

Mellem kommunerne varierer svarprocenten på regionens spørgeskema fra 53,3 pct. i Ringsted Kommune til 60,4 pct. i Lejre Kommune mens svarprocenten for SUSY-spørgeskemaet varierer fra 38,7 pct. i Solrød Kommune til 61,5 pct. i Lejre Kommune. Se i øvrigt tabel 1.3.1.2.

Tabel 1.3.1.1: Besvarelsesprocent og antal personer, der har besvaret spørgeskemaet i forskellige demografiske og socioøkonomiske grupper i Region Sjællands Sundhedsprofil 2021

	Region Sjællands undersøgelse (RSj)			SUSY-undersøgelsen			Samlet (RSj og SUSY)		
	Udsendt	Svarprocent	Svar	Uds.	Svarprocent	Svar	Uds.	Svarprocent	Svar
Region Sjælland 2021	34.000	56,6	19.231	3.552	46,2	1.640	37.552	55,6	20.871
Køn									
Mand	16.887	51,9	8.772	1.750	42,5	743	18.637	51,1	9.515
Kvinde	17.113	61,1	10.459	1.902	47,2	897	19.015	59,7	11.356
Alder									
16-24 år	3.906	40,3	1.574	407	36,9	150	4.313	40,0	1.724
25-34 år	3.917	34,1	1.334	472	22,7	107	4.389	32,8	1.441
35-44 år	4.457	45,9	2.046	441	36,3	160	4.898	45,0	2.206
45-54 år	6.092	56,1	3.420	612	46,1	282	6.704	55,2	3.702
55-64 år	6.008	65,5	3.934	570	51,9	296	6.578	64,3	4.230
65-79 år	7.508	74,8	5.618	790	64,2	507	8.298	73,8	6.125
80+	2.112	61,8	1.305	260	53,1	138	2.372	60,8	1.443
Uddannelsesmæssig baggrund									
Grundskole/gymnasial			1.958			158			2.116
Kort uddannelse			6.562			573			7.135
Kort videregående			1.581			122			1.703
Mellemlang videregående			3.471			338			3.809
Lang videregående			1.493			124			1.617
Erhvervstilknytning									
Beskæftigede			8.225			673			8.898
Arbejdsløse			286			23			309
Førtidspensionister			695			44			739
Efterlønsmodtagere			156			14			170
Alderspensionister			6.923			645			7.568
Øvrige ikke-erhvervsaktive			818			74			892
Under uddannelse			1.054			102			1.156
Samlivsstatus									
Samlevende			12.968			1.097			14.065
Ikke samlevende			6.263			543			6.806
Samboende med børn u. 16 år									
Bor sammen med børn			3.668			308			3.976
Bor ikke med børn			12.580			1.153			13.733
Etnisk baggrund									
Dansk baggrund			18.084			1.554			19.638
Anden vestlig baggrund			494			46			540
Ikke-vestlig baggrund			653			40			693

Note: Summen af antal personer på tværs af grupper er ikke i alle tilfælde lig med det samlede antal besvarelser i regionen pga. manglende oplysninger om den pågældende demografiske eller socioøkonomiske gruppe.

Svarprocenterne for de nederste fem demografiske kategorier er ikke tilgængelige, da kategoriseringen er dannet på baggrund af spørgeskemabesvarelserne, og der derfor ikke er oplysninger vedrørende de borgere der ikke har besvaret.

Kilde: Spørgeskemadata.

Tabel 1.3.1.2 Svarprocenter og antal besvarelser i Region Sjællands spørgeskemaundersøgelse 'Hvordan har du det? 2021' (RSj), i den nationale Sundheds- og sygelighedsundersøgelse (SUSY) og samlet, opgjort på kommuner

	Region Sjællands undersøgelse (RSj)		SUSY-undersøgelsen		Samlet (RSj og SUSY)	
	Pct.	Antal	Pct.	Antal	Pct.	Antal
Region Sjælland	56,6	19.231	46,2	1.640	55,6	20.871
Guldborgsund	55,9	1.116	48,4	120	55,0	1.236
Kalundborg	54,6	1.090	43,9	98	53,5	1.188
Lolland	57,5	1.150	49,7	87	56,9	1.237
Odsherred	56,0	1.120	49,3	69	55,6	1.189
Slagelse	54,6	1.090	47,0	154	53,5	1.244
Vordingborg	58,6	1.171	51,6	94	58,1	1.265
Faxe	55,1	1.101	50,0	81	54,7	1.182
Holbæk	57,2	1.145	41,4	132	55,1	1.277
Næstved	56,7	1.132	46,8	175	55,1	1.307
Ringsted	53,2	1.065	40,4	65	52,3	1.130
Sorø	56,4	1.128	43,8	56	55,7	1.184
Stevns	56,5	1.128	45,5	45	56,0	1.173
Greve	58,8	1.175	40,5	87	57,0	1.262
Køge	55,0	1.099	41,8	109	53,5	1.208
Lejre	60,4	1.208	61,5	56	60,4	1.264
Roskilde	59,3	1.185	49,9	176	57,9	1.361
Solrød	56,4	1.128	38,7	36	55,6	1.164

Kort 1.3.1.3 Svarprocenter i spørgeskemaundersøgelsen, til Region Sjællands sundhedsprofil 2021 samlet



1.3.2 Vægtning

For at begrænse skævheden som følge af forskelle i svarprocent på tværs af befolkningsgrupper vægtes besvarelserne i undersøgelsen således, at de bliver mest muligt repræsentative for populationen, dvs. alle borgere i Region Sjælland, der var mindst 16 år pr. 1. januar 2021. Vægtningen foretages ud fra en række baggrundsvARIABLE fra registerdata.

Vægtningen gør, at hver deltager kommer til at repræsentere et varierende antal personer. Ved vægtningen bliver besvarelser fra grupper, hvor mange ikke har svaret, f.eks. mænd i yngre aldersgrupper "vægtet op", dvs. de vejer tungere i analysen end ellers, og modsat bliver grupper, hvor mange har deltaget, f.eks. kvinder i ældre aldersgrupper, "vægtet ned".

Vægtene tager også højde for den skævhed, det giver, at regionens spørgeskema er udsendt til samme antal borgere (2.000) i alle kommuner, uanset forskelle i kommunernes størrelse. Sandsynligheden for at modtage et spørgeskema har f.eks. været 2,8 pct. for en borger i Roskilde Kommune og 10,8 pct. for en borger i Solrød Kommune, men med vægtningen vil en besvarelse i Roskilde Kommune tælle for et større antal personer end en besvarelse i Solrød Kommune.

Tabel 1.3.2.1 Effekt af vægtning: Køns- og aldersfordeling i befolkningen i Region Sjælland, blandt personer i bruttostikprøven og svarpersoner før og efter vægtning. Opgjort dels for den regionale stikprøve, dels den samlede stikprøve fra Region Sjællands undersøgelse og SUSY-undersøgelsen

	Befolkningen i Region Sjælland Pct.	Region Sjællands undersøgelse (RSj)			Samlet undersøgelse Region Sjælland og SUSY		
		Brutto- stikprøve Pct.	Uvægtede besvarelser Pct.	Vægtede besvarelser Pct.	Brutto- stikprøve Pct.	Uvægtede besvarelser Pct.	Vægtede besvarelser Pct.
Køn							
Mand	49,5	49,7	45,6	49,5	49,6	45,6	49,5
Kvinde	50,5	50,3	54,4	50,5	50,6	54,4	50,5
Alder							
16-24 år	11,7	11,5	8,2	11,7	11,5	8,3	11,7
25-34 år	12,2	11,5	6,9	12,2	11,7	6,9	12,2
35-44 år	13,3	13,1	10,6	13,3	13,0	10,6	13,3
45-54 år	17,8	17,9	17,8	17,8	17,9	17,7	17,8
55-64 år	17,1	17,7	20,5	17,1	17,5	20,3	17,1
65-79 år	21,6	22,1	29,2	21,6	22,1	29,3	21,6
80+	6,4	6,2	6,8	6,4	6,3	6,9	6,4

Note: Befolkningen i Region Sjælland omfatter her borgere over 16 år.

Kilde: Spørgeskemadata samt Statistikbanken, Danmarks Statistik, tabel FOLK1A, første kvartal, 2021.

Vægtene, som anvendes, er beregnet af Danmarks Statistik. Der er udarbejdet to sæt vægte. Et som anvendes på de beregninger, hvor der udelukkende indgår nationale spørgsmål, og et sæt vægte, som anvendes ved beregninger, hvor der anvendes en kombination af nationale og regionale spørgsmål eller udelukkende anvendes regionale spørgsmål. Følgende socioøkonomiske og demografiske registeroplysninger indgår i beregningen af vægtene til de enkelte besvarelser i Region Sjællands undersøgelse:

- Køn
- Alder
- Højeste afsluttede uddannelse
- Personindkomst
- Familietype
- Etnicitet
- Antal lægebesøg i 2020
- Indlæggelse på sygehus i 2018
- Ejerforhold (ejer-/lejet bolig)
- Kommune

I tabel 1.3.2.1 ses det med køn og alder som eksempler, at der efter vægtningen er opnået en demografisk fordeling, som er repræsentativ for regionen. For eksempel er 50,5 pct. af borgerne i Region Sjælland kvinder. I den regionale tilfældige stikprøve er andelen stort set den samme (50,3 pct.). Blandt borgere, der har besvaret spørgeskemaet, er det derimod 54,4 pct., som er kvinder, mens andelen af kvinder efter vægtningen igen 50,5 pct. som i hele regionens befolkning. Regionale data fra sundhedsprofilerne i 2010, 2013 og 2017 er vægtet med tilsvarende vægte beregnet ud fra baggrundsdata de pågældende år for at opnå sammenlignelighed. En lignende effekt ses ved vægtning af de samlede besvarelser fra Region Sjællands undersøgelse og SUSY-undersøgelsen i 2021 med brug af særlige vægte hertil.

1.4 Analysemetode

I dette afsnit beskrives metodevalg, sammenlignelighed mellem undersøgelsesårene samt dannelsen af analysevariable og baggrundsvARIABLE m.m. Til sidst i afsnittet forklares det, hvordan der ud fra socioøkonomiske faktorer er foretaget en inddeling af regionens kommuner i såkaldte ”kommunesocialgrupper”.

1.4.1 Generelt om analysevariable

Efter indsamling af spørgeskemaerne er datasættet blevet fejlrettet og gjort klar til analyse efter nationale retningslinjer. For eksempel vurderes svar som ugyldige, hvis der er sat kryds i både ”Ja” og ”Nej”-svarmulighederne til et spørgsmål. Efter fejlretningen dannes analysevariable på baggrund af svar på ét eller flere spørgsmål. Analysevariable er de mål for borgernes trivsel, sundhed og sundhedsadfærd, som bliver opgjort og præsenteret i rapportens tabeller. Eksempelvis skal spørgsmål 88 ”Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?” besvares på en skala fra 1 til 10. Besvarelsen af dette spørgsmål omdannes til en analysevariabel, der angiver om borgeren er tilfreds med livet, hvilket i dette tilfælde er defineret ved om borgeren har givet et svar på 7 eller derover (se f.eks. i læsevejledningens tabel 2.1). For mange analysevariable er den anvendte definition velafprøvet gennem flere år og besluttet i samarbejde med den nationale metodegruppe.

I analyserne er ubesvarede spørgsmål ikke talt med. Det vil sige, at summen af f.eks. ”Ja”- og ”Nej”-besvarelser på et givent spørgsmål er 100 pct., selv om der også er borgere, som ikke har besvaret spørgsmålet. Når analysevariable er dannet på baggrund af mere end ét spørgsmål, har hovedreglen været, at analysevariablen er regnet som manglende, hvis bare ét af de indgående spørgsmål har været ubesvaret. Dog er der afvejet fra denne regel i en del tilfælde. For eksempel er der afvejet fra reglen, hvis værdien af analysevariablen ikke ville have været anderledes, uanset hvilket svar, der var givet på det ubesvarede spørgsmål. Et andet eksempel på en afvigelse er, at borgere, som angiver, at de ikke har drukket alkohol de seneste 12 måneder, antages at have et ugentligt alkoholforbrug på 0 genstande, selvom de ikke har besvaret spørgsmålet om, hvor meget de har drukket den seneste uge.

1.4.2 Udvikling over tid

Så vidt det er muligt, præsenteres resultater fra både 2010, 2013, 2017 og 2021, således at det kan ses, hvordan de enkelte parametre har udviklet sig i regionen.

Der er tale om fire tilfældige stikprøver hvilket betyder, at det udover enkelte personer, der tilfældigvis har modtaget spørgeskemaet flere år, ikke er de samme personer, der er spurgt alle år. Sundhedsprofilen beskriver således sundhedstilstanden i befolkningen i de enkelte år, men ikke udviklingen blandt de enkelte konkrete deltagere i undersøgelsen.

Ændringer i resultaterne over år kan skyldes mange forskellige faktorer, heriblandt at der reelt er sket ændringer i borgernes adfærd eller helbred, men også at screeningsprogrammer, oplysningskampagner, tabuer, stigmatisering eller mediefokus, kan have ændret opmærksomheden på et område, og f.eks. givet anledning til mere kontakt til sundhedsvæsenet og evt. flere diagnoser til følge.

Udvikling i resultater over tid kan også være hjulpet på vej af en ændret befolkningssammensætning i regionen, den enkelte kommune eller befolkningsgruppe (f.eks. pga. døde, fødte, til- og fraflytning og ind- og udvandring). Særligt i de mindre befolkningsgrupper kan ændringer i resultaterne desuden være et udslag af tilfældigheder, da der grundet de mindre stikprøver er større usikkerhed omkring forekomsterne.

Det er tilstræbt at skabe sammenlignelighed mellem resultaterne i sundhedsprofilerne fra Region Sjælland på tværs af årene, samt mellem den regionale rapport og Den Nationale Sundhedsprofil. Der kan dog være forskelle i spørgsmål, definitioner og datahåndtering, og der bør derfor udvises forsigtighed ved sammenligninger af resultater mellem rapporter, mens årsresultater indenfor samme rapport er håndteret og beregnet på samme måde og derfor kan sammenlignes.

Enkelte forhold, som der ikke kan tages højde for, kan dog også påvirke sammenligneligheden af rapportens resultater over år. I 2021 vil den særlige situation med COVID-19-restriktionerne både før og under dataindsamlingen uden tvivl have påvirket en del af resultaterne (se mere i afsnit 1.1.1). Desuden er der over årene løbende gjort mere brug af de løsninger, som digitale spørgeskemaer kan tilbyde. Omstillingen til digitale løsninger giver store fordele f.eks. for arbejdet med fejlretningen af data, mens det er mere uklart, hvad omstillingen betyder for sammenligneligheden over tid.

1.4.3 Signifikansvurdering

Rapporten indeholder en beskrivelse af forskelle og variationer i resultaterne i hver tabel og hvert kort. I beskrivelsen er der anvendt en konservativ tilgang,

hvor kun de mest markante forskelle og ændringer beskrives. De beskrevne forskelle er udvalgt ud fra en samlet afvejning, som både tager hensyn til forskellenes absolutte og relative størrelse, samt hvorvidt resultaterne afviger signifikant fra regionsgennemsnittet. I alle tabeller er det angivet med farver, hvorvidt forekomsten i den enkelte gruppe er signifikant højere eller lavere end i regionen som helhed i 2021. Signifikansvurderingen foretages her ved at se på, om regionstallet ligger indenfor konfidensintervallet for undergruppen. I givet fald vurderes gruppens resultat ikke at være signifikant forskelligt fra regionstallet. Der er anvendt et 95 pct. konfidensniveau, hvilket vil sige at signifikante resultater med 95 pct. sikkerhed ikke skyldes tilfældigheder. Signifikansen afhænger både af afvigelsens størrelse og af antallet af personer i de befolkningsgrupper, som sammenlignes.

Ved vurdering af udviklingen fra år til år, sammenholdes konfidensintervallerne for den givne variabel og kategori, og hvis der ikke er overlap mellem konfidensintervallerne for de pågældende år, vurderes det, at udviklingen fra det ene år til det andet er signifikant.

I nogle tilfælde beskrives også resultater, som ikke fremgår af tabellerne. Disse efterfølges af oplysningen: ”Data ikke vist”. Ændringer over tid i enkelte befolkningsgrupper eller kommuner er kun beskrevet i de tilfælde, hvor 95 pct. konfidensintervallerne for resultaterne fra to sammenlignede år ikke overlapper.

Ikke signifikante tendenser er dog nævnt i enkelte tilfælde, hvor udviklingen er understøttet af flere resultater, og vil være anført som en ’tendens’.

1.4.4 Konstruktion af kommunesocialgrupper

Social ulighed i sundhed angiver, at sundhed er ulige fordelt mellem grupper af borgere med forskellig socioøkonomisk baggrund. Der er en del opmærksomhed på den sociale ulighed i sundhed i befolkningen både nationalt, regionalt og kommunalt. Sundhedsprofilen giver en særlig mulighed for at afdække social ulighed i sundhed på kommuneniveau ved anvendelse af de såkaldte kommunesocialgrupper.

Kommunerne er i rapporten inddelt i tre kommunesocialgrupper på baggrund af følgende tre udvalgte socioøkonomiske parametre:

- Andel af 16-89-årige, der har grundskole som deres højest fuldførte uddannelse i 2020
- Andel af 16-64-årige, der står uden for arbejdsmarkedet i 2019, dvs. som enten er:
 - Arbejdsløse i mindst halvdelen af året
 - Modtagere af dagpenge (aktivering og lign., sygdom, barsel og orlov)
 - Førtidspensionister
 - Kontanthjælpsmodtagere
- Gennemsnitlig bruttoindkomst i 2019 for personer på 16 år og derover

Opgørelserne af de tre parametre er foretaget af Danmarks Statistik på baggrund af registerdata. Bemærk, at opdelingen af uddannelse og erhvervstilknytning i denne forbindelse ikke er den samme, som de opdelinger af uddannelse og erhvervstilknytning, der er anvendt i rapporten i øvrigt.

For hver parameter sorteres kommunerne og inddeles i tre næsten lige store grupper. De fem kommuner, der har den laveste andel af borgere med grundskole alene, tildeles 1 point, og de seks kommuner med den højeste andel af borgere med grundskole alene tildeles 3 point. De seks kommuner, der ligger herimellem, tildeles 2 point. På samme måde fordeles point blandt kommunerne efter andelen af borgere uden for arbejdsmarkedet. Ved fordelingen af point på baggrund af indkomst får de seks kommuner med den laveste gennemsnitlige indkomst 3 point, og de fem kommuner med den højeste gennemsnitlige indkomst tildeles 1 point. Kommunerne herimellem tildeles 2 point.

Tabel 1.4.4.1 Inddeling af kommunerne i Region Sjælland i kommunesocialgrupper ud fra borgernes uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknøytning og indkomst

Kommune	Grundskole alene (point)	Uden for arbejdsmarkedet (point)	Indkomst (point)	Sum (point)	Kommunesocialgruppe
Greve	1	1	1	3	1
Lejre	1	1	1	3	1
Roskilde	1	1	1	3	1
Solrød	1	1	1	3	1
Køge	2	1	1	4	1
Sorø	1	2	2	5	2
Faxe	2	2	2	6	2
Holbæk	2	2	2	6	2
Næstved	2	2	2	6	2
Ringsted	2	2	2	6	2
Stevns	2	2	2	6	2
Guldborgsund	3	3	3	9	3
Kalundborg	3	3	3	9	3
Lolland	3	3	3	9	3
Odsherred	3	3	3	9	3
Slagelse	3	3	3	9	3
Vordingborg	3	3	3	9	3

Kilde: Danmarks Statistik, DST Consulting, udtræk af befolkningen i Region Sjællands kommuner pr. 1. januar 2021.

Kort 1.4.4.2 Kommunesocialgrupper i Region Sjælland



Summen af points for alle tre kategorier afgør, hvilken kommunesocialgruppe den enkelte kommune placeres i. De fem kommuner med den laveste sum af point udgør kommunesocialgruppe 1, mens de seks kommuner, som har flest point, udgør kommunesocialgruppe 3. De seks kommuner, som ligger imellem, udgør kommunesocialgruppe 2. Kommuner med samme pointsum er opstillet alfabetisk i tabellerne. Se tabel 1.4.4.1 og kort 1.4.4.2 med en oversigt over den endelige fordeling af kommunesocialgrupper. Der er siden 2017 ikke sket ændringer i placeringen af kommunerne i kommunesocialgrupperne.

I rapporten anvendes betegnelsen ”kommunesocialgruppe” ikke. I stedet omtales kommunesocialgruppe 3 som ”socioøkonomisk udfordrede kommuner”, mens kommunesocialgruppe 1 omtales som ”bedre socioøkonomisk stillede kommuner”.

1.5 BaggrundsvARIABLE og demografisk sammensætning i Region Sjælland

Trivsel, sundhed og sundhedsadfærd er ofte ulige demografisk og socialt fordelt, ligesom der ses geografiske og kommunale forskelle i regionen. En medvirkende årsag til de kommunale forskelle i sundhed kan skyldes forskelle i kommunernes demografi og sociale forhold.

I rapporten bliver mange af resultaterne opgjort på borgernes demografiske og socioøkonomiske baggrund: Køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, børn i hjemmet og etnisk baggrund, her kaldt baggrundsvARIABLE. Dette er gjort for at illustrere forskelle på trivsel, sundheds og sygdom i de forskellige grupper og dermed også i hvilke befolkningsgrupper, der er størst potentiale for at forbedre sundheden.

Tabel 1.5.1 Overblik over demografien og dens udvikling blandt borgere på 16 år og derover i Region Sjælland ved de baggrundsvARIABLE, der er anvendt i rapport

	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Køn					
Mand	49,5	344.900	49,5	49,2	49,1
Kvinde	50,5	351.900	50,5	50,8	50,9
Alder					
16-24 år	11,7	81.600	12,7	12,5	11,8
25-34 år	12,2	85.000	11,1	10,5	11,6
35-44 år	13,2	92.300	14,9	16,6	18,3
45-54 år	17,8	123.900	18,5	18,8	18,1
55-64 år	17,1	119.300	16,3	16,9	18,1
65-79 år	21,6	150.500	20,9	19,4	17,0
80+	6,4	44.300	5,6	5,2	5,1
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	14,6	101.700	14,4	14,2	
Kort uddannelse	40,4	281.400	42,0	41,4	
Kort videregående	9,4	65.900	9,0	8,8	
Mellemlang videregående	19,8	137.800	19,1	19,6	
Lang videregående	8,8	61.200	7,3	7,6	
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	48,8	340.400	46,7	48,5	
Arbejdsløse	2,0	13.700	2,3	2,7	
Førtidspensionister	4,5	31.300	4,8	5,5	
Efterlønsmodtagere	0,7	5.100	2,0	3,3	
Alderspensionister	30,1	209.800	29,0	25,1	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	5,6	38.700	5,4	5,1	
Under uddannelse	8,3	57.800	9,7	9,8	
Samlivsstatus					
Samlevende	61,0	425.400	61,1	62,9	
Ikke samlevende	39,0	271.400	38,8	37,1	
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	26,6	185.100	30,7		
Bor ikke med børn	73,4	511.800	69,3		
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	90,8	632.500	90,6	92,8	93,2
Anden vestlig baggrund	3,5	24.300	3,8	2,8	2,9
Ikke-vestlig baggrund	5,8	40.200	5,6	4,5	3,9

Kilde: Spørgeskemadata.

I tabel 1.5.1 ses det samlede overblik over alle de brugte baggrundsvARIABLE med den procentvise andel af befolkningen og antal personer, samt udviklingen siden 2010 eller 2013.

Af pladshensyn er det besluttet ikke at angive alders- og kønsjusterede resultater for kommunerne, som det er blevet gjort i sundhedsprofilerne i 2010 og 2013. Det er derfor ekstra vigtigt, at kommunale forskelle samt forskelle mellem øvrige befolkningsgrupper, som præsenteres i denne sundhedsprofil, fortolkes i lyset af de forskelle i kommunernes befolkningssammensætning, som præsenteres herunder.

Opgørelserne af befolkningssammensætningen er baseret på samme datagrundlag og population og anvender samme definitioner af baggrundsvARIABLE, som i resten af rapportens tabeller.

Man skal være opmærksom på, at selvom stikprøven er vægtet i forhold til en række baggrundsvARIABLE og dermed afspejler befolkningssammensætningen med god præcision, så er de følgende tal baseret på stikprøven og ikke på eksempelvis opgørelser fra Danmarks Statistik. Derfor vil der forekomme visse forskelle sammenlignet med udgivelser fra Danmarks Statistik.

På de følgende sider gives en kort beskrivelse af definitionen af de enkelte baggrundsvARIABLE, og variationen i befolkningssammensætningen kommunerne imellem, samt inden for de enkelte baggrundsvARIABLE, vises

1.5.1 Køn og alder

Alderdom er ingen sygdom, men med stigende alder får mennesker ofte flere sygdomme (2). Alderen skal derfor tages i betragtning, når den generelle sundhedstilstand sammenlignes på tværs af kommuner. Ligeledes kan bl.a. sygdomsforekomsten variere mellem kønnene (3), hvilket man bør have in mente, når sygdomsforekomster sammenlignes mellem socioøkonomiske grupper, der har forskellig kønsfordeling.

Variabeldefinition

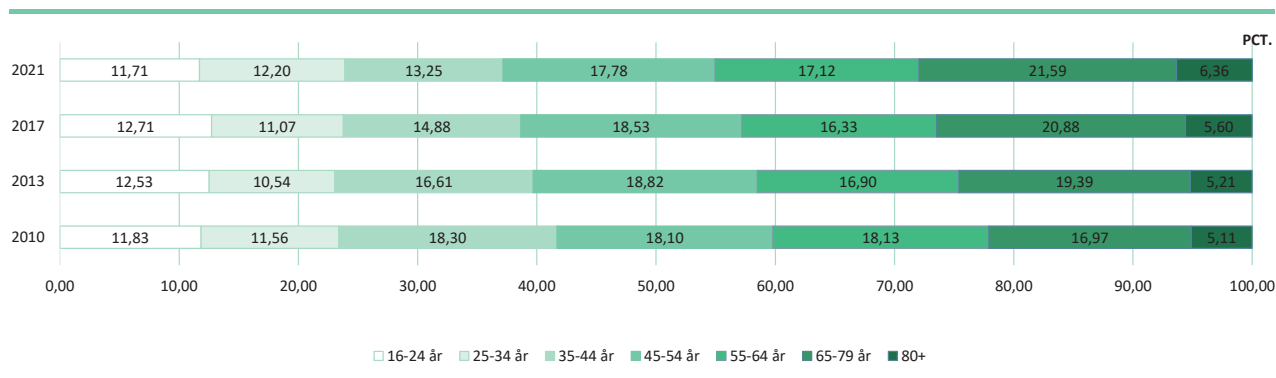
Oplysninger om borgernes køn og alder kommer fra CPR-registret. Borgernes alder er inddelt i syv aldersgrupper (se f.eks. tabel 1.5.1.1)

Alders- og kønsfordeling

Blandt de unge og voksne borgere (over 16 år) i Region Sjælland er 27,9 pct. af borgerne 65 år eller derover, mens 11,7 pct. af borgerne er fra 16 til 24 år. De resterende knapt 60,3 pct. er mellem 25 og 64 år.

Udviklingen, som er gengivet i tabel 1.5.1.1, peger på en væsentlig vækst i andelen af ældre borgere i regionen, samtidigt med et fald i andelen af borgere i den erhvervsaktive alder. Fra 2010 til 2021 er andelen af de unge og voksne borgere i Region Sjælland i aldersgruppen 35-64 år således faldet med omkring 6,4 procentpoint fra 54,5 pct. til 48,1 pct., mens andelen af borgere på 65 år eller derover er steget tilsvarende med 5,9 procentpoint fra 22,1 pct. til 28,0 pct. Andelen af 16-34-årige har været nogenlunde konstant på 23-24 pct. i perioden fra 2010 til 2021.

Tabel 1.5.1.1 Aldersfordelingen i Region Sjælland i 2010, 2013, 2017 og 2021 blandt borgere på 16 år og derover



Kilde: Spørgeskemadata.

Tabel 1.5.1.2 viser aldersfordelingen i hver af de demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper, som er anvendt i tabellerne i rapporten. For eksempel viser tabellen, at 34,0 pct. af borgere med kort uddannelse er 65 år eller derover, mens det kun gælder 19,8 pct. af borgere med lang videregående uddannelse.

Tabel 1.5.1.7 viser kønsfordelingen i rapportens demografiske og socioøkonomiske grupper. Af tabellen ses for eksempel, at andelen af kvinder er større i gruppen med mellemlang videregående uddannelse (61,5 pct.) end blandt borger med lang videregående uddannelse (45,2 pct.).

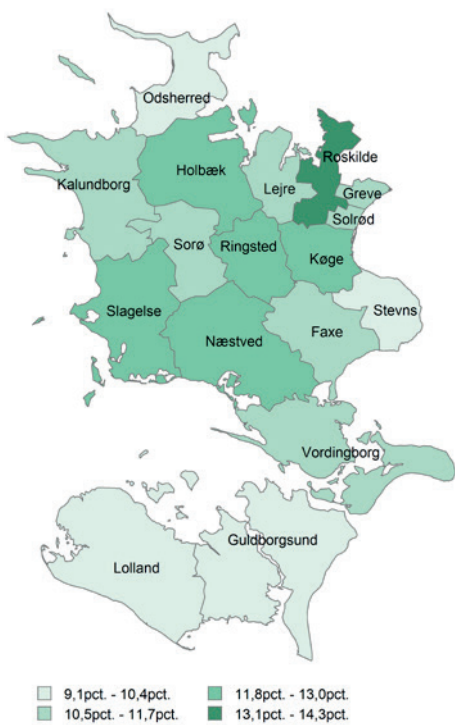
Tabel 1.5.1.2 Aldersfordeling for borgere på 16 år og derover i demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper anvendt i Region Sjællands Sundhedsprofil 2021

	16-24 år		25-64 år		65+	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	11,7	81.600	60,3	420.500	27,9	194.700
Køn						
Mand	12,0	41.400	61,1	210.900	26,8	92.600
Kvinde	11,4	40.200	59,6	209.600	29,0	102.100
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	20,0	20.300	46,1	46.900	33,9	34.500
Kort uddannelse	2,2	6.300	63,7	179.300	34,0	95.800
Kort videregående	1,2	800	68,6	45.200	30,2	19.900
Mellemlang videregående	1,3	1.800	72,0	99.300	26,6	36.700
Lang videregående	—	—	80,2	49.100	19,8	12.100
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	5,2	17.700	94,8	322.600	—	—
Arbejdsløse	6,4	900	93,6	12.800	—	—
Førtidspensionister	3,1	1.000	96,9	30.300	—	—
Efterlønsmodtagere	—	—	100,0	5.100	—	—
Alderspensionister	—	—	—	—	100,0	209.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,7	7.300	81,3	31.500	—	—
Under uddannelse	81,7	47.200	18,3	10.600	—	—
Samlevsstatus						
Samlevende	3,3	13.900	69,1	294.100	27,6	117.400
Ikke samlevende	24,9	67.700	46,6	126.500	28,5	77.300
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	9,7	18.000	89,6	165.800	0,7	1.300
Bor ikke med børn	11,8	60.200	51,2	261.800	37,1	189.700
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	11,6	73.400	59,0	373.300	29,4	185.800
Anden vestlig baggrund	7,8	1.900	66,9	16.200	25,2	6.100
Ikke-vestlig baggrund	15,6	6.300	77,2	31.000	7,2	2.900

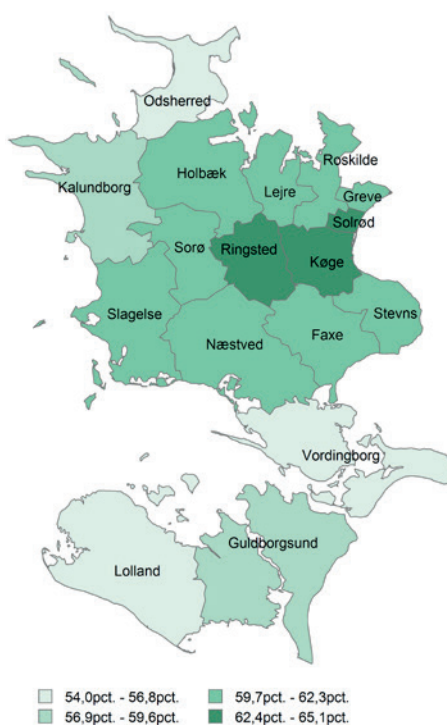
- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata.

Kort 1.5.1.3 Andelen af 16-24-årige borgere



Kort 1.5.1.4: Andelen af 25-64-årige borgere



Kort 1.5.1.5: Andelen af 65+årige borgere



Tabel 1.5.1.6 Aldersfordeling, opgjort på kommuner

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-79 år	80+	Personer
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.	
Region Sjælland 2021	11,7	12,2	13,3	17,8	17,1	21,6	6,4	696.900
Region Sjælland 2017	12,7	11,1	14,9	18,5	16,3	20,9	5,6	686.600
Region Sjælland 2013	12,5	10,5	16,6	18,8	16,9	19,4	5,2	664.600
Region Sjælland 2010	11,8	11,6	18,3	18,1	18,1	17,0	5,1	656.900
Guldborgsund	10,3	11,6	11,9	16,0	18,0	24,5	7,7	51.400
Kalundborg	10,8	11,3	12,6	17,5	18,1	23,1	6,6	40.600
Lolland	9,1	9,8	11,1	15,6	19,2	26,8	8,3	35.000
Odsherred	9,5	9,0	10,5	15,8	18,7	28,7	7,9	28.500
Slagelse	13,0	14,2	13,0	16,6	16,6	20,4	6,2	66.100
Vordingborg	10,7	9,9	11,4	16,6	18,7	25,4	7,3	38.600
Faxe	10,7	12,4	13,4	18,1	18,2	21,2	6,1	30.600
Holbæk	12,3	12,7	13,5	18,2	17,0	20,5	5,8	59.300
Næstved	12,4	13,3	13,5	17,5	16,6	20,6	6,0	69.100
Ringsted	12,2	14,4	15,2	19,4	16,1	17,3	5,4	28.600
Sorø	11,2	11,6	14,1	18,5	18,2	20,2	6,2	24.600
Stevns	9,3	10,8	13,3	17,6	18,8	23,8	6,5	19.300
Greve	11,5	11,8	14,9	19,3	15,8	21,0	5,8	40.800
Køge	12,6	13,7	13,8	19,3	15,9	19,1	5,6	50.400
Lejre	10,8	9,8	14,7	19,4	17,3	22,2	5,9	22.700
Roskilde	14,3	13,2	13,9	18,7	15,8	18,3	6,0	72.700
Solrød	11,7	11,9	16,3	19,8	15,2	19,8	5,4	18.600

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata.

Kommunevariation

Andelen af borgere over 64 år varierer kommunerne imellem. Andelen af borgere på 65 år eller derover er på 36,6 pct. i Odsherred Kommune og 22,7 pct. i Ringsted Kommune. Andelen af borgere i aldersgruppen 16-34 år er omvendt mindst i Odsherred og Lolland kommuner (henholdsvis 18,5 pct. og 18,9 pct.) og størst i Roskilde og Slagelse kommuner (henholdsvis 27,4 pct. og 27,3 pct.). Som det også fremgår af tabel 1.5.1.6 er der en generel tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af borgere i de ældre aldersgrupper end de øvrige kommuner.

Geografisk findes de kommuner, der har den laveste andel yngre borgere (fra 16-34 år) og den største andel ældre borgere (på 65 år og derover) i kommunerne længst væk fra hovedstadsområdet. De kommuner, der har den største andel borgere i aldersgruppen derimellem (35-64 år) ligger på Midt- og Østsjælland.

Tabel 1.5.1.7 Kønsfordeling for borgere på 16 år og derover i demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper anvendt i Region Sjællands Sundhedsprofil 2021

	Kvinder		Mænd	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	50,5	351.900	49,5	344.900
Alder				
16-24 år	49,2	40.200	50,8	41.400
25-34 år	51,2	43.500	48,8	41.500
35-44 år	50,2	46.400	49,8	46.000
45-54 år	48,7	60.400	51,3	63.500
55-64 år	49,8	59.400	50,2	59.900
65-79 år	50,6	76.200	49,4	74.300
80+	58,6	26.000	41,4	18.300
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	55,8	56.700	44,2	45.000
Kort uddannelse	45,8	128.800	54,2	152.500
Kort videregående	48,6	32.000	51,4	33.800
Mellemlang videregående	61,5	84.700	38,5	53.100
Lang videregående	45,2	27.700	54,8	33.500
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	48,4	164.700	51,6	175.700
Arbejdsløse	57,8	7.900	42,2	5.800
Førtidspensionister	55,1	17.200	44,9	14.000
Efterlønsmodtagere	62,9	3.200	37,1	1.900
Alderspensionister	52,5	110.100	47,5	99.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	57,6	22.300	42,4	16.400
Under uddannelse	53,2	30.800	46,8	27.000
Samlivsstatus				
Samlevende	48,1	204.700	51,9	220.700
Ikke samlevende	54,2	147.200	45,8	124.300
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	52,2	96.700	47,8	88.400
Bor ikke med børn	50,2	256.700	49,8	255.000
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	50,2	317.600	49,8	314.800
Anden vestlig baggrund	53,9	13.000	46,1	11.200
Ikke-vestlig baggrund	52,9	21.300	47,1	18.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata.

1.5.2 Uddannelsesmæssig baggrund

En af de vigtigste indikatorer, der anvendes for at måle social ulighed i sundhed, er borgernes uddannelsesniveau (4).

Variabeldefinition

Borgernes uddannelsesbaggrund viser den højeste uddannelse, som borgeren har gennemført, og er baseret på spørgeskemaets spørgsmål 85 ("Har du fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse?") og spørgsmål 86 ("Er du under uddannelse?"). Borgernes uddannelsesbaggrund er opdelt i følgende kategorier:

- **Grundskole/gymnasial:** Borgere, der har svaret, at de ikke har fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse, og som ikke aktuelt er under uddannelse. 'Grundskole/gymnasial' uddannelse indeholder således både borgere med grundskole og borgere med gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse.
- **Kort uddannelse:** Borgere, som har ét eller flere korte kurser eller en erhvervsfaglig uddannelse.
- **Kort videregående uddannelse:** Borgere med videregående uddannelse af to-tre års varighed.
- **Mellemlang videregående uddannelse:** Borgere med videregående uddannelse af tre-fire års varighed.
- **Lang videregående uddannelse:** Borgere med videregående uddannelse af mere end fire års varighed.

Borgere, som aktuelt er i gang med grundskolen eller går i gymnasiet, bliver ikke vist i opgørelser fordelt på uddannelsesbaggrund, da de endnu ikke har afsluttet en uddannelse. Derfor er det samlede antal af personer i kategorierne under overskriften "Uddannelsesbaggrund" ikke det samlede befolkningstal. Ovenfor nævnte gruppe udgør 7 pct. af befolkningen fra 16 år og opefter.

For en andel af borgerne har det ikke været muligt at bestemme en uddannelsesbaggrund. Dette er f.eks. tilfældet for borgere, der har svaret, at de har færdiggjort en erhvervsuddannelse, men igen er under uddannelse. Borgere, der ikke har angivet, om de er under uddannelse, som ikke har angivet et gennemført uddannelsesniveau, eller som har gennemført en anden (uspecificeret) uddannelse end ovennævnte, bliver også klassificeret med ukendt uddannelsesbaggrund. Den vægtede andel af besvarelser med ukendt uddannelsesbaggrund er 17,3 pct.

Generelt

I Region Sjælland har 14,6 pct. af borgere fra 16 år og opefter udelukkende grundskoleuddannelse eller gymnasial uddannelse, svarende til 101.700 personer (jf. tabel 1.5.1.). Denne andel har været nogenlunde konstant siden 2013. Andelen af borgere med en lang videregående uddannelse var i 2021 8,8 pct., svarende til 61.200 personer. Det er en stigning fra 2013, hvor andelen af borgere med lang videregående uddannelse var 7,6 pct. I tabel 1.5.2.1 ses fordelingen af uddannelsesbaggrund i en række demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper.

Tabel 1.5.2.1 Uddannelsesmæssig baggrund blandt borgere på 16 år og derover i de demografiske og socio-økonomiske befolkningsgrupper anvendt i rapporten

	Grundskole/gymnasial Pct.	Kort uddannelse Pct.	Kort / Mellemlang videregående Pct.	Lang videregående Pct.
Region Sjælland 2021	14,6	40,4	29,2	8,8
Region Sjælland 2017	14,4	42,0	28,2	7,3
Region Sjælland 2013	14,2	41,4	28,4	7,6
Køn				
Mand	13,2	44,6	25,4	9,8
Kvinde	16,0	36,3	32,9	7,8
Alder				
16-24 år	27,8	8,6	3,6	—
25-34 år	13,5	33,4	32,7	15,6
35-44 år	8,0	38,9	36,4	15,6
45-54 år	10,3	44,5	34,5	10,5
55-64 år	12,5	47,4	32,6	7,4
65-79 år	14,1	49,5	29,9	6,4
80+	29,3	43,0	22,8	4,9
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	10,3	41,9	35,0	12,4
Arbejdsløse	13,8	46,5	30,9	8,7
Førtidspensionister	43,2	36,4	16,7	2,6
Efterlønsmodtagere	10,4	52,8	35,4	—
Alderspensionister	17,3	48,1	28,4	6,1
Øvrige ikke-erhvervsaktive	36,9	34,3	23,2	5,7
Under uddannelse	—	—	—	—
Samlivsstatus				
Samlevende	10,8	43,4	33,2	10,7
Ikke samlevende	21,3	35,1	22,2	5,4
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	8,4	33,8	34,7	15,4
Bor ikke med børn	16,3	42,2	27,7	6,7
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	14,0	41,6	29,3	8,2
Anden vestlig baggrund	13,8	32,0	33,2	16,1
Ikke-vestlig baggrund	27,2	20,3	23,7	14,7

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Andelene på tværs af uddannelseskategorierne giver ikke sammenlagt 100 pct., da borgere, der har svaret, at de aktuelt går i grundskolen (folkeskole og eller gymnasial uddannelse) ikke bliver vist i denne opgørelse. Kilde: Spørgeskemadata.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der udelukkende har gennemført grundskole- eller gymnasial uddannelse, varierer mellem 10,5 pct. i Solrød Kommune og 19,7 pct. i Lolland Kommune. Andelen af borgere, der har en lang videregående uddannelse, varierer mellem 3,4 pct. i Lolland Kommune og 17,8 pct. i Roskilde Kommune.

Andelen af borgere udelukkende med grundskole/ gymnasial uddannelse er større i de socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de bedre stillede kommuner. Det skal bemærkes, at uddannelse indgår som en af flere variable ved opdelingen i kommunesocialgrupper, hvorfor en vis sammenhæng er forventet.

Tabel 1.5.2.2 Uddannelsesmæssig baggrund, opgjort på kommuner

	Grundskole/gymnasial Pct.	Kort uddannelse Pct.	Kort / Mellemlang videregående Pct.	Lang videregående Pct.
Region Sjælland	14,6	40,4	29,2	8,8
Guldborgsund	16,1	44,2	27,1	5,8
Kalundborg	18,7	40,9	27,3	6,5
Lolland	19,7	50,0	21,8	3,4
Odsherred	17,4	47,4	24,1	6,5
Slagelse	14,6	40,4	31,3	6,2
Vordingborg	14,2	44,7	29,4	5,1
Faxe	17,1	44,0	27,5	5,3
Holbæk	13,3	39,5	30,8	8,7
Næstved	15,7	39,5	29,7	7,6
Ringsted	17,3	41,6	25,3	8,8
Sorø	16,3	36,4	31,1	9,2
Stevns	15,7	43,9	28,6	6,5
Greve	11,9	37,8	31,9	12,3
Køge	11,3	42,1	29,5	9,5
Lejre	11,0	38,6	29,6	14,5
Roskilde	11,1	29,6	32,8	17,8
Solrød	10,5	37,3	32,9	12,2

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata.

1.5.3 Erhvervstilknytning

Borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet er, ligesom uddannelse, en vigtig indikator for social ulighed (2). I rapporten anvendes begrebet ”erhvervstilknytning” for borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet.

Variabeldefinition

Borgernes erhvervstilknytning er baseret på svarene på spørgeskemaets spørgsmål 88: ”Er du under uddannelse?” og spørgsmål 89: ”Er du i arbejde?” samt oplysninger fra registerdata hos Danmarks Statistik (DREAM (Den Registerbaserede Evaluering Af Marginaliseringsomfanget), tilgået 24. september, 2021) vedrørende dagpengeydelse og andre overførselsindkomster året før undersøgelsen er gennemført (2012, 2016 og 2020).

Borgerne tilknyttes en af nedenstående syv kategorier for erhvervstilknytning. Tilknytningen sker på den måde, at hvis borgeren opfylder kriterierne for den første kategori vælges denne. Hvis borgeren ikke opfylder kriterierne for den første kategori, men derimod for den anden, vælges denne og så fremdeles nedefter. Det betyder f.eks., at en borger på 70 år bliver denne placeret i kategorien ’alderspensionister’, uanset om vedkommende også har et fuldtidsarbejde.

- Alderspensionister: Borgere på 65 år og derover.
- Førtidspensionister: Borgere mellem 16 og 64 år, der i 2020 modtog førtidspension eller var i skånejob.
- Efterlønsmodtagere: Borgere mellem 60 og 64 år, der i 2020 modtog efterløn.
- Beskæftigede: Borgere mellem 25 og 64 år, som har angivet at de er i arbejde, samt borgere mellem 16 og 24 år, som har angivet at være i arbejde, og som har angivet, at de ikke er under uddannelse.
- Arbejdsløse: Borgere mellem 16 og 64 år, der har angivet ikke at være i arbejde eller under uddannelse, og som modtog én af følgende ydelser på et tidspunkt i løbet af 2020: Arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp for jobparate, uddannelseshjælp, særlig uddannelsesyndelse, arbejdsmarkedsyndelse eller seks ugers selvvalgt uddannelse.

- Øvrige ikke-erhvervsaktive: Borgere mellem 16-64 år, der angiver ikke at være i arbejde eller under uddannelse, og som ikke modtog nogen af ovenstående ydelser til arbejdsløse i 2020. Øvrige ikke-erhvervsaktive kan bl.a. være hjemmegående husmødre/husfædre; unge, der forsørges af deres forældre; personer, som lever af sort arbejde; ledige, der har opgivet at søge arbejde, og som ikke er registreret som ledige (5).
- Under uddannelse: Borgere mellem 16 og 24 år, der har angivet at være under uddannelse, samt borgere mellem 25 og 64 år, som har angivet at være under uddannelse, og som ikke har angivet, at de er i arbejde

Generelt

I Region Sjælland er 48,8 pct. af borgerne fra 16 år og opefter i beskæftigelse, svarende til 340.400 personer jf. tabel 1.5.1. Tolv pct. af borgerne er i den erhvervsaktive alder, men ikke i beskæftigelse, svarende til 83.700 personer. Andelen af borgere, som er efterlønsmodtagere eller alderspensionister, er 30,8 pct., svarende til 214.900 personer. Endelig er 57.800 borgere under uddannelse, svarende til 8,3 pct. af de unge og voksne borgere i Region Sjælland.

Kommunevariation

Andelen af borgere i beskæftigelse varierer fra 38,6 pct. i Lolland Kommune til 55,9 pct. i Solrød Kommune, mens andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, der ikke er i beskæftigelse, varierer fra 8,4 pct. til 17,3 pct. i de samme kommuner.

Andelen af borgere, som er efterlønsmodtagere eller alderspensionister, varierer fra 26,9 pct. i Roskilde Kommune til 39,9 pct. i Odsherred Kommune. Kommunesocialgrupperne er konstrueret blandt andet på baggrund af erhvervstilknytning. Det er derfor ikke uventet, at andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, der ikke er i beskæftigelse, er størst i de socioøkonomisk udfordrede kommuner. Der er desuden en tendens til, at der er en større andel af efterlønsmodtagere og alderspensionister i de socioøkonomisk udfordrede kommuner, hvilket skal ses i lyset af den højere andel af ældre i disse kommuner.

Tabel 1.5.3.1 Erhvervstilknytning blandt borgere på 16 år og derover i demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper anvendt i rapporten

	Under uddannelse Pct.	Beskæftigede Pct.	Ikke-beskæftigede i den erhvervsaktive alder Pct.	Efterlønsmodtagere og alderspensionister Pct.
Region Sjælland 2021	8,3	48,8	12,0	30,8
Region Sjælland 2017	9,7	46,7	12,5	31,0
Region Sjælland 2013	9,9	48,5	13,3	28,4
Køn				
Mand	7,9	51,6	10,6	29,8
Kvinde	8,6	46,2	13,3	31,8
Alder				
16-24 år	63,7	24,0	12,3	—
25-34 år	8,9	73,8	17,2	—
35-44 år	2,7	85,4	11,9	—
45-54 år	0,6	83,9	15,5	—
55-64 år	0,5	69,7	25,7	4,2
65-79 år	—	—	—	100,0
80+	—	—	—	100,0
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	—	36,5	29,0	34,5
Kort uddannelse	—	53,8	11,1	35,1
Kort videregående	—	58,4	10,5	31,1
Mellemlang videregående	—	63,7	8,7	27,6
Lang videregående	—	72,9	7,2	19,9
Samlivsstatus				
Samlevende	3,4	57,6	9,3	29,7
Ikke samlevende	16,6	34,0	16,7	32,7
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	9,6	80,5	9,2	0,7
Bor ikke med børn	8,5	40,6	12,9	38,0
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	7,9	48,6	11,2	32,2
Anden vestlig baggrund	6,2	53,2	12,6	28,0
Ikke-vestlig baggrund	16,3	49,5	25,3	8,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med registerdata fra DREAM tilgået 24. september, 2021.

Tabel 1.5.3.2 Erhvervstilknytning opgjort på kommuner

	Under uddannelse Pct.	Beskæftigede Pct.	Ikke-beskæftigede i den erhvervsaktive alder Pct.	Efterlønsmodtagere og alderspensionister Pct.
Region Sjælland	8,3	48,8	12,0	30,8
Guldborgsund	8,5	44,4	12,8	34,4
Kalundborg	7,9	44,0	15,6	32,5
Lolland	5,9	38,6	17,3	38,2
Odsherred	6,1	42,6	11,4	39,9
Slagelse	9,0	47,5	12,6	30,9
Vordingborg	7,9	43,2	13,2	35,6
Faxe	8,5	49,1	12,3	30,1
Holbæk	9,0	49,0	12,9	29,1
Næstved	8,8	50,1	12,0	29,1
Ringsted	7,9	53,1	13,7	25,3
Sorø	8,2	50,6	11,8	29,3
Stevns	6,3	49,9	10,1	33,6
Greve	7,4	53,8	9,1	29,7
Køge	9,0	52,6	11,2	27,2
Lejre	7,6	52,6	9,5	30,3
Roskilde	10,0	54,2	8,8	26,9
Solrød	7,8	55,9	8,2	28,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Ikke-beskæftigede i den erhvervsaktive alder dækker: Øvrige ikke-erhvervsaktive, førtidspensionister og arbejdsløse.
Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med registerdata fra DREAM tilgået 24. september, 2021.

1.5.4 Samlivsstatus og samliv med børn

Samlivsstatus er defineret på baggrund af spørgeskemaets spørgsmål 83: "Bor du sammen med andre?" suppleret med registerdata. Borgere, som er samlevende med en partner, omfatter i opgørelserne de borgere, som svarer: "Jeg bor sammen med ægtefælle/samlever/kæreste". Såfremt spørgsmålet ikke er besvaret, er der suppleret med registerdata vedrørende civilstand fra CPR-registeret, hvor gifte personer og personer i registreret partnerskab kategoriseres som værende samboende med en partner.

Opgørelser af borgere, der er samboende med børn, er alene baseret på borgere, som svarer 'Ja' til spg. 83b: "Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år" i spørgeskemaets spørgsmål 83: ("Bor du sammen med andre?").

Generelt

I Region Sjælland bor 61 pct. af borgerne på 16 år og derover sammen med en partner, mens 26,6 pct. af borgerne bor sammen med børn under 16 år.

Borgernes uddannelsesmæssige baggrund har ikke stor betydning for andelen, der bor sammen med en partner, men der er en klar tendens til, at en større andel af borgere med højere uddannelse end kortere uddannelse bor sammen med børn under 16 år. Denne tendens viser sig også for etnisk herkomst, hvor en større del af borgere med ikke-vestlig baggrund bor sammen med børn under 16 år.

Tabel 1.5.4.1 Samliv med partner, samt borgere, der bor med børn under 16 år blandt borgere på 16 år og derover i de demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper anvendt i rapporten

	Samlevende		Bor sammen med børn u. 16 år	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	61,0	425.400	26,6	185.100
Region Sjælland 2017	61,2	419.900	30,7	210.900
Region Sjælland 2013	62,9	417.800		
Køn				
Mand	64,0	220.700	25,7	88.400
Kvinde	58,2	204.700	27,4	96.700
Alder				
16-24 år	17,0	13.900	23,0	18.000
25-34 år	62,1	52.800	48,6	40.300
35-44 år	73,7	68.100	76,2	72.600
45-54 år	71,9	89.100	36,9	47.000
55-64 år	70,5	84.100	4,8	5.900
65-79 år	66,2	99.600	0,8	1.100
80+	40,3	17.900	0,3	100
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	47,2	48.000	15,9	15.800
Kort uddannelse	68,5	192.800	22,7	63.200
Kort videregående	72,6	47.800	25,5	16.900
Mellemlang videregående	72,5	100.000	34,3	47.900
Lang videregående	77,8	47.600	45,7	28.800
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	74,2	252.500	41,7	148.900
Arbejdsløse	53,4	7.300	28,0	4.000
Førtidspensionister	40,8	12.800	10,2	2.900
Efterlønsmodtagere	72,1	3.700	—	—
Alderspensionister	60,3	126.600	0,7	1.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	52,8	20.500	24,9	10.100
Under uddannelse	25,6	14.800	28,9	17.800
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	60,7	384.100	25,4	162.400
Anden vestlig baggrund	67,5	16.400	30,7	7.200
Ikke-vestlig baggrund	62,1	25.000	45,2	15.400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med data fra CPR-registret pr 1. januar 2021.

Kommunevariation

Samliv med partner varierer fra 57,4 pct. i Slagelse Kommune til 67,9 pct. i Solrød Kommune, mens 20,0 pct. af borgere over 15 år i Lolland Kommune bor sammen med børn under 16 år mod 35,5 pct. i Solrød

Kommune. Der er således væsentlig variation kommunerne imellem. En større andel af borgerne i de bedre stillede kommuner bor sammen med børn end borgere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner.

Tabel 1.5.4.2 Samliv med partner, samt borgere, der bor med børn under 16 år, opgjort på kommuner

	Samlevende med partner		Bor sammen med børn u. 16 år	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	61,0	425.400	26,6	185.100
Guldborgsund	58,0	29.800	22,3	11.600
Kalundborg	59,8	24.300	25,0	10.200
Lolland	59,3	20.800	20,0	7.000
Odsherred	63,3	18.000	20,9	6.000
Slagelse	57,4	38.000	23,0	14.800
Vordingborg	60,9	23.500	21,1	8.200
Faxe	62,2	19.100	27,3	8.400
Holbæk	60,9	36.100	28,2	16.600
Næstved	58,0	40.100	27,3	18.900
Ringsted	60,4	17.300	25,7	7.400
Sorø	62,2	15.300	29,8	7.400
Stevns	63,3	12.200	26,8	5.000
Greve	66,8	27.200	32,4	13.000
Køge	62,7	31.600	30,5	15.500
Lejre	67,0	15.200	30,6	7.100
Roskilde	61,0	44.300	29,2	21.500
Solrød	67,9	12.600	35,5	6.600

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med data fra CPR-registret pr 1. januar 2021.

1.5.5 Etnisk baggrund

Borgere med forskellige etnisk baggrund har forskellige vilkår, også sundhedsmæssigt (6). Nationale og internationale undersøgelser viser, at visse grupper af indvandrere har en større sygdomsbelastning og et dårligere selv vurderet helbred end borgere uden indvandrerbaggrund (7) (8).

Variabeldefinition

Oplysningerne om etnisk baggrund er baseret på registerdata fra CPR-registret vedrørende borgerens statsborgerskab og fødeland samt forældrenes fødeland. I klassificeringen af etnisk baggrund skelnes ikke mellem indvandrere og efterkommere af indvandrere. For uddybende forklaring, se (9).

Etnisk baggrund opdeles i følgende tre kategorier:

- Dansk baggrund: Danmark, Færøerne og Grønland
- Anden vestlig baggrund: Alle 27 EU-lande samt Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge,

San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien, Storbritannien og New Zealand

- Ikke-vestlig baggrund: Alle øvrige lande




Bemærk, at der er visse forskelle mellem stikprøvens vægtede fordeling af etnicitet, og tilsvarende resultater fra Danmark Statistik. Dette er også særligt synligt i den kommuneopdelte tabel 1.5.5.2, hvor de enkelte stikprøver på kommuneniveau er relativt små. Resultaterne i tabel 1.5.5.1 og 1.5.5.2 er alle baserede på spørgeskemaundersøgelsen.

Generelt

I Region Sjælland har 90,8 pct. af borgerne dansk baggrund svarende til 632.500 personer. Der er 3,5 pct. af borgerne, som har anden vestlig baggrund, og 5,8 pct. har ikke-vestlig baggrund, svarende til hhv. 24.200 borgere og 40.200 borgere.

Tabel 1.5.5.1 Etnisk baggrund blandt borgere på 16 år og derover i demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper anvendt i rapporten

	Dansk baggrund		Anden vestlig baggrund		Ikke-vestlig baggrund	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	90,8	632.500	3,5	24.200	5,8	40.200
Region Sjælland 2017	90,6	621.800	3,8	26.100	5,6	38.700
Region Sjælland 2013	92,7	616.400	2,7	18.300	4,5	29.900
Region Sjælland 2010	93,2	612.300	2,9	18.800	3,9	25.700
Køn						
Mand	91,3	314.800	3,2	11.200	5,5	18.900
Kvinde	90,3	317.600	3,7	13.000	6,0	21.300
Alder						
16-24 år	90,0	73.400	2,3	1.900	7,7	6.300
25-34 år	86,1	73.200	4,1	3.500	9,9	8.400
35-44 år	85,6	79.000	5,1	4.700	9,4	8.700
45-54 år	89,4	110.700	3,4	4.200	7,2	8.900
55-64 år	92,6	110.400	3,2	3.800	4,2	5.100
65-79 år	95,4	143.500	3,0	4.400	1,7	2.500
80+	95,5	42.300	3,8	1.700	0,8	300
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	88,7	90.200	3,2	3.200	8,1	8.200
Kort uddannelse	95,1	267.700	2,7	7.500	2,2	6.100
Kort videregående	91,2	60.100	4,2	2.800	4,6	3.000
Mellemlang videregående	93,3	128.700	3,6	5.000	3,0	4.200
Lang videregående	86,6	53.000	6,2	3.800	7,3	4.500
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	91,1	309.900	3,7	12.700	5,2	17.700
Arbejdsløse	86,6	11.800	6,0	800	7,4	1.000
Førtidspensionister	85,4	26.700	2,4	800	12,1	3.800
Efterlønsmodtagere	95,9	4.900	—	—	—	—
Alderspensionister	95,4	200.200	3,1	6.600	1,5	3.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	85,3	33.100	3,7	1.400	11,0	4.200
Under uddannelse	87,4	50.500	2,6	1.500	10,1	5.800
Samlivsstatus						
Samlevende	90,3	384.100	3,8	16.400	5,9	25.000
Ikke samlevende	91,5	248.400	2,9	7.900	5,6	15.200
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	87,8	162.400	3,9	7.200	8,3	15.400
Bor ikke med børn	93,1	476.700	3,2	16.400	3,7	18.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med data fra CPR-regi-steret.

Tabel 1.5.5.2 Etnisk baggrund, opgjort på kommuner

	Dansk baggrund		Anden vestlig baggrund		Ikke-vestlig baggrund	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	90,8	632.500	3,5	24.200	5,8	40.200
Guldborgsund	94,4	48.500	1,4	700	4,1	2.100
Kalundborg	93,7	38.000	2,5	1.000	3,8	1.500
Lolland	90,6	31.700	3,6	1.300	5,8	2.000
Odsherred	93,3	26.600	4,3	1.200	2,4	700
Slagelse	88,6	58.600	2,5	1.600	8,9	5.900
Vordingborg	92,2	35.600	4,2	1.600	3,6	1.400
Faxe	92,8	28.400	4,0	1.200	3,3	1.000
Holbæk	91,9	54.500	3,3	1.900	4,8	2.900
Næstved	89,9	62.200	4,3	2.900	5,8	4.000
Ringsted	89,2	25.500	3,5	1.000	7,3	2.100
Sorø	92,0	22.700	3,3	800	4,7	1.100
Stevns	92,8	17.900	3,9	800	3,2	600
Greve	86,0	35.100	4,4	1.800	9,7	4.000
Køge	88,8	44.800	3,7	1.900	7,5	3.800
Lejre	91,2	20.700	4,4	1.000	4,4	1.000
Roskilde	89,5	65.100	3,8	2.700	6,7	4.900
Solrød	89,9	16.700	3,7	700	6,4	1.200

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata sammenkørt med data fra CPR-registret.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der har dansk baggrund, varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 86,0 pct. i Greve Kommune til 94,4 pct. i Guldborgsund Kommune. Andelen af borgere med anden vestlig baggrund varierer fra 1,4 pct. i Guldborgsund Kommune til 4,4 pct. i Greve og Lejre kommuner.

Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund varierer i kommunerne fra 2,4 pct. i Odsherred Kommune til 9,7 pct. i Greve Kommune. Siden 2010 er andelen af borgere med dansk baggrund i Region Sjælland faldet med 2,5 procentpoint, mens andelen af borgere med anden vestlig baggrund og ikke-vestlig baggrund er steget med hhv. 0,6 og 1,9 procentpoint.

1.5.6 Kontakt med egen læge

I tabel 1.5.6.1 ses andelen af regionens borgere, der har svaret ja til at have været ved egen læge inden for det sidste år. Opgørelsen er baseret på spørgsmål 62 i spørgeskemaet: ”Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?” Opgørelsen vises

her på regionsniveau, da den er grundlag for flere opgørelser igennem rapporten, og da der er sket et betydeligt fald i andelen fra 2017 til 2021. Andelen, der har været hos egen læge har været støt stigende fra 2010 til 2017, og ændringen fra 2017 til 2021 bør ses i lyset af COVID-19-pandemien.

Tabel 1.5.6.1 Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?

	Har været ved egen læge		Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
	Pct. 2021	Personer 2021			
Regionen Sjælland	74,2	517.100	80,6	78,1	77,9
Køn					
Mand	69,3	235.500	75,8	72,1	73,0
Kvinde	78,9	281.500	85,2	83,9	82,8
Alder					
16-24 år	70,9	53.900	80,2	75,7	75,8
25-34 år	71,9	57.600	80,4	75,9	78,5
35-44 år	68,6	62.400	75,4	73,3	73,8
45-54 år	68,8	85.000	76,1	74,4	74,2
55-64 år	72,4	89.300	79,9	78,9	78,2
65-79 år	82,5	129.500	86,1	84,3	84,5
80+	85,6	39.400	90,9	92,6	89,6
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	76,1	77.200	82,8	81,8	
Kort uddannelse	73,6	207.000	80,7	77,2	
Kort videregående	73,4	48.400	81,4	78,0	
Mellemlang videregående	75,4	104.000	80,3	78,1	
Lang videregående	71,3	43.800	74,3	70,9	
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	68,0	235.400	75,6	72,6	
Arbejdsløse	73,7	10.200	82,2	84,3	
Førtidspensionister	79,9	22.900	87,0	85,8	
Efterlønsmodtagere	78,7	4.000	82,5	81,0	
Alderspensionister	83,2	170.600	87,1	86,0	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	80,3	31.700	86,0	82,1	
Under uddannelse	72,5	42.600	80,2	77,5	
Samlivsstatus					
Samlevende	73,9	323.900	80,2	78,1	
Ikke samlevende	74,7	193.200	81,4	78,2	
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	71,4	132.200	77,9		
Bor ikke med børn	75,0	383.700	81,6		
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	74,3	473.700	80,8	78,2	78,2
Anden vestlig baggrund	69,7	16.700	75,4	77,9	72,9
Ikke-vestlig baggrund	75,3	26.700	80,7	76,6	75,5

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Kilde: Spørgeskemadata

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Referencer

1. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakker til kommunerne.* [Online] Sundhedsstyrelsen. [Citeret: 08. 02 2022.] <https://www.sst.dk/da/Viden/Forebyggelse/Forebyggelsespakker-til-kommunerne>.
2. **WHO.** *Ageing and health - Key Facts.* [Online] WHO, 2021. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
3. **World Health Organization.** *Gender and health.* [Online] World Health Organization, 24. 5 2021. [Citeret: 08. 02 2022.] <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/gender-and-health>.
4. **Diderichsen, F, Andersen, I og Manuel, C.** *Ulighed i sundhed- årsager og indsatser.* Sundhedsstyrelsen. 2011.
5. **Danmarks Statistik.** RAS (Registerbaseret Arbejdsstyrkestatistik). [Online] [Citeret: 08. 02 2022.] <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/statistikdokumentation/registerbaseret-arbejdsstyrkestatistik/indhold>.
6. **WHO, Europe.** *Health 2020: Multisectoral action. Synergy between sectors: fostering the health of migrants through government joint actions.* September 2016.
7. **Marmot, M.** Health in an unequal world: Social circumstances, biology, and disease. *Clinical Medicine.* 2006, 6, 559-72.
8. **Folman, NB og Jørgensen, T.** *Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet.* Sundhedsstyrelsen. 2006.
9. **Danmarks Statistik.** *Indvandrere og efterkommere.* [Online] [Citeret: 08. 02 2022.] <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/indvandrere-og-efterkommere>.

Kapitel 2

Læsevejledning



Læsevejledning

Sundhedsprofilen er bygget op omkring tabeller og regionskort, som viser forekomsten af en lang række mål for trivsel, sundhed og sundhedsadfærd blandt borgere på 16 år og derover i Region Sjælland i 2021. Der anvendes i rapporten forskellige typer af standard-tabeller, herunder regionstabeller og kommunetabeller, hvoraf en del også indeholder data fra tidligere års undersøgelser. Af pladshensyn beskrives udviklingen over tid dog ofte kun i teksten.

Regionstabellerne viser resultater opgjort på udvalgte baggrundsvariable, som opdeler befolkningen i demografiske og socioøkonomiske grupper (f.eks. uddannelsesniveau) (se også kapitel 1), mens kommunetabellerne viser resultater opgjort for hver kommune. Derudover er sammenhængen mellem to eller flere udvalgte mål for trivsel, sundhed og sundhedsadfærd vist i krydstabeller. F.eks. vises forekomsten af usundt kostmønster blandt borgere, der hhv. ryger dagligt, ryger lejlighedsvist, tidligere har røget og aldrig har røget (tabel 8.5.1). I alle tre typer tabeller vil de parametre for trivsel, sundhed, og sundhedsadfærd, som undersøges, findes i tabellens kolonner (f.eks. godt selv vurderet helbred i tabel 2.1), og de grupper, der måles iblandt, findes i rækkerne (f.eks. køns- og aldersgrupper i tabel 2.1).

I alle tabeller er det angivet med farver, hvorvidt forekomsten i den enkelte gruppe er signifikant højere eller lavere end i regionen som helhed i 2021. Farveforklaringen ses under tabellerne. Metoden bag signifikansvurderingen er beskrevet yderligere i afsnit 1.4.

Rapportens resultater er ikke justeret for køns-, alders- eller andre forskelle i de undersøgte befolkningsgrupper. Det vil sige, at det ikke kan udelukkes, at forskelle mellem gruppernes forekomster kan være påvirket af underliggende forskelle i køns- og aldersfordelingen. Fortolkningen af resultaterne bør generelt ses i lyset af demografiske forskelle på forskellige befolkningsgrupper. Disse er belyst i kapitel 1.5.

For at illustrere variationen mellem kommunerne og den geografiske fordeling er en del af kommune-resultaterne også præsenteret som regionskort. Her er kommunerne, på baggrund af forekomsten af den viste parameter, inddelt i fire intervaller, som hver dækker

en fjerdedel af forskellen mellem den laveste og højeste forekomst. Der er derfor ikke nødvendigvis lige mange kommuner i hver kategori. Intervalinddelingen ses i farveforklaringen, som findes under alle kort. Hver interval er tildelt en farve, som er mørkere, jo højere forekomsten er. Det er generelt ikke muligt umiddelbart at sammenligne kort fra tidligere sundhedsprofiler med kortene fra 2021, idet intervalinddelingen oftest vil være ændret.

Rapporten indeholder en beskrivelse af forskelle og variationer i resultaterne i hver tabel og hvert kort. I beskrivelsen er der anvendt en konservativ tilgang, hvor der som hovedregel kun er beskrevet de mest markante forskelle og ændringer. De beskrevne forskelle er udvalgt ud fra en samlet afvejning, som både tager hensyn til forskellenes absolutte og relative størrelse, samt hvorvidt resultaterne afviger signifikant fra regionsgennemsnittet og mellem de sammenlignede befolkningsgrupper. Ikke signifikante tendenser er dog nævnt i enkelte tilfælde, hvor udviklingen er understøttet af flere resultater. I nogle tilfælde beskrives også resultater, som ikke fremgår af tabellerne. Disse efterfølges af oplysningen: "Data ikke vist".

I tabellerne vises både de vægtede forekomster angivet i procent, og det vægtede antal personer, som andelen svarer til i hele regionen. Se afsnit 1.3.2 for detaljer om vægtningen. For at øge læsevenligheden er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. I enkelte tabeller er antallet af personer helt udeladt af pladshensyn.

Enkelte resultater er ikke vist, men er erstattet af en vandret streg. Dette er foretaget, når der er under 100 besvarelser i den befolkningsgruppe, som resultatet drejer sig om, eller hvis andelen, der har svaret positivt på den viste indikator, er under 5 personer. Dette er gjort for at undgå fejlslutninger ud fra usikre resultater baseret på et meget lille datagrundlag, samt for at undgå personidentifikation i resultaterne.

Tabel 2.1 Læsevejledning. Eksempel i tabel 3.3.2. Borgere, som har godt eller dårligt selv vurderet helbred

Tallet angiver, at 79,0 pct. af kvinderne i Region Sjælland har et godt selv vurderet helbred.

En visuel præsentation af de 79,0 pct. kvinder, som har et godt selv vurderet helbred.

Tallet angiver, at de 79,0 pct. svarer til, at ca. 278.000 kvinder i Region Sjælland har et godt selv vurderet helbred. Tallet er afrundet til nærmeste 100. I nogle tabeller er antallet udeladt.

	Godt selv vurderet helbred		Dårligt selv vurderet helbred	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	81,2	565.700	18,8	131.200
Region Sjælland 2017	81,2	557.700	18,8	128.900
Region Sjælland 2013	83,7	556.000	16,3	108.600
Region Sjælland 2010	83,3	547.200	16,7	109.600
Køn				
Mand	83,4	287.700	16,6	57.400
Kvinde	79,0	278.000	21,0	73.800
Alder				
16-24 år	90,7	73.900	9,3	7.600
25-34 år	86,3	73.700	13,7	11.700
35-44 år	85,3	79.100	14,7	13.700
45-54 år	81,4	101.000	18,6	23.100
55-64 år	77,4	92.600	22,6	27.000
65-79 år	77,8	116.600	22,2	33.300
80+	65,9	28.800	34,1	14.900
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	70,9	72.000	29,1	29.600
Kort uddannelse	80,1	225.300	19,9	55.900
Kort videregående	82,6	54.400	17,4	11.500
Mellemlang videregående	84,7	117.000	15,3	21.200
Lang videregående	89,9	55.200	10,1	6.200
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	89,1	304.500	10,9	37.300
Arbejdsløse	67,9	9.300	32,1	4.400
Førtidspensionister	45,5	14.200	54,5	17.000
Efterlønsmodtagere	88,5	4.500	11,5	600
Alderspensionister	75,1	156.600	24,9	51.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	55,3	21.500	44,7	17.400
Under uddannelse	90,3	52.100	9,7	5.600
Samlevsstatus				
Samlevende	83,3	354.800	16,7	71.100
Ikke samlevende	77,8	210.800	22,2	60.100
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	87,4	162.200	12,6	23.500
Bor ikke med børn	79,3	405.400	20,7	105.800
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	81,6	516.000	18,4	116.300
Anden vestlig baggrund	79,3	19.300	20,7	5.000
Ikke-vestlig baggrund	75,5	30.400	24,5	9.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Farverne på bærerne indikerer, hvorvidt forekomsten af f.eks. godt selv vurderet helbred i de enkelte grupper er signifikant højere, lavere eller ikke forskellig fra gennemsnittet i Region Sjælland (81,2 pct.).

Kapitel 3

Helbred og trivsel

3.1 Tilfredshed med livet

3.2 COVID-19-pandemiens påvirkning af livskvaliteten

3.3 Selvvurderet helbred

3.4. Fysisk og mentalt helbred samt specifikke smerter, gener og ubehag

3.5 Stress

3.6 Belastninger i livet

3.7 Opfyldelse af seksuelle behov

3.8 Sammenhæng mellem helbred og trivsel og sundhedsadfærd hhv. belastninger i livet og tegn på social isolation

Helbred og trivsel

- Tilfredsheden med livet er faldet blandt regionens borgere. Tre ud af fire er tilfredse med livet i 2021. Ca. samme andel vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt eller meget dårligere under COVID-19-pandemien.
- Fire ud af fem borgere vurderer, at de har et godt helbred. Det er omtrent samme andel som i 2017.
- Den mentale trivsel er faldet siden 2017. Lav mental trivsel er især udbredt blandt kvinder og de yngste borgere.
- Der er social ulighed i helbred og trivsel. Lav trivsel, både fysisk og mental, er mere udbredt blandt borgere med lavt uddannelsesniveau og borgere uden for arbejdsmarkedet og ses i større grad i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner.

Sundhed handler om langt mere end et godt fysisk helbred og fravær af sygdom. Det handler bredt set om, hvordan man har det, hvordan man oplever sin tilværelse og de udfordringer, man møder i hverdagen. I dette kapitel beskrives trivslen og helbredet blandt regionens borgere både overordnet set ved måling af borgernes tilfredshed med livet og selv-vurderede helbred og med nedslag i mere specifikke parametre for mistrivsel, såsom mentale og fysiske gener, stress og belastninger i livet.

Ved begrebet trivsel forstås en persons generelle velbefindende og tilfredshed med livet. Begrebet er tæt forbundet med mental sundhed, som WHO definerer som ”en tilstand af velbefindende, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker” (1; 2; 3).

Helbred og trivsel hænger tæt sammen og er indbyrdes afhængige faktorer (4). God trivsel og mental sundhed kan virke som en beskyttende faktor mod sygdomme ved bl.a. at påvirke, hvordan man møder stressfaktorer eller andre udfordringer i livet og hverdagen. Det kan desuden have stor betydning for, hvordan man håndterer et sygdomsforløb eller lever med enten fysisk eller psykisk sygdom (5).

Længerevarende dårlig mental sundhed er tilsvarende en risikofaktor for udvikling af mentale helbredsproblemer, såsom depression og angst (se også kapitel 4), men også fysiske sygdomme som eksempelvis hjerte-

kar-sygdom (1). Derudover ses der sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og risikoen for at stå uden for arbejdsmarkedet, blive indlagt på hospitalet og død (6). Dårlig mental sundhed er ligeledes forbundet med ringere mulighed for at gennemføre et uddannelsesforløb og for at stifte familie (6).

Dårlig mental sundhed har således både store personlige og samfundsmæssige omkostninger. En undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark viser bl.a., at der er et stort antal ekstra indlæggelser, lægekontakter, øget sygefravær og betydelige omkostninger relateret til tabt produktion blandt personer med dårlig mental sundhed set i forhold til personer uden dårlig mental sundhed (7).

Andelen af befolkningen med dårlig mental sundhed har været støt stigende de senere år. Ikke mindst blandt kvinder og unge er udviklingen gået i den forkerte retning (8). Flere undersøgelser gennemført tidligt under COVID-19-pandemien indikerer desuden, at pandemien har påvirket trivslen i negativ retning (9) (10) (11) (12). Det kalder på et øget fokus på den mentale sundhed, herunder en større forståelse for, hvilke faktorer der påvirker den mentale sundhed væsentligt hos forskellige grupper af borgere.

I kapitlet beskrives først overordnede mål for trivsel og helbred ved en måling af tilfredshed med livet blandt regionens borgere suppleret med et afsnit om påvirkning af livskvaliteten som følge af COVID-19-pandemien. Dernæst (i afsnit 3.3) opgøres bor-

gernes selv vurderede helbred overordnet set. I afsnit 3.4 er fokus mere specifikt på hhv. fysisk og mentalt helbred, inklusiv opgørelser af forskellige fysiske og mentale gener, smerter og ubehag.

Femte afsnit omhandler borgernes oplevelse af stress, og afsnit 3.6 fokuserer på forskellige belastninger i livet relateret til økonomi, boligsituation, arbejds-situation og relationen til de nærmeste. Afsnit 3.7 omhandler opfyldelse af seksuelle behov. I det sidste afsnit ses på sammenhæng mellem helbred, trivsel

og sundhedsadfærd samt mellem forskellige trivselssparametre og belastninger i livet, social kontakt og seksuel behovsdækning.

Man bør i læsningen af resultaterne huske på, at spørgsmålene er stillet i en tid, hvor COVID-19-pandemien fyldte meget i samfundet (jf. kapitel 1). Hvorvidt en udvikling siden 2017 skyldes de særlige omstændigheder i 2021, eller nærmere er en del af en allerede igangværende tendens, kan ikke fastslås med undersøgelsen.

Hovedresultater

Forekomst

Størstedelen af borgerne i Region Sjælland er tilfredse med livet og vurderer samlet set deres eget helbred som godt. Siden sidste sundhedsprofilundersøgelse i 2017 er andelen af borgere, der er tilfredse med livet, dog blevet mindre. Næsten tre ud af fire borgerne vurderer, at deres livskvalitet enten er blevet lidt eller meget dårligere som følge af COVID-19-pandemien. Samtidig er andelen med hhv. lav mental helbredsscore (dvs. et ringere mentalt helbred) og en høj stressscore (dvs. et højere stressniveau) blevet større.

Andelen med lav fysisk helbredsscore er på ca. samme niveau som i 2017, ligesom godt hver tredje borger fortsat er meget generet af smerter i bevægeapparatet. Andelen, der er føler sig belastet af strukturelle forhold som økonomi, bolig- og arbejdssituation samt af sygdom og dødsfald blandt nærmeste fylder stadig meget, men er faldet siden 2017. Andelen, der føler sig belastet af forholdet til familie og venner, er til gengæld steget siden 2017.

Køn

Tilfredsheden med livet er stort set ens blandt mænd og kvinder. Flere mænd end kvinder vurderer deres helbred som godt både fysisk og mentalt. Kvinder scorer i højere grad end mænd højt på stressskalaen og lavt på den mentale helbredsskala. Omvendt oplever flere mænd end kvinder ikke at få deres seksuelle behov dækket, mens kvinder i langt højere grad end mænd svarer, at de ikke har haft seksuelle behov inden for det seneste år.

Alder

En større andel af de ældre borgere (med undtagelse af de allerældste) er tilfredse med livet sammenlignet med de yngre. Tilfredsheden er lavest blandt de yngste borgere, som også i højere grad svarer, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere under COVID-19-pandemien, og hvis tilfredshed med livet er faldet mest siden 2017. De yngre borgere scorer også i langt større omfang lavt på den mentale helbredsskala (dvs. et ringere mentalt helbred), og i særdeleshed scorer de højt på stressskalaen. De yngre føler sig også i højere grad belastet af både strukturelle og sociale årsager dog med undtagelse af sygdom og død blandt nærmeste. Omvendt er dårligt selv vurderet helbred og en lav fysisk helbredsscore mest udbredt blandt de ældre borgere.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er generelt social ulighed i borgernes helbred og trivsel. Dårligt selv vurderet helbred og lav trivsel (herunder stress og lav mental helbredsscore) er hyppigst blandt borgere med kortest uddannelse, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. I de samme grupper er der desuden en betydeligt større andel, som svarer, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere som følge af COVID-19-pandemien. Til sammenligning er livskvaliteten blandt beskæftigede og blandt borgere med højere uddannelsesniveau i højere grad enten blevet lidt dårligere eller (i færre tilfælde) bedre.

Borgere med kort uddannelse, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive føler sig også i højere grad end andre grupper belastet af sociale og strukturelle forhold, ikke mindst økonomi og boligsituation, mens arbejdssituationen også belaster borgere i beskæftigelse og med højere uddannelsesniveau.

Samlivsstatus

Samlivsstatus har betydning for borgernes trivsel og helbred. Borgere, der bor sammen med en partner, er i højere grad tilfredse med livet og har et bedre selv vurderet helbred end samlevende. Deres livskvalitet er også i mindre grad påvirket negativt af COVID-19-pandemien. Der ses desuden en større andel (om end fortsat få), der oplever, at livskvaliteten er blevet bedre blandt borgere, der bor med børn, sammenlignet med borgere, der ikke gør.

Borgere, der ikke bor sammen med en partner, oplever i højere grad forskellige belastninger i livet, herunder fra deres økonomi, boligsituation og forholdet til familie og venner. De oplever desuden i langt højere grad ikke at få deres seksuelle behov opfyldt.

Etnisk baggrund

Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er en langt mindre andel tilfredse med livet sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Der er blandt borgere med ikke-vestlig baggrund især en stor andel, som scorer højt på stressskalaen, føler sig belastet af særligt økonomi hhv. forholdet til familie og venner, og med en lav mental helbredsscore. Borgere med ikke-vestlig baggrund svarer desuden i højere grad end borgere med dansk baggrund, at de enten har fået det meget dårligere eller (i mindre omfang) bedre livskvalitet som følge af COVID-19-pandemien.

Sammenhæng mellem hhv. sundhedsadfærd, belastninger, social isolation og helbred og trivsel

Der ses en tydelig sammenhæng mellem lav trivsel og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, ikke mindst i forhold til rygning, brug af stoffer og kort søvnlængde. Forskellige belastninger i livet, herunder ikke mindst forholdet til familie og venner, har desuden en stærk sammenhæng med de mentale trivselsparametre.

3.1 Tilfredshed med livet

Tilfredshed med livet er et mål for selvoplevet livskvalitet, som siger noget om det generelle velbefindende, og om man har sine fundamentale behov og ønsker til et godt liv opfyldt (4). Det afspejler en mental tilstand, som kan påvirkes af mange faktorer, herunder både objektive livsvilkår, personlighed og adfærdstræk samt sociale relationer (13; 2). Tilfredshed med livet er vigtigt ikke bare for den enkelte, men også på samfundsplan, da det påvirker både produktivitet, velstand og økonomisk udvikling (4).

Tilfredsheden med livet blandt borgerne i Region Sjælland er målt med spørgsmålet: ”Alt taget i betragtning – hvor tilfreds eller utilfreds er du for tiden med livet?”. Svaret angives på en skala fra 1-10, hvor ”1” betyder ”meget utilfreds”, og ”10” ”meget tilfreds”. Derudover er der mulighed for at svare ”ved ikke”. I afsnittet opgøres andelen af borgere, der er tilfredse med livet defineret ved alle, som har svaret ”7” eller derover på skalaen. Spørgsmålet blev også stillet i 2013 og 2017, hvilket gør det muligt at se på udvikling over tid. I næste afsnit (3.2.) præsenteres desuden en opgørelse af, hvordan borgerne oplever, at COVID-19-pandemien har påvirket deres livskvalitet.

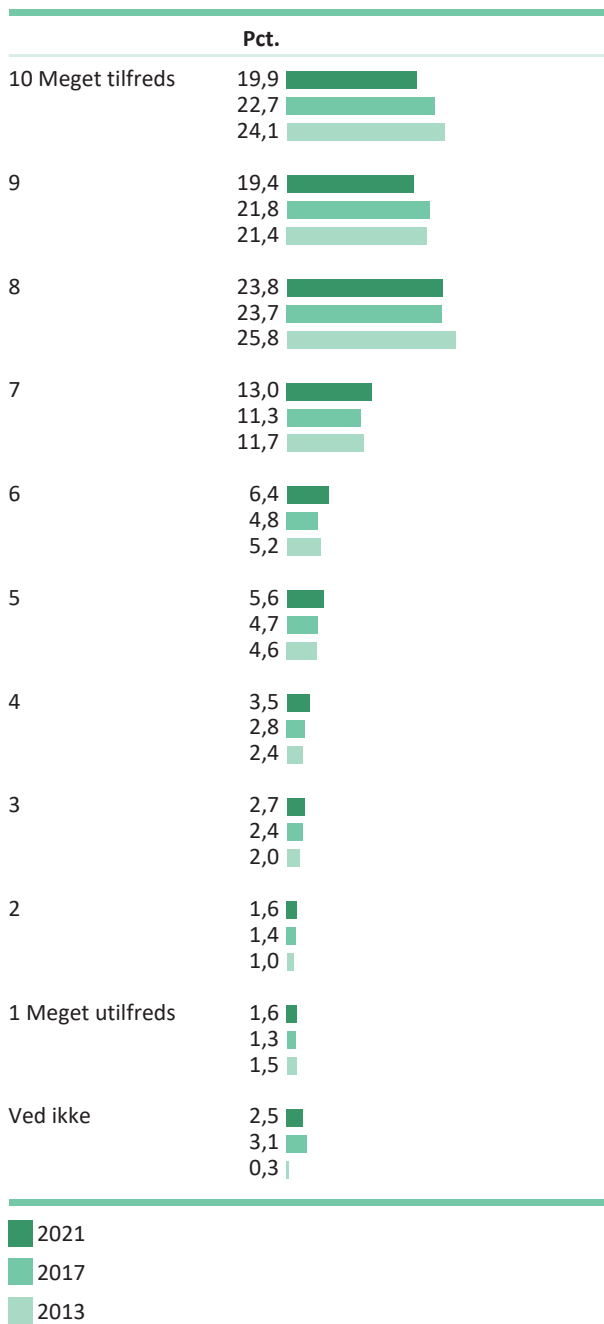
Tilfredshed med livet er mest udbredt blandt:

- Borgere mellem 45 og 79 år
- Borgere i beskæftigelse, efterlønsmodtagere og alderspensionister
- Borgere med en uddannelse over grundskoleniveau
- Borgere, der bor sammen med en partner hhv. børn
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

Siden 2017 er andelen, der er tilfredse med livet, især blevet mindre blandt:

- De 16-24-årige og de 80+årige
- Borgere under uddannelse, i beskæftigelse og alderspensionister
- Borgere med kort uddannelse hhv. mellemlang videregående uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner hhv. børn
- Borgere med dansk baggrund
- Borgere i de socioøkonomisk bedrestillede kommuner

Tabel 3.1.1 Graden af tilfredshed med livet



Tabel 3.1.2 Borgere, som er tilfredse med livet

	Tilfreds med livet			Pct. 2017	Pct. 2013
	Pct. 2021		Personer 2021		
Regionen Sjælland	76,1		530.000	79,5	83,0
Køn					
Mand	76,9		262.000	81,1	83,9
Kvinde	75,2		268.000	77,9	82,2
Alder					
16-24 år	59,8		45.100	72,3	80,3
25-34 år	71,9		57.200	73,2	79,9
35-44 år	77,0		70.300	79,8	82,0
45-54 år	77,8		96.500	78,7	81,4
55-64 år	78,7		97.100	79,9	84,0
65-79 år	83,0		130.900	86,5	88,2
80+	72,3		32.900	78,5	82,7
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	64,1		66.500	68,3	74,8
Kort uddannelse	78,4		218.400	81,9	84,5
Kort videregående	80,0		52.600	82,8	84,9
Mellemlang videregående	82,3		115.500	85,8	86,6
Lang videregående	84,0		49.700	86,5	87,3
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	81,8		282.300	85,1	86,7
Arbejdsløse	56,2		7.900	56,6	67,3
Førtidspensionister	53,1		16.300	53,3	60,5
Efterlønsmodtagere	86,5		4.200	88,4	91,3
Alderspensionister	80,6		164.100	84,8	87,1
Øvrige ikke-erhvervsaktive	45,5		17.800	47,3	61,4
Under uddannelse	62,8		37.500	70,8	79,4
Samlevsstatus					
Samlevende	82,6		359.000	84,3	86,9
Ikke samlevende	65,2		171.000	71,0	76,3
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	79,1		144.000	81,6	
Bor ikke med børn	74,9		385.600	78,8	
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	76,8		486.200	80,6	83,7
Anden vestlig baggrund	74,1		18.300	77,2	80,4
Ikke-vestlig baggrund	65,4		25.600	59,1	70,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige grupper øger usikkerheden. Signifikante ændringer mellem 2017 og 2021 er omtalt i teksten.

Generelt

I Region Sjælland er 76,1 pct. af borgerne i 2021 tilfredse med livet svarende til 530.000 borgere. Andelen er mindre i 2021 end i både 2017 og 2013. Andelen, der er utilfredse med livet, er tilsvarende steget fra 17,4 pct. i 2017 til 21,4 pct. i 2021. En mindre andel af borgerne har i 2021 svaret i den højeste ende af svarskalaen (9-10 – de mest tilfredse), mens flere har svaret i de midterste kategorier (5-7). Andelen af borgere, der har svaret i de laveste kategorier (1-4), er stort set uændret siden 2017.

Køn og alder

Tilfredshed med livet er stort set lige udbredt blandt mænd og kvinder i 2021. Tilfredsheden er faldet hos begge køn dog mere blandt mænd end blandt kvinder.

Tilfredshed med livet er mest udbredt blandt borgere mellem 45 og 79 år. Siden 2017 er tilfredsheden med livet især faldet blandt de yngste og de ældste borgere. Faldet er størst blandt de 16-24-årige, hvor andelen, der er tilfredse med livet (59,8 pct.), er gået 12,5 procentpoint ned. Det kommer oveni et betydeligt fald (på 8 procentpoint) mellem 2013 og 2017. Andelen er også faldet blandt de 65+årige siden 2017 og især blandt de ældste borgere (80+). Her ses dog ikke et fald i samme grad mellem 2013 og 2017 som blandt de unge.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er stor forskel på, hvor tilfredse indbyggerne i Region Sjælland er med livet, alt efter om de har en uddannelse over grundskoleniveau eller ej. 64,1 pct. af borgerne med grundskole/gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse er tilfredse med livet, mens andelen blandt borgere med længere uddannelse er på mellem 78,4 pct. og 84,0 pct. Andelen, der er tilfredse med livet, er siden 2017 faldet mest entydigt blandt borgere med mellemlang videregående eller kort uddannelse.

Borgernes tilfredshed med livet varierer også i forhold til deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Tilfredsheden er højest blandt borgere i beskæftigelse samt personer på efterløn eller alderspension (mellem 80,6 pct. og 86,5 pct.). Tilfredshed med livet er mindst udbredt blandt arbejdsløse, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse (fra 45,5 pct. til 62,8 pct.).

Siden 2017 er tilfredsheden faldet blandt borgere i beskæftigelse, alderspensionister og især borgere under uddannelse. Den relativt lave tilfredshed med livet

blandt personer under uddannelse (62,8 pct.) skal ses i lyset af, at denne gruppe har et stort overlap med aldersgruppen af 16-24-årige, som også er den aldersgruppe, der har den laveste tilfredshed med livet.

Samlivsstatus og børn

Blandt borgere, der bor sammen med en partner, er tilfredshed med livet langt mere udbredt end blandt borgere, der bor alene. Samme tendens, om end mindre tydelig, ses for borgere, der har børn under 16 år i hjemmet, sammenlignet med borgere, der ikke har. Siden 2017 er andelen, der er tilfredse med livet, faldet i alle fire grupper. Faldet er størst blandt ikke-samlevende (fald på 5,8 procentpoint).

Etnisk baggrund

Tilfredsheden med livet er betydeligt lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med enten dansk eller anden vestlig baggrund. Godt to ud af tre borgere (65,4 pct.) med ikke-vestlig baggrund er tilfredse med livet, mens det samme gælder tre ud af fire borgere med dansk baggrund (76,8 pct.). Siden 2017 er andelen, der er tilfredse med livet, faldet blandt borgere med dansk baggrund, mens der er en tendens til en stigning i tilfredsheden blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor der ellers var et betydeligt fald mellem 2013 og 2017.

Kommunevariation

Til forskel fra tidligere år varierer andelen af borgere, der er tilfredse med livet, ikke betydeligt mellem Region Sjællands kommuner i 2021. Andelen, der er tilfredse med livet, er størst i Roskilde Kommune med 78,7 pct. og lavest i Ringsted Kommune med 73,5 pct. I ingen af kommunerne er andelen signifikant forskellig fra regions gennemsnittet på 76,1 pct.

Sammenlignet med 2017 er andelen af borgere, der er tilfredse med livet, blevet mindre i alle kommuner. Faldet er dog kun signifikant i enkelte kommuner, nemlig Lejre, Køge og Stevns (fald mellem 5,5 og 8,2 procentpoint). Der er derudover - med enkelte undtagelser (f.eks. Roskilde Kommune) - en generel tendens til, at faldet er størst i socioøkonomisk bedrestillede kommuner. Udviklingen har således ledt til mindre polarisering i livstilfredshed mellem de socioøkonomisk bedre og dårligere stillede kommuner. Geografisk (jf. regionskortet) ligner fordelingen dog fortsat billedet fra 2017, hvor andelen af borgere, der er tilfredse med livet, er stigende, jo tættere man kommer hovedstadsområdet (igen med enkelte undtagelser som Sorø og Ringsted kommuner).

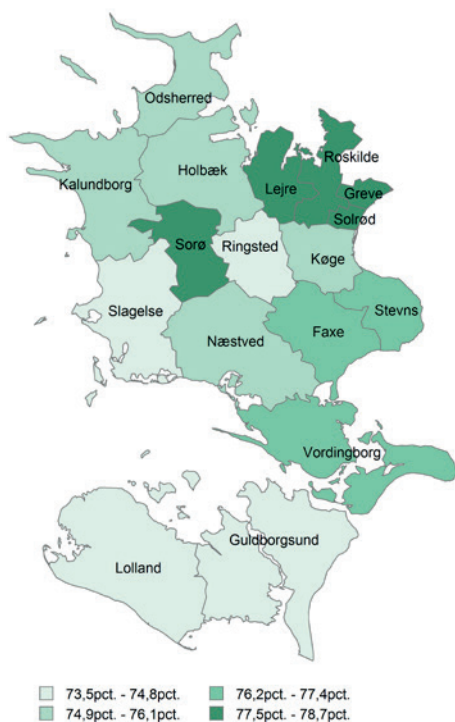
Tabel 3.1.3 Borgere, som er tilfredse med livet, opgjort på kommuner

	Tilfreds med livet		Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013
	Pct. 2021				
Region Sjælland	76,1		530.000	79,5	83,0
Guldborgsund	74,0		38.600	76,8	82,7
Kalundborg	75,8		30.800	79,0	82,1
Lolland	74,4		26.300	78,1	81,6
Odsherred	75,1		21.700	76,3	84,3
Slagelse	74,6		47.600	75,0	81,4
Vordingborg	76,4		30.000	77,3	82,9
Faxe	76,7		23.400	80,0	83,1
Holbæk	76,0		44.400	78,9	84,3
Næstved	75,6		52.800	80,3	82,7
Ringsted	73,5		21.000	78,1	82,5
Sorø	77,9		19.200	83,1	83,5
Stevns	77,0		14.900	82,5	83,5
Greve	78,1		31.700	81,7	87,5
Køge	75,2		37.700	81,6	82,9
Lejre	77,8		17.800	86,0	85,0
Roskilde	78,7		57.600	81,5	81,8
Solrød	78,6		14.500	83,4	82,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kort 3.1.4 Borgere, som er tilfredse med livet



3.2 COVID-19-pandemiens påvirkning af livskvaliteten

I marts 2020 blev Danmark og store dele af resten af verden lukket ned pga. COVID-19-pandemien. Da dataindsamlingen til denne undersøgelse fandt sted i starten af 2021, havde pandemien og den hele eller delvise nedlukning således stået på i omkring et år. For at få bedre indblik i, i hvor høj grad pandemien påvirker borgernes livskvalitet, er deltagerne i 2021-undersøgelsen blevet stillet spørgsmålet: "Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (Sammenlign med din livskvalitet før COVID-19-pandemien)" med følgende fem svarmuligheder: "Ja, den er blevet meget dårligere", "Ja, den er blevet lidt dårligere", "Nej, den er uændret", "Ja, den er blevet lidt bedre" og "Ja, den er blevet meget bedre". Svarkategorierne "Ja, den er blevet lidt bedre" og "Ja, den er blevet meget bedre" er grundet små tal slået sammen i opgørelserne.

Tabel 3.2.1: Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien?

	Pct.
Ja, den er blevet meget dårligere	18,7
Ja, den er blevet lidt dårligere	53,4
Nej, den er uændret	24,0
Ja, den er blevet lidt bedre	3,0
Ja, den er blevet meget bedre	0,9

Meget dårligere livskvalitet er mest udbredt blandt:

- De yngste og de ældste borgere
- Borgere med grundskole/gymnasium som højeste uddannelsesniveau
- Borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet
- Borgere, der ikke er samlevende hhv. ikke bor med børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Lidt dårligere livskvalitet er mest udbredt blandt:

- Borgere med en mellemlang videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere, der er samlevende, og borgere, der bor sammen med børn

Uændret livskvalitet er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere over 65 år/alderspensionister, og særligt 80+-årige
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial eller kort uddannelse

Bedre livskvalitet (lidt eller meget) er mest udbredt blandt:

- De 25-44-årige
- Borgere med lang videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere, der bor sammen med børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Der er tendens til en højere andel med uændret livskvalitet i de socioøkonomisk dårligere stillede kommuner, mens der ses en tendens til en lidt højere andel med forbedring i livskvaliteten i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner.

Tabel 3.2.2 Borgere, som oplever, at deres livskvalitet er hhv. blevet meget eller lidt dårligere, uændret eller bedre som følge af COVID-19-pandemien

	Meget dårligere livskvalitet	Lidt dårligere livskvalitet	Uændret livskvalitet	Lidt eller meget bedre livskvalitet
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2021	18,7	53,4	24,0	3,9
Køn				
Mand	17,8	52,3	26,2	3,7
Kvinde	19,6	54,5	21,8	4,1
Alder				
16-24 år	26,2	54,6	14,6	4,6
25-34 år	17,3	52,8	22,0	7,9
35-44 år	15,4	55,8	22,1	6,7
45-54 år	15,3	55,4	24,7	4,7
55-64 år	18,4	53,6	25,2	2,7
65-79 år	19,5	52,8	26,6	1,1
80+	23,2	44,2	31,8	0,8
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	21,6	44,9	30,6	2,9
Kort uddannelse	17,2	54,3	25,8	2,6
Kort videregående	19,0	55,8	21,5	3,7
Mellemlang videregående	16,1	58,8	21,1	4,0
Lang videregående	17,2	55,0	19,4	8,4
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	14,6	57,2	22,9	5,3
Arbejdsløse	27,0	46,5	22,6	3,9
Førtidspensionister	30,9	38,5	27,8	2,8
Efterlønsmodtagere	20,9	57,8	19,5	—
Alderspensionister	20,3	50,8	27,8	1,0
Øvrige ikke-erhvervsaktive	23,8	46,9	24,2	5,2
Under uddannelse	25,3	53,5	15,7	5,5
Samlivsstatus				
Samlevende	16,1	56,0	24,0	3,9
Ikke samlevende	23,0	49,2	23,8	4,0
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	16,0	56,2	21,4	6,4
Bor ikke med børn	20,1	52,7	24,0	3,2
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	18,1	53,8	24,5	3,6
Anden vestlig baggrund	22,2	54,5	17,7	5,7
Ikke-vestlig baggrund	26,0	46,7	19,7	7,6

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Størstedelen af regionens borgere (72,1 pct.) oplever, at deres livskvalitet er blevet enten lidt (53,4 pct.) eller meget dårligere (18,7 pct.) som følge af COVID-19-pandemien. Kun 3,9 pct. oplever, at deres livskvalitet er blevet bedre (hhv. 3,0 pct. lidt bedre og 0,9 pct. meget bedre), mens knap hver fjerde (24,0 pct.) oplever, at deres livskvalitet er uændret.

Køn og alder

Der er markant flere mænd end kvinder, der oplever, at deres livskvalitet er uændret i forbindelse med COVID-19-pandemien. Derudover er der ikke nævneværdig forskel mellem kønnene.

Meget dårligere livskvalitet er mest udbredt blandt de yngste og de ældste borgere. Blandt de 16-24-årige oplever mere end hver fjerde (26,2 pct.), at deres livskvalitet er blevet meget dårligere. Tallet er lidt lavere blandt de 80+-årige (23,2 pct.). Andelen, der oplever, at livskvaliteten er blevet lidt dårligere, er meget ens på tværs af aldersgrupperne med undtagelse af de ældste borgere, hvor andelen er mindre (44,2 pct.) Andelen med uændret livskvalitet er mindst blandt de yngste borgere (14,6 pct.) og størst blandt 80+årige (31,8 pct.). Oplevelsen af bedre livskvalitet (lidt eller meget) er mere udbredt blandt borgere under 55 år og særligt blandt de 25-44-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Borgernes uddannelsesmæssige baggrund har betydning for, hvorvidt de oplever, at COVID-19-pandemien har påvirket deres livskvalitet. Den største andel med uændret livskvalitet ses blandt borgere med en grundskole/gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau (30,6 pct.). Samtidigt er der en høj andel blandt denne gruppe, der oplever at have fået en meget dårligere livskvalitet (21,6 pct.) Andelen, der oplever at have fået en bedre livskvalitet, er størst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Også erhvervstilknytning har betydning for oplevelsen af pandemiens påvirkning på livskvaliteten. Andelen, der oplever, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere, er lavere blandt borgere i beskæftigelse (14,6 pct.) sammenlignet med borgere uden for arbejdsmarkedet (med undtagelse af efterlønsmodtagere). Til gengæld oplever flere borgere i beskæftigelse, at deres livskvalitet enten er blevet lidt dårligere (57,3 pct.) eller bedre (5,3 pct.) Andelene blandt borgere under uddannelse svarer generelt til andelen blandt de yngste aldersgrupper.

Samlivsstatus og børn









































































Borgere, der ikke bor sammen med en partner, oplever i højere grad, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere, sammenlignet med borgere, der bor sammen med en partner. Det omvendte billede ses i forhold til 'Lidt dårligere livskvalitet'.


Blandt borgere med børn i hjemmet, oplever en mindre andel meget dårligere livskvalitet sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet. Andelen, der oplever at have fået bedre livskvalitet er desuden dobbelt så stor blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn i hjemmet (6,4 pct. mod 3,2 pct.).

Etnisk baggrund


Oplevelsen af pandemiens påvirkning af livskvaliteten varierer med borgernes etniske baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund skiller sig ud ved i højere grad enten at have fået en meget dårligere livskvalitet (26,0 pct.) eller bedre livskvalitet (7,6 pct.). Samme tendens gør sig gældende for borgere med anden vestlig baggrund om end i mindre udpræget grad. Blandt denne gruppe borgere er der ligeledes en lavere andel, som oplever en uændret livskvalitet.

Tabel 3.2.3 Borgere, som oplever, at deres livskvalitet er hhv. blevet meget eller lidt dårligere, uændret eller bedre som følge af COVID-19-pandemien, opgjort på kommuner

	Meget dårligere livskvalitet	Lidt dårligere livskvalitet	Uændret livskvalitet	Lidt eller meget bedre livskvalitet
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland	18,7 	53,4 	24,0 	3,9 
Guldborgsund	17,4 	52,5 	26,3 	3,8 
Kalundborg	18,0 	52,3 	25,8 	3,9 
Lolland	17,5 	49,1 	30,8 	2,6 
Odsherred	19,9 	48,9 	26,9 	4,3 
Slagelse	21,7 	51,4 	23,4 	3,5 
Vordingborg	21,0 	51,0 	25,2 	2,8 
Faxe	16,8 	57,5 	22,1 	3,7 
Holbæk	18,0 	55,2 	24,4 	2,4 
Næstved	18,3 	52,3 	26,4 	3,0 
Ringsted	18,6 	53,5 	24,0 	4,0 
Sorø	15,4 	55,1 	25,6 	3,9 
Stevns	19,7 	53,2 	23,0 	4,0 
Greve	19,7 	55,3 	21,1 	4,0 
Køge	18,9 	53,8 	21,5 	5,7 
Lejre	18,1 	54,7 	22,4 	4,7 
Roskilde	18,2 	57,0 	19,1 	5,6 
Solrød	20,5 	55,0 	19,7 	4,8 

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Påvirkningen af COVID-19-pandemien på borgernes livskvalitet varierer ikke entydigt mellem kommunerne. Der er en tendens til en mindre andel af borgere med uændret livskvalitet i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner, f.eks. Roskilde og Solrød kommuner. Der er i disse kommuner desuden en tendens til en relativt større andel af borgere, der oplever at have fået bedre livskvalitet. Samtidigt er der en tendens til en mindre andel, der oplever at have fået lidt dårligere livskvalitet i de socioøkonomisk dårligere stillede kommuner, f.eks. Lolland og Odsherred kommuner.

I de to specifikke kommuner er der desuden en større andel, der har svaret, at deres livskvalitet er uændret. Andelen, der oplever at have fået meget dårligere livskvalitet ligner regionsgennemsnittet i de fleste kommuner med undtagelse af Sorø Kommune, hvor en mindre andel (15,4 pct.) har fået meget dårligere livskvalitet, og i Slagelse Kommune, hvor en større andel (21,7) har fået meget dårligere livskvalitet – begge set i forhold til regionsgennemsnittet.

3.3 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er et udtryk for en persons egen vurdering af vedkommendes helbredstilstand. Vurderingen er bl.a. baseret på mulige fysiske eller mentale begrænsninger for udfoldelse i dagliglivet, kulturel baggrund og alder – og dermed forventninger til helbredstilstanden givet ens alder (14) – aktuel og tidligere sygdom, samt kendskab til sygelighed og dødelighed i familien (8). Undersøgelser viser, at personer med dårligt selvvurderet helbred har højere risiko for funktionsevnetab, sygelighed og dødelighed (14) (15), og at der er sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og medicinforbrug samt brug af sundhedsvæsenets ydelser (8). Selvvurderet helbred er således en selvstændig risikofaktor for både sygdom og kortere levetid og dermed en vigtig og ofte brugt indikator for befolkningens fremtidige sundhedstilstand.

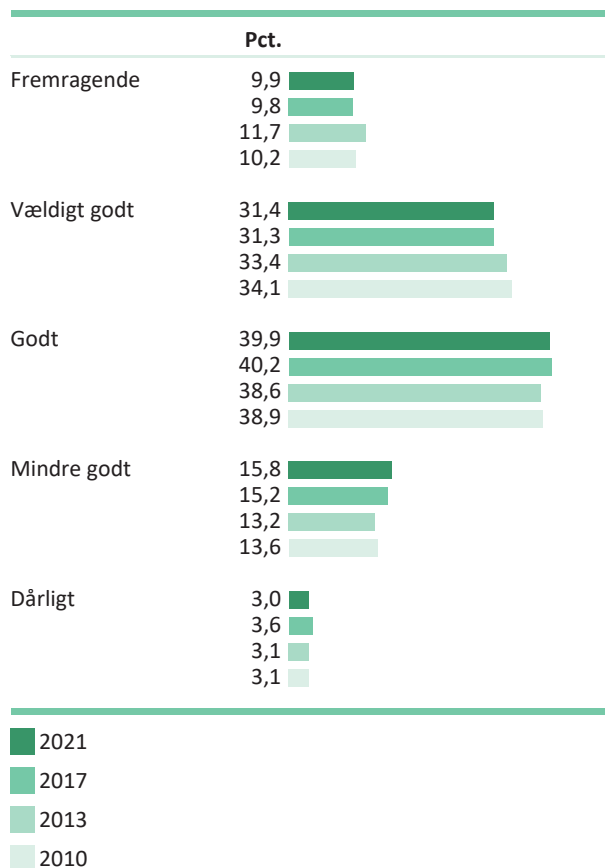
Som mål for det generelle, selvvurderede helbred er ét af de 12 spørgsmål i spørgsmålspanelet SF-12 (12-Item Short Form Health Survey) (16) anvendt. Spørgsmålet lyder: ”Hvordan synes du, at dit helbred er, alt i alt?” I opgørelserne dækker ”Godt selvvurderet helbred” over svarmulighederne ”Fremragende”, ”Vældigt godt” og ”Godt”, mens ”Dårligt selvvurderet helbred” omfatter svarmulighederne ”Mindre godt” og ”Dårligt”.

Dårligt selvvurderet helbred er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere over 55 år
- Borgere med grundskole/gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau
- Borgere uden for arbejdsmarkedet med undtagelse af efterlønsmodtagere
- Borger, der ikke bor sammen med en partner, og borgere uden børn i hjemmet
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Der er ikke sket nævneværdig udvikling siden 2017. Sammenlignes der med niveauet i 2010, er andelen med dårligt selvvurderet helbred især steget blandt borgere under 45 år (data ikke vist).


Tabel 3.3.1 Hvordan synes du, dit helbred er, alt i alt?



Langt de fleste borgere i regionen synes, at de har et godt eller vældigt godt helbred. En mindre andel vurderer, at deres helbred er fremragende eller mindre godt, mens kun få procent synes, at de har et dårligt helbred. Der er ikke sket nævneværdige ændringer i svarfordelingen siden 2017.

Tabel 3.3.2. Borgere, som har godt eller dårligt selvvalueret helbred

	Godt selvvalueret helbred		Dårligt selvvalueret helbred	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	81,2	565.700	18,8	131.200
Region Sjælland 2017	81,2	557.700	18,8	128.900
Region Sjælland 2013	83,7	556.000	16,3	108.600
Region Sjælland 2010	83,3	547.200	16,7	109.600
Køn				
Mand	83,4	287.700	16,6	57.400
Kvinde	79,0	278.000	21,0	73.800
Alder				
16-24 år	90,7	73.900	9,3	7.600
25-34 år	86,3	73.700	13,7	11.700
35-44 år	85,3	79.100	14,7	13.700
45-54 år	81,4	101.000	18,6	23.100
55-64 år	77,4	92.600	22,6	27.000
65-79 år	77,8	116.600	22,2	33.300
80+	65,9	28.800	34,1	14.900
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	70,9	72.000	29,1	29.600
Kort uddannelse	80,1	225.300	19,9	55.900
Kort videregående	82,6	54.400	17,4	11.500
Mellemlang videregående	84,7	117.000	15,3	21.200
Lang videregående	89,9	55.200	10,1	6.200
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	89,1	304.500	10,9	37.300
Arbejdsløse	67,9	9.300	32,1	4.400
Førtidspensionister	45,5	14.200	54,5	17.000
Efterlønsmodtagere	88,5	4.500	11,5	600
Alderspensionister	75,1	156.600	24,9	51.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	55,3	21.500	44,7	17.400
Under uddannelse	90,3	52.100	9,7	5.600
Samlivsstatus				
Samlevende	83,3	354.800	16,7	71.100
Ikke samlevende	77,8	210.800	22,2	60.100
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	87,4	162.200	12,6	23.500
Bor ikke med børn	79,3	405.400	20,7	105.800
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	81,6	516.000	18,4	116.300
Anden vestlig baggrund	79,3	19.300	20,7	5.000
Ikke-vestlig baggrund	75,5	30.400	24,5	9.900

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

I Region Sjælland vurderer 81,2 pct. af borgerne i 2021, at de har et godt helbred. Det svarer til 565.700 borgere. Det er omtrent samme andel som i 2017. Ses der længere tilbage, så er andelen med dårligt selvvurderet helbred højere i 2021 end i 2013 og 2010 (og andelen med godt selvvurderet helbred tilsvarende lavere). Udviklingen er primært sket mellem 2013 og 2017.

Køn og alder

Godt selvvurderet helbred er mere udbredt blandt mænd end kvinder. Det selvvurderede helbred varierer dog mere med alder end med køn. Den yngre del af befolkningen har et markant bedre selvvurderet helbred end den ældre del af befolkningen. Det skal ses i lyset af, at mange sygdomme forekommer oftere med stigende alder (se kapitel 4). Andelen af borgere med godt selvvurderet helbred er 90,7 pct. blandt de 16-24-årige, og 65,9 pct. blandt borgere på 80 år eller ældre. Der er ikke sket nævneværdig udvikling for nogen af grupperne siden 2017. Sammenlignes der med niveauet i 2010, er andelen med dårligt selvvurderet helbred især blevet højere blandt borgere under 45 år (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i borgernes selvvurderede helbred set ud fra både uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Andelen af borgere med godt selvvurderet helbred stiger med højere uddannelsesniveau. Kun 70,9 pct. af borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse har et godt selvvurderet helbred, mens andelen blandt borgere med en lang videregående uddannelse er 89,9 pct.

Godt selvvurderet helbred er desuden langt mere udbredt blandt borgere i beskæftigelse (89,1 pct.) og på efterløn (88,5 pct.) end blandt borgere på førtidspension (45,1 pct.), arbejdsløse (67,9 pct.) og øvrige ikke-erhvervsaktive (55,3 pct.). Det selvvurderede helbred er også generelt højt blandt borgere under uddannelse (90,3 pct.), hvilket skal ses i lyset af, at denne gruppe fortrinsvis er unge.

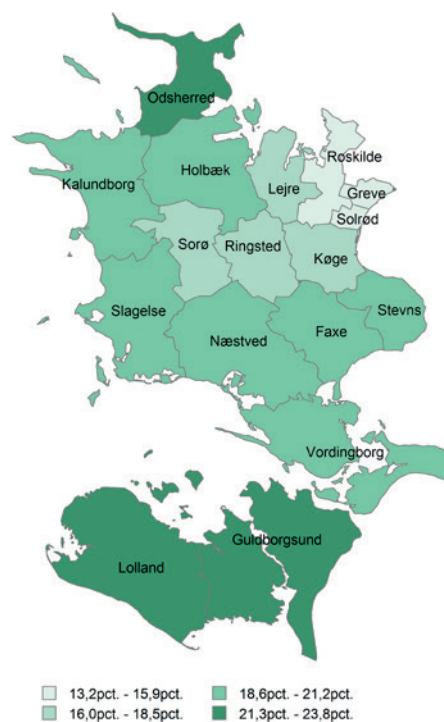
Samlivsstatus og børn

Borgere, der bor sammen med en partner, har generelt et bedre selvvurderet helbred end borgere, der ikke bor sammen med en partner. En tilsvarende forskel ses for borgere, der har børn under 16 år i hjemmet. Forskellen mellem borgere med og uden børn i hjemmet skal ses i lyset af, at personer med børn i hjemmet generelt er yngre og derfor sandsynligvis har færre aldersrelaterede helbredsproblemer end borgere uden børn i hjemmet.

Etnisk baggrund




Andelen af borgere med godt selvvurderet helbred er mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (75,5 pct.) og størst blandt borgere med dansk baggrund (81,6 pct.).

Kort 3.3.3 Borgere med dårligt selvvurderet helbred



Tabel 3.3.4 Borgere, som har godt eller dårligt selv vurderet helbred, opgjort på kommuner

	Godt selv vurderet helbred		Dårligt selv vurderet helbred	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	81,2	565.700	18,8	131.200
Guldborgsund	78,6	40.500	21,4	11.000
Kalundborg	79,7	32.100	20,3	8.200
Lolland	76,2	26.700	23,8	8.400
Odsherred	76,7	21.700	23,3	6.600
Slagelse	79,0	52.300	21,0	13.900
Vordingborg	79,5	30.700	20,5	7.900
Faxe	79,4	24.300	20,6	6.300
Holbæk	81,2	48.000	18,8	11.100
Næstved	80,6	55.500	19,4	13.400
Ringsted	83,1	23.800	16,9	4.900
Sorø	82,9	20.500	17,1	4.200
Stevns	79,5	15.300	20,5	3.900
Greve	84,9	34.700	15,1	6.200
Køge	81,5	41.100	18,5	9.300
Lejre	83,7	19.000	16,3	3.700
Roskilde	86,6	63.200	13,4	9.800
Solrød	86,8	16.100	13,2	2.500

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med godt selv vurderet helbred varierer mellem Region Sjællands kommuner fra godt 76 pct. i Lolland og Odsherred kommuner til 86,8 pct. i Solrød Kommune. Mange af kommunerne afviger dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 81,2 pct.

Der er en meget klar tendens til, at der er en større andel af borgere med dårligt selv vurderet helbred i socioøkonomisk udfordrede kommuner end i bedre stillede kommuner. Dette ses geografisk ved, at de vestligste og sydligste kommuner i regionen har en højere andel af borgere med dårligt selv vurderet helbred end kommunerne på Midt- og Østsjælland og tæt på hovedstadsområdet.

Der er i ingen af kommunerne signifikante ændringer i andelen med godt eller dårligt selv vurderet helbred siden 2017. Over længere tid (fra 2010 til 2021) ses en tendens til en stigning i andelen af borgere med et dårligt selv vurderet helbred i alle kommuner (og et tilsvarende fald i godt selv vurderet helbred) på nær i Solrød og Roskilde kommuner. Forskellen mellem 2010 og 2021 er dog kun signifikant i enkelte kommuner, herunder Lejre Kommune (16,3 pct. i 2021 mod 12,3 pct. i 2010) og Slagelse Kommune (21,0 pct. i 2021 mod 15,8 i 2010) (data ikke vist).

3.4. Fysisk og mentalt helbred samt specifikke smerter, gener og ubehag

I dette afsnit belyses fysisk og mentalt helbred blandt borgerne i regionen først ud fra spørgestandarden SF-12 (12-Item Short Form Health Survey) (16) og dernæst ved en række spørgsmål om, hvorvidt borgerne har været generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage.

Spørgsmålpanelet SF-12 er et meget udbredt redskab til vurdering af helbredsrelateret livskvalitet både i befolkningsundersøgelser, i forbindelse med evaluering af konkrete indsatser og som dialogværktøj mellem den enkelte borger og sundhedsperson. Spørgsmålpanelet indeholder 12 spørgsmål, som tilsammen giver et billede af helbredstilstanden de seneste fire uger (4). Spørgsmålene omhandler forskellige fysiske og følelsesmæssige begrænsninger for funktionsevnen i dagligdagen, f.eks. om man pga. sit helbred er begrænset i at kunne udføre lettere aktiviteter såsom at støvsuge, eller om man har nået mindre, end man gerne ville, eller har haft vanskeligt ved at se andre mennesker pga. enten følelsesmæssige problemer eller ens fysiske helbred.

Ud af svarene i de 12 spørgsmål beregnes to scorere; én for fysisk helbred og én for mentalt helbred. En højere score betyder et bedre helbred (hhv. fysisk eller mentalt). Skalaerne anviser ikke en bestemt score, der definerer hhv. et godt eller dårligt mentalt eller fysisk helbred. Som i tidligere sundhedsprofiler bruges de 10 pct. af befolkningen i hele Danmark, som i 2010 scorede lavest på de to skalaer, som referencegrænse til at beskrive hhv. en lav score på den fysiske helbredsskala (højest 35,37) og en lav score på den mentale helbredsskala (højest 35,76). Grænserne er beregnet af Statens Institut for Folkesundhed i forbindelse med udarbejdelse af Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (17) og er brugt i mange sammenhænge efterfølgende. Den mentale score er bl.a. brugt til at beskrive sygdomsbyrden forbundet med dårlig mental sundhed (7).

Grænseværdierne er således de samme som i de tidligere sundhedsprofiler, men betegnelserne er ændret fra det tidligere 'Dårligt mentalt helbred' og 'Dårligt fysisk helbred' til hhv. 'Lav score på mental helbredsskala' og 'Lav score på fysisk helbredsskala' for at tydeliggøre, at der ikke er tale om et absolut mål for enten dårligt mentalt eller fysisk helbred, men et punkt på en skala, som bruges til at se på udviklingen over tid og forskelle mellem forskellige grupper.

Opgørelse af den fysiske og mentale helbredsscore suppleres i afsnittet med opgørelser af, hvorvidt borgerne har været generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, herunder smerter i skuldre eller nakke, træthed, hovedpine samt ængstelse, nervøsitet, uro og angst. Udover regionsforekomsten af de enkelte gener vises forekomsten af generne samlet på et regionskort under kategorierne 'Smerter eller ubehag i bevægeapparatet' hhv. 'Psykiske gener'.

Lav score på den fysiske helbredsskala er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere over 55 år og især over 80 år
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial eller kort uddannelse
- Førtidspensionister, alderspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner, og borgere uden hjemmeboende børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Godt hver tredje borger i regionen har inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller ubehag fra en eller flere dele af bevægeapparatet. Forekomsterne er ikke ændret betydeligt siden 2017, hverken hvad angår gener fra bevægeapparatet eller andelen med lav fysisk helbredsscore.

































































Lav score på den mentale helbredsskala er mest udbredt blandt:




- Kvinder
- Yngre borgere
- Borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse
- Borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Andelen af borgere med lav score på den mentale helbredsskala er siden 2017 især blevet større blandt (data ikke vist):

- De 16-24-årige og de 65-79-årige
- Borgere i beskæftigelse, under uddannelse og alderspensionister
- Borgere med dansk baggrund

Tabel 3.4.1 Borgere, der scorer lavt på den fysiske og mentale helbredsskala (SF-12)

	Lav score på fysisk helbredsskala		Lav score på mental helbredsskala	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	13,2 	92.300	16,8 	117.300
Region Sjælland 2017	13,5 	92.900	13,6 	93.500
Region Sjælland 2013	11,7 	77.500	11,1 	73.700
Region Sjælland 2010	11,6 	76.000	10,3 	67.600
Køn				
Mand	11,0 	38.400	13,7 	47.600
Kvinde	15,4 	53.900	20,0 	69.700
Alder				
16-24 år	2,1 	1.700	26,8 	22.600
25-34 år	6,3 	5.600	23,2 	20.800
35-44 år	7,8 	7.500	17,0 	16.500
45-54 år	10,9 	14.100	14,6 	18.800
55-64 år	17,2 	21.000	13,5 	16.500
65-79 år	19,8 	27.500	11,5 	15.900
80+	40,8 	14.800	17,0 	6.200
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	22,9 	22.400	25,0 	24.400
Kort uddannelse	15,1 	42.300	13,7 	38.200
Kort videregående	10,1 	6.700	12,3 	8.100
Mellemlang videregående	9,8 	13.700	13,7 	19.100
Lang videregående	5,5 	3.500	11,3 	7.200
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	5,3 	19.000	12,0 	43.300
Arbejdsløse	12,1 	1.800	34,2 	5.000
Førtidspensionister	50,5 	14.500	35,6 	10.200
Efterlønsmodtagere	10,0 	500	7,6 	400
Alderspensionister	24,2 	44.700	12,6 	23.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	30,0 	12.000	39,4 	15.800
Under uddannelse	3,2 	2.000	27,4 	17.000
Samlivsstatus				
Samlevende	11,8 	51.200	12,8 	55.600
Ikke samlevende	15,6 	41.000	23,5 	61.700
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	6,4 	12.400	16,3 	31.600
Bor ikke med børn	15,6 	78.300	16,9 	84.900
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	13,0 	82.600	16,4 	104.500
Anden vestlig baggrund	13,3 	3.200	16,9 	4.100
Ikke-vestlig baggrund	17,7 	6.400	24,0 	8.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lavere score angiver et ringere mentalt eller fysisk helbred. I tabellen er borgere med en score på højst 35,37 point på SF-12 fysisk helbredsskala og højst 35,76 point på SF-12 mental helbredsskala præsenteret.

Generelt

I Region Sjælland scorer 92.300 borgere (13,2 pct.) i 2021 lavt på den fysiske helbredsskala, mens 117.300 borgere (16,8 pct.) scorer lavt på den mentale helbredsskala. At de scorer lavt vil sige, at de har et ringere fysisk/mentalt helbred, end 90 pct. af Danmarks befolkning havde i 2010-undersøgelsen.

Der er en tendens til, at både det fysiske og mentale helbred er forværret over tid. Siden 2017 ses forværringen dog kun på det mentale helbred. Mellem 2010 og 2021 er andelen med en lav score på den mentale helbredsskala steget med over 6 procentpoint (fra 10,3 pct. til 16,8 pct.). Det svarer til en stigning på knap 63 pct. eller knap 50.000 personer. Heraf er den største enkeltvise stigning sket mellem 2017 og 2021.

Køn og alder

I forhold til mænd scorer en større andel af kvinder lavt på både den fysiske og den mentale helbredsskala. Andelen med en lav score på den mentale helbredsskala er steget blandt begge køn (data ikke vist).

Også på tværs af aldersgrupper varierer det fysiske og mentale helbred, men på forskellig vis. Mens andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala stiger med højere alder, er andelen af borgere med lav score på den mentale helbredsskala højest blandt de unge. Omkring hver fjerde borger mellem 16 og 34 år (højest blandt de yngste) scorer lavt på den mentale helbredsskala. I 2017 var det knap hver femte (ca. 19 pct. - data ikke vist). Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er desuden steget markant (4,6 procentpoint) blandt de 65-79-årige (data ikke vist). Aldersforskellene er fortsat størst, hvad angår fysisk helbred, hvor kun 2,1 pct. af borgerne i alderen 16-24 år har en lav score, mens det gælder 40,8 pct. af borgerne over 80 år.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er tydelige forskelle i både fysisk og mentalt helbred afhængigt af både uddannelsesmæssig baggrund og erhvervstilknytning. Jo lavere uddannelse jo højere en andel af borgerne scorer lavt på hhv. den mentale og fysiske helbredsskala. Tendensen er tydeligst for fysisk helbred. Her er andelen af borgere, der scorer lavt, omtrent fire gange så stor blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse som blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er steget i de fleste uddannelsesgrupper (data ikke vist).

Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive har en relativt høj andel med lav score på begge skalaer, mens arbejdsløse i højere grad scorer lavt på den mentale helbredsskala (34,2 pct.) sammenlignet med på den fysiske (12,1 pct.). Et lignende mønster ses blandt borgere under uddannelse (27,4 pct. med lav mental helbredsscore), mens det omvendte billede ses blandt alderspensionister, hvor næsten hver fjerde (24,2 pct.) scorer lavt på den fysiske helbredsskala, mens der til gengæld er langt færre (12,6 pct.), der scorer lavt på den mentale helbredsskala. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er især steget blandt hhv. borgere i beskæftigelse, alderspensionister og borgere under uddannelse (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere med lav score på hhv. den fysiske og den mentale helbredsskala er højere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, sammenlignet med borgere, der gør. Forskellen er mest markant for det mentale helbred.

Andelen med lav score på den mentale helbredsskala er stort set ens hvad ang. borgere hhv. med eller uden børn i hjemmet. Lav score på den fysiske helbredsskala er derimod langt mere udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet. Forskellen skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre.

Etnisk baggrund

Både det fysiske og mentale helbred varierer med etnisk baggrund. Både lav score på den fysiske og lav score på den mentale helbredsskala er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Forskellen er størst, hvad angår det mentale helbred, hvor næsten hver fjerde (24,0 pct.) med ikke-vestlig baggrund scorer lavt sammenlignet med 16,4 pct. blandt borgere med dansk baggrund. Andelen blandt borgere med dansk baggrund er dog steget siden 2017 (data ikke vist).

Tabel 3.4.2 Borgere, der scorer lavt på den fysiske og mentale helbredsskala (SF-12), opgjort på kommuner

	Lav score på fysisk helbredsskala		Lav score på mental helbredsskala	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	13,2	92.300	16,8	117.300
Guldborgsund	16,2	8.400	17,9	9.300
Kalundborg	14,9	5.900	18,1	7.200
Lolland	18,4	6.200	18,8	6.400
Odsherred	16,1	4.500	16,9	4.700
Slagelse	13,7	8.900	17,9	11.600
Vordingborg	15,0	5.700	16,7	6.400
Faxe	14,7	4.500	17,3	5.300
Holbæk	14,6	8.500	15,1	8.800
Næstved	13,8	9.700	19,3	13.500
Ringsted	12,0	3.500	18,7	5.400
Sorø	12,5	3.100	17,1	4.200
Stevns	13,2	2.500	17,8	3.400
Greve	9,2	3.800	14,0	5.700
Køge	12,1	6.200	16,2	8.300
Lejre	11,6	2.600	12,6	2.900
Roskilde	8,6	6.500	15,5	11.700
Solrød	9,3	1.700	14,2	2.600

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lavere score angiver et ringere mentalt eller fysisk helbred. I tabellen er borgere med en score på hhv. højst 35,37 point på SF-12 fysisk helbredsskala og højst 35,76 point på SF-12 mental helbredsskala præsenteret.

Kommunevariation

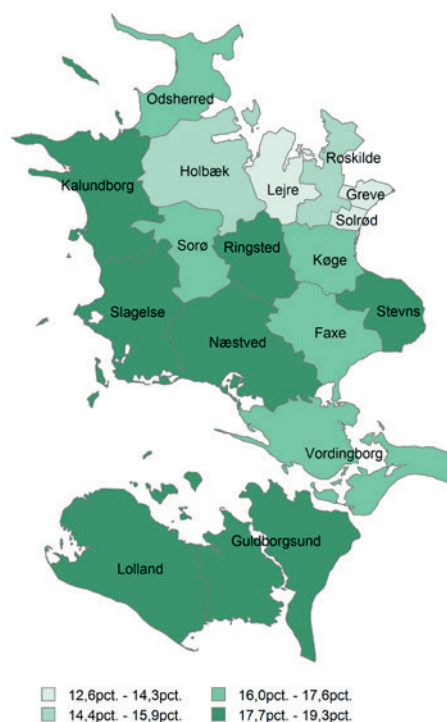
Andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala varierer fra knap 9 pct. til godt 18 pct. mellem kommunerne i Region Sjælland. Der er en tydelig tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en højere andel af borgere med lav fysisk helbredsscore end bedre stillede kommuner. Særligt ligger andelen af borgere med lav score på den fysiske helbredsskala over regionsgennemsnittet i Lolland, Odsherred og Guldborgsund kommuner, mens andelen i tre af fem bedre stillede kommuner nær hovedstadsområdet ligger under regionsgennemsnittet. Andelen er ikke ændret signifikant i nogen af kommunerne siden 2017 (data ikke vist).

Andelen af kommunernes borgere med lav score på den mentale helbredsskala varierer mellem 12,6 pct. og 19,3 pct. I 14 af regionens 17 kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Generelt er lav mental helbredsscore mindre udbredt i de socioøkonomisk bedrestillede kommuner som f.eks. Lejre og Greve kommuner. Forskellen mellem de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner og mellemkommunerne er dog ikke tydelig. Geografisk ses de højeste andele i de sydvestlige dele af regionen dog med undtagelse af Stevns og Ringsted kommuner, som også ligger relativt højt. Siden 2017 er andelen med lav mental helbredsscore steget i stort set alle kommuner. Stigningen er signifikant i Sorø, Næstved, Stevns og Lolland kommuner (data ikke vist).

Kort 3.4.3 Borgere, der scorer lavt på den fysiske helbredsskala



Kort 3.4.4 Borgere, der scorer lavt på den mentale helbredsskala



Siden dec. 2020 har Greve Kommune tilbudt psykisk sårbare unge samt deres forældre gratis anonym rådgivning og psykologhjælp. Indsatsen hedder Unge i Balance (UIB) og er en forebyggende indsats, der henvender sig til unge mellem 13-25 år, som er bosat i Greve Kommune, og som oplever udfordringer med angst, stress og depression mv. Målgruppens unge har mulighed for at modtage 1-5 rådgivende samtaler efterfulgt af op til 12 samtaler med UIB's psykolog. Samtalerne kan foregå individuelt eller som en del af en gruppe af andre unge med lignende udfordringer. Forældre til unge, der oplever psykisk mistrivsel, tilbydes ligeledes 1-5 rådgivende samtaler samt at deltage i et netværksforløb med andre forældre. Unge i Balance ligger i rolige grønne opgivelser på 1. sal i Greve Borgerhus.

Gener, smerter og ubehag

I tabel 3.4.5. er andelen af borgere, der oplever forskellige gener, smerter eller ubehag, opgjort. Borgere er blevet spurgt, hvorvidt de har været generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage (se de forskellige kategorier i tabellen) med svarmulighederne ”Ja, meget generet”, ”Ja, lidt generet” eller ”Nej”. Borgere, der har svaret ”Ja, meget generet” til spørgsmålene, er opgjort.

Derudover er nogle af kategorierne slået sammen således, at andelen af borgere, som har været meget generet af hhv. smerter eller ubehag fra en eller flere dele af bevægeapparatet (skuldre, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd) og af psykiske gener (nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig og/eller ængstelse, nervøsitet, uro, angst), er opgjort samlet. Resultaterne er beskrevet i teksten og vist på regionskort.

Samlet set har godt hver tredje borger (34,8 pct.- data ikke vist) i Region Sjælland i løbet af de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller ubehag fra en eller flere dele af bevægeapparatet (skulder, nakke, knæ, arme, hænder, ben, hofter, knæ, led, ryg eller lænd) svarende til 242.500 borgere. Smerter i forskellige dele af bevægeapparatet er dermed den mest udbredte af generne i befolkningen.

Omkring hver femte (21,7 pct.) har været meget generet af træthed i løbet af de seneste 14 dage, mens lidt færre (16,3 pct.) har været meget generet af søvnproblemer (se også kapitel 11).

Godt hver tiende borger (11,5 pct. - data ikke vist) har samlet set været meget generet af psykiske gener som ængstelse eller nedtrykthed svarende til 80.200 borgere.

Der er en tendens til en stigning i alle de forskellige gener over tid. Stigningen var dog mest markant fra 2013 til 2017 og er for ingen af kategorierne signifikant fra 2017 til 2021.

Tabel 3.4.5 Borgere, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af forskellige smerter og ubehag



Kort 3.4.6 Borgere, der er meget generet af smerter i bevægeapparatet (seneste 14 dage)



Kort 3.4.7 Borgere, der er meget generet af forskellige psykiske gener (seneste 14 dage)



Kommunevariation

Andelen af borgere, der er meget generet af smerter fra bevægeapparatet, og andelen af borgere, der er meget generet af psykiske gener, varierer mellem kommunerne i regionen. Variationen er størst, hvad angår smerter i bevægeapparatet, som varierer fra 31,6 pct. til 40,9 pct. Andelen med psykiske gener varierer fra 7,2 pct. til 13,6 pct. (data ikke vist). For både smerter fra bevægeapparatet og psykiske gener afviger størstedelen af kommunerne dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet, og andelen er ikke steget signifikant i nogen af kommunerne mellem 2017 og 2021.

Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner som f.eks. Lolland, Odsherred og Guldborgsund kommuner har en større andel af borgere med smerter i bevægeapparatet end bedre stillede kommuner som f.eks. Roskilde og Lejre kommuner. Derudover har Stevns Kommune også en andel over regionsgennemsnittet.

De vestligste kommuner i regionen samt Køge Kommune har en relativt stor andel borgere med psykiske gener, men det er kun Lejre Kommune, der med 7,2 pct. afviger signifikant (lavere) fra regionsgennemsnittet på 11,5 pct.

3.5 Stress

Stress kan beskrives som en tilstand af anspændthed og ulyst, der kan være kortere- eller længerevarende (17). Det er veldokumentet, at længerevarende stress påvirker helbredet negativt og udgør en risikofaktor for flere forskellige sygdomme bl.a. hjerte-kar-sygdom og depression (18). Livskvaliteten kan blive påvirket i en negativ retning af stress (8), ligesom stress kan medføre ændringer i sundhedsadfærd, herunder fysisk aktivitet og kostvaner, samt lede til søvnproblemer, der igen kan forværre stresstilstanden (18).

Oplevelsen af stress er subjektiv og afhænger af flere forskellige faktorer. Personlige ressourcer som køn, alder og personlighed samt miljømæssige ressourcer som støtte og indflydelse er også nogle af de faktorer, der har betydning for, hvordan man som individ oplever stress (19) (8). Stress er i sundhedsprofilerne målt ved hjælp af "Cohens Perceived Stress Scale" (PSS) (12), der belyser, hvorvidt respondenter oplever sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastet. Skalaen, som er valideret på dansk (20), indeholder 10 spørgsmål, som alle relaterer sig til tanker og følelser inden for de seneste fire uger som f.eks.: "Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?" eller: "Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?".

Ud fra borgerens svar udregnes en stressscore på en skala mellem 0 og 40. Skalaen angiver ikke i sig selv en standard for, hvad der kan betegnes som et højt eller lavt stressniveau, men angiver graden af oplevet stress hos den enkelte. Jo højere score desto højere er graden af oplevet stress. I afsnittet er en score på 18 eller derover brugt som grænseværdi til at afgrænse borgere, der scorer højt på skalaen. Grænseværdien er beregnet af Statens Institut for Folkesundhed i forbindelse med den Nationale Sundhedsprofil 2013 (17) og er defineret ved de 20 pct. af hele den danske befolkning, som i 2010 scorede højest på skalaen. I tabellerne er betegnelsen ændret fra det tidligere brugte 'Højt stressniveau' til 'Høj score på stressskala' for at tydeliggøre, at der ikke er tale om et absolut mål for stress, men nærmere et punkt på en skala, som man kan bruge til at se på udviklingen over tid og forskelle mellem grupper.

Høj score på stressskalaen er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Yngre borgere
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2017 er en høj stressscore især blevet mere udbredt blandt:

- Kvinder
- 16-24-årige
- 65-79-årige og alderspensionister
- Borgere med lang eller mellemlang videregående uddannelse

Generelt

I Region Sjælland har en andel på 28,7 pct. af borgerne i 2021 en høj score på stressskalaen svarende til 200.300 borgere. Andelen er større end i 2017, ligesom andelen også var stigende mellem 2013 og 2017.

Køn og alder

En høj stressscore, og dermed et højere stressniveau, er langt mere udbredt blandt kvinder end mænd. Godt hver tredje kvinde (33,9 pct.) scorer i 2021 højt på stressskalaen mod knapt hver fjerde mand (23,4 pct.). Andelen, der scorer højt blandt kvinderne, er tilmed steget med ca. 10 pct. siden 2017.

Aldersmæssigt er andelen med en høj score på stressskalaen størst blandt de unge og falder med stigende alder indtil 80 år. Blandt de 16-24-årige har hele 43,0 pct. i 2021 en høj score. Det er 22,0 pct. flere end i 2017, hvor andelen også var steget markant set i forhold til tidligere år. De 65-79-årige er den aldersgruppe, som har den laveste andel med en høj stressscore (21,5 pct.) Andelen er dog steget i denne aldersgruppe siden 2017.

Tabel 3.5.1 Borgere, der scorer højt på stresskala (PSS-score på mindst 18)

	Høj score på stresskala				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	28,7	200.300	26,6	23,1	23,2
Køn					
Mand	23,4	80.400	22,3	18,7	19,0
Kvinde	33,9	119.900	30,8	27,4	27,4
Alder					
16-24 år	43,0	33.600	35,2	25,3	25,6
25-34 år	37,8	31.200	33,9	29,1	23,1
35-44 år	29,4	27.000	29,1	21,9	20,9
45-54 år	25,4	31.800	27,0	22,5	23,3
55-64 år	25,0	30.600	24,0	21,5	20,8
65-79 år	21,5	33.000	18,1	19,1	22,7
80+	30,0	13.100	26,5	32,8	38,7
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	39,9	40.400	37,0	37,3	
Kort uddannelse	25,6	72.000	24,8	20,3	
Kort videregående	22,3	14.800	20,9	16,4	
Mellemlang videregående	22,7	31.300	19,2	17,7	
Lang videregående	17,4	10.700	12,5	12,6	
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	22,4	77.500	20,0	16,0	
Arbejdsløse	49,5	6.900	51,1	41,4	
Førtidspensionister	55,3	16.600	57,5	54,4	
Efterlønsmodtagere	11,9	600	14,3	13,2	
Alderspensionister	23,4	47.800	19,8	21,9	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	57,9	22.700	59,9	52,0	
Under uddannelse	41,0	24.100	37,6	27,3	
Samlivsstatus					
Samlevende	24,1	104.400	22,2	19,9	
Ikke samlevende	36,4	95.900	34,0	28,7	
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	28,7	53.400	26,2		
Bor ikke med børn	27,7	141.200	25,9		
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	27,6	175.300	25,3	22,0	22,3
Anden vestlig baggrund	32,0	7.800	27,5	28,0	27,0
Ikke-vestlig baggrund	46,5	17.300	49,5	42,7	43,6

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score angiver et højere stressniveau. Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er tydelig uddannelsesmæssig ulighed i forekomsten af stress i befolkningen. Jo lavere uddannelsesniveau desto større andel borgere med en høj stressscore. Blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse er andelen af borgere med en høj score på stressskalaen mere end dobbelt så stor (40,0 pct.) som blandt borgere med en lang videregående uddannelse (17,5 pct.). Forskellen er dog blevet mindre siden 2017, idet andelen med høj stressscore er steget blandt borgere med de højeste uddannelsesniveauer og mest markant blandt borgere med lang videregående uddannelse (stigning på knapt 40 pct.).

Forskellene er endnu større, hvis man sammenligner borgere med forskellig tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt borgere i beskæftigelse, på efterløn eller på alderspension har mellem hver fjerde til hver tiende en høj stressscore, mens det gælder hver anden eller mere blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Andelen blandt beskæftigede og alderspensionister er dog steget siden 2017 (stigning på hhv. 12,1 pct. og 18,1 pct.).

Blandt borgere, som er under uddannelse, scorer 41,1 pct. højt på stressskalaen, hvilket er markant over regionsgennemsnittet. Det skal ses i lyset af, at mange under uddannelse er unge, og at der blandt de unge er en stor andel med en høj stressscore. Det kan ikke afgøres på baggrund af denne opgørelse, hvorvidt det er det at være ung eller det at være under uddannelse, der har betydning for stressniveauet. Andelen af 16-24-årige med en høj stressscore er dog steget markant mere siden 2017 end andelen blandt borgere under uddannelse.

Samlivsstatus og børn

Der er en markant forskel på stressniveauet blandt borgere, der hhv. bor eller ikke bor sammen med en partner. Andelen af borgere med en høj score på stressskalaen er 24,1 pct. blandt borgere, der bor sammen med en partner, mod 36,4 pct. blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner. Andelen blandt borgere, der bor sammen med en partner, har været stigende siden både 2017 og 2013.

Andelen med en høj score på stressskalaen er lavere end regionsgennemsnittet blandt borgere uden børn i hjemmet, men forskellen er ikke signifikant sammenlignet med borgere med børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Knap halvdelen (46,5 pct.) af borgere med ikke-vestlig baggrund scorer højt på stressskalaen. Andelen er dermed markant højere end blandt både borgere med dansk baggrund (27,6 pct.) og blandt borgere med anden vestlig baggrund (32,0 pct.). Forskellen er dog mindre i 2021 sammenlignet med tidligere, hvilket hovedsageligt skyldes en stigning blandt borgere med dansk baggrund.

Kort 3.5.2 Borgere, der scorer højt på stressskala (PSS)



Table 3.5.3 Borgere, der scorer højt på stresskala (PSS-score på mindst 18), opgjort på kommuner

	Høj score på stresskala				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	28,7	200.300	26,6	23,1	23,2
Guldborgsund	29,9	15.500	27,3	24,7	27,0
Kalundborg	29,5	11.900	29,4	25,2	25,4
Lolland	32,3	11.300	28,8	26,5	24,8
Odsherred	28,5	8.100	28,1	22,1	23,9
Slagelse	32,2	21.000	28,0	26,4	25,5
Vordingborg	27,3	10.600	29,3	21,3	23,9
Faxe	29,2	9.000	25,5	19,6	21,7
Holbæk	28,7	16.800	26,9	22,5	21,1
Næstved	29,3	20.400	26,0	23,2	23,2
Ringsted	30,0	8.500	28,6	21,1	22,5
Sorø	28,7	7.100	23,1	22,6	20,1
Stevns	29,3	5.600	23,8	23,9	23,1
Greve	27,2	11.200	24,8	19,8	22,2
Køge	28,6	14.400	26,4	24,1	24,8
Lejre	23,8	5.400	22,0	20,0	18,4
Roskilde	25,8	18.900	25,3	22,4	21,1
Solrød	25,2	4.600	23,9	20,8	19,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score angiver et højere stressniveau. Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der scorer højt på stressskalaen, varierer mellem regionens kommuner fra 23,8 pct. til 32,3 pct. I to kommuner er andelen af borgere med en høj stressscore større end i regionen som helhed. Det gælder Lolland og Slagelse kommuner, hvor over 32 pct. af borgerne scorer højt på skalaen. Der er en tendens til, at der er en mindre andel med en høj stressscore i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner, herunder Lejre, Roskilde og Solrød kommuner, hvor andelen ligger under regionsgennemsnittet. Geografisk ses det ved, at andelen er lavest i regionens nordøstlige del.

Der ses en tendens til stigning i andelen med en høj stressscore i alle kommunerne siden 2017, men stigningen er ikke signifikant i nogen af kommunerne.

3.6. Belastninger i livet

Dette afsnit handler om de belastninger, man kan opleve og møde gennem livet i forbindelse med ens sociale relationer samt strukturelle faktorer som arbejde, økonomi og boligsituation. Belastninger kan bl.a. give anledning til stress samt andre negative mentale og fysiske helbredsudfordringer (21) (22). Sociale relationer belyses desuden yderligere i kapitel 5.

Borgerne er blevet stillet syv spørgsmål om deres oplevelse af forskellige belastninger i dagligdagen, der stammer fra sociale og strukturelle forhold samt andre belastninger (se kategorierne i tabel 3.6.1). Spørgsmålet er formuleret således: "Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting?" med svarmulighederne: "Nej", "Ja, lidt", "Ja, en del" og "Ja, meget". Alle, der har svaret "Ja" (lidt, en del eller meget), regnes ligesom i tidligere sundhedsprofiler med i andelen, der føler sig belastet.

De forskellige belastningstyper er i opgørelserne fordelt i enten en social eller en strukturel kategori. Kategorien med sociale årsager indeholder hhv. 'Forholdet til familie og venner' og 'Sygdom eller død blandt nærmeste', som igen er sammensat af kategorierne 'Sygdom hos partner, familie eller nære venner' og 'Dødsfald blandt nærmeste'. Kategorien med strukturelle forhold vedrører belastninger i relation til 'Økonomi', 'Boligsituation' og 'Arbejdssituation'. 'Andre belastninger' indgår ikke i de to sammensatte kategorier.

Sociale belastninger er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere under 45 år og borgere under uddannelse, hvad angår forholdet til familie og venner
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor med partner hhv. borgere, der bor sammen med børn, hvad angår forholdet til familie og venner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2017 er andelen af borgere, der er belastet af forholdet til familie og venner generelt steget, herunder især blandt (data ikke vist):

- De 55-79-årige og alderspensionister
- De 16-24-årige og blandt borgere under uddannelse
- Borgere med lang eller mellemlang videregående uddannelse
- Borgere under uddannelse, i beskæftigelse og alderspensionister
- Borgere med dansk baggrund

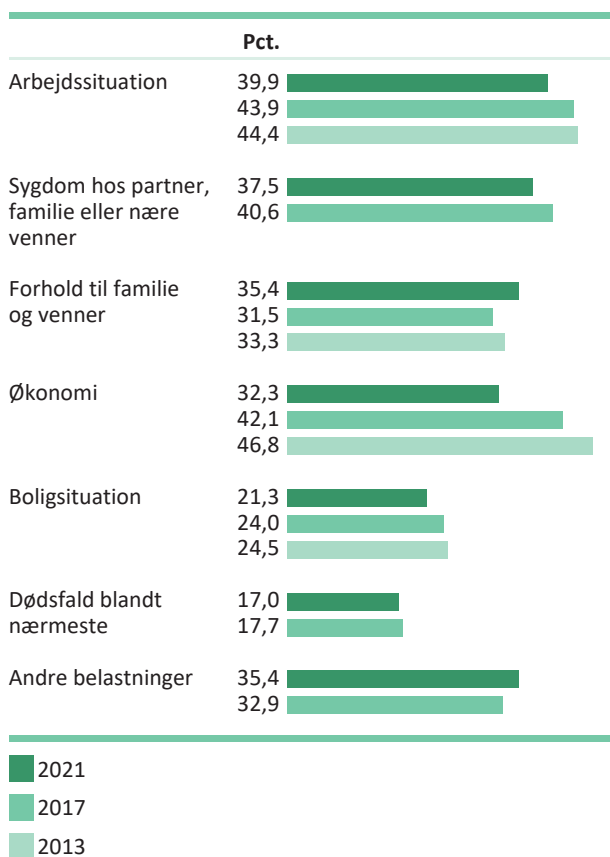
Strukturelle belastninger er mest udbredt blandt:

- Yngre borgere og borgere under uddannelse
- Arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med hjemmeboende børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse, hvad angår arbejdssituation
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse, førtidspensionister og ikke samlevende, hvad angår økonomi og boligsituation

Siden 2017 er andelen af borgere, der er belastet af strukturelle forhold især faldet blandt:

- De fleste grupper, hvad angår økonomi, i størst grad blandt de ældste borgere, samt efterlønsmodtagere og alderspensionister
- Efterlønsmodtagere, de 45-54-årige samt borgere med kort uddannelse, hvad angår boligsituation
- Førtidspensionister, beskæftigede og borgere med kort uddannelse samt de 25-54-årige, hvad angår arbejdssituation

Tabel 3.6.1 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af forskellige sociale og strukturelle årsager



Region Sjællands borgere føler sig i 2021 mest belastet af deres arbejdssituation (39,9 pct.) og herefter sygdom blandt deres nærmeste (37,5 pct.). Derefter følger forhold til familie og venner (35,4 pct.) og økonomi (32,3 pct.).

Andelen, der føler sig belastet af strukturelle forhold som arbejdssituation, økonomi og boligsituation, er faldet siden 2017 (økonomi med næsten 10 procentpoint). Belastning fra sygdom blandt nærmeste er også faldet, hvorimod andelen med belastninger relateret til familie og venner er steget betydeligt. Det samme er kategorien 'Andre belastninger'.

Tabel 3.6.2 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af sociale årsager

	Belastet af forhold til familie og venner		Belastet af sygdom eller død blandt nærmeste	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	35,4	246.800	43,5	303.300
Region Sjælland 2017	31,5	216.400	46,4	318.300
Region Sjælland 2013	33,3	221.000		
Køn				
Mand	34,1	117.200	41,2	142.000
Kvinde	36,7	129.600	45,7	161.300
Alder				
16-24 år	45,6	36.400	39,3	31.400
25-34 år	45,1	37.800	42,3	35.400
35-44 år	43,9	40.700	44,3	41.100
45-54 år	37,5	47.100	43,2	54.300
55-64 år	31,9	38.800	45,9	55.800
65-79 år	24,4	36.700	43,5	65.500
80+	21,7	9.300	46,4	19.900
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	38,3	39.000	44,9	45.900
Kort uddannelse	31,4	87.500	43,3	120.700
Kort videregående	32,3	21.300	42,4	27.900
Mellemlang videregående	34,2	48.300	44,8	63.200
Lang videregående	37,1	22.100	41,7	24.800
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	35,5	121.900	40,6	139.400
Arbejdsløse	49,1	6.900	54,2	7.600
Førtidspensionister	50,3	16.200	58,9	19.000
Efterlønsmodtagere	19,3	1.000	49,1	2.500
Alderspensionister	23,8	48.400	44,1	89.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	55,1	21.400	55,6	21.600
Under uddannelse	47,7	28.600	41,2	24.600
Samlevsstatus				
Samlevende	32,4	137.800	44,2	188.200
Ikke samlevende	40,1	109.000	42,4	115.000
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	42,4	77.700	42,3	77.300
Bor ikke med børn	33,1	170.200	43,9	225.400
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	33,9	213.600	42,6	268.500
Anden vestlig baggrund	46,5	11.700	48,4	12.000
Ikke-vestlig baggrund	52,1	21.500	54,2	22.700

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Belastninger, som skyldes sygdom eller dødsfald blandt de nærmeste, er samlet set mere udbredt end belastninger, der skyldes forholdet til familie eller venner, blandt regionens borgere. Andelen, der har følt sig belastet af forholdet til familie og venner det seneste år, er dog steget siden 2017, så det i 2021 samlet set gælder mere end hver tredje borger (35,4 pct.), hvorimod andelen, der har følt sig belastet af sygdom eller dødsfald blandt nærmeste, er faldet (fra 46,4 pct. til 43,5 pct.). Sidstnævnte kan bl.a. skyldes faldet i andelen med smitsomme sygdomme, som influenza (23), samt reduceret kontakt med sundhedsvæsenet som følge af nedlukningen.

Køn og alder

Kvinder føler sig mere belastet af de udvalgte sociale årsager end mænd, især hvad angår belastninger pga. sygdom og død blandt de nærmeste. Andelen, der har følt sig belastet af sygdom eller dødsfald, er dog især faldet blandt kvinder siden 2017 (fald på 3,2 procentpoint).

De yngre borgere føler sig mere belastet af forholdet til familie og venner end de ældre, mens den aldersmæssige variation er mindre, når det gælder belastninger relateret til sygdom eller dødsfald blandt de nærmeste. Andelen, der har følt sig belastet af forholdet til familie og venner, er især steget blandt borgere i aldersgrupperne 16-24 år og 55-79 år, mens andelen, der har følt sig belastet af sygdom/dødsfald blandt de nærmeste, især er faldet blandt de 45-54-årige og de 65-79-årige (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstillknytning

Der er ingen entydig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og følelsen af at være belastet pga. sociale årsager. Belastninger, der skyldes forholdet til familie eller venner, er mest udbredt blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse (38,3 pct.) og mindst udbredt blandt borgere med enten kort eller kort videregående uddannelse (hhv. 31,4 pct. og 32,3 pct.). Andelen er steget blandt stort set alle uddannelsesniveauer (data ikke vist). Der er ikke nævneværdig forskel på uddannelsesniveauerne, hvad angår belastning fra sygdom eller dødsfald blandt de nærmeste, hvor andelen er faldet blandt borgere med hhv. kort uddannelse og kort videregående uddannelse (data ikke vist).

Variationen er lidt større, hvad angår erhvervstillknytning. Begge typer belastning – med undtagelse af under uddannelse, hvor det kun gælder forholdet til familie og venner – er mest udbredt blandt borgere i den erhvervsdygtige alder uden for arbejdsmarkedet. Belastninger fra forholdet til familie og venner er lavest blandt efterlønsmodtagere og alderspensionister. Andelen er dog steget blandt især alderspensionister, og også blandt beskæftigede og borgere under uddannelse siden 2017 (data ikke vist). Belastninger fra sygdom og død er mindre udbredt blandt beskæftigede end i regionen som helhed. Andelen er tilmed faldet blandt beskæftigede og også blandt alderspensionister siden 2017 (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Belastning fra forholdet til familie og venner varierer med samlivsstatus. Borgere, som ikke bor sammen med en partner, og borgere, som bor sammen med børn, oplever i højere grad denne type belastning sammenlignet med borgere, der bor med en partner hhv. ikke bor med børn.

Andelen, der har følt sig belastet af sygdom og dødsfald blandt de nærmeste, er faldet siden 2017 blandt borgere, der bor sammen med en partner, så der i 2021 ikke er nævneværdig forskel på samlevende og ikke samlevende. Andelen er ligeledes faldet blandt borgere, der ikke bor sammen med børn, så forskellen også er udlignet her (data ikke vist).

Etnisk baggrund

Oplevelsen af sociale belastninger hænger tæt sammen med borgernes etniske baggrund, især hvad angår belastninger fra forholdet til familie og venner. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund oplever over halvdelen (52,1 pct.) at være belastet pga. deres forhold til familie eller venner, mens det samme gør sig gældende for 33,9 pct. af borgerne med dansk baggrund. Siden 2017 er andelen steget blandt borgere med dansk baggrund (data ikke vist).

Tabel 3.6.3 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af sociale årsager, opgjort på kommuner

	Belastet af forhold til familie og venner		Belastet af sygdom eller død blandt nærmeste	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	35,4	246.800	43,5	303.300
Guldborgsund	31,0	16.000	43,5	22.500
Kalundborg	36,4	14.700	42,8	17.300
Lolland	33,9	11.700	41,5	14.300
Odsherred	35,1	10.100	45,6	13.100
Slagelse	35,4	22.900	47,0	30.400
Vordingborg	34,7	13.600	42,8	16.600
Faxe	33,8	10.400	44,8	13.800
Holbæk	36,4	21.400	43,8	25.600
Næstved	35,8	25.000	41,0	28.600
Ringsted	36,6	10.500	42,3	12.100
Sorø	33,2	8.100	42,1	10.300
Stevns	38,5	7.400	39,9	7.700
Greve	35,1	14.400	42,1	17.300
Køge	36,7	18.400	46,5	23.500
Lejre	37,4	8.400	43,8	9.900
Roskilde	36,8	27.200	44,1	32.500
Solrød	35,8	6.600	41,6	7.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af forholdet til familie og venner, varierer kun i mindre grad på tværs af regionens kommuner. I alle kommuner med undtagelse af Guldborgsund Kommune, hvor andelen er mindre (31,0 pct.), er andelen ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet på 35,4 pct. Der er tendens til stigning i alle kommuner siden 2017, dog er det kun signifikant i Ringsted og Stevns kommuner (data ikke vist).

Variationen på tværs af kommunerne er også begrænset, hvad angår belastninger fra sygdom eller død blandt de nærmeste. Her spænder andelen fra 39,9 pct. i Stevns Kommune, der som den eneste ligger under regionsgennemsnittet, til 47,0 pct. i Slagelse Kommune. Der er en tendens til et fald i andelen i alle kommuner siden 2017, dog er det kun signifikant for Lolland Kommune.

Der ses ikke et tydeligt socioøkonomisk mønster for nogen af de to belastningstyper.

Tabel 3.6.4 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af strukturelle forhold

	Belastet af økonomi		Belastet af boligsituation		Belastet af arbejdssituation	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	32,3	225.300	21,3	148.300	39,9	278.400
Region Sjælland 2017	42,1	288.800	24,0	165.000	43,9	301.200
Region Sjælland 2013	46,8	311.300	24,5	162.500	44,4	295.300
Køn						
Mand	32,1	110.400	21,1	72.700	38,0	131.300
Kvinde	32,5	114.900	21,4	75.600	41,9	147.100
Alder						
16-24 år	47,7	38.000	29,6	23.700	48,5	39.300
25-34 år	54,8	46.000	37,2	31.300	55,4	47.000
35-44 år	44,2	40.900	26,2	24.300	52,9	49.800
45-54 år	33,9	42.600	19,0	23.900	49,0	62.200
55-64 år	25,9	31.400	15,9	19.400	42,5	52.100
65-79 år	14,8	22.300	13,3	20.100	13,3	19.600
80+	9,1	3.900	13,5	5.700	20,8	8.300
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	38,1	39.000	27,1	27.700	38,8	39.300
Kort uddannelse	29,1	81.100	18,2	50.800	35,3	98.300
Kort videregående	26,0	17.100	17,7	11.600	38,9	25.700
Mellemlang videregående	28,8	40.600	18,7	26.400	44,4	62.600
Lang videregående	23,5	14.000	17,2	10.200	44,0	26.400
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	32,6	111.800	19,9	68.500	49,4	172.400
Arbejdsløse	68,1	9.500	38,0	5.300	88,0	12.500
Førtidspensionister	46,7	15.000	34,3	10.900	22,2	7.000
Efterlønsmodtagere	9,8	500	4,2	200	10,9	600
Alderspensionister	13,6	27.600	13,4	27.200	14,9	29.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	67,0	26.100	40,5	15.700	62,6	24.500
Under uddannelse	49,5	29.600	29,7	17.800	46,2	28.100
Samlivsstatus						
Samlevende	28,4	121.000	16,6	70.700	38,9	166.100
Ikke samlevende	38,4	104.300	28,6	77.600	41,6	112.200
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	41,9	76.700	23,6	43.200	51,4	95.200
Bor ikke med børn	28,9	148.200	20,2	103.900	36,4	186.200
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	30,5	192.100	20,0	126.200	39,2	246.900
Anden vestlig baggrund	40,7	10.200	24,4	6.100	43,3	10.900
Ikke-vestlig baggrund	55,0	22.900	39,0	16.000	49,7	20.500

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Af de tre typer af strukturel belastning er arbejdssituation og økonomi de mest udbredte blandt regionens borgere. I alt 39,9 pct. har følt sig belastet af deres arbejdssituation inden for de seneste 12 måneder, og 32,3 pct. har følt sig belastet af deres økonomi. Endelig har godt hver femte (21,3 pct.) følt sig belastet af sin boligsituation.

Siden 2017 er andelen, der har følt sig belastet, faldet for alle tre parametre. Særligt er andelen, der har følt sig belastet af deres økonomi, faldet (knap 10 procentpoint mindre end i 2017). Faldet ses i større eller mindre grad i alle grupper i tabellen med undtagelse af borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse og øvrige ikke-erhvervsaktive (data ikke vist).

Køn og alder

Der er generelt ikke stor forskel på, i hvor høj grad mænd og kvinder føler sig belastet af strukturelle forhold. Dog er der en lille overvægt af kvinder, som føler sig belastet af deres arbejdssituation.

Den yngre del af befolkningen føler sig generelt langt mere belastet af deres økonomi, boligsituation og arbejdssituation end den ældre del af befolkningen. Aldersforskellene er tydeligst, hvad angår økonomi: Godt halvdelen af borgerne mellem 25 og 34 år (54,8 pct.) har følt sig belastet af deres økonomi inden for de seneste 12 måneder, mens det samme gælder for mindre end hver tiende borger over 80 år (9,1 pct.). Oplevelsen af belastning fra ens arbejdssituation er mest udbredt blandt de 16-54-årige. Andelen er dog faldet siden 2017 for de 25-54-årige og især blandt de 25-34-årige (fald på knap 9 procentpoint). Derudover er der tendens til et bredt fald i andelen, der er belastet af deres boligsituation, især blandt de 45-54-årige (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Oplevelsen af de strukturelle belastninger knytter sig også til uddannelsesniveaut i befolkningen, men på forskellig vis på tværs af belastningstype. Økonomi og boligsituation opleves oftere som en belastning blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med et højere uddannelsesniveau, mens borgere med højt uddannelsesniveau hyppigere oplever deres arbejdssituation som belastende, end det er tilfældet blandt borgere med lavere uddannelsesniveau. Sammenlignet med 2017 ses en tendens til fald i belastning fra arbejdssituationen blandt alle uddannelsesniveauer, særligt blandt borgere med kort uddannelse (data ikke vist).

Oplevelsen af strukturelle belastninger ser også ud til at hænge sammen med borgernes erhvervstilknytning. Især arbejdsløse føler sig meget belastede. Næsten ni ud af ti arbejdsløse (88,0 pct.) føler sig belastet af deres arbejdssituation og en lidt mindre andel (68,1 pct.) af deres økonomiske situation. Andelen, der har følt sig belastet af deres arbejdssituation, er faldet blandt beskæftigede fra 55,0 pct. i 2017 til 49,4 pct. i 2021 og med hele 9 procentpoint blandt førtidspensionister. Siden 2017 er andelen af efterlønsmodtagere, der føler sig belastet af deres boligsituation, desuden faldet med omkring 10 procentpoint (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Borgere, der ikke bor sammen med en partner, oplever i langt højere grad belastninger pga. deres økonomi og boligsituation end borgere, der bor sammen med en partner. Oplevelsen af alle tre belastningstyper er faldet siden 2017 både blandt samboende og ikke samboende. Hvad angår økonomi og boligsituation, er faldet dog større blandt borgere, der ikke bor med en partner, end blandt borgere, der gør (data ikke vist).

Borgere med hjemmeboende børn føler sig mere belastet af både økonomi, boligsituation og arbejdssituation end borgere uden børn i hjemmet – det gælder særligt, hvad angår økonomi og arbejdssituation.

Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund oplever i højere grad belastning pga. både økonomi, boligsituation og arbejdssituation end borgere med dansk baggrund. Andelen, der er belastet af deres bolig- og arbejdssituation, er faldet blandt borgere med dansk baggrund siden 2017 (data ikke vist).

Tabel 3.6.5 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har følt sig belastet af strukturelle forhold, opgjort på kommuner

	Belastet af økonomi		Belastet af boligsituation		Belastet af arbejdssituation	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	32,3	225.300	21,3	148.300	39,9	278.400
Guldborgsund	34,9	18.100	20,6	10.700	38,2	19.800
Kalundborg	33,3	13.400	21,4	8.600	36,4	14.600
Lolland	33,8	11.600	21,2	7.300	36,7	12.600
Odsherred	31,9	9.100	19,3	5.500	36,1	10.300
Slagelse	33,9	22.000	21,7	14.000	41,3	26.700
Vordingborg	35,0	13.600	22,4	8.700	37,0	14.400
Faxe	33,8	10.400	22,3	6.900	41,2	12.700
Holbæk	33,5	19.700	20,1	11.800	39,8	23.300
Næstved	30,5	21.300	23,1	16.100	41,9	29.300
Ringsted	32,2	9.200	20,7	5.900	43,1	12.400
Sorø	30,5	7.500	18,1	4.500	38,5	9.400
Stevns	34,2	6.500	21,5	4.100	41,5	8.000
Greve	26,7	11.000	17,1	7.000	39,7	16.300
Køge	30,5	15.400	21,3	10.700	42,0	21.200
Lejre	30,5	6.900	22,0	5.000	39,4	8.900
Roskilde	32,9	24.200	24,4	18.100	41,7	30.800
Solrød	28,4	5.300	18,1	3.400	41,3	7.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med oplevelse af de forskellige typer af strukturelle belastninger varierer blandt regionens kommuner. Variationen er størst, hvad angår andelen af borgere, der oplever belastning pga. økonomi, som spænder fra 26,7 pct. til 35,0 pct. Andelen er dog ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet i nogen af kommunerne med undtagelse af Greve og Solrød kommuner, hvor den er lavere. Der ses desuden en tendens til, at andelen er højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner end i de socioøkonomisk bedrestillede kommuner. Andelen er faldet i alle kommuner siden 2017 med undtagelse af Stevns og Lolland kommuner (data ikke vist).

Belastninger pga. ens boligsituation er mest udbredt i Roskilde Kommune, hvor næsten hver fjerde har følt sig belastet af sin boligsituation, og mindst udbredt i Greve, Sorø og Solrød kommuner. I de øvrige kommuner ligner andelen regionsgennemsnittet på 21,3 pct. Der er tendens til fald i andelen i alle kommuner siden 2017. Faldet er dog kun signifikant i Odsherred Kommune (data ikke vist). Belastning pga. arbejdssituationen er mindre udbredt end gennemsnittet i regionen i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner som Odsherred og Kalundborg kommuner, og igen er der tendens til et fald i alle kommuner siden 2017.

3.7. Opfyldelse af seksuelle behov

Den seksuelle trivsel kan have stor betydning for, hvordan vi har det. En undersøgelse viser, at 90 pct. af de voksne danskere oplever, at sexlivet er en vigtig eller meget vigtig faktor for deres trivsel (24). I en dansk undersøgelse fra 2017-18 angiver fire ud af fem ligeledes, at det er vigtigt, meget vigtigt eller særdeles vigtigt at have et godt sexliv (defineret som onani eller sex med andre) (25). En sund livsstil, herunder bl.a. regelmæssig motion, kan påvirke sexlivet i positiv retning. Omvendt kan sexlivet blive udfordret af sygdom eller funktionsnedsættelse pga. både psykiske og fysiske faktorer. (26). I afsnittet er opfyldelsen af seksuelle behov først opgjort blandt regionens borgere generelt og derefter blandt borgere med forskellige former for langvarig sygdom og helbredsudfordringer.

Borgerne er blevet spurgt: ”I hvilken grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov”. Svarkategorierne fremgår af tabel 3.7.1. Opgørelsen af andel borgere, der ikke har fået deres seksuelle behov dækket, omfatter borgere, som har svaret: ”I mindre grad” eller ”Slet ikke”, mens opgørelsen af andelen, der har fået deres behov dækket, omfatter borgere, som har svaret: ”I meget høj grad”, ”I høj grad” eller ”I nogen grad”.

Spørgsmålet afdækker, hvorvidt borgerne oplever at få deres seksuelle behov dækket, men siger ikke noget om årsagen til deres svar, som kan være alt fra både seksuel dysfunktion eller anden sygdom, som vanskeliggør sexlivet, mangel på adgang til sex eller en oplevelse af, at den sex, man har, ikke lever op til ens forventninger. Et lignende spørgsmål var også med i Region Sjællands sundhedsprofil i 2013, men da spørgsmålsformuleringen og svarkategorierne er ændret, kan resultaterne fra 2013 og 2021 ikke direkte sammenlignes.

Tabel 3.7.1: I hvilken grad har du inden for det seneste år fået dækket dine seksuelle behov?

	Pct.
I meget høj grad	9,0
I høj grad	19,8
I nogen grad	22,7
I mindre grad	17,2
Slet ikke	13,5
Har ikke haft nogen seksuelle behov	17,9

Oplevelse af at have sine seksuelle behov dækket er mest udbredt blandt:

- De 25-54-årige
- Borgere med videregående uddannelse (mellemlang eller lang)
- Beskæftigede
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere, der bor sammen med børn
- Borgere uden langvarig sygdom

Markant flere mænd end kvinder oplever ikke at få deres seksuelle behov opfyldt, og knap hver fjerde kvinde angiver ikke at have haft noget seksuelt behov inden for det seneste år.

Tabel 3.7.2 Opfyldelse af seksuelle behov det seneste år

	I meget høj, høj, eller nogen grad opfyldt seksuelle behov		I mindre grad eller slet ikke opfyldt seksuelle behov		Har ikke haft seksuelle behov	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	51,4	358.200	30,6	213.600	17,9	125.000
Køn						
Mand	53,3	182.800	35,2	120.700	11,5	39.300
Kvinde	49,5	175.400	26,2	92.900	24,2	85.700
Alder						
16-24 år	53,3	41.000	29,6	22.800	17,1	13.100
25-34 år	68,4	55.500	25,6	20.800	5,9	4.800
35-44 år	66,3	61.500	29,3	27.200	4,4	4.100
45-54 år	61,3	77.300	30,7	38.800	8,0	10.100
55-64 år	52,4	64.600	31,8	39.200	15,8	19.500
65-79 år	34,7	53.500	34,1	52.500	31,2	48.000
80+	11,4	4.900	28,9	12.300	59,7	25.300
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	39,7	40.700	31,8	32.700	28,5	29.300
Kort uddannelse	50,5	140.000	31,4	87.000	18,1	50.200
Kort videregående	52,3	34.500	33,0	21.800	14,7	9.700
Mellemlang videregående	58,3	82.600	28,3	40.000	13,4	19.000
Lang videregående	62,6	37.200	29,5	17.500	8,0	4.700
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	65,8	230.600	27,7	97.200	6,5	22.700
Arbejdsløse	47,4	6.700	40,2	5.700	12,4	1.800
Førtidspensionister	30,2	9.200	39,9	12.200	29,9	9.100
Efterlønsmodtagere	47,9	2.300	24,7	1.200	27,3	1.300
Alderspensionister	29,7	58.400	33,0	64.900	37,3	73.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	46,1	18.000	36,6	14.300	17,3	6.700
Under uddannelse	54,1	33.000	29,7	18.100	16,2	9.900
Samlivsstatus						
Samlevende	62,8	273.400	25,4	110.700	11,8	51.500
Ikke samlevende	32,5	84.900	39,4	102.900	28,1	73.600
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	67,8	124.900	26,8	49.500	5,4	9.900
Bor ikke med børn	46,1	236.600	32,1	164.600	21,7	111.400
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	51,4	325.900	30,5	193.400	18,0	114.400
Anden vestlig baggrund	51,1	12.700	35,6	8.800	13,3	3.300
Ikke-vestlig baggrund	51,3	19.700	29,5	11.400	19,2	7.400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Godt halvdelen af regionens borgere (51,4 pct.) angiver, at de inden for det seneste år har fået dækket deres seksuelle behov i enten nogen, høj eller meget høj grad. Knap hver tredje (30,6 pct.) har kun i mindre grad eller slet ikke fået dækket deres behov. Endelig svarer 17,9 pct. af borgerne, at de ikke har haft nogen seksuelle behov inden for det seneste år.

Køn

Der er forskel på i hvor høj grad mænd og kvinder oplever at få deres seksuelle behov dækket. Andelen, der oplever at få deres behov opfyldt, er lidt højere blandt mænd (53,3 pct.) end blandt kvinder (49,5 pct.). Der er dog også markant flere mænd end kvinder, som oplever ikke at få deres behov dækket. Det gælder mere end hver tredje mand (35,2 pct.) og til sammenligning godt hver fjerde kvinde (26,2 pct.). Endelig oplever en langt større andel af kvinderne ikke at have haft seksuelle behov inden for det seneste år. Næsten hver fjerde kvinde (24,2 pct.) svarer, at de ikke har haft seksuelle behov, mod blot 11,5 pct. blandt mænd.

Alder

Alder spiller også en vigtig rolle i oplevelsen af, hvorvidt ens seksuelle behov er dækket. De 25-54-årige oplever i højere grad end de øvrige aldersgrupper at få deres behov dækket, mens dette i langt mindre grad er oplevelsen blandt ældre. Mere end 60 pct. blandt de 25-54-årige mod hhv. 34,7 pct. blandt de 65-79-årige og 11,4 pct. blandt de 80+-årige oplever at få deres behov dækket. Til gengæld er der langt flere ældre end yngre, som oplever ikke at have haft et seksuelt behov. Det gælder f.eks. 59,7 pct. blandt de 80+-årige mod kun 4,4 pct. blandt de 35-44-årige. De aldersmæssige forskelle er langt mindre tydelige, hvad angår oplevelsen af ikke at få sit behov dækket. Her skiller de 65-79-årige og de 25-34-årige sig ud ved at ligge hhv. over og under regionsgennemsnittet på 30,6 pct.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der ses en social ulighed i opfyldelsen af seksuelle behov. Andelen, der oplever at få deres behov dækket, stiger med uddannelsesniveaut. Blandt borgere med lang videregående uddannelse gælder det 62,6 pct. mod 39,7 pct. blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse. Der ses samtidigt en markant højere andel uden seksuelle behov hos borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse, hvor 28,5 pct. svarer, at de ikke har haft nogen seksuelle behov det seneste år. Blandt borgere

med lang videregående uddannelse er det til sammenligning kun 8 pct. Oplevelsen af ikke at få sit seksuelle behov opfyldt varierer mindre med uddannelsesniveau.

Også erhvervstilknytning har betydning for, hvorvidt man oplever at få sit seksuelle behov opfyldt. Andelen, der oplever at få sit behov dækket, er størst blandt borgere i beskæftigelse. Samtidigt er der en højere andel, der oplever ikke at få deres behov dækket blandt borgere uden for arbejdsmarkedet, herunder især arbejdsløse og førtidspensionister (begge omkring 40 pct.).

Samlivsstatus og børn

Samlivsstatus har stor betydning for opfyldelsen af seksuelle behov. Blandt borgere, der bor sammen med en partner, er der næsten dobbelt så mange, som oplever at få deres behov opfyldt, sammenlignet med borgere, der ikke bor med en partner. Andelen, der oplever at få deres behov opfyldt, er ligeledes højere blandt borgere, der har børn under 16 år i husstanden, end blandt borgere, der ikke har. Det skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre end borgere med børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund synes ikke at have nævneværdig betydning for deres oplevelse af, hvorvidt de får deres seksuelle behov dækket. Dog er andelen, der svarer, at de ikke har haft seksuelle behov det seneste år lavere end regionsgennemsnittet blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Kommunevariation

Opfyldelsen af seksuelle behov varierer kun i begrænset grad mellem regionens kommuner. I næsten alle kommuner er andelen, der oplever at have fået opfyldt deres behov, ikke signifikant anderledes fra regionsgennemsnittet på 51,4 pct. Eneste undtagelser er Greve Kommune, hvor andelen er højere (55,4 pct.) og Kalundborg Kommune, hvor den er lavere (46,6 pct.). I ingen af kommunerne afviger andelen, der ikke har fået deres behov dækket, fra regionsgennemsnittet på 30,6 pct. Andelen af borgere, der angiver ikke at have haft seksuelle behov det seneste år, er også meget ens på tværs af kommunerne, dog med en lavere andel i hhv. Næstved og Roskilde kommuner (begge steder 15,5 pct.) (data ikke vist).

Tabel 3.7.3: Opfyldelse af seksuelle behov blandt borgere med eller uden langvarig sygdom, borgere med multisygdom hhv. psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke sygdomme/helbredsudfordringer eller eftervirkninger heraf

	I meget høj, høj, eller nogen grad opfyldt seksuelle behov		I mindre grad eller slet ikke opfyldt seksuelle behov		Har ikke haft seksuelle behov	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	51,4	358.200	30,6	213.600	17,9	125.000
Ingen langvarig sygdom	57,8	241.500	28,1	117.600	14,1	59.100
Langvarig sygdom	42,5	118.400	34,5	96.100	23,1	64.300
Multisygdom	39,8	93.800	35,0	82.500	25,3	59.700
Psykisk lidelse	42,5	39.500	38,0	35.300	19,5	18.100
KOL	26,5	11.500	37,9	16.400	35,5	15.300
Diabetes	32,3	15.700	38,1	18.500	29,6	14.400
Hjerte-kar-sygdom	29,3	11.800	38,9	15.600	31,7	12.700
Kræft	31,4	9.700	34,8	10.800	33,7	10.400
Slidgigt	38,6	73.600	34,1	64.900	27,3	52.100
Leddegigt	37,5	28.000	36,2	27.100	26,3	19.700
Diskusprolaps/rygsygdom	43,5	48.600	34,3	38.400	22,2	24.800
Knogleskørhed	24,8	8.000	32,7	10.500	42,4	13.600
Depression	39,5	36.500	38,4	35.500	22,2	20.500
Angstlidelse	44,0	36.100	36,3	29.700	19,7	16.100
Spiseforstyrrelse	42,8	11.100	40,2	10.400	17,0	4.400
Forhøjet blodtryk	36,7	60.100	34,9	57.300	28,4	46.500
Migræne/hyppig hovedpine	53,1	71.000	31,2	41.800	15,7	21.000
Allergi	52,2	85.100	31,3	51.000	16,5	26.800
Astma	45,3	26.300	34,2	19.800	20,5	11.900
Tinnitus	44,4	55.300	36,7	45.700	18,9	23.500
Grå stær	25,3	9.400	37,2	13.800	37,5	13.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Langvarig sygdom: borgere, der har svaret ja til at have en langvarig sygdom, eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse (mindst 6 mdr.) (se afsnit 4.1). Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3).

Oplevelsen af, om man har fået dækket sine seksuelle behov, varierer betydeligt blandt borgere hhv. med og uden langvarig sygdom og i forhold til de specifikke sygdomme. Både blandt borgere med langvarig sygdom, multisygdom og psykisk lidelse ligger andelen, der har deres behov opfyldt, på omkring 40 pct., mens andelen blandt borgere uden langvarig sygdom til sammenligning er knap 60 pct. (57,8 pct.). Der er en større andel blandt borgere med langvarig sygdom hhv. multisygdom, som oplever ikke at have haft nogen seksuelle behov inden for det seneste år (hhv. 23,1 pct. og 25,3 pct.), sammenlignet med borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig), hvoriblandt 19,5 pct. oplever ikke at have haft noget behov, og 38,0 pct. oplever ikke at have fået opfyldt deres behov.

Hvad angår de specifikke sygdomme, så er oplevelsen af ikke at få sit behov dækket med enkelte undtagelser mere udbredt end i befolkningen generelt. Andelen er højest blandt borgere med hhv. spiseforstyrrelse (40,2 pct.), hjerte-kar-sygdom (38,9 pct.), depression (38,4 pct.), diabetes (38,1 pct.) og KOL (37,9 pct.). Der er tilsvarende for mange af de specifikke sygdomme en højere andel af borgere, der angiver ikke at have haft et seksuelt behov det seneste år. De højeste andele ses blandt borgere med hhv. knogleskørhed, grå stær og KOL. Resultaterne skal ses i lyset af den høje gennemsnitsalder for borgere med disse sygdomme (se kapitel 4.2).

3.8 Sammenhæng mellem helbred og trivsel og sundhedsadfærd hhv. belastninger i livet og tegn på social isolation

Tidligere undersøgelser, herunder både nationale og regionale sundhedsprofiler, har vist en vis sammenhæng mellem trivsel og sundhedsadfærd. Ifølge Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke Mental sundhed er uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, såsom stillesiddende adfærd, usund kost, alkohol- og stofmisbrug, risikofaktorer for dårlig mental sundhed ved siden af en række faktorer på socialt og strukturelt niveau (1).

I dette afsnit belyses disse sammenhænge nærmere i Region Sjælland. Først opgøres udvalgte hovedindikatorer for lav trivsel og helbred blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd på en række parametre. Dernæst opgøres andelen, der hhv. er utilfredse med livet, med høj score på stressskalaen og med lav score på den mentale helbredsskala blandt borgere med forskellige belastninger i livet, hhv. med og uden tegn på social isolation og med forskellig grad af opfyldelse af deres seksuelle behov.

Som det fremgår af tabel 3.8.1 er utilfredshed med livet, dårligt selvvurderet helbred og en høj stressscore generelt mere udbredt blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end blandt borgere med mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det ses for næsten alle de viste parametre for sundhedsadfærd. For borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug ses sammenhængen dog kun, hvad angår dårligt selvvurderet helbred, og for borgere med mere end otte timers samlet stillesiddende tid på hverdage ses sammenhængen kun med utilfredshed med livet.

Især for hhv. stoffer og kort søvnlængde ses en stærk sammenhæng med hhv. stress og utilfredshed med livet, og der ses også en sammenhæng med dårligt selvvurderet helbred, hvad angår søvn. Blandt borgere, der sover under seks timer dagligt, scorer halvdelen (50,2 pct.) højt på stressskalaen, 39,7 pct. er utilfredse med livet, og 38,4 pct. har dårligt selvvurderet helbred. Til sammenligning er det omkring halvt så mange på alle tre parametre blandt borgere, der sover mere end seks timer dagligt. Forekomsten af dårligt selvvurderet helbred er i øvrigt over dobbelt så høj hos hhv. daglig rygere (29,0 pct. vs. 14,2 pct. blandt ikke-rygere) og borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (24,1 pct. vs. 10,7 pct. blandt borgere, der gør).

Dårligt selvvurderet helbred hænger især tæt sammen med:

- Daglig søvnlængde på under seks timer
- Fysisk aktivitet under WHO's anbefalede minimum
- Daglig rygning

Lav trivsel, herunder utilfredshed med livet, høj stressscore og lav mental helbredsscore, hænger især tæt sammen med:

- Belastninger i livet, herunder fra økonomi, boligsituation og forholdet til familie og venner
- Daglig søvnlængde på under seks timer
- Brug af stoffer inden for den seneste måned
- Tegn på social isolation

Siden 2017 er forskellen i trivslen blandt borgere med uhensigtsmæssig og mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd dog generelt blevet mindre. Det ses ved, at andelen, der er utilfredse med livet – og i nogle tilfælde andelen, der scorer højt på stressskalaen – er steget blandt borgere med mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd. Samme udvikling ses ikke for dårligt selvvurderet helbred.














































Tabel 3.8.1 Trivsel og helbred blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd




	Utilfreds med livet		Dårligt selv vurderet helbred		Høj score på stresskala	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	21,4	149.200	18,8	131.200	28,7	200.300
Kostmønster						
Usundt kostmønster	27,2	35.500	24,8	32.800	33,8	44.400
Kostmønster med sunde og usunde elementer	20,3	94.100	17,3	79.900	27,1	125.200
Sundt kostmønster	17,3	17.900	16,5	17.000	25,0	25.800
Ryging						
Daglig ryger	28,9	32.800	29,0	32.600	39,1	44.100
Lejlighedsvis ryger	30,3	7.200	15,9	3.800	39,6	9.600
Tidligere ryger	19,4	44.400	21,2	48.000	26,5	60.100
Aldrig ryger	19,6	64.800	14,2	47.500	25,6	85.400
Fysisk aktivitet i fritiden						
Lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling	24,4	100.300	24,1	99.700	32,0	132.200
Lever op til WHO's minimumsanbefaling	17,2	49.200	10,7	30.400	22,2	63.000
Samlet stillesiddende tid (hverdage)						
Mere end otte timer	23,9	83.700	17,4	60.500	29,1	101.200
Højst otte timer	18,6	64.300	19,2	66.900	26,7	93.100
Tegn på problematisk alkoholforbrug						
Ja	23,3	21.700	21,9	20.400	30,3	28.300
Nej	21,1	127.200	18,7	112.700	28,6	172.300
Stoffer seneste måned						
Har taget stoffer	45,5	6.400	29,6	4.600	54,1	8.300
Har ikke taget stoffer	21,0	143.300	18,7	127.800	28,2	192.100
Søvnlængde på hverdage						
Under 6 timer	39,7	30.400	38,4	29.600	50,2	38.600
6 timer eller derover	19,1	118.200	16,5	102.000	25,1	155.700
BMI						
Undervægt	35,1	5.300	26,9	4.100	40,4	6.100
Normalvægt	20,8	58.500	14,4	40.400	26,5	74.300
Moderat overvægt	18,2	44.700	17,1	42.400	24,2	59.900
Svær overvægt	26,0	40.300	28,4	43.700	35,3	54.300

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score på stressskalaen (PSS \geq 18) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5). Stoffer inkluderer både hash og andre stoffer, men godt 2/3 har kun brugt hash (se Kap. 9). Der anvendes samme BMI-kategorisering på hele befolkningen uanset alder (se Kap. 7).

Tabel 3.8.2 Trivsel blandt borgere med forskellige belastninger i livet, tegn på social isolation og opfyldelse af seksuelle behov

	Utilfreds med livet		Høj score på stressskala		Lav score på mental helbredsskala	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	21,4 	149.200	28,7 	200.300	16,8 	117.300
Belastet af økonomi						
Ja	35,1 	77.700	48,4 	108.800	29,2 	67.300
Nej	15,1 	71.700	19,3 	91.000	11,2 	52.200
Belastet af boligsituation						
Ja	39,6 	57.400	53,0 	78.600	33,6 	50.100
Nej	16,6 	91.700	22,0 	120.700	12,7 	69.400
Belastet af arbejdssituation						
Ja	31,3 	86.400	43,5 	121.400	27,0 	77.000
Nej	14,8 	62.200	18,3 	76.700	10,2 	41.900
Belastet af forhold til familie og venner						
Ja	37,0 	90.200	49,3 	122.000	32,1 	79.900
Nej	13,0 	59.000	17,2 	77.300	8,8 	39.600
Belastet af sygdom eller død blandt nærmeste						
Ja	25,4 	77.200	37,2 	113.000	22,6 	68.400
Nej	18,2 	71.600	22,0 	86.500	12,9 	51.000
Tegn på social isolation						
Ja	42,1 	23.800	49,0 	27.100	37,2 	19.600
Nej	19,6 	125.700	26,0 	167.000	14,8 	95.100
Opfyldelse af seksuelle behov						
I mindre grad eller slet ikke	31,0 	66.300	35,1 	74.900	21,7 	45.800
I nogen, høj eller meget høj grad	17,4 	84.000	25,1 	121.300	14,6 	70.800

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score på stressskalaen (PSS \geq 18) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5). En lav score på den mentale helbredsskala angiver et ringere mentalt helbred og er defineret ved en SF-12 mental helbredsscore på højst 35,76 (se afsnit 3.4).

Der ses generelt en meget klar sammenhæng mellem trivsel, hvad angår tilfredshed med livet, stress og mentalt helbred og forskellige belastninger i livet, ens sociale kontakthænde og opfyldelsen af seksuelle behov. F.eks. ses det, at der blandt borgere med tegn på social isolation (se definition i kapitel 5) er en betydeligt større andel med lav trivsel på alle tre parametre sammenlignet med både regionsgennemsnittet og med borgere uden tegn på social isolation.

Sammenhængen er især tydelig, hvad angår de forskellige belastninger i livet (med undtagelse af sygdom eller død blandt nærmeste), og stærkest, hvad

angår forholdet til familie og venner. For alle tre trivselparametre er andelen blandt dem, der har følt sig belastet af forholdet til familie og venner inden for de seneste 12 mdr., omkring tre gange større end blandt dem, der ikke har følt sig belastet.

Sammenlignet med 2017 er dårlig trivsel generelt set mere udbredt – det gælder både blandt borgere med og uden de forskellige belastninger. Blandt borgere, der har følt sig belastet af sygdom eller død blandt nærmeste, er andelen med høj stressscore dog steget med 4,6 procentpoint, mens den ikke er steget betydeligt blandt borgere uden denne belastning.

Referencer

1. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Mental sundhed.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
2. **Eplov, Lene Falgaard og Lauridsen, Signe.** *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter.* Sundhedsstyrelsen. 2008.
3. **WHO.** *The World Health Report 2001. Mental Health: New understanding, New Hope.* Schweiz: World Health Organization, 2001.
4. **Wimmelmann, Cathrine Lawaetz, Flensburg-Madsen, Trine og Folker, Anna Paldam.** Livskvalitet. [forfatter] Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønnebæk og Susanne Reventlow. *Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave. s.l. : Munksgaard, 2021.*
5. **Eplov LF, Lauridsen S.** *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter.* Sundhedsstyrelsen. 2008.
6. **Christensen, Anne Illemann, et al.** *Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010".* København : Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2016.
8. **Jensen, HAR, Davidsen, M, Ekholm, O, Christensen, AI.** *Danskerne Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
9. **Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, and Østergaard SD.** The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica.* 32:226–228, 2020.
10. **Møller, Sanne Pagh, Ekholm, Ola og Lau, Thygesen Caspar.** *Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø.* København : Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.
11. **Clotworthy, A, et al.** Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian Journal of Public Health.* 49(1), 79-87, 2021.
12. **Thygesen, Lau Caspar, et al.** Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. *Journal of Psychiatric Research.* 144, 2021, s. 151-157.
13. **Zachariae, B. Livskvalitet.** [forfatter] F, Almind, G., Jensen, BB Kamper-Jørgensen. *Forebyggende sundhedsarbejde.* København : Munksgaard Danmark, 2009.
14. **Jylhä, M.** What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine.* 2009, 69 (3), 307-316.
15. **Sundhedsstyrelsen.** *Ulighed I Sundhed – årsager og indsatser.* 2011.
16. **Ware JE, Kosinski M, Keller SD.** A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Medical care.* 1996, 34 (3), 220-233.
17. **Nielsen, NR, Kristensen, TS.** *Stress i Danmark - Hvad ved vi?* København: Sundhedsstyrelsen , 2007.
18. **Folker, Anna Paldam og Hulvej Rod, Naja.** Mental sundhed og stress. [forfatter] Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønnebæk og Susanne Reventlow. *Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave. s.l. : Munksgaard, 2021.*
19. **Kjøller M, Juel K., Kamper-Jørgensen, F. (RED).** *Folkesundhedsrapporten, Danmark 2007.* København : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2007.
20. **Anita Eskildsen 1, Vita Ligaya Dalgaard, Kent Jacob Nielsen, Johan Hviid Andersen, Robert Zachariae, Lis Raabæk Olsen, Anders Jørgensen, David Høyrup Christiansen.** Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scand J Work Environ Health.* 41(5):486-90, Sep 1 2015.
21. **Netterstrøm, B.** *Stress og arbejde- nyeste viden om årsager, konsekvenser, forebyggelse og behandling.* Hans Reitzels Forlag. 2014.

22. **Nielsen L, Curtis T, Kristensen T et al.** What characterizes persons with high levels of perceived stress in Denmark? A national representative study. *Scand J Public Health*. 2008, 36 (4), 369-79.
23. **Statens Serum Institut.** www.ssi.dk. *Influenza - ugens opgørelse*. [Online] 22. December 2021. <https://www.ssi.dk/sygdomme-beredskab-og-forskning/sygdomsovervaagning/i/influenza-ugens-opgoerelse>.
24. **Graugaard, C., Møhl, Bo og Hertoft, Preben.** *Krop, sygdom og seksualitet*. s.l. : Hans Reitzels Forlag, 2006.
25. **Frisch, Morten, et al.** *Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018*. s.l.: Statens Serum Institut & Aalborg Universitet, 2019.
26. **Graugaard, Christian, Pedersen, Bente Klarlund og Frisch, Morten.** *Seksualitet og sundhed*. København : Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

Kapitel 4

Langvarig sygdom og multisygdom

4.1 Langvarig sygdom

4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

4.3 Multisygdom

4.4 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og sundhedsadfærd, samt helbred og trivsel

4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud

Langvarig sygdom og multisygdom

- Forekomsten af både langvarig sygdom, multisygdom og de fleste opgjorte enkeltsygdomme er steget siden 2017
- Hver tredje borger i regionen lider af multisygdom, mens omkring hver syvende har en psykisk lidelse af enten kort eller lang varighed
- Forekomsten af de fleste langvarige sygdomme øges markant med stigende alder. Psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og allergi er dog mest udbredt blandt de yngre borgere
- Der er social ulighed i sygdomsforekomsterne. Generelt set gælder, at jo længere uddannelse og jo tættere hovedstadsområdet, desto lavere sygdomsforekomst
- Den ringeste trivsel på flere parametre ses blandt borgere med psykiske lidelser, og det dårligste selvvaluerede helbred findes blandt borgere med KOL

Antallet af langvarigt syge danskere har været støt stigende de senere år, og kronisk eller langvarig sygdom ses som en af de største udfordringer, vores sundhedsvæsen står overfor (1). I dette kapitel opgøres langvarig sygdom, multisygdom og en række specifikke sygdomme blandt borgerne i Region Sjælland ud fra selvrapporterede data, og der kigges på trivsel, sundhedsadfærd mv. blandt borgere med kronisk sygdom og længerevarende helbredsudfordringer.

Kronisk sygdom defineres af Sundhedsstyrelsen som sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende (2). Ved multisygdom forstås forekomsten af mindst to kroniske sygdomme hos en borger (3). Hvor stor forekomsten er i befolkningen, kommer bl.a. an på, hvordan den opgøres, herunder hvilke sygdomme der tælles med, og hvilke kilder der bruges (4). Mange undersøgelser peger på, at omkring hver tredje borger i Danmark lider af en kronisk sygdom (5) (2) (6), mens andre finder, at op mod to tredjedele af befolkningen har en kronisk sygdom (4).

Der er stor forskel på sygdommenes sværhedsgrad og konsekvenser, og mange mennesker, der lever med en eller flere kroniske sygdomme, har en god livskvalitet og funktionsevne i hverdagen (7). Når det er sagt, kan kronisk sygdom og ikke mindst multisygdom forbindes med nedsat livskvalitet (8) (9) (10), betydeligt større risiko for mentale helbredsproblemer (11), øget dødelighed og store samfundsmæssige omkostninger.

Sidstnævnte bunder bl.a. i flere besøg hos egen læge, hospitalsindlæggelser og medicinforbrug (12) (9) (13), men også tabt arbejdskraft. En opgørelse viser f.eks., at kun 30 pct. af danskere med multisygdom mellem 18 og 64 år er i beskæftigelse eller under uddannelse (14).

Et studie af kronisk sygdom i Europa finder, at alvorlige kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, kræft, diabetes, kronisk lungesygdom og psykiske lidelser tilsammen står for ca. 85 pct. af alle dødsfald i EU med kræft som den primære dødsårsag for borgere under 65 år og hjerte-kar-sygdom som den primære dødsårsag for borgere over 65 år (15). Ifølge et registerstudie fra 2019 er forhøjet blodtryk den hyppigste langvarige helbredsudfordring i Danmark (4), mens Sundhedsstyrelsens rapport fra 2015 om sygdomsbyrden i Danmark finder, at lænderygsmarter er mest udbredt og samtidigt den sygdom, der kræver flest lægebesøg og sygedage, og at diabetes er den sygdom, der rammer flest nye borgere hvert år (16).

Samtidigt er der sket en stigning i omfanget af mentale helbredsproblemer de senere år, hvilket har fået WHO til at udnævne mentale helbredsproblemer som den største sygdomsbyrde i den vestlige verden (17). Specielt angst, depression og stressrelaterede tilstande fylder, ikke mindst blandt børn, unge og voksne i den arbejdsdygtige alder, hvilket igen afspejler sig i betydelige omkostninger til behandling og produktionsstab (18).

For de fleste sygdomme stiger forekomsten med alderen, og den stigende forekomst af langvarig sygdom de senere år kan langt hen ad vejen forklares ved den demografiske udvikling med et stigende antal ældre i kombination med bedre udrednings- og behandlingsmuligheder (19). Der er dog store aldersmæssige forskelle på forekomsten af de enkelte sygdomme (4). Nogle sygdomme er mere hyppige blandt yngre mennesker, f.eks. psykiske lidelser, allergi og astma (20), ligesom f.eks. ryggsygdomme hos kvinder og hovedpine og migræne hos mænd har faldende forekomst med alderen (7).

Samtidigt ses en social skævhed i sygdomsforekomsterne. Iflg. et nyere dansk studie er det i både danske og udenlandske undersøgelser påvist, at forekomsten af multisygdom er stærkt knyttet til lav socioøkonomisk status (20). De højere sygdomsforekomster blandt nogle befolkningsgrupper kan ligeledes kobles til bagvedliggende forskelle i sundhedsadfærd samt brug af sundhedsydelser og forebyggelsestilbud (21).

Flere peger derfor på, at der er brug for at rette fokus fra det enkelte sygdomsområde til en bredere og integreret indsats, som formår at favne flere specialer, og som, ud over sundhedsvæsenets aktører, involverer velfærdssystemet bredere set, og derudover, at målet, så vel som forebyggelse og behandling, er at muliggøre et godt liv til trods for sygdom (21) (19).

Kapitlet indledes med et afsnit om forekomsten af og udviklingen i langvarig sygdom overordnet set, hvorefter et afsnit om udvalgte specifikke sygdomme følger. Afsnit 4.3 omhandler multisygdom, og i afsnit 4.4. findes der opgørelser over sundhedsadfærd og trivsel blandt borgere med langvarige sygdomme og helbredsudfordringer. Kapitlet afsluttes med et afsnit med opgørelser af andelen af borgere, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. problemer med transport. Der henvises desuden til kapitel 12, som omhandler sundhedskompetence og digital parathed, herunder blandt borgere med langvarig sygdom og længerevarende helbredsudfordringer.

Hovedresultater

Forekomst

Knap 40 pct. af borgerne i Region Sjælland angiver i 2021 at have langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse, mens 62 pct. af borgerne har én eller flere af en række udvalgte langvarige sygdomme eller eftervirkninger heraf. En tredjedel (33,7 pct.) af borgerne har mindst to af de udvalgte sygdomme og lider således af multisygdom.

De mest udbredte af de udvalgte sygdomme og helbredsproblemer er slidgigt, forhøjet blodtryk og allergi, som omkring hver fjerde borger i regionen lider af. Omkring hver syvende borger lider i 2021 af en psykisk lidelse af enten kort eller lang varighed. Forekomsten af både langvarig sygdom, multisygdom og de fleste af de specifikke sygdomme er steget betydeligt over tid. Det skal ses i lyset af den demografiske udvikling mod en større andel af ældre, jf. kapitel 1.5.

Køn

Langvarig sygdom og de enkelte sygdomme er generelt mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Der er dog flere mænd end kvinder, der har diabetes, hjerte-kar-sygdom, leddegigt og forhøjet blodtryk, og andelen med langvarig sygdom er steget mere blandt mænd end blandt kvinder siden 2013.

Alder

Forekomsten af de fleste langvarige sygdomme øges markant med stigende alder. Det gælder f.eks. KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom, kræft, slidgigt og forhøjet blodtryk. Nogle sygdomme er dog mest udbredt blandt de yngre borgere, nemlig de psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og allergi. Siden 2017 er forekomsten af mange af sygdommene steget blandt de 65-79-årige, herunder KOL, hjerte-kar-sygdom, alle fire muskel-skeletsygdomme og psykisk lidelse.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Jo længere uddannelse borgerne har, desto lavere er forekomsten af langvarig sygdom og de enkelte sygdomme generelt set. Dette mønster er særligt tydeligt for forekomsten af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom, nogle af muskel-skeletsygdommene, psykiske lidelser og forhøjet blodtryk samt for forekomsten af multisygdom. Kræft er derimod mere lige udbredt i alle uddannelsesgrupper, mens allergi som den eneste sygdom er mest udbredt blandt borgere med længere uddannelse end blandt borgere med kort uddannelse.

For langvarig sygdom generelt og for de fleste specifikke sygdomme er forekomsten betydeligt lavere blandt borgere i beskæftigelse sammenlignet med borgere uden for arbejdsmarkedet. Sygdomsforekomsten er ofte højest blandt førtidspensionister og alderspensionister. Den sociale ulighed slår i høj grad også igennem på kommuneniveau ved, at sygdomsforekomsten med enkelte undtagelser ligger højere i de socioøkonomisk udfordrede kommuner og lavere i de bedre stillede kommuner.

Samlivsstatus og børn

Sygdomsforekomsten er generelt lavere blandt borgere, der bor sammen med en partner end blandt dem, der ikke gør. Det er særligt tydeligt for borgere med KOL og for borgere med psykiske lidelser.

Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund har varierende betydning for forekomsten af forskellige sygdomme. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er der en mindre forekomst af kræft, slidgigt og forhøjet blodtryk end blandt borgere med dansk baggrund. Til gengæld er forekomsten af de psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine og leddegigt samt kombinationen af samtidig psykisk og fysisk sygdom højere i denne gruppe. Der er desuden sket en markant stigning i andelen med langvarig sygdom blandt borgere med ikke-vestlig baggrund fra 2017 til 2021.

Sundhedsadfærd, helbred og trivsel

Blandt borgere med langvarig sygdom, multisygdom, psykisk lidelse og de specifikke sygdomme er uhenigtsmæssig sundhedsadfærd generelt lidt mere udbredt end blandt regionens borgere samlet set, men billedet varierer mellem de forskellige sygdomme. Borgere med KOL har den mest uhenigtsmæssige sundhedsadfærd, både hvad angår rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Daglig rygning og usundt kostmønster er derudover meget udbredt blandt borgere med psykiske lidelser.

Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem langvarig sygdom og selvvurderet helbred og trivsel samt ensomhed. Andelen med dårligt selvvurderet helbred er over fem gange større blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden, og forekomsten af hhv. utilfredshed med livet, høj stressscore og ensomhed er over 60 pct. højere blandt borgere med langvarig sygdom sammenlignet med borgere uden langvarig sygdom. Den dårligste trivsel ses blandt borgere med psykiske lidelser, og det dårligste selvvurderede helbred findes blandt borgere med KOL.

Transportmæssige udfordringer for brug af sundhedstilbud

Godt 6 pct. af alle borgere i Region Sjælland har inden for det seneste år undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer. Andelen er lidt højere blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom og derudover især høj blandt borgere over 80 år, borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive samt borgere med ikke-vestlig baggrund.

4.1 Langvarig sygdom

I dette afsnit vises forekomsten af selvvalideret langvarig sygdom blandt regionens borgere. Forekomsten er her opgjort ud fra ét enkelt spørgsmål, hvor borgerne er blevet spurgt, om de har nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Det er specificeret, at med langvarig menes mindst 6 måneder. Svarmulighederne er enten ”ja” eller ”nej”. I tabellerne er andelen af borgere, der har svaret ”ja” på spørgsmålet, opgjort.

Det er vigtigt at understrege, at spørgsmålet måler borgernes egen opfattelse af, hvorvidt de har en langvarig sygdom eller lidelse. For opgørelser af specifikke sygdomme og lidelser, som der er spurgt direkte til efterfølgende i spørgeskemaet, henvises til afsnit 4.2.

Langvarig sygdom er især udbredt blandt:

- Borgere over 55 år
- Borgere med kortere uddannelse
- Førtids- og alderspensionister samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med børn


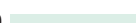



























Andelen med langvarig sygdom er siden 2017 især steget blandt:

- De 55-79-årige
- Alderspensionister
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Kort 4.1.1 Borgere med langvarig sygdom




Tabel 4.1.2 Borgere med langvarig sygdom

	Borgere med langvarig sygdom				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	39,5 	274.900	37,5	34,9	35,6
Køn					
Mand	38,0 	130.200	35,7	32,9	33,9
Kvinde	40,8 	144.700	39,3	36,9	37,3
Alder					
16-24 år	20,3 	15.900	24,2	21,7	23,2
25-34 år	29,2 	23.900	28,2	26,4	23,3
35-44 år	29,9 	27.400	32,5	29,6	30,9
45-54 år	37,6 	46.900	36,7	35,8	38,1
55-64 år	48,2 	59.300	44,5	41,4	43,6
65-79 år	50,5 	77.700	44,9	42,3	44,1
80+	55,1 	23.900	52,5	49,4	51,4
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	47,6 	47.700	44,9	44,7	
Kort uddannelse	42,9 	120.800	40,9	35,0	
Kort videregående	39,4 	26.000	36,0	35,9	
Mellemlang videregående	37,7 	52.100	36,0	33,7	
Lang videregående	31,0 	19.100	27,2	24,9	
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	29,8 	103.300	28,4	25,3	
Arbejdsløse	42,4 	5.900	41,9	39,4	
Førtidspensionister	87,4 	25.800	88,7	83,7	
Efterlønsmodtagere	46,5 	2.400	36,7	35,6	
Alderspensionister	51,5 	105.000	46,4	43,7	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	58,4 	23.000	61,3	58,7	
Under uddannelse	23,4 	13.800	23,5	21,4	
Samlevsstatus					
Samlevende	38,3 	166.700	35,4	34,0	
Ikke samlevende	41,3 	108.300	41,1	36,5	
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	27,0 	50.400	27,2		
Bor ikke med børn	44,1 	224.900	42,2		
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	39,9 	253.400	38,4	35,1	36,1
Anden vestlig baggrund	36,4 	8.800	32,1	34,3	32,4
Ikke-vestlig baggrund	34,4 	12.700	25,0	32,2	27,3

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Knap 40 pct. af borgerne i Region Sjælland, svarende til 274.900 personer, angiver i 2021 at have langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse. Andelen af borgere med langvarig sygdom er større i 2021 end i alle de tidligere år og ligger godt 10 pct. højere end i 2010. Der er en tæt sammenhæng mellem alder og forekomsten af mange langvarige sygdomme. Stigningen skal således ses i lyset af, at andelen af borgere over 65 år i regionen er steget mere end 25 pct. siden 2010 (se kapitel 1).

Køn og alder

Langvarig sygdom er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Andelen er dog steget mere blandt mænd end blandt kvinder siden 2013.

Forekomsten af langvarig sygdom stiger med alderen og er mest udbredt blandt borgere over 55 år. Blandt borgere over 55 år har omkring hver anden langvarig sygdom, mens det blandt de yngste borgere gælder hver femte. Siden 2017 er andelen med langvarig sygdom især steget blandt de 55-79-årige. Ændringer i de øvrige aldersgrupper siden 2017 er ikke signifikante.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i forekomsten af langvarig sygdom. Forekomsten falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse har næsten hver anden (47,6 pct.) langvarig sygdom, mens det gælder knap hver tredje (31 pct.) med lang videregående uddannelse. Fra 2013 til 2021 er andelen steget blandt borgere med kort uddannelse samt borgere med mellem-lang og lang videregående uddannelse.

Forskellen ses også for erhvervstilknytning, hvor der er en markant højere andel med langvarig sygdom blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse eller under uddannelse. Forekomsten er højest blandt førtidspensionister (87,4 pct.), ligesom forekomsten blandt øvrige ikke-erhvervsaktive og alderspensionister er højere end regionsgennemsnittet. Andelen har været stigende blandt både beskæftigede og alderspensionister fra 2013 til 2021, og er fra 2017 til 2021 særligt steget blandt alderspensionister.

Resultaterne skal ses i lyset af, at borgere med kortere uddannelseslængde og alderspensionister er grupper, der har en høj andel ældre borgere, hvor langvarig sygdom også er mest udbredt og er steget mest.

Samlivsstatus og børn

Langvarig sygdom er lidt mere udbredt blandt borgere, der ikke lever sammen med en partner end blandt borgere, der gør. Siden 2017 er andelen steget blandt borgere, der ikke lever med en partner.

Borgere uden børn i hjemmet har en højere forekomst af langvarig sygdom end borgere med børn i hjemmet. Det skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre end borgere med børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Langvarig sygdom er lidt mindre udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Der er dog sket en markant stigning i andelen med langvarig sygdom blandt borgere med ikke-vestlig baggrund fra 2017 til 2021. Det skal ses i lyset af, at andelen af ældre er steget i denne gruppe i perioden (se kapitel 1).

Tabel 4.1.3 Borgere med langvarig sygdom, opgjort på kommuner

	Borgere med langvarig sygdom				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	39,5	274.900	37,5	34,9	35,6
Guldborgsund	42,5	22.000	40,2	36,6	33,0
Kalundborg	41,0	16.700	37,7	37,1	38,1
Lolland	44,0	15.400	42,9	34,5	40,0
Odsherred	47,7	13.600	40,7	40,1	37,4
Slagelse	40,3	26.000	38,7	35,4	37,1
Vordingborg	42,4	16.400	39,8	36,8	38,3
Faxe	42,4	13.000	37,7	32,0	36,3
Holbæk	38,0	22.500	38,7	35,7	33,6
Næstved	38,6	26.900	35,4	36,1	34,1
Ringsted	37,8	10.800	37,0	31,8	33,3
Sorø	39,9	9.900	38,1	37,2	35,9
Stevns	41,7	8.100	38,6	37,5	36,9
Greve	34,8	14.200	32,8	33,2	35,7
Køge	38,8	19.500	38,4	33,9	34,4
Lejre	37,5	8.600	32,7	35,0	32,8
Roskilde	34,6	25.300	34,3	30,6	34,9
Solrød	33,4	6.100	33,6	31,9	35,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med langvarig sygdom varierer mellem regionens kommuner fra 33,4 pct. i Solrød Kommune til 47,7 pct. i Odsherred Kommune. Forekomsten er generelt markant højere i de socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de bedre stillede kommuner. Geografisk ses det ved, at forekomsten generelt er lavest i kommunerne tættest på hovedstadsområdet og højere i kommunerne længere mod sydøst og nordvest (se regionskort på side 95).

I alle kommuner ses en tendens til en stigning i andelen af borgere med langvarig sygdom fra 2013 til 2021. Tendensen ses også fra 2017 til 2021 i de fleste kommuner, men stigningen er kun signifikant i Odsherred Kommune. Tendensen er generelt tydeligst i de socioøkonomisk udfordrede kommuner, hvor andelen af 65+ årige borgere også er steget mest (kilde: Statistikbanken, Danmarks Statistik, data ikke vist).

4.2. Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

I dette afsnit vises forekomsten af en række udvalgte langvarige sygdomme og helbredsproblemer blandt regionens befolkning. Der er tale om 20 specifikke sygdomme og lidelser, som vurderes at bidrage betydeligt til sygdomsbyrden i befolkningen enten ved deres udbredelse eller deres omkostninger både for den enkelte og samfundet.

Borgerne er blevet bedt om at svare på, om de for hver af de 20 sygdomme og lidelser har dem nu eller har haft dem tidligere. Svarmulighederne er ”nej, det har jeg aldrig haft”, ”ja, det har jeg nu” eller ”ja, det har jeg haft tidligere”. Ved sidstnævnte svar er borgerne desuden blevet spurgt, om de stadig har eftervirkninger af sygdommen. Svarmulighederne er her ”ja” eller ”nej”. Opgørelserne omfatter andelen af borgere, som har angivet at have sygdommen nu, samt dem, som har haft sygdommen tidligere og angiver, at de stadig har eftervirkninger af den.

Det er vigtigt at understrege, at tallene er baseret på selvrapportering og således afspejler borgernes egen opfattelse af, hvilke sygdomme de har. Det stemmer ikke nødvendigvis overens med forekomsten af objektive stillede diagnoser eller den faktiske udbredelse af de specifikke sygdomme i befolkningen. Forekomsten af de enkelte sygdomme i dette kapitel kan således være både over- eller underestimeret. Dertil kommer, at udviklingen i sygdomsforekomsterne vil være påvirket af en række forskellige faktorer i samfundet som f.eks. screeningsprogrammer, oplysningskampanjer, tabuer, stigmatisering eller mediefokus, som bør tages i betragtning, når tallene anvendes i de enkelte tilfælde. Endelig varierer forekomsten af mange af de langvarige sygdomme meget med alderen. Da resultaterne i tabellerne ikke er aldersjusterede, bør eventuelle aldersforskelle i de undersøgte befolkningsgrupper holdes in mente i fortolkningen af forekomsterne (se også kapitel 1.5).

Nogle af sygdomsbetegnelserne er mere afgrænsede og detaljerede end andre, og i opgørelserne slås visse sygdomskategorier sammen. Begrebet psykisk lidelse kan dække over en meget bred gruppe af lidelser fra angst, fobier og depression til svære tilfælde af skizofreni. Borgerne er blevet spurgt, om de har haft psykisk lidelse, som har varet hhv. mindre eller mere end seks måneder. Da der er betydeligt overlap i svarene på disse to kategorier, er de i kapitlet samlet under

betegnelsen ‘psykisk lidelse (kort eller langvarig)’. Som noget nyt i 2021, er borgerne derudover blevet spurgt om to specifikke psykiske lidelser henholdsvis angstlidelse og depression. Endelig er borgerne ligesom i 2017 blevet spurgt, om de har eller har haft en spiseforstyrrelse.

Kræft omfatter ligeledes en stor, varieret gruppe af kræftformer, som har forskellige forløb og udbredelse i befolkningen. Borgerne er blevet spurgt til kræft bredt set, hvilket betyder, at eventuelle forskelle mellem forskellige kræftformer ikke kan ses. Det samme gælder diabetes, hvor der heller ikke skelnes mellem diabetes type 1 og type 2. Betegnelsen KOL i tabellerne omfatter både KOL (Kronisk Obstruktiv Lungelidelse) og de sygdomsbilleder og -betegnelser, der ofte er en del af KOL (kronisk bronkitis, rygerlunger og emfysem (for store lunger)). Opgørelsen af hjertekar-sygdom indeholder dels iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og hjertekrampe) samt blodprop i hjernen/hjerneblødning. Opgørelsesmetoden for sygdomsforekomst er ensrettet med den nationale metode i 2021, og sygdomsresultaterne i årets rapport kan derfor afvige lidt fra de resultater, som er vist i tidligere rapporter.

De udvalgte langvarige sygdomme er især udbredt blandt (se tabel nedenfor):

- Førtidspensionister og borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse, hvad angår næsten alle de udvalgte sygdomme
- Mænd og ældre borgere (heriblandt alderspensionister), hvad angår mange af de somatiske sygdomme
- Kvinder, yngre borgere (heriblandt borgere under uddannelse), arbejdsløse, ikke-samlevende og borgere med ikke-vestlig baggrund, hvad angår:
 - psykisk lidelse
 - en eller flere af lidelserne migræne/hypig hovedpine, allergi og astma (gælder også borgere, der bor sammen med børn)

Siden 2017 er de udvalgte langvarige sygdomme især blevet mere udbredt blandt (data ikke vist):

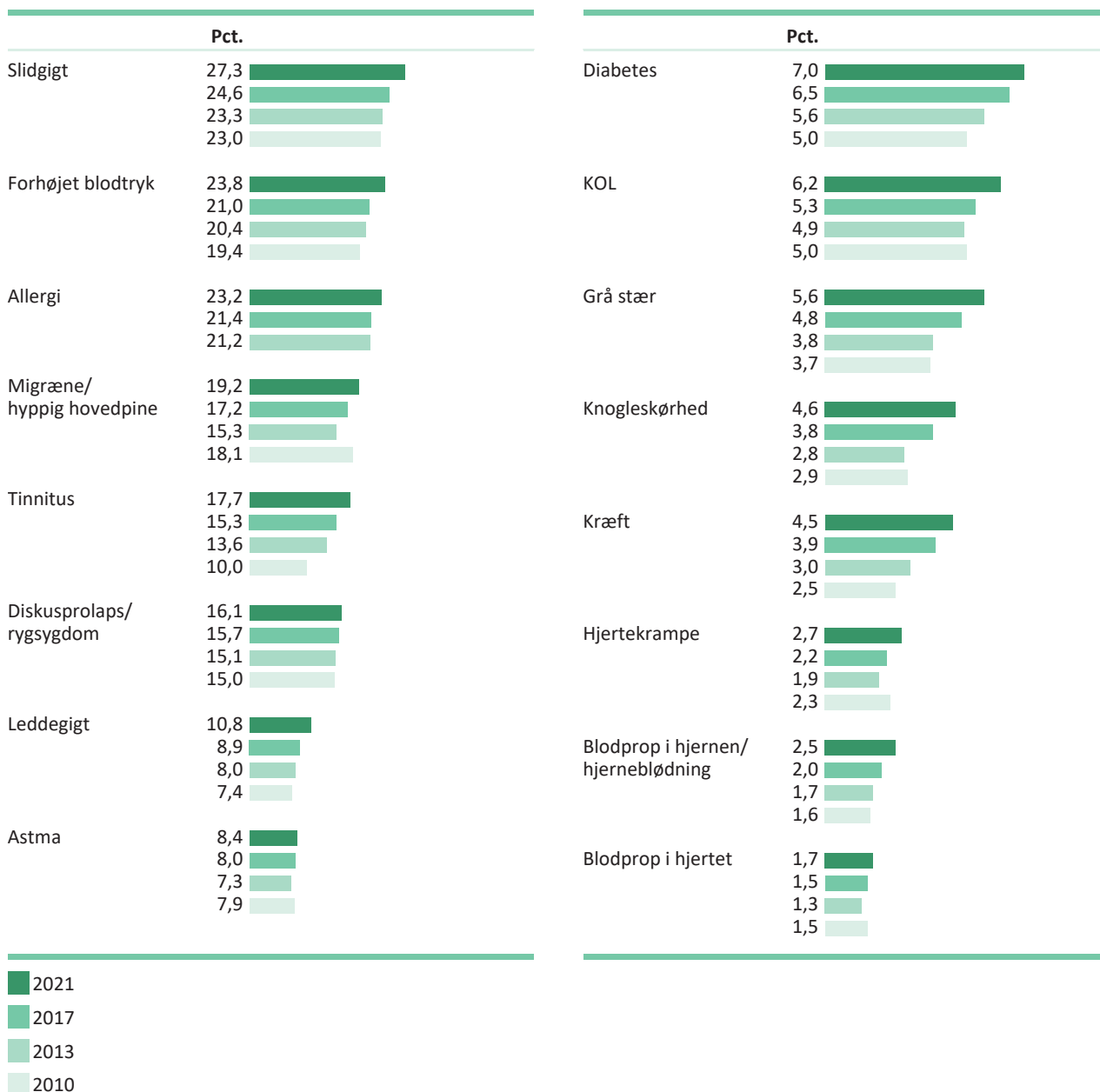
- De 65-79-årige og alderspensionister, hvad angår mange af sygdommene, herunder psykisk lidelse, hjerte-kar-sygdom, KOL og muskel- og skeletsygdomme
- De 25-34-årige, hvad angår psykisk lidelse
- Kvinder, især hvad angår knogleskørhed og KOL
- Mænd, især hvad angår hjerte-kar-sygdom og psykisk lidelse
- Borgere med lang videregående uddannelse, hvad angår hjerte-kar-sygdom
- Borgere med kort videregående uddannelse, hvad angår kræft
- Borgere, der bor sammen med en partner, og borgere, der er mellem 35 og 54 år, hvad angår spiseforstyrrelse

Andel borgere med udvalgte langvarige sygdomme (pct.)

Udvalgte borgergrupper, hvor mindst én sygdom er mere udbredt end i regionen samlet	KOL	Diabetes	Hjerte-kar-sygdom	Kræft	Slidgigt	Leddegigt	Diskusprolaps/ryggydom	Knogleskørhed	Psykisk lidelse (kort eller	Forhøjet blodtryk	Migræne/hypig hovedpine	Allergi	Astma
Region Sjælland 2021	6,2	7,0	5,8	4,5	27,3	10,8	16,1	4,6	13,4	23,8	19,2	23,2	8,4
Mand	6,4	8,7	6,9	4,3	23,3	11,8	15,6	1,9	10,4	24,7	12,2	19,9	7,6
Kvinde	6,1	5,4	4,7	4,6	31,2	9,9	16,6	7,2	16,2	22,9	26,0	26,4	9,1
Yngre borgere (16-24 år)	1,2	0,6	0,8	-	1,6	1,5	3,6	-	19,1	1,7	24,8	28,3	9,0
Under uddannelse	0,6	1,3	1,1	-	3,4	2,0	5,0	-	19,4	2,3	25,5	28,5	9,9
Ældre borgere (65-79 år)	12,3	14,3	11,3	9,2	48,1	17,9	20,8	10,0	7,1	46,2	9,6	17,2	7,6
Alderspensionister	12,5	14,4	12,3	10,0	50,1	17,9	21,4	11,4	7,0	47,6	9,2	16,5	7,6
Grundskole/gymnasial uddannelse	9,4	9,4	7,5	5,6	34,1	15,2	18,5	7,2	21,3	28,6	20,7	21,0	8,5
Arbejdsløse	5,7	4,9	3,3	1,9	27,6	12,7	16,2	2,7	28,8	17,5	27,3	30,5	14,2
Førtidspensionister	18,6	14,2	12,8	6,4	47,0	27,5	36,3	9,3	40,1	32,0	34,3	30,8	17,6
Efterlønsmodtagere	8,2	5,7	7,1	5,1	34,9	12,9	15,4	5,9	6,5	39,6	9,4	20,2	8,2
Ikke samlevende	7,5	7,4	6,3	4,7	27,0	11,1	15,2	5,7	18,2	24,1	19,4	23,6	9,3
Bor sammen med børn	1,8	2,4	1,6	1,1	10,7	5,1	11,8	0,6	14,0	7,6	25,0	27,2	7,9
Ikke-vestlig baggrund	4,4	9,2	6,4	2,8	21,0	14,8	17,9	4,3	18,5	18,4	27,6	26,4	9,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 4.2.1.a Forekomst af udvalgte langvarige fysiske sygdomme og helbredsproblemer (inkl. eftervirkninger)



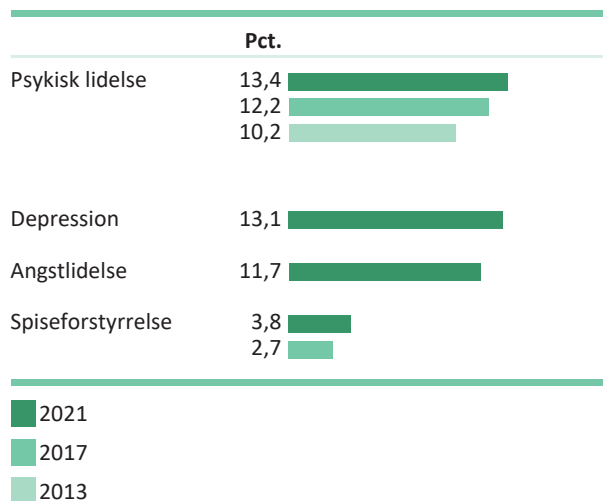
Blandt borgerne i Region Sjælland er slidgigt, forhøjet blodtryk og allergi de mest udbredte af de udvalgte sygdomme og helbredsproblemer (forekommer alle hos omkring hver fjerde borger), mens de mindst udbredte er hjerte-kar-sygdommene blodprop i hjerte eller hjerne samt hjertekrampe. Knap hver femte har migræne/hyppig hovedpine, og knap hver syvende en kort eller langvarig psykisk lidelse (13,4 pct.). Heraf

har hver femte udelukkende svaret ”ja” til kort psykisk lidelse, mens ca. to ud af fem udelukkende har svaret ”ja” til langvarig psykisk lidelse, og en tilsvarende del har svaret ”ja” til begge. Af de specifikke psykiske lidelser er depression den mest udbredte med en forekomst på 13,1 pct (se tabel på næste side).

Det er vigtigt at huske på, at forekomsterne både indeholder andelen af borgere, der har svaret, at de har den pågældende sygdom nu, og dem, der har svaret, at de har haft den tidligere og har eftervirkninger af den. Der er stor forskel på, hvor meget eftervirkningerne fylder relativt set i forhold til de enkelte sygdomme. For nogle sygdomme, som f.eks. hjerneblødning eller blodprop i hjertet, udgør eftervirkningerne som forventet en meget stor andel af borgerne med sygdommen eller eftervirkninger heraf (79,1 pct. for hjerneblødning), mens billedet er meget anderledes for f.eks. diabetes eller slidgigt, hvor eftervirkningerne kun udgør godt 4 pct. Generelt fylder eftervirkningerne også meget for de psykiske lidelser. For kort psykisk lidelse og for depression er det næsten hver anden og for lang psykisk lidelse knap hver tredje, for hvem sygdommen er angivet på grund af eftervirkninger (data ikke vist).

Forekomsten er steget betydeligt siden 2017 for alle sygdomme med målinger over tid med undtagelse af diskusprolaps/rygsygdom, astma, diabetes, kræft og blodprop i hjertet. Relativt set er forekomsten af spiseforstyrrelse, hjertekrampe, blodprop i hjernen/hjerneblødning, leddegigt og knogleskørhed blevet markant højere (alle er steget med mere end 20 pct.), hvilket for de fire somatiske sygdomme bør ses i lyset af den stigende andel af ældre i befolkningen i regionen (jf. kapitel 1).

Tabel 4.2.1.b Forekomst af psykisk lidelse samlet (kort eller langvarig) samt udvalgte specifikke psykiske lidelser (inkl. eftervirkninger)



Tabel 4.2.2 Forekomst af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom og kræft (inkl. eftervirkninger)

	KOL		Diabetes		Hjerte-kar-sygdom		Kræft	
		Pct.		Pct.		Pct.		Pct.
Region Sjælland 2021	6,2		7,0		5,8		4,5	
Region Sjælland 2017	5,3		6,5		4,8		3,9	
Region Sjælland 2013	4,9		5,6		4,3		3,0	
Region Sjælland 2010	5,0		5,0		4,6		2,5	
Køn								
Mand	6,4		8,7		6,9		4,3	
Kvinde	6,1		5,4		4,7		4,6	
Alder								
16-24 år	1,2		0,6		0,8		—	
25-34 år	1,4		1,8		1,9		0,8	
35-44 år	2,2		2,6		1,2		1,2	
45-54 år	3,7		4,7		3,1		2,6	
55-64 år	8,1		8,7		7,4		5,1	
65-79 år	12,3		14,3		11,3		9,2	
80+	13,2		14,6		15,9		12,9	
Uddannelsesmæssig baggrund								
Grundskole/gymnasial	9,4		9,4		7,5		5,6	
Kort uddannelse	7,4		8,4		6,7		5,0	
Kort videregående	4,8		6,9		5,6		5,7	
Mellemlang videregående	4,2		4,8		4,9		4,3	
Lang videregående	2,3		4,3		3,8		3,7	
Erhvervstilknytning								
Beskæftigede	2,4		3,6		2,5		2,0	
Arbejdsløse	5,7		4,9		3,3		1,9	
Førtidspensionister	18,6		14,2		12,8		6,4	
Efterlønsmodtagere	8,2		5,7		7,1		5,1	
Alderspensionister	12,5		14,4		12,3		10,0	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	7,5		6,0		6,4		3,8	
Under uddannelse	0,6		1,3		1,1		—	
Samlivsstatus								
Samlevende	5,4		6,8		5,5		4,3	
Ikke samlevende	7,5		7,4		6,3		4,7	
Samboende med børn u. 16 år								
Bor sammen med børn	1,8		2,4		1,6		1,1	
Bor ikke med børn	7,5		8,3		6,9		5,6	
Etnisk baggrund								
Dansk baggrund	6,3		7,0		5,8		4,6	
Anden vestlig baggrund	7,0		4,9		5,8		3,1	
Ikke-vestlig baggrund	4,4		9,2		6,4		2,8	

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Af de fire sygdomme KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme og kræft, som alle er omfattet af pakkeforløb eller forløbsprogrammer, er diabetes den mest udbredte, og kræft er den mindst udbredte. I alt 7,0 pct. af borgerne i regionen har diabetes, svarende til 49.100 borgere, mens 4,5 pct. af borgerne har kræft, svarende til 31.100 borgere. Der er en tendens til en stigning i forekomsten af kræft og diabetes i perioden fra 2010 til 2021, mens forekomsten af KOL og hjerte-kar-sygdom, som hhv. 43.300 og 40.400 borgere lider af i 2021, er steget markant fra 2017 til 2021 (stigningen er på hhv. 16,4 pct. og 19,8 pct.).

Køn og alder

Flere mænd end kvinder har diabetes og hjerte-kar-sygdom, mens forekomsten af KOL og kræft ikke varierer mellem kønnene. Der er en stigning i andelen af kvinder med KOL fra 2017 til 2021 (data ikke vist).

Der er en stærk sammenhæng mellem alder og forekomsten af de fire sygdomme. Efter ca. 45-årsalderen stiger sygdomsforekomsten markant, og stigningen fortsætter med stigende alder. Andelen af borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom og kræft er mellem ca. 6 og 13 gange større blandt borgere over 80 år end blandt borgere i aldersgruppen 35-44 år. Fra 2017 til 2021 er forekomsten af KOL og hjerte-kar-sygdom steget blandt de 65-79-årige (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i forekomsten af KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdom, som er to til fire gange højere blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse. I modsætning til de tre ovennævnte sygdomme er kræft omtrent lige udbredt i alle uddannelsesgrupper.

Forekomsten af KOL er langt mindre blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. For diabetes og hjerte-kar-sygdom er forskellen mindre udtalt, men for alle tre sygdomme er forekomsten blandt førtidspensionister og alderspensionister to-tre gange så stor som regionsgennemsnittet. Udbredelsen af kræft viser et lignende mønster, som dog adskiller sig for førtidspensionisterne, hvor forekomsten ligger tæt på regionsgennemsnittet. Alderspensionister, der også er gruppen med den højeste alder, har den største forekomst af kræft. Langt de fleste borgere under uddannelse er unge og har en lav forekomst af alle fire sygdomme.

Samlivsstatus og børn

Forekomsten af KOL er mindre udbredt blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden en samboende partner. Samme forskel ses ikke for hjerte-kar-sygdom, diabetes og kræft.

Borgere uden børn i hjemmet har en højere forekomst af alle fire sygdomme end borgere med børn i hjemmet. Dette skal ses i lyset af, at næsten ingen borgere med børn i hjemmet er over 65 år (se kapitel 1).

Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund er ikke entydigt relateret til forekomsten af de fire sygdomme. Dog er forekomsten af kræft lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund, hvor en større andel også er over 65 år.

Tabel 4.2.3 Forekomst af KOL (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	KOL					
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010	
Region Sjælland	6,2	43.300	5,3	4,9	5,0	
Guldborgsund	7,4	3.800	6,6	5,1	5,9	
Kalundborg	7,6	3.100	6,2	7,2	7,0	
Lolland	9,4	3.300	7,6	6,5	6,8	
Odsherred	7,6	2.200	6,9	7,3	5,5	
Slagelse	6,9	4.400	6,2	5,0	6,1	
Vordingborg	8,0	3.100	6,7	4,5	5,6	
Faxe	6,3	1.900	5,5	4,1	4,2	
Holbæk	5,5	3.300	5,4	4,9	4,8	
Næstved	6,0	4.200	4,8	4,8	5,1	
Ringsted	5,3	1.500	4,7	4,7	3,7	
Sorø	5,7	1.400	4,2	4,1	4,3	
Stevns	6,2	1.200	3,8	6,2	5,4	
Greve	4,7	1.900	3,7	3,4	4,3	
Køge	6,0	3.000	3,8	4,2	4,8	
Lejre	4,9	1.100	4,4	3,8	2,3	
Roskilde	4,3	3.200	4,5	3,9	3,2	
Solrød	3,7	700	4,5	3,8	3,5	

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kommunevariation

Andelen af borgere med KOL varierer mellem regionens kommuner fra 3,7 pct. til 9,4 pct. Forekomsten af KOL er langt højere i socioøkonomisk udfordrede kommuner, særligt Lolland Kommune, end i bedre stillede kommuner som f.eks. Solrød og Roskilde kommuner. Desuden er andelen af borgere med KOL mindst i kommuner tæt på hovedstadsområdet og i en række midtsjællandske kommuner (se regionskort på side 109).

Der er en klar tendens til en stigning i forekomsten af KOL over tid i mange af kommunerne, men i ingen af kommunerne er stigningen signifikant, dog med undtagelse af Lejre Kommune, hvor andelen af borgere med KOL er signifikant højere i 2021 (4,9 pct.) end i 2010 (2,3 pct.). Der er en tendens til, at stigninger i andelen af borgere med KOL fra 2010 til 2021 er større blandt socioøkonomisk udfordrede kommuner end blandt bedre stillede kommuner.

Tabel 4.2.4 Forekomst af diabetes (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Diabetes				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	7,0	49.100	6,5	5,6	5,0
Guldborgsund	9,3	4.800	6,5	6,9	5,1
Kalundborg	7,5	3.000	7,3	5,6	6,1
Lolland	8,9	3.100	10,0	6,1	6,0
Odsherred	8,2	2.300	8,4	7,6	5,8
Slagelse	8,1	5.200	7,4	6,3	5,3
Vordingborg	6,8	2.600	7,2	6,2	6,8
Faxe	7,5	2.300	5,8	6,0	5,1
Holbæk	6,6	3.900	6,7	5,3	4,1
Næstved	6,9	4.800	5,2	6,6	3,6
Ringsted	6,1	1.700	7,0	5,0	5,2
Sorø	7,1	1.800	5,6	4,9	5,9
Stevns	7,1	1.400	6,0	4,7	5,1
Greve	6,4	2.600	5,3	4,5	6,1
Køge	7,2	3.600	5,7	4,8	4,3
Lejre	5,1	1.200	4,4	5,3	6,0
Roskilde	5,2	3.800	6,7	4,0	3,2
Solrød	5,2	1.000	4,9	4,8	5,8

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kommunevariation

Andelen af borgere med diabetes varierer mellem regionens kommuner fra 5,1 pct. i Lejre Kommune til henholdsvis 8,9 pct. og 9,3 pct. i Lolland og Guldborgsund kommuner. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner generelt har en højere forekomst af diabetes end bedre stillede kommuner, og geografisk til at forekomsten generelt stiger med afstanden fra hovedstadsområdet (se regionskort på side 109). I størstedelen af kommunerne afviger forekomsten af diabetes dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med diabetes er større i 2021 end i 2010. Tendensen er tydeligst i socioøkonomisk udfordrede kommuner, navnlig i Guldborgsund Kommune, men også i Næstved Kommune er stigningen markant. I de to kommuner er andelen af borgere med diabetes steget hhv. 80 pct. og 90 pct. mellem 2010 og 2021. Forekomsten af diabetes er dog også blevet lavere i enkelte kommuner, men ændringerne er ikke signifikante.

Tabel 4.2.5 Forekomst af hjerte-kar-sygdom (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Hjerte-kar-sygdom				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	5,8	40.400	4,8	4,3	4,6
Guldborgsund	6,7	3.400	6,1	4,8	5,9
Kalundborg	6,6	2.700	4,8	4,5	5,1
Lolland	9,0	3.100	6,6	6,0	7,2
Odsherred	6,5	1.800	6,9	5,7	5,4
Slagelse	5,9	3.800	4,4	5,0	4,9
Vordingborg	7,2	2.800	5,5	6,2	4,7
Faxe	7,5	2.300	4,8	3,9	4,6
Holbæk	5,9	3.500	4,8	3,7	3,4
Næstved	5,5	3.900	5,8	3,4	4,2
Ringsted	5,4	1.500	4,4	4,2	3,9
Sorø	5,7	1.400	3,9	4,0	5,2
Stevns	5,6	1.100	4,3	5,0	5,2
Greve	4,5	1.800	4,1	3,4	3,0
Køge	4,9	2.400	4,9	3,4	4,6
Lejre	5,0	1.100	3,9	3,4	4,6
Roskilde	3,6	2.700	3,2	3,5	3,3
Solrød	5,4	1.000	2,6	2,6	3,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kommunevariation

Andelen af borgere med hjerte-kar-sygdom varierer mellem regionens kommuner fra 3,6 pct. i Roskilde Kommune til 9,0 pct. i Lolland Kommune. Forekomsten er to-tre gange så stor i de kommuner med den højeste forekomst sammenlignet med dem med den laveste. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en højere forekomst af hjerte-kar-sygdom end bedre stillede kommuner, men samtidigt afviger mange af kommunerne ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Geografisk ses et mønster i forekomsten af hjerte-kar-sygdom, hvor den største andel er i de sydlige og vestlige kommuner, og den mindste andel er i de nordøstligste kommuner (se regionskort på side 109).

Der er i alle kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med hjerte-kar-sygdom i 2021 er større end i 2010. Overordnet set tenderer stigningen til at være mindst i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner. For mange af kommunerne ses tendensen til stigning både fra 2013 til 2017 og fra 2017 til 2021. Ændringerne er dog ikke signifikante med undtagelse af stigningen på over 100 pct. i Solrød Kommune fra 2017 til 2021.

Tabel 4.2.6 Forekomst af kræft (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Kræft				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	4,5	31.100	3,9	3,0	2,5
Guldborgsund	4,7	2.400	3,3	3,6	2,4
Kalundborg	4,3	1.800	3,6	2,7	2,0
Lolland	6,0	2.100	3,4	3,4	2,5
Odsherred	5,9	1.700	3,9	3,6	2,8
Slagelse	5,0	3.200	4,5	3,2	2,8
Vordingborg	4,6	1.800	3,8	3,3	2,5
Faxe	4,4	1.400	4,1	2,6	2,3
Holbæk	4,5	2.700	4,0	2,6	2,2
Næstved	3,6	2.600	4,2	3,2	2,3
Ringsted	3,5	1.000	4,1	2,8	3,1
Sorø	5,0	1.200	3,9	2,2	2,6
Stevns	4,4	900	3,8	4,1	2,7
Greve	4,5	1.800	3,2	4,1	2,7
Køge	3,8	1.900	4,9	2,6	2,7
Lejre	4,4	1.000	3,5	2,8	3,0
Roskilde	4,1	3.000	3,5	2,0	2,6
Solrød	4,3	800	3,1	3,5	2,8

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer fra 2017 til 2021 er omtalt i teksten.

Kommunevariation

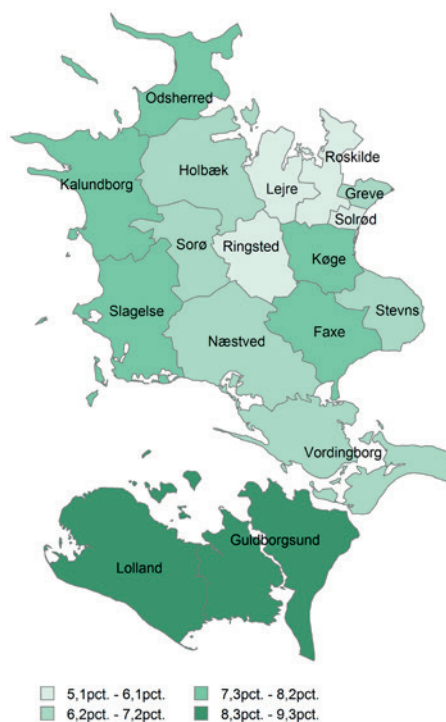
Andelen af borgere med kræft varierer i mindre grad på tværs af regionens kommuner end forekomsten af diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom. Forekomsten af kræft er i alle kommuner mellem 3,6 pct. og 6,0 pct., men afviger dog signifikant fra regionsgennemsnittet i Lolland og Odsherred kommuner. Geografisk er der ikke et tydeligt mønster.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med kræft i 2021 er større end i tidligere år, og sammenlignet med 2010 er ændringen signifikant i Guldborgsund, Kalundborg, Lolland, Odsherred, Vordingborg, Holbæk og Sorø kommuner, altså primært blandt socioøkonomisk udfordrede kommuner. Derudover er andelen steget markant i Lolland Kommune mellem 2017 og 2021.

Kort 4.2.7 Forekomst af KOL (inkl. eftervirkninger)



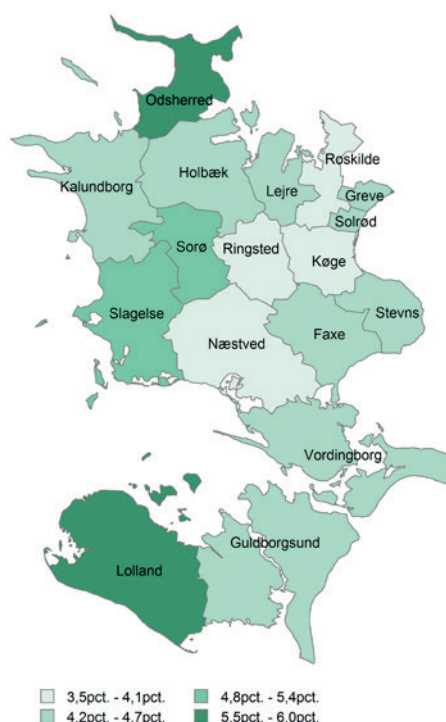
Kort 4.2.8 Forekomst af diabetes (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.9 Forekomst af hjerte-kar-sygdom (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.10 Forekomst af kræft (inkl. eftervirkninger)



Tabel 4.2.11 Forekomst af slidgigt, leddegigt, diskusprolaps/rygsygdom og knogleskørhed (inkl. eftervirkninger)

	Slidgigt	Leddegigt	Diskusprolaps/ rygsygdom	Knogleskørhed
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2021	27,3	10,8	16,1	4,6
Region Sjælland 2017	24,6	8,9	15,7	3,8
Region Sjælland 2013	23,3	8,0	15,1	2,8
Region Sjælland 2010	23,0	7,4	15,0	2,9
Køn				
Mand	23,3	11,8	15,6	1,9
Kvinde	31,2	9,9	16,6	7,2
Alder				
16-24 år	1,6	1,5	3,6	—
25-34 år	5,7	4,1	9,6	—
35-44 år	10,5	4,4	13,1	0,5
45-54 år	23,5	9,3	17,7	2,1
55-64 år	38,1	16,3	20,5	4,9
65-79 år	48,1	17,9	20,8	10,0
80+	57,1	17,9	23,6	16,4
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	34,1	15,2	18,5	7,2
Kort uddannelse	32,9	13,0	18,9	4,8
Kort videregående	26,9	9,7	14,8	4,8
Mellemlang videregående	26,0	7,6	14,9	4,5
Lang videregående	14,0	5,7	11,4	1,6
Erhvervstilknøytning				
Beskæftigede	16,9	6,4	12,5	1,3
Arbejdsløse	27,6	12,7	16,2	2,7
Førtidspensionister	47,0	27,5	36,3	9,3
Efterlønsmodtagere	34,9	12,9	15,4	5,9
Alderspensionister	50,1	17,9	21,4	11,4
Øvrige ikke-erhvervsaktive	29,4	14,8	23,9	3,2
Under uddannelse	3,4	2,0	5,0	—
Samlivsstatus				
Samlevende	27,5	10,6	16,6	3,9
Ikke samlevende	27,0	11,1	15,2	5,7
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	10,7	5,1	11,8	0,6
Bor ikke med børn	32,6	12,4	17,4	5,7
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	27,9	10,5	15,9	4,7
Anden vestlig baggrund	22,8	12,8	17,6	2,1
Ikke-vestlig baggrund	21,0	14,8	17,9	4,3

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Mange af Region Sjællands borgere lider af muskel- og skeletsygdomme. Især slidgigt og diskusprolaps/rygsygdom er meget udbredte. Mere end hver fjerde borger i regionen lider af slidgigt (27,3 pct. svarende til 190.400 borgere), mens omkring hver sytten har en rygsygdom (svarende til 112.100 borgere), og 4,6 pct. (31.900 borgere) har knogleskørhed. Forekomsten af leddegigt er opgjort til 10,8 pct. Tallet er antageligt behæftet med stor usikkerhed, idet andre kilder angiver en langt lavere forekomst af denne specifikke gigttilidelse (ca. 1 pct. diagnosticeret leddegigt blandt voksne (22; 23)). Fire ud af fem deltagere, som har angivet at have leddegigt, har også svaret ”ja” til at have slidgigt, mens en ud af fem udelukkende har svaret ”ja” til at have leddegigt.

Der er en tendens til en stigning i alle fire sygdomme over tid. For slidgigt, leddegigt og knogleskørhed er stigningen signifikant fra 2017 til 2021. Mest markant er stigningen fra 2017 til 2021 for leddegigt og knogleskørhed, som begge er steget med omkring 20 pct (data ikke vist).

Køn og alder

Slidgigt, diskusprolaps/rygsygdom og knogleskørhed er mest udbredt blandt kvinder, mens flere mænd end kvinder har svaret, at de har leddegigt. Fra 2017 til 2021 er gigtsygdommene hos begge køn samt knogleskørhed hos kvinder blevet mere udbredt.

Forekomsten af alle de fire muskel- og skeletsygdomme stiger med alderen. Sammenhængen mellem alder og forekomst er dog stærkest for slidgigt og knogleskørhed. F.eks. har over halvdelen af borgerne over 80 år slidgigt (57,1 pct.), mens det kun gælder 1,6 pct. af borgerne under 25 år. Blandt de 65–79-årige er forekomsten af alle fire sygdomme steget fra 2017 til 2021 (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er stor forskel i udbredelsen af muskel- og skeletsygdomme mellem befolkningsgrupper med forskelligt uddannelsesniveau. Forekomsten er markant højere blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse eller kort uddannelse (sidstnævnte med undtagelse af knogleskørhed) sammenlignet med borgere med længere uddannelser.

Den ulige fordeling af sygdomme hos borgere med forskellige uddannelsesniveauer er lidt mindre tydelig for diskusprolaps/rygsygdom end for de øvrige muskel- og skeletsygdomme. Siden 2017 er andelen, der svarer, at de har slidgigt hhv. leddegigt, steget blandt borgere med kort uddannelse, mens andelen med knogleskørhed er steget blandt mellemlangt videregående borgere.

Borgere i beskæftigelse har en lavere forekomst af muskel- og skeletsygdomme end regionsgennemsnittet. Forekomsten af disse sygdomme er især høj blandt førtidspensionister, hvoriblandt 47,0 pct. angiver at have slidgigt, 27,5 pct. leddegigt, 36,3 pct. diskusprolaps/rygsygdom og 9,3 pct. knogleskørhed. Blandt alderspensionister er andelen af borgere med især slidgigt og knogleskørhed også relativt stor, hvilket skal ses i lyset af den høje gennemsnitsalder i denne gruppe. Andelen blandt alderspensionister med slidgigt, leddegigt og diskusprolaps er steget siden 2017.

Samlivsstatus og børn

Knogleskørhed er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere der gør, mens forekomsten af slidgigt, leddegigt og diskusprolaps/rygsygdom ikke varierer med borgerens samlivsstatus. Forekomsten af slidgigt, leddegigt og knogleskørhed er steget blandt samlevende siden 2017. Borgere uden børn i hjemmet har en højere forekomst af alle fire muskel- og skeletsygdomme, hvilket skal ses i lyset af, at denne gruppe generelt er ældre end borgere uden børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund er ikke entydigt relateret til forekomsten af de fire muskel- og skeletsygdomme. Forekomsten af slidgigt er højest blandt borgere med dansk baggrund, mens andelen, der angiver at have leddegigt, derimod er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Siden 2017 er andelen med slidgigt steget mere end 50 pct. blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (fra 13,6 pct. til 21,0 pct., data ikke vist). Diskusprolaps/rygsygdom og knogleskørhed er nogenlunde lige udbredt blandt de forskellige grupper. Dog ligger forekomsten af knogleskørhed blandt borgere med anden vestlig baggrund under regionsgennemsnittet.

Tabel 4.2.12 Forekomst af slidgigt, leddegigt, diskusprolaps/rygsygdom og knogleskørhed (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Slidgigt		Leddegigt		Diskusprolaps/ rygsygdom		Knogleskørhed	
	Pct.		Pct.		Pct.		Pct.	
Region Sjælland	27,3		10,8		16,1		4,6	
Guldborgsund	33,8		15,8		18,0		5,4	
Kalundborg	29,2		11,7		17,7		5,6	
Lolland	34,1		15,0		18,6		4,5	
Odsherred	32,4		12,3		19,3		5,9	
Slagelse	26,7		11,1		16,7		5,0	
Vordingborg	31,5		13,9		16,8		4,4	
Faxe	27,2		10,9		16,9		4,4	
Holbæk	26,4		9,5		18,8		4,8	
Næstved	27,3		10,6		14,3		4,0	
Ringsted	24,9		10,5		17,9		3,9	
Sorø	24,1		8,0		15,8		4,1	
Stevns	29,1		12,2		16,9		3,5	
Greve	25,2		8,7		13,1		4,8	
Køge	25,7		9,4		14,4		3,9	
Lejre	25,7		8,0		15,5		4,8	
Roskilde	21,0		7,6		12,4		4,1	
Solrød	24,1		8,8		14,6		4,6	

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med muskel- og skeletsygdomme varierer på tværs af regionens kommuner. Socioøkonomisk udfordrede kommuner har generelt en højere forekomst af muskel- og skeletlidelser end bedre stillede kommuner. Variationen og den sociale ulighed mellem kommuner er størst, hvad angår gigt-sygdommene. I gruppen af de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner har mellem 26,7 pct. og 34,1 pct. af borgerne slidgigt, mens andelen varierer mellem 21,0 pct. og 25,7 pct. i gruppen af bedst stillede kommuner. Alle de fire muskel- og skeletsygdomme viser overordnet set et geografisk billede med relativ høj forekomst i regionens sydligste og nordvestligste kommuner

Der er i langt størstedelen af Region Sjællands kommuner en tendens til, at forekomsten af de fire muskel- og skeletlidelser er steget fra 2010 til 2021. Andelen af borgere, som angiver, at de har leddegigt, er mellem 2017 og 2021 steget signifikant i Guldborgsund og Vordingborg kommuner (data ikke vist).

Kort 4.2.13 Forekomst af slidgigt (inkl. eftervirkninger)



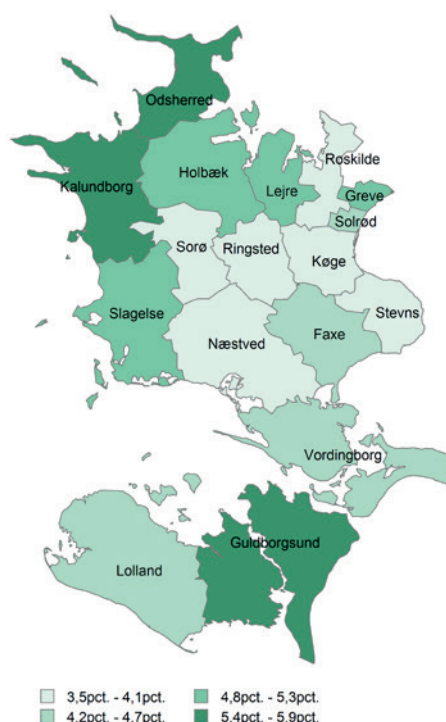
Kort 4.2.14 Forekomst af leddegigt (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.15 Forekomst af diskusprolaps/rygsygdom (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.16 Forekomst af knogleskørhed (inkl. eftervirkninger)



Tabel 4.2.17 Forekomst af psykisk lidelse (kort eller langvarig) samlet og depression, angstlidelse og spiseforstyrrelse specifikt (inkl. eftervirkninger)

	Psykisk lidelse Pct.	Depression Pct.	Angstlidelse Pct.	Spiseforstyrrelse Pct.
Region Sjælland 2021	13,4	13,1	11,7	3,8
Region Sjælland 2017	12,2			2,7
Region Sjælland 2013	10,2			
Køn				
Mand	10,4	10,9	8,5	2,4
Kvinde	16,2	15,2	14,9	5,1
Alder				
16-24 år	19,1	18,5	21,8	8,0
25-34 år	22,9	20,4	21,1	5,9
35-44 år	15,6	13,9	12,9	4,9
45-54 år	13,7	13,0	11,9	4,0
55-64 år	11,4	11,9	8,9	2,5
65-79 år	7,1	8,2	5,4	1,3
80+	6,3	9,5	3,9	1,4
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	21,3	20,8	19,6	6,1
Kort uddannelse	10,7	11,6	9,5	2,3
Kort videregående	11,3	11,3	8,8	2,8
Mellemlang videregående	12,6	10,8	9,7	3,2
Lang videregående	8,1	6,6	6,8	2,4
Erhvervstilknøytning				
Beskæftigede	10,2	9,4	8,9	2,6
Arbejdsløse	28,8	28,5	20,9	9,7
Førtidspensionister	40,1	38,5	33,1	10,3
Efterlønsmodtagere	6,5	7,4	7,8	—
Alderspensionister	7,0	8,5	5,0	1,3
Øvrige ikke-erhvervsaktive	37,3	36,8	36,0	11,2
Under uddannelse	19,4	18,6	21,1	8,1
Samlivsstatus				
Samlevende	10,4	9,7	8,9	2,7
Ikke samlevende	18,2	18,9	16,5	5,4
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	14,0	11,5	12,4	3,9
Bor ikke med børn	13,1	13,6	11,5	3,6
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	13,1	12,7	11,5	3,4
Anden vestlig baggrund	11,3	12,9	9,5	4,9
Ikke-vestlig baggrund	18,5	21,3	18,0	8,2

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Mere end hver ottende borger i Region Sjælland (13,4 pct.) lider af en psykisk lidelse af kortere eller længere varighed. Det svarer til 93.100 borgere. De 2,5 pct. har alene svaret "ja" til kort psykisk lidelse, og 4,8 pct. alene "ja" til langvarig psykisk lidelse, mens 5,7 pct. har svaret "ja" til både kort og langvarig psykisk lidelse.

Af de mere specifikke psykiske lidelser (depression, angstlidelse og spiseforstyrrelse) er depression den mest hyppigt forekommende. I alt 13,1 pct. (svarende til 91.400 borgere) lider af depression eller har eftervirkninger heraf, mens hhv. 11,7 pct. og 3,8 pct. har svaret specifikt, at de har angstlidelse eller en spiseforstyrrelse eller eftervirkninger heraf. Der er et vist overlap mellem psykisk lidelse (kort eller langvarig) og de specifikke psykiske lidelser. Omtrent to ud tre af de borgere, der har depression eller angstlidelse, har også svaret "ja" til, at de har en psykisk lidelse (kort eller langvarig) eller eftervirkninger heraf.

Siden 2013 er forekomsten af borgere med psykisk lidelse steget fra 10,2 til 13,4 pct. Det svarer til en stigning på ca. 30 pct. over otte år, hvor stigningen dog har været størst mellem 2013 og 2017. Andelen af borgere med spiseforstyrrelse er steget med 37,0 pct. fra 2017 til 2021.

Køn og alder

Psykiske lidelser, herunder de tre specifikke i opgørelsen, er betydeligt mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd. Relativt er kønsforskellen størst for spiseforstyrrelse. Andelen med psykisk lidelse (kort eller langvarig) er imidlertid steget mere blandt mænd end blandt kvinder siden 2017, således at kønsforskellen er mindsket (data ikke vist).

I modsætning til de fysiske sygdomme er psykiske lidelser langt mere udbredt i den yngre end i den ældre del af befolkningen. Blandt borgere under 35 år har omtrent hver femte således en psykisk lidelse (19,1 - 22,9 pct.), mens det blandt borgere over 65 år kun gælder omkring hver femtende (6,3 - 7,1 pct.). Blandt de unge er både angstlidelse og depression 2-3 gange hyppigere end spiseforstyrrelse. Med stigende alder falder forekomsten af spiseforstyrrelser hurtigere end forekomsten af depression og angstlidelse. Siden 2017 er andelen af borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig) steget med knap 5 procentpoint blandt de 25-34-årige, og andelen med spiseforstyrrelse er især steget blandt de 35-54-årige (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er sammenhæng mellem borgernes uddannelsesniveau og forekomsten af psykiske lidelser. Forekomsten er især høj blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse. I denne gruppe har omkring hver femte borger en psykisk lidelse af kortere eller længere varighed, mens det samme gælder for hver tolvte borger med en lang videregående uddannelse. Samme mønster ses for de specifikke psykiske lidelser.

Sammenhængen med erhvervstilknytning viser en langt større forekomst af psykiske lidelser blandt borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet (herunder førtidspensioner og arbejdsløse) end blandt borgere i beskæftigelse. Blandt borgere under uddannelse er andelen med psykisk lidelse (kort eller lang varighed) og de specifikke psykiske lidelser også højere end blandt borgere i beskæftigelse. Det skal ses i lyset af, at der er en meget stor andel af unge i denne gruppe. Siden 2017 er andelen af borgere med psykisk lidelse især steget blandt borgere med mellemlang uddannelse og alderspensionister.

Samlevsstatus og børn

Psykisk lidelse, både generelt og de specifikke, er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner. Fra 2017 til 2021 er andelen med en spiseforstyrrelse dog steget blandt borgere, der bor sammen med en partner (data ikke vist). Der er ikke forskel på forekomsten af psykisk lidelse blandt borgere, der har hhv. ikke har børn under 16 år i hjemmet, bortset fra forekomsten af depression, som er lavere blandt borgere med børn i hjemmet end borgere uden børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Der er en markant større andel med psykisk lidelse, både generelt og de specifikke psykiske lidelser, blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund. Mere end hver femte borger med ikke-vestlig baggrund lider af depression, og i denne gruppe har mere end dobbelt så mange en spiseforstyrrelse som blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.2.18 Forekomst af psykisk lidelse (kort eller langvarig) samlet og depression, angstlidelse og spiseforstyrrelse specifikt (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Psykisk lidelse		Depression		Angstlidelse		Spiseforstyrrelse	
	Pct.		Pct.		Pct.		Pct.	
Region Sjælland	13,4		13,1		11,7		3,8	
Guldborgsund	12,8		13,8		11,2		2,9	
Kalundborg	16,1		15,4		12,0		3,3	
Lolland	14,5		17,3		12,2		3,2	
Odsherred	13,8		13,7		11,7		3,3	
Slagelse	15,2		14,0		12,0		4,8	
Vordingborg	11,9		12,9		12,2		3,8	
Faxe	13,9		14,4		11,6		3,9	
Holbæk	14,4		14,1		12,9		4,6	
Næstved	13,5		12,3		13,1		3,2	
Ringsted	16,2		15,2		14,7		5,7	
Sorø	13,6		13,1		11,6		3,8	
Stevns	13,1		13,7		10,4		3,4	
Greve	10,9		9,9		9,9		3,3	
Køge	13,0		12,2		11,9		4,2	
Lejre	10,5		9,0		10,0		2,7	
Roskilde	11,5		11,1		10,4		3,6	
Solrød	11,0		11,4		9,9		3,8	

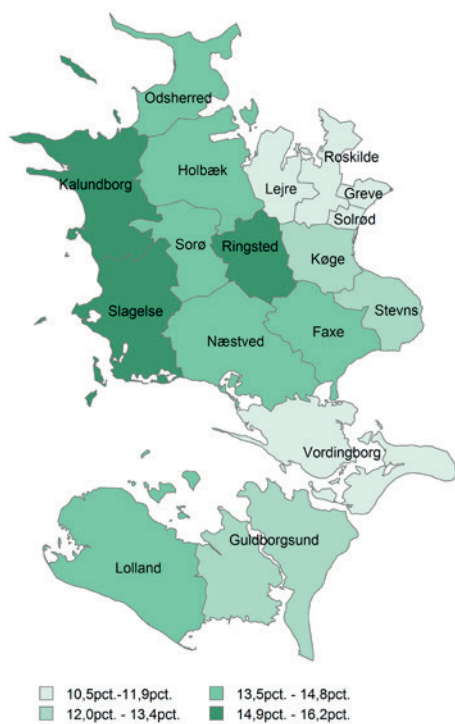
- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig) varierer på tværs af regionens kommuner fra 10,5 pct. i Lejre Kommune til 16,2 pct. i Ringsted Kommune. I de fleste kommuner afviger forekomsten ikke signifikant fra regionsgennemsnittet, men der er en tendens til, at socioøkonomisk bedre stillede kommuner har en lavere forekomst af psykisk lidelse (kort eller langvarig) og depression end de øvrige kommuner. Mønsteret er mindre tydeligt for angstlidelse, og hvad angår forekomsten af spiseforstyrrelse ses der ikke en socioøkonomisk forskel. Geografisk ses der dog et mønster for angstlidelse og spiseforstyrrelse med højere forekomst i flere af de midtsjællandske kommuner, mens der for psykisk lidelse (kort eller langvarig) og depression er tendens til en højere forekomst i de vestligste kommuner.

I stort set alle kommuner ses der fra 2017 til 2021 en tendens til stigning i andelen af borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig). En tilsvarende tendens til stigning ses fra 2013 til 2017, og samlet i perioden 2013 til 2021 er forekomsten af psykisk lidelse særligt steget i Faxe, Kalundborg, Odsherred og Ringsted kommuner. Fra 2017 til 2021 ses der også tendens til en stigning i andelen af borgere med spiseforstyrrelse i de fleste kommuner. Stigningstendensen er her mindre udtalt i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner end i de øvrige kommuner (data ikke vist).

Kort 4.2.19 Forekomst af psykisk lidelse (kort eller langvarig) (inkl. eftervirkninger)



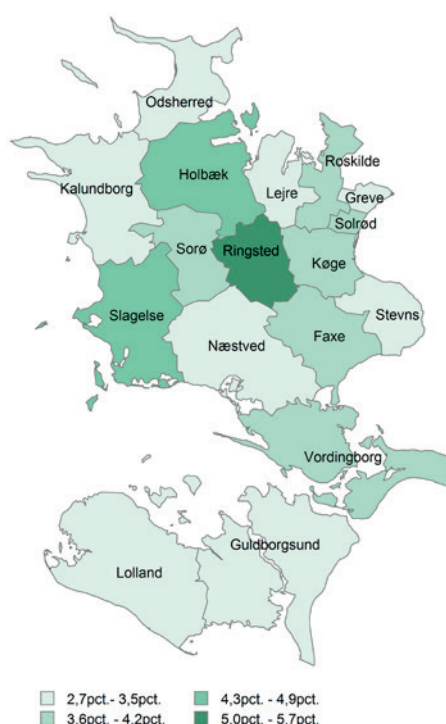
Kort 4.2.20 Forekomst af depression (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.21 Forekomst af angstlidelse (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.22 Forekomst af spiseforstyrrelse (inkl. eftervirkninger)



Tabel 4.2.23 Forekomst af forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma (inkl. eftervirkninger)

	Forhøjet blodtryk	Migræne/hyppig hovedpine	Allergi	Astma
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2021	23,8	19,2	23,2	8,4
Region Sjælland 2017	21,0	17,2	21,4	8,0
Region Sjælland 2013	20,4	15,3	21,2	7,3
Region Sjælland 2010	19,4	18,1		7,9
Køn				
Mand	24,7	12,2	19,9	7,6
Kvinde	22,9	26,0	26,4	9,1
Alder				
16-24 år	1,7	24,8	28,3	9,0
25-34 år	3,6	26,2	27,0	8,7
35-44 år	8,5	25,5	27,3	8,3
45-54 år	17,1	23,1	25,6	8,5
55-64 år	31,2	18,3	22,5	8,8
65-79 år	46,2	9,6	17,2	7,6
80+	52,6	7,8	14,3	7,9
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	28,6	20,7	21,0	8,5
Kort uddannelse	28,7	18,0	21,4	8,4
Kort videregående	25,1	17,5	22,8	7,5
Mellemlang videregående	20,5	20,2	26,5	7,9
Lang videregående	14,4	12,9	26,0	6,6
Erhvervstilknøytning				
Beskæftigede	13,8	20,6	24,9	7,5
Arbejdsløse	17,5	27,3	30,5	14,2
Førtidspensionister	32,0	34,3	30,8	17,6
Efterlønsmodtagere	39,6	9,4	20,2	8,2
Alderspensionister	47,6	9,2	16,5	7,6
Øvrige ikke-erhvervsaktive	20,0	31,8	26,1	8,9
Under uddannelse	2,3	25,5	28,5	9,9
Samlivsstatus				
Samlevende	23,6	19,1	23,0	7,8
Ikke samlevende	24,1	19,4	23,6	9,3
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	7,6	25,0	27,2	7,9
Bor ikke med børn	28,5	17,0	22,3	8,4
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	24,1	18,8	23,0	8,2
Anden vestlig baggrund	23,6	18,2	24,7	10,7
Ikke-vestlig baggrund	18,4	27,6	26,4	9,1

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

I tabel 4.2.23 beskrives forekomsten af fire forskellige, relativt hyppige sygdomme og tilstande: forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma. Knap hver fjerde borger i regionen (23,8 pct.) har forhøjet blodtryk, og en lidt mindre andel har allergi, svarende til over 160.000 borgere i hver kategori. Næsten hver femte borger har migræne eller hyppig hovedpine (19,2 pct. svarende til 133.900 borgere), og godt 8 pct. har astma (58.200 borgere).

Andelen af borgere med sygdommene er steget fra 2013 til 2021, og for forhøjet blodtryk ses en stigning helt tilbage fra 2010. Forekomsten er steget mest for forhøjet blodtryk (22,7 pct. fra 2010 til 2021) og migræne/hyppig hovedpine (25,5 pct.) og mindre for astma (15,1 pct.) og allergi (9,4 pct.) (tre sidstnævnte fra 2013-2021). Også fra 2017 til 2021 er forekomsten af sygdommene steget, dog er forekomsten af astma omtrent som i 2017.

Køn og alder

Flere kvinder end mænd har astma, allergi og migræne/hyppig hovedpine, mens der er lidt flere mænd end kvinder, der har forhøjet blodtryk. Kønsforskellen er størst, hvad angår migræne/hyppig hovedpine, der er mere end dobbelt så udbredt blandt kvinder (26,0 pct.) end blandt mænd (12,2 pct.). Andelen med migræne/hyppig hovedpine og allergi er især steget blandt kvinder siden 2017.

Forekomsten af forhøjet blodtryk øges med stigende alder. Mere end hver anden borger over 80 år lider af forhøjet blodtryk, mens det kun gælder få procent af borgerne under 35 år. Andelen med forhøjet blodtryk blandt de 65-79-årige er steget 3,6 procentpoint fra 2017 til 2021 (data ikke vist). Allergi og migræne/hyppig hovedpine er derimod mest udbredt blandt yngre borgere. Omkring hver fjerde borger eller mere under 55 år har således enten allergi eller migræne/hyppig hovedpine. Andelen med migræne/hyppig hovedpine blandt de 55-64-årige er steget siden 2017, og det samme gælder andelen med allergi blandt de 45-54-årige (begge steget med omkring 3 procentpoint) (data ikke vist). Forekomsten af astma i de forskellige aldersgrupper er omtrent ens dog med en svag tendens til større udbredelse i de yngste aldersgrupper

Uddannelse og erhvervstilknøytning

Der stor forskel i forekomsten af forhøjet blodtryk alt efter uddannelsesniveaue og erhvervstilknøytning, mens den samme sociale ulighed ikke ses så tydeligt for de øvrige sygdomme. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk falder med stigende uddannelsesniveaue. For migræne/hyppig hovedpine, hvor borgere med lang videregående uddannelse har den laveste forekomst, er denne tendens svagere. Som den eneste sygdom i kapitlet forholder det sig omvendt for allergi, der er mere udbredt blandt borgere med de længere uddannelsesforløb end blandt borgere med de korteste uddannelser. Udbredelsen af astma er omtrent den samme uanset uddannelsesniveaue.

Forekomsten af de fire sygdomme og tilstande varierer med borgernes erhvervstilknøytning. Førtidspensionister har generelt en høj forekomst, og for astma er der en meget markant forskel mellem beskæftigede og arbejdsløse. Den høje forekomst af forhøjet blodtryk blandt efterlønnere og alderspensionister og den højere forekomst af migræne/hyppig hovedpine og allergi blandt beskæftigede, arbejdsløse og borgere under uddannelse skal ses i lyset af aldersforskellene mellem grupperne. Andelen af borgere med migræne/hyppig hovedpine blandt beskæftigede og alderspensionister er steget fra 2017 til 2021. Det samme gælder andelen af beskæftigede med allergi (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Astma er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, mens forekomsten af forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine og allergi ikke varierer med borgernes samlivsstatus. Migræne/hyppig hovedpine og allergi er mest udbredt blandt borgere med børn i hjemmet, mens forhøjet blodtryk er mest udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Forhøjet blodtryk er mindre udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund. Migræne/hyppig hovedpine er derimod mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt både borgere med dansk baggrund og anden vestlig baggrund. Der er ikke tydelig forskel på forekomsten af astma og allergi i de tre etniske grupper.

Tabel 4.2.24 Forekomst af forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma (inkl. eftervirkninger), opgjort på kommuner

	Forhøjet blodtryk		Migræne/hyppig hovedpine		Allergi		Astma	
	Pct.		Pct.		Pct.		Pct.	
Region Sjælland	23,8		19,2		23,2		8,4	
Guldborgsund	28,1		21,9		20,2		8,1	
Kalundborg	25,6		19,2		23,7		9,0	
Lolland	29,9		19,4		21,2		10,5	
Odsherred	28,4		17,7		21,2		9,2	
Slagelse	23,3		19,9		22,4		8,9	
Vordingborg	24,1		15,8		20,1		7,7	
Faxe	26,0		17,4		22,7		9,1	
Holbæk	23,9		20,9		22,9		9,5	
Næstved	23,3		18,0		23,8		7,9	
Ringsted	21,9		21,3		23,4		7,3	
Sorø	21,8		18,1		22,2		8,9	
Stevns	24,1		19,3		21,7		7,3	
Greve	22,5		18,2		24,9		7,5	
Køge	22,8		21,5		27,3		9,0	
Lejre	22,7		16,6		23,4		7,7	
Roskilde	18,8		19,5		25,7		6,5	
Solrød	19,2		17,5		24,1		8,7	

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

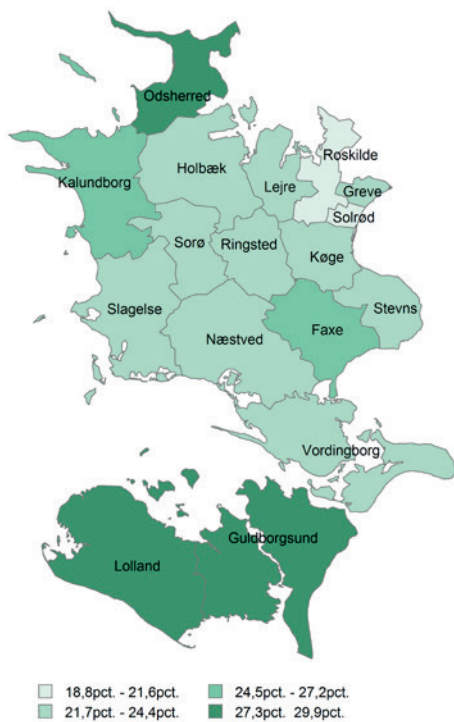
Kommunevariation

Andelen af borgerne med de fire sygdomme og tilstande varierer blandt kommunerne. Variationen er størst for hhv. forhøjet blodtryk, som varierer fra 18,8 pct. til 29,9 pct., og astma, som varierer fra 6,5 pct. til 10,5 pct. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner som f.eks. Lolland, Odsherred og Guldborgsund kommuner har en højere forekomst af borgere med forhøjet blodtryk end bedre stillede kommuner som f.eks. Roskilde og Solrød kommuner. Allergi er omvendt mindst udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner som Guldborgsund og Vordingborg og mest udbredt i en del af de bedre stillede kommuner tæt på hovedstadsområdet.

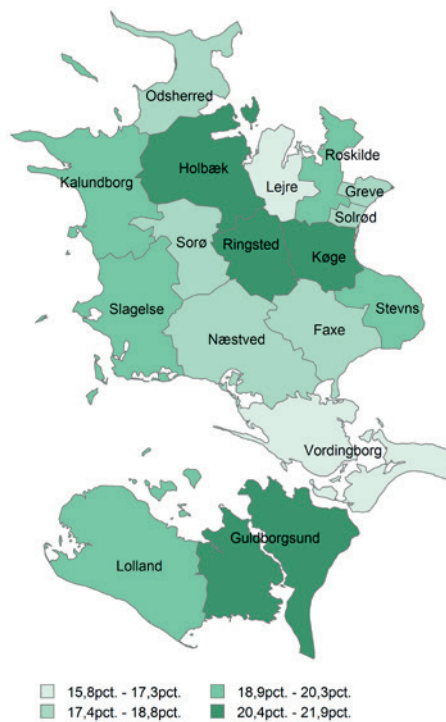
Mønstret i variationen er mindre tydeligt for migræne/hyppig hovedpine og astma, hvor langt de fleste kommuner ikke afviger fra regionsgennemsnittet. Forekomsten af astma ligger markant over regionsnittet i Lolland Kommune og markant under i Roskilde Kommune. Geografisk ses en tendens til, at særligt regionens vestlige kommuner har den største andel af borgere med astma.

Der er en tendens til, at andelen af borgere med de fire sygdomme er stigende i langt de fleste af kommunerne fra 2017 til 2021. Stigningen er dog ikke signifikant i nogen af kommunerne.

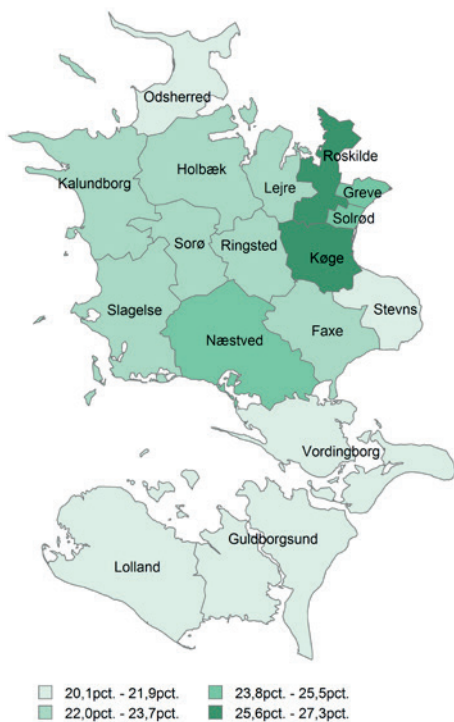
Kort 4.2.25 Forekomst af forhøjet blodtryk (inkl. eftervirkninger)



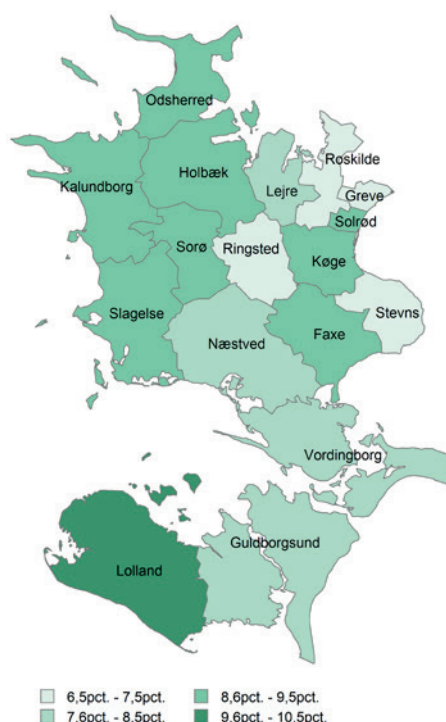
Kort 4.2.26 Forekomst af migræne/hyppig hovedpine (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.27 Forekomst af allergi (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.2.28 Forekomst af astma (inkl. eftervirkninger)



4.3 Multisygdom

Dette afsnit har fokus på multisygdom, dvs. forekomsten af mindst to samtidige langvarige sygdomme hos den enkelte borger. Multisygdom er en stigende udfordring både for den enkelte og på samfundsplan. Ud over større dødelighed (24) kan multisygdom bl.a. forbindes med fysisk funktionsnedsættelse (25) (9) og nedsat livskvalitet (8) (9) (10), hvor både dødelighed og belastning øges markant i takt med, at antallet af sygdomme stiger (24) (19). Forekomsten er tæt forbundet med alder, ligesom der i flere undersøgelser er påvist en tæt sammenhæng med sociale forhold. Der er dog stor variation i dette afhængigt af, hvilke sygdomssammensætninger der kigges på. (20).

Andelen af borgere med multisygdom er i dette afsnit opgjort dels ved optælling af antal sygdomme, dels som andelen af borgere med mindst to hhv. tre sygdomme samt andelen af borgere med samtidig psykisk og fysisk sygdom. I optællingen af antal sygdomme indgår følgende 13 sygdomme, der alle er spurgt direkte til i spørgeskemaet: KOL, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, blodprop i hjernen/hjerneblødning, kræft, psykisk lidelse (kort eller langvarig), slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/rygsygdom, astma og allergi. Ligesom i afsnit 4.2. indgår borgere, der har svaret ”ja” til at have eftervirkninger af sygdommene også i opgørelserne af forekomsten.

Depression, angstlidelse og spiseforstyrrelse er udeladt i optællingen, da der er et stort overlap med sygdomskategorien Psykisk lidelse. Da tinnitus anses for at være en skade eller tilstand med begrænsede behandlingsmuligheder og ikke en egentlig sygdom, er lidelsen udeladt her, ligesom forhøjet blodtryk heller ikke indgår, da der er tale om en risikofaktor nærmere end en egentlig sygdom. Grå stær er også udeladt, da der er tale om en sygdom med gode behandlingsmuligheder, og endelig er migræne/hyppig hovedpine udeladt, da den optræder anfaldsvist og med varierende hyppighed. Listen af sygdomme afviger fra den liste, der blev brugt i Sundhedsprofilen 2017, ligesom opgørelsesprincippet er justeret. Tallene i denne rapport er opgjort ens på tværs af årene og kan således sammenlignes over tid, men kan ikke fuldt sammenlignes med tallene i Den Nationale Sundhedsprofil.

Multisygdom (mindst to sygdomme) er især udbredt blandt:

- Borgere over 55 år
- Kvinder
- Borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet – særligt førtidspensionister
- Alderspensionister og efterlønnere

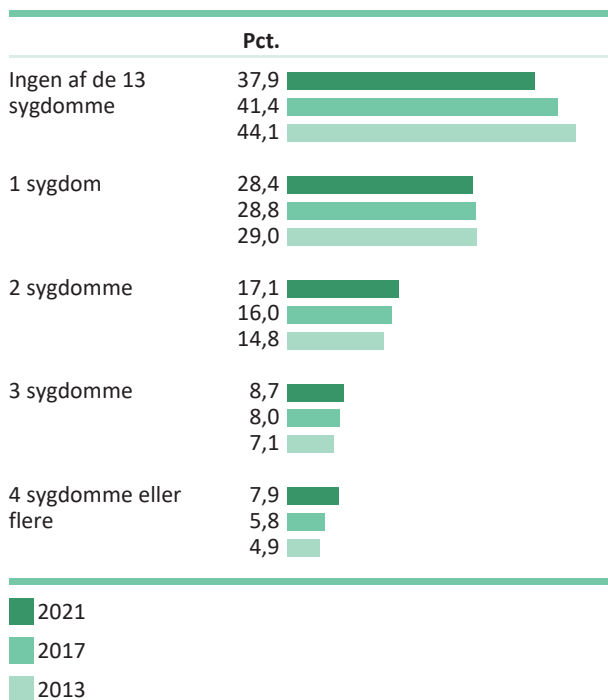
Samtidig psykisk og fysisk sygdom er især udbredt blandt:

- Borgere under 65 år
- Borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet – særligt førtidspensionister
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2017 er multisygdom især blevet mere udbredt blandt:

- 65–79-årige og alderspensionister
- Mænd
- Borgere med mellemlang videregående hhv. kort uddannelse
- Samlevende
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Tabel 4.3.1. Antal udvalgte langvarige sygdomme (inkl. eftervirkninger)



Omkring to tredjedele (62,1 pct.) af befolkningen i Region Sjælland lider af mindst én af de 13 udvalgte langvarige sygdomme eller har eftervirkninger fra sygdommene. Heraf har 28,4 pct. kun én sygdom, mens 33,7 pct. eller en tredjedel af befolkningen lider af multisygdom (to eller flere sygdomme).

Andelen af borgere uden nogen af de udvalgte sygdomme er faldet over tid. Stigningen skal især findes i gruppen med fire eller flere samtidige sygdomme, hvor andelen er steget med godt 60 pct. over otte år.

Tabel 4.3.2 Borgere med mindst to eller tre langvarige sygdomme og borgere, der både har psykisk lidelse (kort eller langvarig) og mindst én langvarig fysisk sygdom. Alle sygdomsforekomster omfatter også eftervirkninger

	Mindst to sygdomme		Mindst tre sygdomme		Både psykisk lidelse og fysisk sygdom	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	33,7	234.800	16,6	115.400	8,7	60.700
Region Sjælland 2017	29,8	204.300	13,8	94.400	7,9	54.500
Region Sjælland 2013	26,9	178.600	12,0	80.000	6,5	43.500
Køn						
Mand	30,8	105.200	15,3	52.400	6,6	22.700
Kvinde	36,5	129.700	17,7	62.900	10,7	37.900
Alder						
16-24 år	15,0	11.600	3,7	2.800	8,9	7.000
25-34 år	20,0	16.200	6,5	5.300	10,4	8.500
35-44 år	21,9	20.000	7,7	7.000	9,0	8.300
45-54 år	30,3	37.500	13,9	17.200	10,4	13.000
55-64 år	42,1	51.700	22,1	27.100	9,4	11.600
65-79 år	48,0	74.500	26,9	41.800	6,4	9.800
80+	51,7	23.400	31,1	14.100	5,8	2.500
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	41,5	42.000	22,2	22.500	14,1	14.100
Kort uddannelse	38,1	107.200	19,3	54.400	7,8	21.900
Kort videregående	32,5	21.400	15,5	10.200	7,3	4.800
Mellemlang videregående	31,0	42.800	13,9	19.200	8,7	12.000
Lang videregående	21,5	13.200	7,8	4.800	5,0	3.100
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	23,5	80.900	8,6	29.400	5,9	20.700
Arbejdsløse	40,4	5.600	20,1	2.800	17,1	2.400
Førtidspensionister	66,5	19.700	46,2	13.700	32,0	9.300
Efterlønsmodtagere	35,6	1.800	17,5	900	6,4	300
Alderspensionister	48,8	100.900	27,9	57.600	6,2	12.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	46,8	18.300	23,3	9.100	24,1	9.500
Under uddannelse	16,9	9.900	5,5	3.200	8,8	5.300
Samlivsstatus						
Samlevende	33,0	143.300	15,5	67.200	7,1	31.100
Ikke samlevende	34,8	91.600	18,3	48.200	11,3	29.600
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	21,5	39.900	7,5	13.900	8,0	14.900
Bor ikke med børn	37,7	192.700	19,5	99.800	8,9	45.300
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	33,7	214.400	16,4	104.200	8,4	53.600
Anden vestlig baggrund	33,5	8.100	17,2	4.200	8,8	2.100
Ikke-vestlig baggrund	33,4	12.300	18,8	6.900	13,3	4.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: I optællingen indgår ud over psykisk lidelse (kort eller langvarig) følgende 12 sygdomme: KOL, diabetes, blodprop i hjertet, hjerterampe, blodprop i hjernen/hjerneblødning, kræft, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/rygsygdom, astma og allergi.

Generelt

Omkring en tredjedel af de voksne borgere i Region Sjælland (svarende til 234.800 personer) lider af multisygdom, dvs. to eller flere af de 13 udvalgte sygdomme samtidigt medregnet eftervirkninger af sygdommene. Hver sjette har mindst tre samtidige sygdomme, og 8,7 pct. (svarende til 60.700 personer) har samtidig psykisk og fysisk sygdom.

Andelen af borgere med multisygdom er steget fra 2017 til 2021. For borgere med mindst to sygdomme eller eftervirkninger heraf er stigningen på 13,1 pct., mens andelen med mindst tre sygdomme er steget med godt 20 pct. Den markante stigning fra 2013 til 2021 i andelen af borgere med samtidig psykisk og fysisk sygdom er især sket fra 2013 til 2017.

Køn og alder

Generelt er der flere kvinder end mænd med multisygdom. Det gælder både mindst to og mindst tre sygdomme samt for samtidig psykisk og fysisk sygdom, hvor forskellen mellem kønnene er størst. Andelen af borgere både med mindst to og mindst tre sygdomme er steget hos begge køn fra 2017 til 2021 dog mest hos mænd (data ikke vist).

Forekomsten af multisygdom er tæt forbundet med alder. Op mod hver anden borger over 55 år har mindst to sygdomme og hver tredje til fjerde mindst tre sygdomme. Andelen har især været stigende for de 65-79-årige fra 2017 til 2021. For samtidig psykisk og fysisk sygdom er billedet anderledes. Her er andelen højere blandt de 45-54-årige end blandt borgere over 65 år. Også her er andelen dog steget fra 2017 til 2021 blandt de 65-79-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er tydelig forskel i forekomsten af multisygdom alt efter uddannelsesmæssig baggrund og erhvervstilknytning. Blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse, har 41,5 pct. mindst to sygdomme, mens det kun gælder 21,5 pct. blandt borgere med lang videregående uddannelse. Mønsteret er det samme for borgere med mindst tre sygdomme og til dels for forekomsten af samtidig psykisk og fysisk sygdom, hvor forskellen mellem grundskole/gymnasial uddannelse og de øvrige uddannelsesniveauer er mest markant.

Både andelen af borgere med mindst to og mindst tre sygdomme er en del lavere blandt beskæftigede end blandt ikke-beskæftigede, herunder ikke mindst førtidspensionister. Dog er andelen markant lavere blandt borgere under uddannelse end i alle andre uddannelsesgrupper, hvilket skal ses i lyset af den højere andel af unge i denne gruppe. Borgere med samtidig psykisk og fysisk sygdom findes hyppigst blandt førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Både andelen med mindst to og mindst tre sygdomme er fra 2017 til 2021 især steget blandt borgere med mellemlang videregående og kort uddannelse, alderspensionister samt for mindst to sygdomme også blandt beskæftigede. For samtidig psykisk og fysisk sygdom er forekomsten især steget blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse og alderspensionister (data ikke vist).


































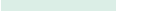











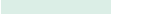


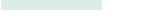





Samlivsstatus og børn




Både forekomsten af borgere med tre sygdomme og borgere med samtidig psykisk og fysisk sygdom er større blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere, der er samlevende. Udbredelsen af både mindst to og mindst tre sygdomme er større blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet. Det skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre end borgere med børn i hjemmet. Både blandt samlevende borgere og borgere uden børn i hjemmet er andelen med mindst to hhv. mindst tre sygdomme steget fra 2017 til 2021 (data ikke vist).

Etnisk baggrund

Der er kun mindre forskelle i forekomsten af multisygdom relateret til borgernes etniske baggrund. Dog har en højere andel af borgere med ikke-vestlig baggrund end dansk baggrund samtidig psykisk og fysisk sygdom. Fra 2017 til 2021 er andelen med mindst to hhv. mindst tre sygdomme især steget meget blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (data ikke vist).

Tabel 4.3.3 Borgere med mindst to eller tre langvarige sygdomme (inkl. eftervirkninger) og borgere, der både har psykisk lidelse (kort eller langvarig) og mindst én langvarig fysisk sygdom, opgjort på kommuner

	Mindst to sygdomme		Mindst tre sygdomme		Både psykisk lidelse og fysisk sygdom	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	33,7 	234.800	16,6 	115.400	8,7 	60.700
Guldborgsund	37,8 	19.600	20,2 	10.500	8,7 	4.500
Kalundborg	37,6 	15.100	18,9 	7.600	11,2 	4.500
Lolland	39,8 	13.900	22,0 	7.700	9,9 	3.400
Odsherred	38,5 	11.000	21,0 	6.000	9,8 	2.800
Slagelse	35,0 	22.600	17,5 	11.300	10,1 	6.500
Vordingborg	35,7 	14.000	17,3 	6.700	7,7 	3.000
Faxe	35,6 	11.000	18,4 	5.700	9,3 	2.900
Holbæk	33,0 	19.500	16,0 	9.500	9,1 	5.400
Næstved	32,8 	23.000	15,6 	11.000	8,8 	6.200
Ringsted	32,5 	9.300	15,7 	4.500	10,4 	3.000
Sorø	30,9 	7.700	15,1 	3.700	8,9 	2.200
Stevns	34,6 	6.700	15,7 	3.000	7,6 	1.500
Greve	29,9 	12.200	13,9 	5.600	6,2 	2.600
Køge	33,9 	17.000	15,3 	7.700	9,1 	4.600
Lejre	29,8 	6.800	13,4 	3.100	6,8 	1.500
Roskilde	27,2 	19.900	12,8 	9.400	6,9 	5.000
Solrød	31,5 	5.800	13,5 	2.500	6,6 	1.200

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: I optællingen indgår ud over psykisk lidelse (kort eller langvarig) følgende 12 sygdomme: KOL, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, blodprop i hjernen/hjerneblødning, kræft, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps/rygsygdom, astma og allergi.

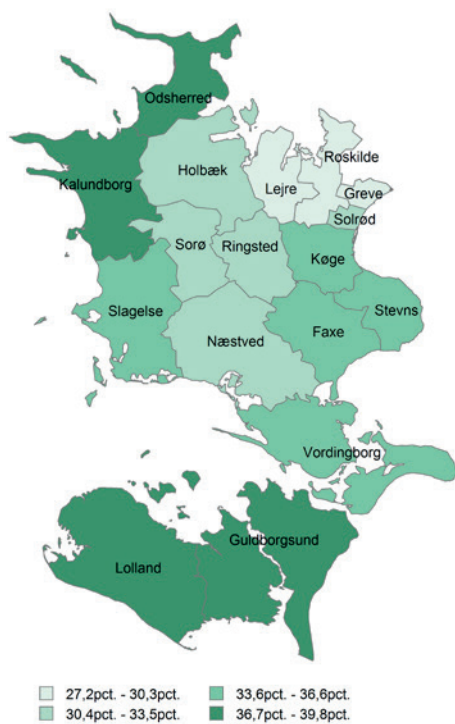
Kommunevariation

Andelen af borgere med multisygdom varierer mellem regionens kommuner. Både mindst to og mindst tre sygdomme er mere udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de bedre stillede kommuner. Forekomsten af mindst to sygdomme varierer således fra 27,2 pct. i Roskilde Kommune til knap 39,8 pct. i Lolland Kommune. Geografisk ses et mønster, hvor andelen af borgere med multisygdom er størst i de vestligste og sydligste kommuner i regionen.

Forekomsten varierer mest, relativt set, for samtidig psykisk og fysisk sygdom, og også her ses et klart socioøkonomisk og geografisk mønster med den laveste forekomst i de bedre stillede kommuner tættest på hovedstadsområdet.

Der er i stort set alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med multisygdom er større i 2021 end i 2013. De største stigninger ses i hhv. Faxe og Guldborgsund kommuner for mindst to sygdomme, i Solrød Kommune for mindst tre sygdomme og i Kalundborg Kommune for samtidig psykisk og fysisk sygdom (data ikke vist).

Kort 4.3.4 Borgere med mindst to sygdomme (multisygdom) (inkl. eftervirkninger)



Kort 4.3.5 Borgere med både psykisk lidelse (kort eller langvarig) og fysisk sygdom (inkl. eftervirkninger)



4.4 Sammenhæng mellem langvarig sygdom og sundhedsadfærd, samt helbred og trivsel

Som nævnt i indledningen har mange mennesker, der lever med en eller flere kroniske sygdomme, en god livskvalitet og funktionsevne i hverdagen (7). Det er dog også velkendt, at langvarig sygdom udfordrer livskvaliteten og det selvvaluerede helbred, og at denne sammenhæng bliver tydeligere med antallet af sygdomme (19) (8) (9) (10). Studier har bl.a. vist, at især multisygdom påvirker den enkeltes sociale identitet og kan have negative konsekvenser for den sociale liv (26) (27) (28). Derudover kan sygdom eller helbredsudfordringer i sig selv blive en barriere for f.eks. fysisk aktivitet eller anden hensigtsmæssig sundhedsadfærd (29) (30).

I dette afsnit opgøres, hvor udbredt uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (KRAM-faktorerne) og dårlig trivsel på en række parametre er blandt borgere hhv. uden og med langvarig sygdom, multisygdom, psykisk lidelse og de specifikke sygdomme (inkl. eftervirkninger), der er opgjort i kapitlet.

Blandt borgere med langvarig sygdom ses en højere andel:

- Der ryger dagligt – særligt blandt borgere med KOL hhv. psykiske lidelser
- Der ikke lever op til minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet (borgere med allergi undtaget).
- Med tegn på problematisk alkoholforbrug – særligt blandt borgere med KOL
- Med usundt kostmønster – særligt blandt borgere med KOL hhv. psykiske lidelser
- Med dårligt selvvalueret helbred – særligt blandt borgere med KOL, hjerte-kar-sygdom og knogleskørhed
- Med utilfredshed med livet, høj stressscore og ensomhed – særligt blandt borgere med psykiske lidelser

Af tabel 4.4.1 fremgår det, at andelen med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, for alle fire KRAM-faktorer, er højere blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden langvarig sygdom. Forskellen er størst, hvad angår daglig rygning.

Blandt borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig) er andelen, der ryger dagligt hhv. har et usundt kostmønster højere end både regionsgennemsnittet og end blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom. For tegn på problematisk alkoholforbrug og fysisk aktivitet under minimumsanbefalingen er andelen i de tre undergrupper langt mere ens, og forekomsten af problematisk alkoholforbrug blandt borgere med psykisk lidelse afviger ikke fra regionsgennemsnittet.

Andelene blandt borgere med multisygdom svarer stort set til andelen blandt borgere med langvarig sygdom. Det er her vigtigt at huske, at der er tale om opgørelser baseret på to forskellige spørgsmål (se afsnit 4.1 og 4.3), og at der blandt borgere med langvarig sygdom vil være mange med flere sygdomme (multisygdom).

Hvad angår de specifikke sygdomme, så varierer forekomsten af daglig rygning, tegn på problematisk alkoholforbrug, fysisk aktivitet under minimumsanbefalingen og usundt kostmønster på tværs af sygdommene.

KOL er den sygdom, hvor andelen af borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd er højest for alle fire KRAM-faktorer. Blandt borgere med KOL ryger 38,5 pct. dagligt. Godt hver femte (22,6 pct.) har tegn på problematisk alkoholforbrug, og tre ud af fire (76,2 pct.) er fysisk aktive under det anbefalede minimumsniveau. Op mod hver tredje borger med KOL (29,9 pct.) har et usundt kostmønster. Det bør bemærkes, at borgere, som er afmagret på grund af KOL, anbefales at spise en kost, som for raske personer anses som mere usund bl.a. med højere indhold af fedt og protein for at undgå yderligere vægttab (31).

Tabel 4.4.1 Sundhedsadfærd blandt borgere med eller uden langvarig sygdom, borgere med multisygdom, psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke sygdomme eller eftervirkninger heraf

	Daglig rygning Pct.	Tegn på problematisk alkoholforbrug Pct.	Fysisk aktivitet under anbefalet minimum Pct.	Usundt kostmønster Pct.
Region Sjælland 2021	16,1	13,4	59,3	18,9
Ingen langvarig sygdom	14,1	12,5	55,0	17,9
Langvarig sygdom	19,4	14,7	65,6	20,4
Multisygdom	20,0	15,7	66,4	20,3
Psykisk lidelse	24,8	15,0	65,6	24,1
KOL	38,5	22,7	76,2	29,9
Diabetes	16,3	12,4	72,8	20,4
Hjerte-kar-sygdom	22,6	18,0	72,3	21,6
Kræft	13,8	16,0	66,4	18,7
Slidgigt	18,4	15,7	65,9	18,0
Leddegigt	22,7	17,4	68,7	22,3
Diskusprolaps/rygsygdom	22,8	15,0	65,6	21,6
Knogleskørhed	18,0	12,9	71,6	17,1
Depression	26,2	16,4	68,6	25,7
Angstlidelse	24,5	14,0	64,0	26,5
Spiseforstyrrelse	23,6	14,6	65,1	26,7
Forhøjet blodtryk	16,2	18,3	68,8	19,0
Migræne/hyppig hovedpine	18,6	9,8	62,6	19,7
Allergi	13,7	12,7	58,0	17,3
Astma	17,6	12,6	64,4	21,2
Tinnitus	16,5	17,1	61,4	19,4
Grå stær	15,2	14,5	71,0	16,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Noter: Fysisk aktivitet under anbefalet minimum refererer til WHO's minimumsanbefaling (OBS: Ikke sammenlignelig med 2017 - se afsnit 10.1) Langvarig sygdom: Se afsnit 4.1. Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3).

Daglig rygning er derudover især mere udbredt blandt borgere med depression, angstlidelse og spiseforstyrrelse og desuden mindre udbredt blandt borgere med allergi end i regionen generelt. Tegn på problematisk alkoholforbrug er særligt udbredt blandt borgere med hhv. forhøjet blodtryk, hjerte-kar-sygdom, leddegigt og tinnitus og mindre udbredt blandt borgere med migræne/hyppig hovedpine. Usund kost er særlig udbredt blandt borgere med hhv. psykiske lidelser (spiseforstyrrelse, angstlidelse og depression), leddegigt og diskusprolaps/rygsygdom og mindre udbredt blandt borgere med allergi.

Fra 2017 til 2021 er andelen, der ryger dagligt, faldet med over 2 procentpoint blandt borgere med langvarig sygdom eller multisygdom. Faldet i daglig rygning er desuden især markant blandt borgere med psykisk lidelse hhv. migræne/hyppig hovedpine, hvor andelen, der ryger dagligt, er faldet med 4-5 procentpoint (data ikke vist). Derudover ses en stigning på 2,6 procentpoint i andelen med usundt kostmønster blandt multisyge. Også her gælder det, at forskellige sygdomme kan stille forskellige krav til patienternes kost; krav som kan afvige fra de generelle anbefalinger om sund kost i befolkningen.

Tabel 4.4.2: Helbred og trivsel samt ensomhed blandt borgere med eller uden langvarig sygdom, borgere med multisygdom hhv. psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke sygdomme eller eftervirkninger heraf

	Dårligt selv vurderet helbred	Utilfreds med livet	Høj score på stresskala	Ensomhed
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2021	18,8	21,4	28,7	12,7
Ingen langvarig sygdom	6,8	17,2	22,6	10,2
Langvarig sygdom	37,2	27,6	37,9	16,4
Multisygdom	37,6	27,6	40,3	16,6
Psykisk lidelse	44,3	50,4	70,0	33,8
KOL	52,3	30,7	44,5	19,4
Diabetes	37,3	24,1	32,9	13,5
Hjerte-kar-sygdom	47,4	30,0	45,0	17,3
Kræft	42,3	23,4	33,9	12,0
Slidgigt	34,6	22,4	33,4	12,6
Leddegigt	40,5	26,6	41,2	15,4
Diskusprolaps/rygsygdom	41,3	28,7	39,1	15,7
Knogleskørhed	46,7	24,9	40,5	17,6
Depression	47,9	57,5	75,6	39,1
Angstlidelse	41,2	50,8	70,1	36,6
Spiseforstyrrelse	46,9	53,3	74,0	41,0
Forhøjet blodtryk	31,0	21,1	31,2	11,9
Migræne/hyppig hovedpine	31,0	32,8	48,8	21,2
Allergi	21,5	23,8	33,6	15,3
Astma	32,1	28,5	40,2	19,0
Tinnitus	27,7	25,2	33,7	14,8
Grå stær	36,6	23,1	34,9	12,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score på stresskalaen angiver et højere stressniveau. I tabellen er borgere med en PSS-score på mindst 18 præsenteret (se endvidere kapitel 3). Se tabel 4.4.1 for definitionen af langvarig sygdom og multisygdom.

Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem langvarig sygdom og borgernes trivsel. Uanset hvilken af de fire parametre der måles på, er andelen med lav trivsel blandt både borgere med langvarig sygdom, multisygdom og psykisk lidelse markant højere end blandt både borgere uden langvarig sygdom og blandt regionens borgere generelt.

Andelen med dårligt selvvurderet helbred er således over fem gange så stor blandt borgere med langvarig sygdom (37,2 pct.) som blandt borgere uden langvarig sygdom (6,8 pct.) og omkring dobbelt så stor som regionstallet (18,8 pct.). Forskellen er noget mindre for de tre øvrige parametre (utilfredshed med livet, høj score på stressskalaen og ensomhed), hvor forekomsten dog er over 60 pct. højere blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden langvarig sygdom.

Blandt de specifikke sygdomme er KOL, tæt fulgt af depression og hjerte-kar-sygdom, den sygdom, hvor den største andel borgerne har et dårligt selvvurderet helbred (52,3 pct.). For de øvrige tre parametre, dvs. utilfredshed med livet, høj stressscore og ensomhed, er lav trivsel mest udbredt blandt borgere med psykiske lidelser, herunder ikke mindst depression. Dette billede ses også for overordnet psykisk lidelse (kort eller langvarig). Hver anden borger (50,4 pct.) med psykisk lidelse er utilfreds med livet, hele 70 pct. scorer højt på stressskalaen, og hver tredje (33,8 pct.) er ensom. Herudover er der for de tre parametre (tilfredshed med livet, stress og ensomhed) især en høj andel blandt borgere med migræne/hyppig hovedpine. Desuden er det værd at bemærke, at for en del af sygdommene, f.eks. diabetes og kræft, er både andelen, der er utilfredse med livet, og andelen, der er ensomme, på samme niveau som i regionen generelt.

Borgernes trivsel er på mange parametre generelt blevet ringere fra 2017 til 2021 (se kapitel 3). Denne udvikling ses ikke i samme grad blandt borgere med langvarig sygdom. Mens andelen med en høj stressscore blandt borgere uden langvarig sygdom er steget med knap 12 pct. siden 2017, ses der ikke nogen signifikant stigning blandt borgere med hhv. langvarig sygdom, multisygdom eller psykisk lidelse. Et lignende billede tegner sig for utilfredshed med livet, mens der mht. ensomhed også ses en stigning blandt borgere med hhv. langvarig sygdom, multisygdom og psykisk lidelse. Stigningen i andelen med ensomhed i disse grupper er dog mindre end blandt borgere uden langvarig sygdom (data ikke vist).

Tendensen er den samme for mange af de udvalgte enkeltsygdomme. Andelen, der er utilfreds med livet, er steget for borgere med hhv. slidgigt, forhøjet blodtryk, allergi, tinnitus og grå stær, men det er kun for grå stær, at stigningen reelt er større end blandt borgere uden sygdommen. Blandt borgere med grå stær ses også en relativt højere andel med en høj stressscore i 2021 sammenlignet med 2017. Hvad angår ensomhed, så er det kun blandt borgere med hhv. knogleskørhed og astma, at stigningen fra 2017 til 2021 er større end blandt borgere uden sygdommen eller regionsgennemsnittet. Der ses ingen udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen med dårligt selvvurderet helbred med undtagelse af et fald i andelen blandt borgere med leddegigt fra 47,0 pct. til 40,5 pct. (data ikke vist).

4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud

Gode transportmuligheder er ofte en forudsætning for, at borgerne kan få gavn af og har lige adgang til sundhedsvæsenets tilbud som f.eks. besøg hos læge, speciallæge og hospital, som kan ligge længere væk, eller forskellige rehabiliterings- og forebyggelsestilbud, som typisk vil ligge i kommunen. Det er til trods for, at vi i disse år (ikke mindst i forbindelse med COVID-19-nedlukningen) oplever en øget digitalisering af flere og flere af sundhedsvæsenets tilbud og ydelser og dermed får bedre mulighed for at benytte sundhedstilbud uden at være afhængig af transport.

Borgerne er blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har undladt brug af sundhedsvæsenets tilbud (f.eks. behandling eller kontrol hos læge, genoptræning, patientuddannelse, forebyggelse) pga. problemer med transport. Spørgsmålet er især relevant for borgere med sygdom, som må formodes at have større behov for kontakt med sundhedsvæsenet, hvorfor resultaterne både er opgjort blandt alle borgere, blandt borgere med langvarig sygdom (se afsnit 4.1) og blandt borgere med multisygdom (se afsnit 4.3).

Transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud er især udbredt blandt:

- Borgere med langvarig sygdom eller multisygdom
- Borgere over 80 år og borgere mellem 16 og 24 år
- Borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2017 er andelen, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer, især steget blandt de 16-24-årige.

Generelt

Godt 6 pct. af alle borgere i Region Sjælland, svarende til 44.500 personer, har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer. Andelen er lidt højere, hhv. 8,8 pct. og 9,3 pct., blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom.

Der er overordnet set ikke sket ændringer i udbredelsen af oplevede transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud sammenlignet med tidligere år for nogen af de tre grupper.

Køn og alder

Der er ikke forskel på mænds og kvinders oplevelse af transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud. Blandt alle borgere er andelen, der oplever transportproblemer, højest blandt borgere over 80 år og blandt de 16-24-årige. Blandt borgere over 80 år er andelen således næsten tre gange så høj som blandt de 35-44-årige, som er den gruppe med den mindste andel med transportproblemer. Siden 2017 er andelen steget med godt 3 procentpoint blandt de 16-24-årige (knap 60 pct.) (data ikke vist).

Blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom er andelen, der oplever problemer, også højest blandt de 80+ årige, men forskellen mellem de forskellige aldersgrupper er mindre.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer, er markant højere blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse, end blandt de øvrige uddannelsesgrupper, både hvad angår alle borgere, langtidssyge og multisyge. Blandt multisyge borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse har omkring hver sjette (15,9 pct.) undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer. Mønsteret i forekomsten følger dog ikke helt længden af uddannelsesniveau, idet der er en tendens til, at forekomsten er højere blandt borgere med lang videregående uddannelse end blandt borgere med korte og mellemlange uddannelser.

Andelen af alle borgere, som har transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud, er mindst blandt borgere i beskæftigelse og størst blandt borgere på førtidspension og øvrige ikke-erhvervsaktive. Samme billede ses blandt borgere med langvarig sygdom eller multisygdom.

Tabel 4.5.1 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud, opgjort blandt alle borgere, borgere med langvarig sygdom og borgere med multisygdom

	Blandt alle borgere		Blandt borgere med langvarig sygdom		Blandt borgere med multisygdom	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	6,4	44.500	8,8	24.500	9,3	22.100
Region Sjælland 2017	5,9	40.700	8,9	22.900	9,0	18.500
Region Sjælland 2013	5,7	38.000	8,9	20.600	8,9	16.000
Køn						
Mand	6,0	20.500	8,7	11.400	8,9	9.300
Kvinde	6,7	23.900	8,9	13.100	9,7	12.800
Alder						
16-24 år	8,3	6.400	10,3	1.700	10,9	1.200
25-34 år	7,4	5.900	9,7	2.300	13,2	2.000
35-44 år	4,9	4.500	8,0	2.300	7,9	1.600
45-54 år	5,1	6.300	8,9	4.300	9,0	3.500
55-64 år	5,0	6.200	7,5	4.500	7,9	4.100
65-79 år	5,9	9.300	7,7	6.000	8,2	6.200
80+	13,4	5.900	14,9	3.500	14,7	3.500
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	12,0	12.300	15,2	7.300	15,9	6.800
Kort uddannelse	4,7	13.100	7,0	8.300	6,9	7.400
Kort videregående	4,2	2.800	4,9	1.300	5,4	1.200
Mellemlang videregående	3,6	5.100	6,2	3.300	6,3	2.800
Lang videregående	4,9	2.900	6,5	1.200	6,9	900
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	3,3	11.500	4,3	4.400	4,4	3.600
Arbejdsløse	9,3	1.300	6,1	300	5,2	300
Førtidspensionister	17,1	5.300	18,3	4.800	21,2	4.300
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	7,6	15.200	9,4	9.600	9,7	9.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	14,6	5.700	16,5	3.700	15,2	2.800
Under uddannelse	8,9	5.400	10,6	1.500	14,6	1.500
Samlivsstatus						
Samlevende	4,6	19.800	6,2	10.400	6,8	9.800
Ikke samlevende	9,4	24.700	12,9	14.100	13,4	12.400
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	5,1	9.300	6,8	3.400	7,3	2.900
Bor ikke med børn	6,6	33.900	9,0	20.400	9,6	18.900
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	5,6	35.400	8,4	21.400	8,7	18.700
Anden vestlig baggrund	8,7	2.100	12,2	1.100	12,4	1.000
Ikke-vestlig baggrund	18,1	7.000	15,5	2.100	18,9	2.500

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Borgere med langvarig sygdom har svaret "ja" til at have langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (af mindst 6 mdr. varighed) (se også afsnit 4.1). Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3)

Samlivsstatus og børn

Andelen, der oplever transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud, er omtrent dobbelt så stor som blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt samboende. Det gælder både i den generelle befolkning og blandt borgere med langvarig sygdom eller multisygdom.

Problemer med transport i forbindelse med sundheds-tilbud er generelt mindre udbredt blandt borgere med børn i hjemmet. Forskellene er dog mindre eller ikke betydelige blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom.

Etnisk baggrund

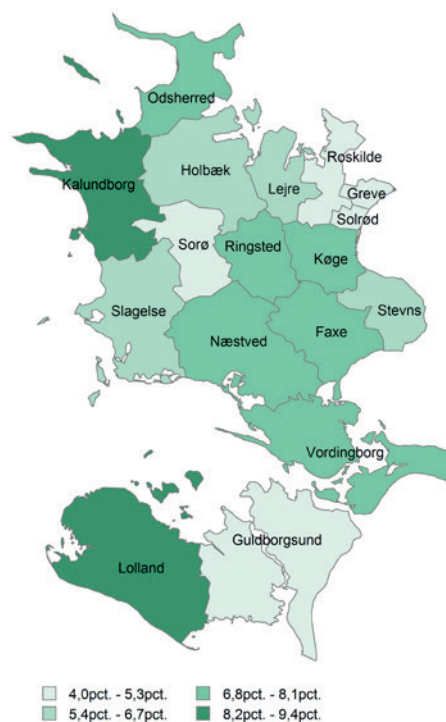
Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen med transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud mere end tre gange så stor som blandt borgere med dansk baggrund. Forskellen er mindre, men fortsat markant, når det afgrænses til at gælde borgere med langvarig sygdom og multisygdom. Næsten hver femte borger med ikke-vestlig baggrund og multisygdom har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer.

Kommunevariation























































Andelen af borgere, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. problemer med transport, varierer på tværs af regionens kommuner fra 4,0 pct. til 9,4 pct. for alle borgere. Variationen er størst, når det gælder borgere med multisygdom, hvor andelen, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. transportproblemer, er knap tre gange så stor i Lolland Kommune med den højeste andel sammenlignet med Roskilde Kommune med den laveste andel.




Der er en tendens til, at det at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud på grund af transportproblemer er mindre udbredt i de socioøkonomisk bedst stillede kommuner end i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Men variationen mellem kommunerne inden for de socioøkonomiske grupper er relativt stor. De to kommuner med den højeste forekomst er regionens to vestligste kommuner, mens kommuner med lav forekomst findes spredt i regionen. Regionens og kommunernes infrastruktur bør tages i betragtning i fortolkningen af resultaterne.

Kort 4.5.2 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud – alle borgere



Tabel 4.5.3 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud, opgjort blandt alle borgere, borgere med langvarig sygdom og borgere med multisygdom, opgjort på kommuner

	Blandt alle borgere		Blandt borgere med langvarig sygdom		Blandt borgere med multisygdom	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	6,4 	44.500	8,8 	24.500	9,3 	22.100
Guldborgsund	5,3 	2.800	8,3 	1.800	10,0 	2.000
Kalundborg	9,2 	3.700	11,4 	1.900	11,8 	1.900
Lolland	9,4 	3.300	13,2 	2.000	15,7 	2.200
Odsherred	7,5 	2.100	10,4 	1.400	10,9 	1.200
Slagelse	6,6 	4.200	7,1 	1.800	8,7 	2.000
Vordingborg	7,0 	2.700	11,0 	1.800	10,9 	1.500
Faxe	7,7 	2.300	10,4 	1.400	8,5 	900
Holbæk	5,4 	3.200	7,9 	1.800	5,9 	1.100
Næstved	6,9 	4.800	8,3 	2.200	7,2 	1.700
Ringsted	6,8 	1.900	9,6 	1.100	11,6 	1.100
Sorø	4,6 	1.100	8,1 	800	10,5 	800
Stevns	5,7 	1.100	7,8 	600	8,0 	500
Greve	5,3 	2.200	7,2 	1.100	6,9 	900
Køge	7,6 	3.800	11,2 	2.300	12,7 	2.200
Lejre	5,9 	1.400	8,1 	700	8,2 	600
Roskilde	4,1 	3.000	5,6 	1.400	5,8 	1.100
Solrød	4,0 	700	5,4 	300	7,0 	400

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Borgere med langvarig sygdom har svaret ”ja” til at have langvarig sygdom, eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (af mindst 6 mdr. varighed) (se også afsnit 4.1). Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3)

Referencer

1. **Højgaard, Bettina og Kjellberg, Jakob.** *Fem megatrends der udfordrer fremtidens sundhedsvæsen*. København : KORA, 2017.
2. **Sundhedsstyrelsen.** *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model*. 2012.
3. **Boyd CM, Fortin MM.** Future of Multimorbidity Research: How Should Understanding of Multimorbidity Inform Health System Design? *Public Health Reviews*. 2010, 32 (2), 1-18.
4. **Hvidberg, Michael Falk, et al.** A Nationwide Study of Prevalence Rates and Characteristics of 199 Chronic Conditions in Denmark. *PharmacoEconomics Open*. 4, Juni 2020, pp. 361–380.
5. **Danske Regioner.** Forebyggelse og kronisk sygdom. *regioner.dk*. [Online] 30. juni 2021. <https://www.regioner.dk/sundhed/behandling-paa-hospitaler/forebyggelse-og-kronisk-sygdom>.
6. **Friis K, Pedersen MH, Larsen FB, et al.** A National Population Study of the Co- Occurrence of Multiple Long-Term Conditions in People With Multimorbidity. *Preventing Chronic Disease*. 2016, 13 (E12), 1-3.
7. **Kjøller M, Davidsen M, Juel K.** *Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre*. s.l. : Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, 2010.
8. **Xu X, Mishra GD, Jones M.** Evidence on multimorbidity from definition to intervention: An overview of systematic reviews. *Ageing Res Rev*. 2017, 37, 53–68.
9. **Marengoni A, Angleman S, Melis R, et al.** Aging with multimorbidity: A systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*. 2011, 19 (4), 430–9.
10. **Fortin M, Lapointe L, Hudon C, et al.** Multimorbidity and quality of life in primary care: a systematic review. *Heal QualLife Outcomes*. 2004, 2, 51.
11. **Naylor, C, et al.** *Long-term conditions and mental health: The cost of co-morbidities*. London : The King's Fond, 2012.
12. **Sundhedsdatastyrelsen.** *Store udgifter forbundet med multisygdom*. Afdeling for Sundhedsanalyser. København : Statens Serum Institut, 2015.
13. **Lehnert T, Heider D, Leicht H, et al.** Review: Health Care Utilization and Costs of Elderly Persons With Multiple Chronic Conditions. *Med Care Res Rev*. 2011, 68 (4), 387–42.
14. **Statens Seruminstitut.** *Få borgere med multisygdom på arbejdsmarkedet*. Afdeling for Sundhedsanalyser. København : Statens Seruminstitut, National Sundhedsdokumentation og -IT, 2015.
15. **Brennan, Paul, et al.** Chronic disease research in Europe and the need for integrated population cohorts. *Eur J Epidemiol*. 32 2017, s. 741–749.
16. **Flachs, EM, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. København : Sundhedsstyrelsen, 2015.
17. **WHO.** *The World Health Report: Primary health care now more than ever*. Geneve : World Health Organization, 2008.
18. **Folker, Anna Paldam og Hulvej Rod, Naja.** Mental sundhed og stress. Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønæk og Susanne Reventlow. *Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave*. s.l. : Munksgaard, 2021.
19. **Larsen, Finn Breinholt.** Multisygdom - hvad er problemet? Anne Frölich, Frede Olesen og Inge Kristensen. *Hvidbog om multisygdom - dokumentation af multisygdom i det danske samfund - fra silotænkning til sammenhæng*. s.l. : Trygfonden, 2017, s. 27-34.
20. **Møller, Sanne Pagh, et al.** *Multisygdom i Danmark*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
21. **Udesen, Caroline Holt, et al.** *Social ulighed i sundhed og sygdom - Udviklingen i Danmark i perioden 2010 - 2017*. København : Sundhedsstyrelsen, 2020.

22. **Sundhed.dk.** *Reumatoid arthritis*. [Online] 18. 09 2019. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/reumatologi/tilstande-og-sygdomme/artritter/reumatoid-arthritis/>.
23. **Frederiksberg Hospital.** *Sygdom og behandling: Leddegigt*. [Online] 05. 01 2022. <https://www.frederiksberghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/parker-instituttet/sygdom-og-behandling/leddegigt/Sider/default.aspx>.
24. **Nunes BP, Flores TR, Mielke GI, et al.** Multimorbidity and mortality in older adults: A systematic review and meta-analysis. *Arch Gerontol Geriatr.* 2016, 67, 130–8.
25. **Ryan A, Wallace E, O’Hara P, et al.** Multimorbidity and functional decline in community-dwelling adults: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2015, 13 (1), 168.
26. **Coventry PAP, Small N, Panaioti M, et al.** Living with complexity; marshalling resources: a systematic review and qualitative meta-synthesis of lived experience of mental and physical multimorbidity. *BMC Fam Pract.* 2015, 16 (1), 171.
27. **Sells D, Sledge WH, Wieland M, et al.** Cascading crises, resilience and social support within the onset and development of multiple chronic conditions. *Chronic Illn.* 2009, 5, 92–102.
28. **Ørtenblad L, Jønsson AR, Meillier L.** Komplekse liv. Patientinddragelse som vej til et bedre hverdagsliv for multisyge? *Tidsskr Forsk i Sygd og Samf.* 2015, 22, 83–101.
29. **Hupin D, Roche F, Gremeaux V, et al.** Even a low-dose of moderate-to-vigorous physical activity reduces mortality by 22% in adults aged ≥60 years: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015, 49 (19), 1262–7.
30. **Schutzer KA, Graves BS.** Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med.* 2004, 29 (5), 1056–61.
31. **Sundhedsstyrelsen.** *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*. København S: Sundhedsstyrelsen, 2018.

Kapitel 5

Sociale relationer og ensomhed

- 5.1 Kontakt med andre, herunder tegn på social isolation og frivilligt arbejde
- 5.2 Ensomhed, herunder sammenhæng med social kontakt
- 5.3 Borgere, som ofte er uønsket alene eller har begrænset social støtte
- 5.4 Sammenhæng mellem tegn på social isolation hhv. ensomhed og sundhedsadfærd, helbred og trivsel
- 5.5 Motivation og hjælp til mere social kontakt



Sociale relationer og ensomhed

- Hver ottende borger i regionen er ensom og hver tolvte viser tegn på social isolation
- Andelen af ensomme er steget med næsten 50 pct. siden 2017, mens andelen med begrænset social støtte ikke er steget væsentligt
- Ensomhed er mest udbredt blandt de yngste borgere, men er siden 2017 især også steget meget blandt de ældste borgere
- Både ensomhed og tegn på social isolation er mest udbredt blandt borgere, der ikke aldersbetinget er uden for arbejdsmarkedet og borgere med det korteste uddannelsesniveau
- Der ses en tæt sammenhæng mellem uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, dårligt helbred og lav trivsel og tegn på social isolation og ensomhed. Sammenhængen med ensomhed er dog blevet mindre tydelig siden 2017

Gode sociale relationer og et godt helbred hænger uløseligt sammen (1) (2). Det er efterhånden velkendt og veldokumenteret, at svage sociale relationer er forbundet med højere dødelighed og sygelighed (3) (4) (5) (2) (6). Både i denne rapport og i tidligere sundhedsprofiler er det f.eks. vist, at samlevende borgere generelt har bedre trivsel, mindre langvarig sygdom og bedre sundhedsadfærd end borgere, der ikke bor sammen med en partner (7).

Gode sociale relationer er mere specifikt fundet at have betydning for det mentale helbred (8), beskyttende virkning mod depression (9), og blandt ældre mennesker er det bevist, at manglende social interaktion kan øge sandsynligheden for demens (10) og funktionsevnesvækkelse (11). Samtidig er aktive eller gode sociale netværk relateret til en lavere forekomst af kræftdødelighed (12) samt bedre overlevelse ved hjerte-kar-sygdom (13). Der er også påvist en sammenhæng mellem stærke sociale relationer og en god immunfunktion og lavere niveau af stresshormoner (2).

Sociale relationer drejer sig overordnet set om omfanget af og måden, vi er sammen på. Sociale relationer har således både en struktur og en funktion. Strukturen, også kaldet det sociale netværk, den enkelte indgår i, kan beskrives som mængden og arten af de sociale kontakter. Det kan både være nære stærke relationer, som f.eks. familie, man bor sammen med eller tætte venner, man ofte er i kontakt med. Det kan også være mere løse og fjerne relationer, som f.eks.

kollegiale relationer i arbejdslivet og relation med naboer og bekendte i f.eks. foreninger, klubber eller andre steder (2).

Internet og sociale medier er blevet langt mere udbredt som kilde til social kontakt i de senere år. F.eks. var 87 pct. af danskerne online i 2015 mod 65 pct. i 2006 (14), og 95 pct. af befolkningen mellem 16 og 74 år brugte i 2021 internettet til at sende og/eller modtage e-mails mod 76 pct. i 2008 (15). Nedlukningen som følge af COVID-19-pandemien må formodes at have fremskyndet denne udvikling endnu mere. Der er endnu begrænset viden omkring betydningen af det digitaliserede samvær, herunder den øgede brug af sociale medier, som indtil videre primært er blevet undersøgt blandt børn og unge (se f.eks. (16)).

Funktionen af de sociale relationer handler om det, vi får ud af relationerne, både følelsesmæssigt og af mere praktisk karakter. Praktisk kan det f.eks. dreje sig om hjælp til at klare dagligdagens forskellige gøremål og udfordringer af større eller mindre karakter (2). Følelsesmæssigt kan det bl.a. dreje sig om at have nogen at støtte sig til og rådføre sig med, eller helt grundlæggende at føle et tilhørsforhold til andre (17). Sociale relationer kan således fungere som en beskyttende faktor, f.eks. i forbindelse med sygdom eller kriser. De sociale relationer, herunder forholdet til familie og venner, kan f.eks. have betydning for sundhedsadfærd og patienters tilpasning til lægers råd om behandling (18) (se også kapitel 12 om sundhedskompetence).

På den anden side kan sociale relationer også virke belastende for den enkelte. Samvær med andre mennesker indebærer glæde, men også konflikter af mere eller mindre alvorlig karakter (2). Det er påvist, at konfliktfulde sociale relationer, f.eks. konflikter, bekymringer eller krav i forbindelse med arbejdssituation eller i ens nære netværk, øger risikoen for død (19). Danske studier har desuden fundet, at negative påvirkninger af sociale relationer kan fordoble risikoen for hjerte-kar-sygdom (20). Endelig påvirker de sociale relationer vores adfærd, idet vi påvirkes af de mennesker, vi omgås. Det inkluderer også vores sundhedsadfærd, som igen på sigt påvirker vores helbred. (2).

Kapitlet indledes med et afsnit om den strukturelle dimension af borgernes sociale liv, dvs. borgernes sociale kontaktflade. Afsnittet indeholder bl.a. opgørelser af andelen af borgere, der viser tegn på social isolation, som er et nyt parameter, der er taget med i 2021, og derudover opgørelse af andel borgere, der deltager i frivilligt arbejde eller har interesse i det.

I afsnit 5.2 er fokus på ensomhed. Region Sjællands Sundhedsprofil 2017 indeholdt for første gang spørgsmål, der specifikt skulle afdække omfanget af ensomhed blandt regionens borgere. Samme spørgsmål er taget med i 2021-undersøgelsen, og udviklingstenden siden 2017 kan således vises. Afsnittet indeholder også opgørelser af koblingen mellem ensomhed og forskelligt omfang af social kontakt.

Afsnit 5.3 supplerer afsnittet om ensomhed med opgørelser af, hvorvidt borgerne oplever at være uønsket alene eller mangle nogen at tale med, når de har behov for støtte. Begge parametre har været med i Region Sjællands sundhedsprofil siden 2010, og der kan således vises udvikling over denne årrække.

I afsnit 5.4 kobles ensomhed og tegn på social isolation med parametre for sundhedsadfærd og helbred og trivsel fra de andre kapitler for at belyse sammenhængen mellem disse. Endelig i afsnit 5.5 ses der på motivation og ønske om hjælp til at få mere social kontakt blandt regionens borgere.

Det er i læsningen af tallene i kapitlet vigtigt at huske på, at data er indsamlet i en nedlukningsperiode som følge af COVID-19-pandemien (jf. kapitel 1). Da COVID-19-pandemien lukkede samfundet ned, første gang i marts 2020, blev det sociale liv med ét markant ændret for de fleste. Skolebørn, studerende og medarbejdere blev sendt hjem, fritidsaktiviteter mv. blev lukket, de ældre på plejehjemmene måtte undvære besøg, og opfordringen var i det hele taget at se så få som muligt for at forhindre smitten i at sprede sig.

Tidlige studier fra andre lande af effekten af nedlukningen på forekomsten af ensomhed giver ikke et entydigt billede (21). Et europæisk studie indikerer, at nedlukningen har øget følelsen af ensomhed, og at denne ensomhed har medført forværring i borgernes mentale sundhed, herunder forstærket angstsymptomer og nedtrykthed (22). Opgørelserne i kapitlet kan bidrage til at forstå effekten af nedlukningen på sociale relationer. Det er dog ikke muligt at sige, hvorvidt udviklingen udelukkende kan tilskrives COVID-19-pandemien og heller ikke hvad de mere langsigtede konsekvenser er.

Hovedresultater

Forekomst

I 2021 er omkring hver ottende borger i regionen ensom, knap hver tiende er ofte uønsket alene, og hver tolvte borger har tegn på social isolation. Andelen af ensomme borgere er steget med knap 50 pct. siden 2017, mens andelen, der ofte er uønsket alene, er steget med knap 40 pct. Der er også sket en stigning i både andelen, der sjældent spiser sammen med andre samt andelen, der sjældent mødes sammen med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet. Stigningerne er sket bredt set i befolkningen og skal ses i lyset af de ændringer i samværsstrukturen, som COVID-19-pandemien har medført. Andelen af borgere med begrænset social støtte ligner niveauet i 2017 og tidligere år med 5,8 pct. af borgerne.

Godt hver fjerde borger i regionen deltager i frivilligt arbejde. Der er generelt en tendens til et fald i deltagelsen i frivilligt arbejde siden 2013.

Køn

Kvinder er hyppigere ensomme, oftere uønsket alene og mødes mere sjældent med andre i forbindelse med fritidsaktivitet end mænd. Der er omvendt flere mænd, som har begrænset social støtte, dvs. nogen de kan tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte. Andelen af ensomme er steget markant både hos mænd og kvinder. Stigningen er dog størst blandt kvinder.

Alder

Ensomhed er mest udbredt blandt borgere under 35 år, mens tegn på social isolation er mest udbredt blandt de ældre. Andelen af ensomme er steget både hos de yngste og de ældste, især de 16-24-årige og de 80+årige siden 2017. Der ses også en høj andel af borgere under 35 år og borgere over 80 år, som ofte er uønsket alene. Den højeste andel og den største stigning ses hos de 16-24-årige, men andelen er også steget blandt borgere på 65 år eller ældre.

Andelen af ensomme borgere, der ønsker mere kontakt til andre mennesker, er højest blandt de 16-24-årige, men det er blandt de 55-64-årige, der ses den største andel, som gerne vil have hjælp og støtte til det.

Uddannelse

Der er flere ensomme blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med et højere uddannelsesniveau. Det er desuden blandt borgere med det laveste uddannelsesniveau, der er flest med tegn på social isolation, og som ofte er uønsket alene. Der er i denne gruppe også en høj andel af ensomme, der ønsker hjælp og støtte til at få mere kontakt med andre.

Erhvervstilknytning

Ensomhed og svage sociale relationer, herunder tegn på social isolation, begrænset social støtte og ofte at være uønsket alene, er mest udbredt blandt borgere, som ikke aldersbetinget er uden for arbejdsmarkedet. De højeste andele findes generelt blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. I disse to grupper findes også den største andel af borgere, der ønsker hjælp og støtte til at få mere kontakt til andre. De største stigninger siden 2017 i andelen af ensomme og i andelen, der ofte er uønsket alene, ses blandt beskæftigede, blandt alderspensionister og blandt borgere under uddannelse. Andelen, der ofte er uønsket alene, er dog stadig omkring tre gange så høj blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet (ikke aldersbetinget), som blandt borgere i beskæftigelse. Desuden ses det i 2021, at særligt ensomme i beskæftigelse gerne vil have mere kontakt til andre mennesker, men i mindre grad ønsker hjælp og støtte til det.

Frivilligt arbejde er mest udbredt blandt borgere med videregående uddannelse og blandt alderspensionister. Andelen, der har svaret, at de ikke deltager i frivilligt arbejde, men godt kunne tænke sig at gøre det, er størst blandt borgere under uddannelse.

Samlivsstatus

Hos borgere, der ikke bor sammen med en partner, er andelen af ensomme tre gange så stor som hos borgere, der bor sammen med en partner. Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er der desuden en større andel, der hhv. har tegn på social isolation, som ofte er uønsket alene, har begrænset social støtte og som sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet.

Børn

Borgere uden børn i hjemmet viser i højere grad tegn på social isolation, de spiser i højere grad sjældent sammen med andre, og er i højere grad ofte uønsket alene. Borgere, der bor sammen med børn, mødes til gengæld i højere grad sjældent med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet. De deltager på den anden side i højere grad i frivilligt arbejde eller har et ønske om at gøre det.

Etnisk baggrund

Ensomhed, begrænset social støtte og det ofte at være uønsket alene er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Andelen af ensomme og borgere, der ofte er uønsket alene, er dog steget mest hos borgere med dansk baggrund siden 2017.

Sammenhæng med sundhedsadfærd, helbred og trivsel

Der ses generelt en tæt sammenhæng mellem borgernes sociale relationer og deres sundhedsadfærd, samt helbred og trivsel. Andelen af ensomme er f.eks. markant højere blandt borgere, der er utilfredse med livet, end blandt borgere, der er tilfredse med livet. Ensomhed er desuden langt mere udbredt blandt borgere med et højt stressniveau eller med dårligt selv vurderet helbred. Sammenhængen er dog blevet svagere siden 2017, hvilket kan tyde på, at ensomheden for nogens vedkommende er af mere kortvarig karakter.

Motivation og ønske om hjælp til at få mere kontakt med andre mennesker

Samlet set har hver tredje borger i regionen et ønske om at få mere kontakt til andre mennesker. Andelen er større blandt borgere, der er ensomme, end blandt borgere, der viser tegn på social isolation. Knap halvdelen af dem, der er ensomme eller har tegn på social isolation, og som gerne vil have mere kontakt, ønsker hjælp og støtte til det. Andelen, der ønsker støtte og hjælp til at få mere kontakt, er faldet siden 2017.

5.1 Kontakt med andre, herunder tegn på social isolation og frivilligt arbejde

I dette afsnit ses der nærmere på den strukturelle dimension af borgernes sociale relationer, dvs. mængden og strukturen af borgernes samvær med andre. Der er i afsnittet særlig fokus på borgere med begrænset social kontakt. I afsnit 5.2 ses der desuden nærmere på sammenhængen mellem begrænset social kontakt og ensomhed.

I afsnittet opgøres andelen af borgere med tegn på social isolation. Til at opgøre dette er der i nationalt sundsprofil-regi konstrueret et indeks for social isolation. Indekset, som er en modificeret version af Valtorta-indekset (23), angiver et objektivi mål for borgernes sociale kontaktflade eller graden af social isolation. I indekset indgår følgende seks indikatorer for lav social kontakt, som alle er dannet ud fra svar på spørgeskemaet:

- Bor alene (22,6 pct.)
- Sjældent kontakt med familie, man ikke bor sammen med (8,7 pct.)
- Sjældent kontakt med venner (13,0 pct.)
- Sjældent kontakt med naboer eller andre personer i lokalområdet (34,0 pct.)
- Aldrig i kontakt med bekendte fra foreninger, klubber osv. (40,7 pct.)
- Hverken i arbejde, eller under uddannelse eller går i skole (37,2 pct.)

Tallene i parenteser angiver, hvor stor en andel af regionens borgere, det drejer sig om i 2021. Flere af indikatorerne stammer fra samme spørgsmål, hvor borgerne er blevet spurgt, hvor ofte de – digitalt eller fysisk - er i kontakt med forskellige kategorier af familie, venner og bekendte. Det er i forbindelse med spørgsmålet specificeret, at med kontakt menes, at man mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, sociale medier, online spil, videoopkald mv.). De specifikke kategorier samt svarmulighederne og forekomster er gengivet i tabel 5.1.1. Et lignende spørgsmål er brugt i de tidligere sundhedsprofilundersøgelser, men da spørgsmålet er blevet ændret i 2021, bl.a. for at gøre det mere tidssvarende, kan resultaterne ikke direkte sammenlignes med tidligere års tal.

I indekset for social isolation tæller hver af de seks indikatorer ét point. Pointene summeres til en samlet indeks-score på mellem 0 og 6, hvor en højere score indikerer en større grad af social isolation. Der findes

ingen standard for, hvornår man defineres som socialt isoleret. I afsnittet er andelen af borgere med en indeks-score på 4-6 opgjort under betegnelsen 'tegn på social isolation'. De pågældende borgere er således ikke nødvendigvis socialt isolerede, men har højst to ud af de seks mulige kontaktflader, der indgår i indekset. Tegn på social isolation er i studier, der har brugt lignende indeks, forbundet med øget risiko for dødelighed og sygdom (24) (25).

Herudover er borgerne blevet stillet spørgsmålene: "Hvor ofte spiser du sammen med andre? (f.eks. morgenmad, frokost eller aftensmad)" og "Hvor ofte mødes du med andre mennesker i forbindelse med en fritidsaktivitet? (f.eks. hobby, motion, forening, aftenskole)". Svarmulighederne er for begge spørgsmål de samme som for spørgsmålet ovenfor (se tabel 5.1.1). I opgørelserne er nogle af kategorierne dog slået sammen (se tabel 5.1.2 og 5.1.3). Begge spørgsmål er også stillet i 2017, og der kan derfor vises udvikling på disse.

Tegn på social isolation og 'sjældent at spise sammen med andre' er mest udbredt blandt:

- Borgere over 65 år samt alderspensionister
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke erhvervsaktive, samt arbejdsløse hvad angår tegn på social isolation
- Borgere, der bor uden en partner eller uden børn i hjemmet
- Borgere med ikke-vestlig baggrund, hvad angår sjældent at spise sammen med andre

Siden 2017 er 'sjældent at spise sammen med andre' især blevet mere udbredt blandt:

- De 55-79-årige
- Borgere med kort uddannelse eller kort videregående uddannelse
- Beskæftigede, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med dansk baggrund

Endelig er borgerne blevet spurgt, om de deltager i frivilligt arbejde. Svarkategorier og forekomster for dette spørgsmål findes sidst i afsnittet.

Tabel 5.1.1 Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte? Svarfordeling (procent)

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	Samlet
				Sjælden kontakt		
Familie, som du ikke bor sammen med	34,8	41,4	15,2	6,8	1,9	100,0
Ægtefælle/kæreste	70,2	3,2	0,8	0,8	25,1	100,0
Venner	25,6	39,1	22,3	9,9	3,1	100,0
Kolleger, skole- eller studiekammerater i fritiden	26,5	14,1	9,8	14,3	35,4	100,0
Naboer eller andre personer i dit lokalområde	11,9	32,0	22,2	17,9	16,1	100,0
Bekendte i foreninger, klubber osv.	3,9	21,6	15,7	18,2	40,7	100,0
Andre bekendte	4,9	17,3	26,9	28,9	22,1	100,0

Tre ud af fire borgere i regionen (76,2 pct.) har kontakt med familiemedlemmer, de ikke bor sammen med, mindst én gang om ugen. Omkring hver fjerde har daglig kontakt til venner og kolleger/studiekammerater (hhv. 25,6 pct. og 26,5 pct.), mens yderligere 39,1 pct. har kontakt til deres venner én eller to gange om ugen. Kontakten til venner er således noget hyppigere end til både kollegaer, naboer og bekendte fra foreninger, klubber osv.

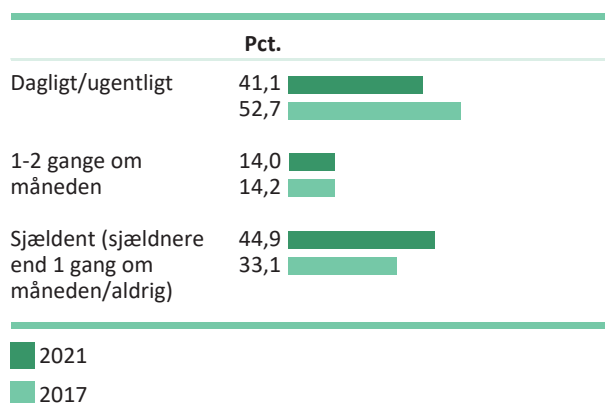
Tabel 5.1.2 Hvor ofte spiser du sammen med andre?

	Pct.
Dagligt/ugentligt	84,3
	87,7
1-2 gange om måneden	7,7
	6,6
Sjældent (sjældnere end 1 gang om måneden/aldrig)	8,1
	5,7

■ 2021
■ 2017

Omkring fem ud af seks borgerne (84,3 pct.) spiser dagligt eller ugentligt sammen med andre. Næsten hver sjettede borger (15,8 pct.) spiser højst to gange om måneden sammen med andre mennesker. Siden 2017 er der sket et fald på 3,4 procentpoint i andelen, der spiser sammen med andre dagligt eller ugentligt.

Tabel 5.1.3 Hvor ofte mødes du med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet?



I 2017 mødtes over halvdelen af borgerne (52,7 pct.) dagligt eller ugentligt med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet. I 2021 er denne andel faldet med ca. 25 pct. til 41,1 pct. Derimod angiver en langt større andel i 2021 (44,9 pct. mod 33,1 pct. i 2017), at de sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet.

Tabel 5.1.4 Borgere som hhv. har tegn på social isolation, sjældent spiser sammen med andre og sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet

	Tegn på social isolation		Spiser sjældent sammen med andre		Mødes sjældent sammen med andre ifm. fritidsaktiviteter	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	8,0	55.500	8,1	56.200	44,9	312.800
Region Sjælland 2017			5,7	39.100	33,1	227.300
Køn						
Mand	8,5	29.000	8,0	27.200	42,1	143.700
Kvinde	7,5	26.500	8,1	28.900	47,5	169.100
Alder						
16-24 år	6,3	4.800	4,1	3.100	47,4	36.000
25-34 år	6,7	5.400	5,8	4.700	58,2	46.200
35-44 år	4,9	4.600	3,9	3.600	48,7	44.600
45-54 år	5,5	7.000	4,0	5.000	43,6	54.300
55-64 år	6,7	8.400	8,2	10.000	42,8	52.700
65-79 år	11,3	17.400	12,6	19.800	36,6	57.500
80+	18,9	7.900	21,7	10.000	47,5	21.500
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	18,3	18.200	14,4	14.900	55,5	57.400
Kort uddannelse	8,0	22.600	8,0	22.400	43,6	121.300
Kort videregående	5,9	3.900	6,8	4.500	38,8	25.600
Mellemlang videregående	4,2	5.800	4,4	6.200	41,0	57.800
Lang videregående	3,7	2.300	3,3	2.000	39,9	23.600
Erhvervstilknøytning						
Beskæftigede	2,0	7.200	3,1	10.700	44,6	153.800
Arbejdsløse	25,0	3.500	8,5	1.200	59,7	8.300
Førtidspensionister	26,5	7.500	18,7	5.900	55,2	17.100
Efterlønsmodtagere	11,2	600	7,3	400	40,9	1.900
Alderspensionister	12,9	25.400	14,7	30.300	39,0	79.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	23,2	9.200	12,4	4.800	61,0	23.800
Under uddannelse	3,4	2.000	5,4	3.200	47,4	28.400
Samlivsstatus						
Samlevende	3,6	16.000	2,1	9.100	42,7	185.000
Ikke samlevende	15,5	39.500	17,7	47.100	48,6	127.800
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	2,2	4.200	2,1	3.800	46,8	85.400
Bor ikke med børn	10,2	52.400	10,2	52.600	44,6	229.300
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	7,7	49.400	7,6	48.100	44,2	280.000
Anden vestlig baggrund	9,9	2.400	11,7	2.900	49,5	12.200
Ikke-vestlig baggrund	10,7	3.700	13,0	5.200	52,6	20.600

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Sjælden kontakt/sjældent omfatter også personer, som svarer "aldrig".

Generelt

Omkring hver tolvte borger (8,0 pct.) i Region Sjælland viser tegn på social isolation, og ca. samme andel (8,1 pct.) spiser sjældent sammen med andre. Andelen, der sjældent spiser sammen med andre, er steget siden 2017, således at det i 2021 drejer sig om ca. 17.100 flere borgere end i 2017 (stigning på 2,4 procentpoint).

Knap hver anden borger (44,9 pct.- svarende til 312.800 borgere) mødes sjældent med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet. Andelen er steget med 11,8 procentpoint siden 2017. Stigningen, som ses i stort set alle de opgjorte grupper, skal ses i lyset af restriktionerne, COVID-19-pandemien har medført.

Køn og alder

Andelen, der sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, er højere blandt kvinder end blandt mænd. Der er ikke kønsforskelle i forhold til tegn på social isolation og andelen, som sjældent spiser sammen med andre.

Andelen med tegn på social isolation er højere blandt borgere på 65 år eller derover end i andre aldersgrupper. De ældste aldersgrupper har desuden de højeste andele, som sjældent spiser sammen med andre. Særligt blandt borgere over 80 år er andelen høj (21,7 pct.). Det skal ses i lyset af, at mange ældre bor alene (55,0 pct. af de 80+ årige - data ikke vist). Andelen, der sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, er højest blandt de 25-44 årige og lavest blandt de 55-79-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der ses en sammenhæng mellem omfanget af social kontakt og uddannelsesniveau. Generelt gælder, at andelen med begrænset social kontakt falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt borgere med grundskole/gymnasial uddannelse som højeste uddannelsesniveau er andelen med tegn på social isolation f.eks. knap fem gange så stor som blandt borgere med lang videregående uddannelse. De laveste andele på alle tre parametre findes blandt borgere med videregående uddannelser.

Sammenhængen findes også med erhvervstilknytning. Især blandt førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive er der en højere andel, der viser tegn på social isolation, og som sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet. Blandt alderspensionister er der også højere andele, der viser tegn på social isolation, og som sjældent spiser sammen med andre. Til gengæld er andelen, der sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, lavere end regionsgennemsnittet i denne gruppe.

Andelen, der sjældent spiser sammen med andre, er steget blandt beskæftigede, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og (i mindre grad) alderspensionister siden 2017 (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Andelene, som viser tegn på social isolation, og som sjældent spiser sammen med andre, er markant højere blandt borgere, der bor uden en partner end blandt borgere, der bor sammen med en partner. Der er ligeledes en højere andel, der sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet blandt ikke-samboende. Et tilsvarende billede ses for borgere, der ikke bor sammen med børn. Dog er andelen, der sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, højere blandt borgere med børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Andelen med tegn på social isolation varierer ikke signifikant i forhold til etnisk baggrund, men blandt borgere med ikke-vestlig baggrund ses en højere andel, som sjældent spiser sammen med andre, og som sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet sammenlignet med blandt borgere med dansk baggrund. Der er en tendens til stigning i alle tre grupper siden 2017, hvad angår sjældent at spise sammen med andre. Stigningen er dog kun signifikant blandt borgere med dansk baggrund (data ikke vist).

Tabel 5.1.5 Borgere som hhv. har tegn på social isolation, sjældent spiser sammen med andre og sjældent mødes med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, opgjort på kommuner

	Tegn på social isolation		Spiser sjældent sammen med andre		Mødes sjældent sammen med andre ifm. fritidsaktiviteter	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	8,0	55.500	8,1	56.200	44,9	312.800
Guldborgsund	9,4	4.900	10,1	5.200	45,6	23.800
Kalundborg	10,2	4.100	10,4	4.200	49,4	20.000
Lolland	11,5	4.000	12,3	4.300	47,4	16.600
Odsherred	8,6	2.500	9,0	2.600	45,4	13.000
Slagelse	9,8	6.300	8,9	5.700	48,3	30.700
Vordingborg	7,6	3.000	8,3	3.300	46,8	18.400
Faxe	7,9	2.400	9,1	2.800	46,3	14.100
Holbæk	7,6	4.500	7,2	4.200	43,1	25.500
Næstved	8,5	5.900	8,0	5.600	45,2	31.700
Ringsted	7,5	2.100	6,5	1.900	46,2	13.200
Sorø	8,4	2.100	7,4	1.800	40,8	10.100
Stevns	6,9	1.300	7,1	1.400	43,8	8.500
Greve	6,6	2.700	6,1	2.500	43,5	17.700
Køge	5,9	3.000	7,9	4.000	43,5	21.800
Lejre	5,7	1.300	5,3	1.200	39,1	9.000
Roskilde	6,1	4.400	6,2	4.600	42,7	31.200
Solrød	5,1	900	5,2	1.000	41,4	7.600

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Sjælden kontakt/sjældent omfatter også personer, som svarer "aldrig".

Kommunevariation

Der er en tendens til, at der er en højere andel af borgere, som viser tegn på social isolation og som sjældent spiser sammen med andre i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner end i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner. Tendensen ses også i forhold til at mødes sammen med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, men er mindre udtalt. Geografisk ses en tendens til, at andelen af borgere med tegn på social isolation er lavere, jo tættere kommunen er placeret på hovedstadsområdet.

Andelen, der sjældent spiser sammen med andre mennesker, er steget i alle kommuner siden 2017, dog kun signifikant i Faxe og Solrød kommuner (data ikke vist). Andelen, der sjældent mødes sammen med andre i forbindelse med en fritidsaktivitet, er steget i alle kommuner siden 2017, hvor kun stigningen i Odsherred Kommune ikke er signifikant (data ikke vist).

Kort 5.1.6 Borgere med tegn på social isolation



Frivilligt arbejde

Frivilligt arbejde kan have stor betydning for borgerenes sociale liv. Værdien kan både ligge i det frivillige arbejde, der udføres, herunder f.eks. socialt arbejde som bidrager til at styrke andres sociale relationer, og samtidigt være gavnligt for personen, der udfører det ved at bidrage til dennes sociale netværk og relationer. Studier har blandt andet vist, at frivilligt arbejde kan føre til færre hospitalsindlæggelser og øge deltagelsen i forebyggende indsatser (26).

Regionens borgere er blevet spurgt, om de deltager i frivilligt arbejde med svarmulighederne ”Ja”, ”Nej, men jeg kunne godt tænke mig at gøre det” og ”Nej, og jeg har ikke tænkt mig at gøre det”.

Andelen af borgere, der ikke deltager i frivilligt arbejde men godt kunne tænke sig at gøre det, er størst blandt:

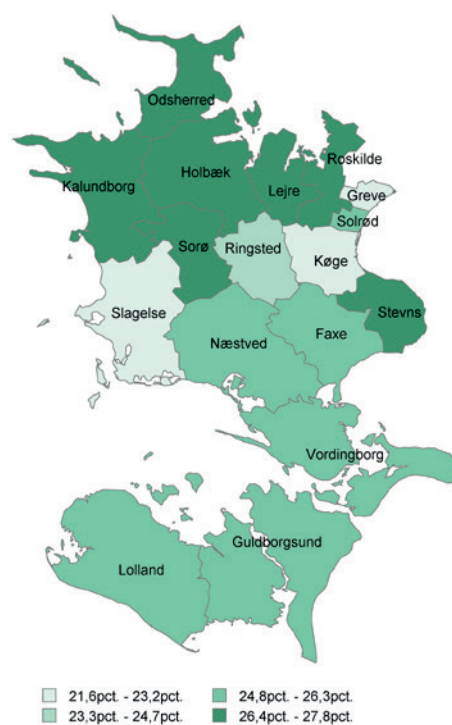
- De 16-34-årige
- Borgere under uddannelse, arbejdsløse, efterlønsmodtagere og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med ikke-dansk baggrund

Som det fremgår af tabel 5.1.8, deltager godt hver fjerde borger i regionen i frivilligt arbejde. Andelen er faldet med 2,9 procentpoint siden 2017. Andelen, der ikke deltager i frivilligt arbejde og heller ikke har tænkt sig at gøre det, er samtidigt steget tilsvarende. Der er generelt en tendens til et fald i både deltagelsen og interessen for at deltage i frivilligt arbejde siden 2013.

Frivilligt arbejde er mest udbredt blandt mænd, de 35-54-årige, de 65-79-årige, borgere, der bor sammen med en partner og borgere med børn i hjemmet. Frivilligt arbejde er desuden mest udbredt blandt borgere med videregående uddannelse og alderspensionister.

Andelen, der har svaret, at de ikke deltager i frivilligt arbejde, men godt kunne tænke sig at gøre det, er størst blandt de yngre borgere (især blandt de 16-34-årige), borgere under uddannelse og borgere med ikke-dansk baggrund. Andelen er mindst blandt de ældste borgere (65+ årige), alderspensionister og borgere med dansk baggrund.

Kort 5.1.7 Borgere, der deltager i frivilligt arbejde



Andelen, der svarer, at de ikke deltager i frivilligt arbejde og ikke har tænkt sig at gøre det, er størst blandt borgere med grundskole/gymnasial uddannelse eller kort uddannelse, og derudover blandt borgere over 65 år, førtidspensionister og alderspensionister samt borgere, der ikke bor sammen med børn.

Andelen af borgere, der deltager i frivilligt arbejde, varierer kun i mindre grad blandt regionens kommuner. Geografisk ses en tendens til, at andelen er størst i den nordlige del af regionen.

Tabel 5.1.8 Deltager du i frivilligt arbejde?

	Ja		Nej, men jeg kunne godt tænke mig det		Nej, og jeg har ikke tænkt mig det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	25,6	178.300	18,7	130.400	55,7	388.200
Region Sjælland 2017	28,5	195.500	18,8	128.900	52,8	362.300
Region Sjælland 2013	29,9	198.900	20,1	133.900	49,9	331.800
Køn						
Mand	28,0	95.400	17,3	59.100	54,7	186.600
Kvinde	23,3	82.800	20,0	71.300	56,7	201.600
Alder						
16-24 år	16,2	12.300	30,3	22.900	53,5	40.500
25-34 år	20,0	15.800	28,8	22.800	51,2	40.600
35-44 år	28,0	25.600	21,7	19.900	50,3	46.100
45-54 år	28,4	35.400	19,4	24.100	52,2	65.000
55-64 år	24,8	30.500	18,8	23.200	56,5	69.600
65-79 år	31,8	50.100	9,6	15.100	58,6	92.300
80+	19,1	8.600	5,2	2.300	75,8	34.100
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	17,5	18.100	17,3	17.800	65,2	67.400
Kort uddannelse	25,2	70.300	15,2	42.500	59,6	166.200
Kort videregående	32,1	21.200	17,7	11.700	50,1	33.100
Mellemlang videregående	30,3	42.500	21,2	29.700	48,5	68.100
Lang videregående	36,1	21.400	21,5	12.700	42,4	25.100
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	26,4	91.100	21,2	73.200	52,4	180.700
Arbejdsløse	20,0	2.800	26,3	3.700	53,6	7.500
Førtidspensionister	20,5	6.300	16,6	5.100	62,9	19.500
Efterlønsmodtagere	19,9	1.000	28,5	1.400	51,6	2.500
Alderspensionister	29,0	58.900	8,6	17.500	62,4	126.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	19,0	7.500	26,6	10.400	54,4	21.300
Under uddannelse	18,3	10.900	31,9	19.000	49,9	29.700
Samlivsstatus						
Samlevende	28,0	121.600	17,1	74.300	54,9	238.000
Ikke samlevende	21,5	56.600	21,3	56.100	57,1	150.200
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	29,3	53.400	22,6	41.300	48,1	87.700
Bor ikke med børn	24,7	126.900	17,8	91.600	57,5	296.000
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	26,3	166.200	17,9	113.200	55,9	353.700
Anden vestlig baggrund	22,6	5.600	24,7	6.100	52,7	13.100
Ikke-vestlig baggrund	16,6	6.500	28,3	11.000	55,1	21.500

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

5.2 Ensomhed, herunder sammenhæng med social kontakt

Mens fokus i det foregående afsnit var på den strukturelle dimension af social kontakt, er fokus i dette afsnit på den funktionelle dimension af social kontakt og mere specifikt ensomhed. Ensomhed defineres ”som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet forskel mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer” (21) (27). Det er veldokumenteret, at ensomhed har negative konsekvenser for helbred og trivsel (21), herunder at det forøger risikoen for forhøjet blodtryk og kolesteroltal, hjerte-kar-sygdomme, træthed, smerter, søvnforstyrrelse og depression (28).

Ensomhed er svært at måle, bl.a. fordi ordet ”ensomhed” er tabubelagt og kan virke stigmatiserende (29). I Sundhedsprofilen spørges der ikke direkte til, om borgerne føler sig ensomme. Ensomhed er i stedet afdækket ved spørgsmålspanelet ’The Three-Item Loneliness Scale’ (T-ILS) (30). T-ILS er en forkortet og valideret udgave af ’UCLA Loneliness Scale’, som anses som guldstandard til måling af ensomhed (21). Der er fundet en god sammenhæng mellem T-ILS og UCLA, og T-ILS er derfor et bredt anerkendt og brugt redskab til måling af ensomhed i befolkningsundersøgelser, hvor spørgsmålmængden må begrænses (21).

Panelet består af tre spørgsmål, der alle omhandler emner relateret til ensomhed, men ikke eksplicit omhandler ensomhed som begreb: 1) ”Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?” 2) ”Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?” 3) ”Hvor ofte føler du dig udenfor?” Svaremulighederne for hvert spørgsmål er ”sjældent”, ”en gang imellem” eller ”ofte”, som scores fra 1 til 3, hvorefter summen af de tre scorer beregnes. Borgere med en sum på mindst 7 betegnes i afsnittet som ensomme.

Der er ingen tvivl om, at COVID-19-pandemien har haft indflydelse på forekomsten af ensomhed i befolkningen i 2021. T-ILS kan ikke skelne mellem længerevarende eller forbigående ensomhed, og undersøgelsen kan derfor ikke svare på, i hvor høj grad de viste forekomster kan tilskrives pandemien med nedlukning, restriktioner osv., eller i hvor høj grad den viste udvikling siden 2017 skyldes andre faktorer. Spørgsmålet har kun indgået siden 2017, og det er derfor ikke muligt at vise udvikling længere tilbage i tid.

Sidst i afsnittet ses der på sammenhængen mellem ensomhed og forskellige sociale kontaktoverflader ud fra indikatorer præsenteret i afsnit 5.1.

Ensomhed er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- De 16-34-årige samt borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere med begrænset social kontakt, herunder især borgere, som viser tegn på social isolation, sjældent spiser sammen med andre, og borgere med sjælden kontakt til venner og familie, de ikke bor med

Siden 2017 er ensomhed især blevet mere udbredt blandt:

- De 16-24-årige og borgere under uddannelse
- De 65+årige og alderspensionister, herunder især de 80+årige
- Borgere med hhv. grundskole/gymnasial, mellemlang og lang videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere med dansk baggrund

Tabel 5.2.1 Ensomhed blandt regionens borgere

	Pct. 2021	Ensomhed	Personer 2021	Pct. 2017
Region Sjælland	12,7		88.300	8,6
Køn				
Mand	10,2		34.700	7,4
Kvinde	15,1		53.600	9,6
Alder				
16-24 år	26,5		20.300	14,9
25-34 år	19,3		15.300	13,1
35-44 år	12,7		11.600	7,9
45-54 år	10,0		12.500	8,8
55-64 år	9,0		11.200	7,6
65-79 år	7,4		11.500	4,6
80+	13,4		6.000	6,3
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	18,9		19.000	11,4
Kort uddannelse	10,4		29.200	7,1
Kort videregående	9,4		6.200	6,6
Mellemlang videregående	9,4		13.000	5,8
Lang videregående	8,9		5.500	5,3
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	9,0		31.300	5,1
Arbejdsløse	23,5		3.300	16,9
Førtidspensionister	29,3		8.500	22,9
Efterlønsmodtagere	8,3		400	9,6
Alderspensionister	8,7		17.600	4,9
Øvrige ikke-erhvervsaktive	30,0		11.800	25,1
Under uddannelse	25,8		15.300	16,8
Samlevsstatus				
Samlevende	7,3		32.300	5,1
Ikke samlevende	21,8		56.000	14,6
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	12,0		22.200	7,6
Bor ikke med børn	13,3		68.200	9,1
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	12,3		78.300	7,9
Anden vestlig baggrund	14,6		3.500	14,3
Ikke-vestlig baggrund	18,9		6.500	16,7

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige undergrupper øger usikkerheden. Signifikante ændringer er omtalt i teksten.

Generelt

Andelen af ensomme borgere er steget betydeligt i regionen, siden det først blev opgjort i 2017. I 2021 er omkring hver ottende borger ensom (12,7 pct.) mod omkring hver tolvte borger i 2017 (8,6 pct.). Det svarer til en stigning i andelen af ensomme på 48,1 pct. og betyder, at der i 2021 estimeres at være 29.600 flere ensomme borgere i regionen end i 2017. Stigningen ses i de fleste af de opgjorte grupper men er dog mere udpræget blandt nogle grupper end andre (er bemærket i teksten). Stigningen bør ses i lyset af de nedlukninger og restriktioner af den sociale kontakt, som COVID-19-pandemien har medført.

Køn og alder

Der ses en højere andel af ensomme kvinder end ensomme mænd. Andelen af ensomme er steget markant hos begge køn, men stigningen er størst blandt kvinder, hvor der i 2021 er 56,3 pct. flere ensomme end i 2017 mod 37,2 pct. flere blandt mænd.

Andelen af ensomme er højest blandt de 16-24-årige og de 25-34-årige, og lavest blandt borgere i alderen 35-79 år. Siden 2017 er andelen af ensomme steget blandt borgere under 45 år og på 65 år eller ældre. Andelen blandt borgere herimellem (de 45-64 årige) har derimod ikke ændret sig væsentligt. Stigningen har været mest markant hos de yngste og de ældste. Andelen af ensomme er steget med 78,2 pct. hos de 16-24 årige og med 114,1 pct. hos de 80+årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er flere ensomme blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med et højere uddannelsesniveau. Andelen er steget i næsten alle uddannelsesgrupper, men stigningen er størst blandt hhv. borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse og blandt borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse (stigning på mellem 61,3 pct. og 68,6 pct.).

Der er ligeledes betydeligt flere ensomme blandt borgere, der ikke aldersbetinget er udenfor arbejdsmarkedet end blandt hhv. beskæftigede, alderspensionister og efterlønsmodtagere. Det er dog blandt beskæftigede og alderspensionister, der er set den største stigning i andelen af ensomme siden 2017 (stigning på hhv. 76,9 pct. og 76,8 pct.).

Samlivsstatus og børn

Der er naturligt nok en sammenhæng mellem ensomhed og samlivsstatus. Hos borgere, der ikke bor sammen med en partner, er andelen af ensomme tre gange så stor som hos borgere, der bor sammen med en partner.

Andelen af ensomme varierer ikke betydeligt i forhold til om der bor børn i hjemmet eller ej.

Etnisk baggrund

Ensomhed er mere udbredt hos borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Andelen er dog steget mest hos borgere med dansk baggrund siden 2017, hvilket har gjort forskellen mellem grupperne mindre.

Tabel 5.2.2 Ensomhed, opgjort på kommuner

	Ensomhed		Personer 2021	Pct. 2017
	Pct. 2021			
Region Sjælland	12,7		88.300	8,6
Guldborgsund	11,5		6.000	8,3
Kalundborg	15,9		6.400	7,4
Lolland	12,6		4.400	10,4
Odsherred	12,7		3.700	8,9
Slagelse	13,7		8.800	11,3
Vordingborg	12,5		4.900	10,0
Faxe	12,2		3.700	7,3
Holbæk	12,8		7.500	9,3
Næstved	14,2		10.000	8,2
Ringsted	13,2		3.800	8,7
Sorø	11,6		2.900	7,8
Stevns	12,9		2.500	6,9
Greve	10,3		4.200	6,7
Køge	13,3		6.600	8,6
Lejre	11,9		2.700	6,0
Roskilde	11,4		8.300	8,2
Solrød	10,2		1.900	5,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer er omtalt i teksten.

Kommunevariation

Andelen af ensomme borgere varierer mellem kommunerne med de laveste andele på hhv. 10,2 og 10,3 pct. i Solrød og Greve kommuner og den højeste andel på 15,9 pct. i Kalundborg Kommune. Der er en tendens til, at andelen af ensomme er lavere i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner.






















Andelen af ensomme er steget i alle regionens kommuner siden 2017. Stigningen er dog kun signifikant i syv kommuner (Kalundborg, Faxe, Næstved, Ringsted, Stevns, Lejre og Solrød). Heraf hører de fire kommuner til den mellemste socioøkonomiske gruppe af kommuner. Andelen af ensomme er samlet set steget mindst i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner, hvilket betyder, at forskellen mellem kommunerne er blevet mindre end den var i 2017 (data ikke vist).




Der er ingen tydelige mønstre i den geografiske variation i andelen af ensomme borgere i 2021.

Kort 5.2.3 Ensomhed



Tabel 5.2.4 Ensomhed blandt borgere med forskellig grad af social kontakt

	Ensomhed	
	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	12,7 	88.300
Tegn på social isolation		
Ja	34,2 	18.900
Nej	10,8 	69.500
Bor alene		
Ja	21,3 	33.400
Nej	10,1 	54.600
I arbejde, under uddannelse eller går i skole		
Nej	14,9 	38.200
Ja	11,2 	49.400
Kontakt, familie man ikke bor med		
Sjældent	23,5 	14.300
Mindst en gang om måneden	11,6 	73.900
Kontakt, venner		
Sjældent	23,9 	21.500
Mindst en gang om måneden	11,0 	66.600
Kontakt, kolleger, skolekammerater osv. i fritiden		
Sjældent	15,6 	53.800
Mindst en gang om måneden	10,0 	35.100
Kontakt, naboer/andre i lokalområde		
Sjældent	20,1 	47.700
Mindst en gang om måneden	8,8 	40.600
Kontakt, bekendte i foreninger, klubber osv.		
Aldrig	19,9 	56.400
Kontakt (uanset hyppighed)	7,8 	32.100
Spiser sammen med andre		
Sjældent	28,6 	15.800
Mindst en gang om måneden	11,5 	73.500
Deltager i frivilligt arbejde		
Nej	14,4 	74.600
Ja	8,5 	15.100

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: "Sjældent" omfatter personer, som svarer "Mindre end én gang om måneden" eller "Aldrig".

I tabel 5.2.4 er andelen af ensomme opgjort blandt borgere med forskellige grad af social kontakt. Ud over sammenhængen med tegn på social isolation ses der på de seks separate indikatorer, som indgår i indekset bag dette (se afsnit 5.1) samt enkelte andre indikatorer for social kontakt, som er introduceret i afsnit 5.1.

Der ses generelt en stærk sammenhæng mellem en begrænset social kontakt og ensomhed. Blandt borgere med tegn på social isolation er mere end hver tredje (34,2 pct.) ensomme, mens det gælder godt hver tiende borger (10,8 pct.) uden tegn på social isolation. Den højeste andel af ensomme ses derudover blandt borgere, der sjældent spiser sammen med andre (28,6 pct.), og blandt borgere, som sjældent har kontakt med venner eller familie, de ikke bor sammen med (begge godt 23 pct.).

Sammenhængen mellem ensomhed og om man er i arbejde, under uddannelse eller går i skole, og i forhold til kontakten med kolleger, skolekammerater osv. i fritiden ses også, men er mindre tydelig. Blandt borgere, som er i arbejde, under uddannelse eller går i skole, ligger andelen af ensomme (11,2 pct.) lidt under regionsgennemsnittet, mens andelen blandt dem, der ikke er i arbejde, i uddannelse eller går i skole ligger lidt højere end regionsgennemsnittet med 14,9 pct.

Blandt borgere, der bor alene, er omkring hver femte (21,3 pct.) ensom i 2021. Det er godt dobbelt så mange som andelen blandt borgere, der ikke bor alene (10,1 pct.). I Region Sjælland bor mere end hver femte borger alene (22,6 pct. svarende til 157.300 personer) (data ikke vist).

5.3 Borgere, som ofte er uønsket alene eller har begrænset social støtte

Dette afsnit supplerer det forudgående afsnit om ensomhed ved at præsentere endnu to parametre af den funktionelle side af social kontakt, hhv. borgere, der oplever ofte at være uønsket alene, og borgere med begrænset social støtte, dvs. oplevelsen af at have noget at tale med, hvis man har brug for støtte.

Borgerne er først blevet spurgt: ”Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?”. Svarmulighederne er ”Ja, ofte”, ”Ja, en gang imellem”, ”Ja, men sjældent” og ”Nej”. I afsnittet er borgere, der har svaret ”Ja, ofte”, opgjort under betegnelsen ‘ofte uønsket alene’.

Dernæst er borgerne blevet spurgt: ”Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?” med svarmulighederne ”Ja, altid”, ”Ja, for det meste”, ”Ja, nogen gange” eller ”Nej, aldrig eller næsten aldrig”. I afsnittet er andelen af borgere, der har svaret ”Nej, aldrig eller næsten aldrig”, opgjort under betegnelsen ‘begrænset social støtte’.

Begge spørgsmål har været med i Region Sjællands sundhedsprofil siden 2010, hvilket gør det muligt at følge udviklingen i svarene over tid fra 2010 til 2021.

Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er i 2021 mest udbredt blandt:

- Kvinder
- De 16-34-årige og borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner eller børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, især steget blandt (data ikke vist):
































































- De 16-24 årige, de 35-44 årige og borgere over 65 år, herunder især de 80+årige
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse og borgere med mellemlang uddannelse
- Borgere under uddannelse, beskæftigede og alderspensionister
- Borgere med dansk baggrund




Begrænset social støtte er i 2021 mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Omfanget af begrænset social støtte har ikke ændret sig væsentligt siden 2017, heller ikke fordelt på de forskellige grupperinger af borgere (data ikke vist).

Tabel 5.3.1 Borgere, der hhv. ofte er uønsket alene og har begrænset social støtte

	Ofte uønsket alene		Begrænset social støtte	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	9,2 	64.400	5,8 	40.700
Region Sjælland 2017	6,7 	45.800	5,4 	36.700
Region Sjælland 2013	6,0 	39.900	5,8 	38.600
Region Sjælland 2010	5,9 	38.900	4,6 	30.200
Køn				
Mand	8,1 	27.700	7,2 	24.500
Kvinde	10,3 	36.700	4,5 	16.200
Alder				
16-24 år	17,9 	13.600	6,4 	4.900
25-34 år	11,2 	8.900	7,0 	5.600
35-44 år	7,1 	6.500	5,1 	4.700
45-54 år	6,9 	8.500	6,2 	7.800
55-64 år	7,2 	8.900	6,1 	7.400
65-79 år	7,5 	11.700	5,3 	8.300
80+	13,6 	6.200	4,4 	2.000
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	15,5 	15.600	8,7 	8.800
Kort uddannelse	7,2 	20.300	5,3 	14.900
Kort videregående	6,4 	4.200	5,4 	3.500
Mellemlang videregående	6,6 	9.100	3,9 	5.300
Lang videregående	5,1 	3.100	4,2 	2.600
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	5,9 	20.400	5,2 	17.900
Arbejdsløse	14,8 	2.100	8,6 	1.200
Førtidspensionister	21,8 	6.300	11,3 	3.300
Efterlønsmodtagere	8,6 	400	3,6 	200
Alderspensionister	8,9 	18.000	5,1 	10.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,4 	7.200	9,3 	3.700
Under uddannelse	16,8 	9.900	6,8 	4.000
Samlivsstatus				
Samlevende	4,0 	17.600	4,6 	20.300
Ikke samlevende	18,2 	46.900	7,9 	20.400
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	6,7 	12.500	5,2 	9.700
Bor ikke med børn	10,4 	53.200	6,1 	31.200
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	9,1 	57.900	5,4 	34.500
Anden vestlig baggrund	8,9 	2.100	6,8 	1.600
Ikke-vestlig baggrund	12,6 	4.400	13,0 	4.500

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Andelen, der ofte er uønsket alene, er steget markant siden 2017, så det i 2021 gælder 9,2 pct. af regionens borgere. Der sås en svag tendens til stigning fra 2010 til 2017, men ikke på samme niveau som fra 2017 til 2021, hvor andelen er steget med knap 40 pct. Udviklingen fra 2017 til 2021 i andelen, der ofte er uønsket alene, ses bredt i befolkningen og bør ligesom med ensomhed ses i lyset af COVID-19-pandemien.

Andelen med begrænset social støtte er lidt højere i 2021 end i 2017. Ændringen fra 2017 til 2021 er dog ikke signifikant, og niveauet i 2021, med en andel på 5,8 pct. af regionens borgere, er på samme niveau som i 2013. Det antyder, at borgerne til trods for, at flere ofte er uønsket alene, har fastholdt niveauet af social støtte i deres netværk.

Køn og alder

Der er en højere andel af kvinder end mænd, som ofte er uønsket alene (10,3 pct. af kvinderne mod 8,1 pct. af mændene), mens flere mænd end kvinder har begrænset social støtte (gælder 7,2 pct. af mændene mod 4,5 pct. af kvinderne).

Andelen, som ofte er uønsket alene, er højest blandt borgere under 35 år og blandt de 80+årige. Der har siden 2010 været en tendens til en stigende andel blandt de 16-34 årige med den største stigning fra 2017 til 2021. Den største stigning ses dog hos de 80+ årige, hvor andelen er steget med 65,3 pct. siden 2017. Andelen var faldet i denne aldersgruppe i både 2013 og 2017, men er i 2021 på niveau med 2010 (data ikke vist).

Andelen med begrænset social støtte er nogenlunde lige udbredt i de forskellige aldersgrupper. Andelen er dog lavere end regionsgennemsnittet blandt de ældste borgere på 80+ år.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen, der hhv. ofte er uønsket alene og har begrænset social støtte falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse er der godt tre gange så mange (15,5 pct.), der ofte er uønsket alene, og godt dobbelt så mange (8,7 pct.) med begrænset social støtte sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse (hhv. 5,1 pct. og 4,2 pct.).

Borgere, der er uden for arbejdsmarkedet af ikke-aldersbetingede grunde, har den højeste andel, der ofte er uønsket alene. Andelen er omkring tre gange så høj som hos borgere i beskæftigelse. Den højeste andel (21,8 pct.) findes blandt førtidspensionister. Siden 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget blandt beskæftigede, alderspensionister og især blandt borgere under uddannelse (stigninger på hhv. 52,0 pct., 54,1 pct. og 73,8 pct.) (data ikke vist).

Begrænset social støtte er mest udbredt blandt førtidspensionister (11,3 pct.) og øvrige ikke-erhvervsaktive 9,3 pct.) og mindst udbredt blandt hhv. beskæftigede (5,2 pct.) og alderspensionister (5,1 pct.).

Samlivsstatus og børn

Der er markant flere, som ofte er uønsket alene, blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner (18,2 pct.) end blandt borgere, som er samlevende (4,0 pct.). Begrænset social støtte er også betinget af samlivsstatus, om end det er i mindre grad. Andelen er højere blandt borgere, der ikke bor med en partner (7,9 pct.) end blandt borgere, der gør (4,6 pct.).

Forskellen i andelen med begrænset social støtte ses ikke i forhold til, om borgerne har børn i hjemmet eller ej. Hvad angår det at være ofte uønsket alene, ses det, at andelen er højere blandt borgere uden børn i hjemmet (10,4 pct.) end blandt borgere med børn (6,7 pct.). Andelen, der ofte er uønsket alene, er højere i alle grupper i 2021 end i 2017.

Etnisk baggrund

Både det at være ofte uønsket alene og have begrænset social støtte er mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Forskellen er størst, hvad angår begrænset social støtte, hvor andelen er mere end dobbelt så høj blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Andelen, der ofte er uønsket alene, er siden 2017 dog kun steget blandt borgere med dansk baggrund (stigning på 46,2 pct.) (data ikke vist).

Tabel 5.3.2 Borgere, der hhv. ofte er uønsket alene og har begrænset social støtte, opgjort på kommuner

	Ofte uønsket alene		Begrænset social støtte	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	9,2	64.400	5,8	40.700
Guldborgsund	9,8	5.100	5,6	2.900
Kalundborg	11,8	4.800	7,4	3.000
Lolland	9,2	3.200	7,6	2.700
Odsherred	9,0	2.600	6,0	1.700
Slagelse	9,1	5.900	6,5	4.200
Vordingborg	10,2	4.000	6,3	2.500
Faxe	8,6	2.600	5,6	1.700
Holbæk	8,2	4.800	4,1	2.400
Næstved	10,8	7.600	7,3	5.100
Ringsted	9,9	2.800	5,9	1.700
Sorø	9,5	2.300	5,9	1.500
Stevns	9,8	1.900	5,7	1.100
Greve	6,8	2.700	4,6	1.900
Køge	8,9	4.400	5,4	2.700
Lejre	7,4	1.700	5,2	1.200
Roskilde	8,9	6.500	5,1	3.700
Solrød	7,7	1.400	4,4	800

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

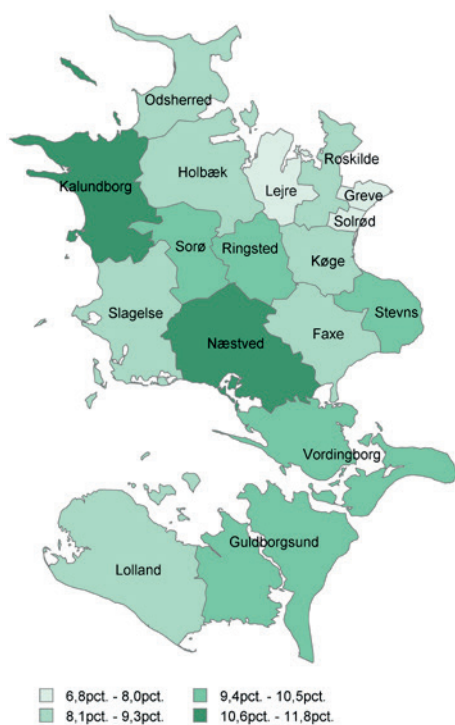
Kommunevariation

På tværs af regionens kommuner er der stor variation i, hvor stor en andel af borgerne, der ofte er uønsket alene. Spændet mellem kommunerne går fra 6,8 pct. i Greve Kommune, hvor andelen er lavest, til 11,8 pct. i Kalundborg Kommune, hvor andelen er højest. Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er generelt højere i de socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner. Forskellen til mellemkommunerne er dog ikke tydelig. De laveste andele findes hos kommuner, der geografisk er forholdsvist tæt på hovedstadsområdet, men ellers ses der ikke et tydeligt geografisk mønster.

Siden 2017 er andelen, der ofte er uønsket alene, steget i fire ud af seks af kommunerne i den midterste socioøkonomiske gruppe (Sorø, Næstved, Ringsted og Stevns kommuner). Herudover er andelen steget i Lejre, Vordingborg og Kalundborg kommuner. Det betyder, at forskellen mellem de socioøkonomisk mere udfordrede og de bedre stillede kommuner samlet set er blevet mindre i 2021 end i 2017.

Der er knapt så stor variation mellem regionens kommuner i forhold til andelen af borgere med begrænset social støtte. Andelen varierer fra 4,1 pct. i Holbæk Kommune og 4,4 pct. i Solrød Kommune til 7,6 pct. i Lolland Kommune. Der er en tendens til, at andelen er lavest i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner og højest i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Med undtagelse af Guldborgsund Kommune er der desuden en tendens til, at regionens sydlige og vestligste kommuner har en højere andel af borgere med begrænset social støtte end kommuner, der ligger mere østligt. Andelen af borgere med begrænset social støtte er ikke steget væsentligt i nogle af kommunerne siden 2017.

Kort 5.3.3 Borgere, der ofte er uønsket alene



Kort 5.3.4 Borgere, der har begrænset social støtte



‘Mandefællesskaber 60+’ i Roskilde Kommune er et fællesskab for mænd fra 60 år og opefter. Mandefællesskabet består af 5-8 mænd, der efter fire guidede opstartsmøder, fortsætter med at mødes 2-3 timer hver 14. dag til mandesnak eller udflugter på egen hånd. Initiativet, som startede i 2017, blev sat i gang, fordi der var stor mistro og ensomhed blandt ældre mænd i kommunen, og var primært tiltænkt mænd i sårbare livssituationer, f.eks. ved tab af ægtefælle, sygdom eller andre overgange i livet. I dag er der over 80 mænd i alderen 57-89 år tilknyttet et Mandefællesskab. De foreløbige resultater viser bl.a., at mange af mændene efter et års tid danner varige venskaber og drager omsorg for hinanden.

5.4 Sammenhæng mellem tegn på social isolation hhv. ensomhed og sundhedsadfærd, helbred og trivsel

Svage sociale relationer har en veldokumenteret betydning for sygelighed og dødelighed (3) (19) (8), ligesom sociale relationer kan bidrage til bedre sundhedsadfærd og have indflydelse på håndteringen af sygdom (2) (18) (31). Omvendt kan individuelle forhold som boligsituation, fysisk og mentalt helbred samt belastninger i de forhold man har, spille en rolle i forhold til ens sociale liv og ensomhedsfølelse (1) (5) (32).

I dette afsnit ses der nærmere på sammenhængen mellem på den ene side tegn på social isolation og ensomhed og på den anden side borgernes sundhedsadfærd, helbred og trivsel målt på en række forskellige parametre. Opgørelse af andelen, der er hhv. er ensomme og har tegn på social isolation blandt borgere med hhv. mere eller mindre hensigtsmæssig sundhedsadfærd eller hhv. god eller dårlig trivsel, kan bidrage til at afdække, på hvilke parametre sammenhængen med sociale relationer er størst. Det siger dog ikke noget om i hvilken retning årsagssammenhængen går. Helbred og trivsel skal her forstås bredt og involverer både selvvurderet helbred, livstilfredshed, stressniveau og oplevelsen af belastninger i livet indenfor de seneste 12 mdr. som følge af forholdet til familie og venner eller boligsituation (se også kapitel 3).













































Tegn på social isolation hænger især tæt sammen med:




- Dårligt selvvurderet helbred
- Utilfredshed med livet
- Usundt kostmønster
- Høj score på stressskalaen
- Skærmtid over fire timer i fritiden på hverdage

Ensomhed hænger især tæt sammen med:

- Utilfredshed med livet
- Høj score på stressskalaen
- Belastninger fra forholdet til familie og venner
- Dårligt selvvurderet helbred
- Belastninger fra ens boligsituation

Tabel 5.4.1 Tegn på social isolation og ensomhed blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd

	Tegn på social isolation		Ensomhed	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	8,0 	55.500	12,7 	88.300
Kostmønster				
Usundt kostmønster	13,4 	17.400	16,6 	21.600
Kostmønster med sunde og usunde elementer	6,8 	31.400	11,8 	54.600
Sundt kostmønster	5,0 	5.100	10,5 	10.800
Rygning				
Dagligrygere	13,4 	14.800	17,1 	18.800
Ryger lejlighedsvist	7,2 	1.700	16,4 	3.900
Har tidligere røget	7,9 	18.000	11,1 	25.100
Har aldrig røget	6,2 	20.700	12,0 	40.200
Fysisk aktivitet i fritiden				
Lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling	9,9 	40.700	14,6 	60.000
Lever op til WHO's minimumsanbefaling	4,7 	13.300	9,8 	27.900
Skærmtid i fritiden (hverdage)				
Mindst fire timer	12,0 	28.900	19,2 	46.100
Under fire timer	4,9 	22.300	9,0 	41.300
Tegn på problematisk alkoholforbrug				
Ja	9,7 	9.100	14,0 	13.000
Nej	7,8 	47.000	12,7 	76.500
Stoffer seneste måned				
Har taget stoffer	15,2 	2.200	31,8 	4.500
Har ikke taget stoffer	7,8 	53.400	12,4 	84.500
Søvnlængde på hverdage				
Under 6 timer	15,2 	11.600	27,1 	20.800
6 timer eller derover	7,2 	44.500	11,0 	68.200
BMI				
Undervægt	13,0 	2.000	24,3 	3.600
Normalvægt	6,9 	19.200	12,3 	34.400
Moderat overvægt	6,9 	17.200	10,1 	25.200
Svær overvægt	10,6 	16.300	16,0 	24.600

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Stoffer inkluderer både hash og andre stoffer, men godt to ud af tre har kun brugt hash (se kap. 9). Der anvendes samme BMI-kategorisering på hele befolkningen uanset alder (se kap. 7).

I tabel 5.4.1 er andelen af borgere med hhv. tegn på social isolation og ensomhed opgjort blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd på en række parametre. Der ses generelt en tæt sammenhæng mellem sundhedsadfærd og både tegn på social isolation og ensomhed. Overordnet gælder, at jo mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd på de enkelte parametre, desto højere en andel viser tegn på social isolation og/eller er ensomme.

Andelene er især høje blandt borgere, der har taget stoffer den seneste måned. Næsten hver tredje borger (31,8 pct.), der har taget stoffer den seneste måned, er ensom, og godt hver sjette (15,2 pct.) har tegn på social isolation. Til sammenligning er det omkring halvt så mange, der viser tegn på social isolation eller er ensomme blandt borgere, der ikke har taget stoffer (hhv. 7,8 pct. og 12,4 pct.).





Også blandt borgere med hhv. en søvnlængde under seks timer, med skærmtid over fire timer i fritiden og blandt undervægtige ses en særlig høj forekomst af både tegn på social isolation og ensomhed. Ande-




len, der er ensom eller har tegn på social isolation, er næsten dobbelt så høj blandt undervægtige borgere sammenlignet med normalvægtige eller moderat overvægtige borgere.

Sammenhængen med tegn på social isolation alene er stærkest, hvad angår et usundt kostmønster. Andelen af borgere med tegn på social isolation er langt over dobbelt så høj blandt borgere med et usundt kostmønster end blandt borgere med et sundt kostmønster. Forskellen mellem grupperne er mindre i forhold til ensomhed, men ellers er billedet det samme.

Det eneste parameter, hvor sammenhængen er mindre tydelig, er alkohol. Andelen, der viser tegn på social isolation, er højere end regionsgennemsnittet blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug, men ikke signifikant højere end blandt borgere uden tegn på problematisk alkoholforbrug. Der er heller ikke signifikant forskel i andelen af ensomme blandt borgere hhv. med og uden tegn på problematisk alkoholforbrug.

Tabel 5.4.2 Tegn på social isolation og ensomhed blandt borgere med forskellig trivsel, helbred og belastninger i livet

	Tegn på social isolation		Ensomhed	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	8,0 	55.500	12,7 	88.300
Tilfredshed med livet				
Utilfreds	15,9 	24.400	36,6 	55.700
Tilfreds	5,3 	28.800	5,7 	31.000
Selvvrurderet helbred				
Dårligt	18,3 	23.800	27,9 	36.500
Godt	5,6 	31.700	9,2 	52.200
Langvarig sygdom				
Ja	11,8 	32.700	16,4 	45.600
Nej	5,2 	22.000	10,2 	42.700
Score på stressskala				
Høj (højere stressniveau)	14,0 	27.100	31,4 	61.200
Lav (lavere stressniveau)	5,6 	28.200	5,4 	27.300
Belastet af boligsituation				
Ja	12,2 	17.800	26,0 	37.700
Nej	6,9 	38.200	9,3 	51.300
Belastet af forhold til familie og venner				
Ja	11,0 	26.900	25,2 	61.700
Nej	6,5 	29.200	6,1 	27.600

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En høj score på stressskalaen er defineret ved en PSS-score på 18 eller derover (se kap. 3). Langvarig sygdom: borgere, der har svaret ja til at have en langvarig sygdom, eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse (mindst 6 mdr.) (se kap. 4).

I tabel 5.4.2 er forskellige parametre for trivsel, helbred og belastninger i livet sat over for hhv. tegn på social isolation og ensomhed. Generelt fremgår det, at der er en meget stærk sammenhæng, hvilket ses ved, at der er en langt højere andel af hhv. ensomme og med tegn på social isolation blandt borgere med lav trivsel og helbred på de forskellige parametre end blandt borgere med bedre trivsel og helbred.

Sammenhængen er f.eks. meget tydelig, hvad angår tilfredshed med livet og både tegn på social isolation og ensomhed. Der er tre gange så mange, der viser tegn på social isolation og hele seks gange så mange, der er ensomme, blandt borgere, der er utilfredse med livet sammenlignet med blandt borgere, der er tilfredse med livet. Mere end hver tredje borger (36,6 pct.), der er utilfreds med livet, er således også ensom. Et lignende billede - om end mindre markant - ses for borgere med hhv. en høj stressscore og dårligt selvvrurderet helbred.

Også mht. belastninger ses en tydelig sammenhæng. Andelen af borgere, der føler sig ensomme, er tre til fire gange højere blandt borgere, der føler sig belastet af deres boligsituation (26,0 pct.) eller af deres forhold til familie og venner (25,2 pct.) end blandt dem, der ikke føler sig belastet af disse forhold (hhv. 9,3 pct. og 6,1 pct.). Den mindste forskel og dermed den mindst udtalte sammenhæng ses i forhold til langvarig sygdom. Omkring dobbelt så mange viser tegn på social isolation, og en halv gang flere er ensomme, hvis de har en langvarig sygdom, end hvis de ikke har.

Sammenhængen mellem ensomhed og de valgte parametre for helbred og trivsel er generelt blevet svagere siden 2017 (der kan ikke vises udvikling for 'tegn på social isolation'). Andelen af ensomme er overordnet set steget siden 2017 (jf. afsnit 5.2), men stigningen i andelen af ensomme er generelt set højere blandt borgere med god trivsel, godt helbred og uden belastninger end blandt dem med dårligere helbred og trivsel.

5.5 Motivation og hjælp til mere social kontakt

I dette afsnit ses der nærmere på borgernes motivation til at få mere kontakt til andre mennesker, og hvorvidt de ønsker støtte og hjælp til dette. Borgerne er blevet spurgt: "Vil du gerne have mere kontakt til andre mennesker?" med svarmulighederne "Ja", "Nej" og "Ved ikke". De borgere, som har svaret "Ja", er desuden blevet spurgt, om de gerne vil have støtte og hjælp til at opnå det med svarmulighederne "Ja" og "Nej".

Andelene, der hhv. ønsker mere kontakt og gerne vil have hjælp og støtte til det, er opgjort overordnet blandt alle regionens borgere, blandt borgere med tegn på social isolation og blandt ensomme borgere. Efterfølgende er det opgjort blandt ensomme borgere på regionsniveau (se tabel 5.5.2). Samme opgørelse er ikke lavet på kommuneniveau, da datagrundlaget hertil er for småt.

Næsten hver tredje borger i regionen (32,1 pct.) vil gerne have mere kontakt til andre mennesker, og lidt over hver fjerde blandt disse vil gerne have hjælp og støtte til det (27,5 pct., svarende til 61.700 personer). Andelen, der gerne vil have mere kontakt til andre mennesker, er højere blandt ensomme borgere end blandt andre. Blandt ensomme borgere ønsker tre ud af fire at få mere kontakt til andre (74,0 pct.), mens det samme gælder hver fjerde af de borgere, der ikke er ensomme (25,9 pct.). Forskellen er mindre markant, når der ses på tegn på social isolation. Omkring halvdelen af både dem, der viser tegn på social isolation

Der er i 2021 flest ensomme borgere, der ønsker mere kontakt til andre mennesker, blandt:

- Unge på 16-24 år
- Borgere i beskæftigelse

Andelen, der ønsker støtte og hjælp til at få mere kontakt til andre mennesker (blandt ensomme, der ønsker mere kontakt) er især høj blandt:

- De 55-64 årige
- Borgere med hhv. udelukkende grundskole/ gymnasial uddannelse og kort videregående uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive

tion og dem, der er ensomme, vil gerne have hjælp til at få mere kontakt med andre mennesker (hhv. 53,4 pct. og 46,8 pct.).

Siden 2017 er ønsket om mere kontakt til andre mennesker steget generelt i befolkningen (stigning på 8,2 procentpoint) (data ikke vist), mens stigningen blandt ensomme i samme periode ikke er signifikant. Ønsket om at få støtte og hjælp til at få mere kontakt er heller ikke vokset tilsvarende, men er derimod faldet. Faldet er mest markant blandt ensomme, hvor andelen, der ønsker hjælp og støtte til mere kontakt, er 11,6 procentpoint lavere end i 2017 (mod et fald på 4,9 procentpoint blandt borgerne generelt) (data ikke vist). Udviklingen over tid kan ikke opgøres for tegn på social isolation.




5.5.1 Ønske om mere kontakt til andre mennesker og hjælp til det blandt borgere hhv. med og uden tegn på social isolation og ensomhed

	Vil gerne have mere kontakt til andre mennesker		Ønsker hjælp til mere kontakt (blandt de, der gerne vil have mere kontakt)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	32,1	223.900	27,5	61.700
Tegn på social isolation				
Ja	39,4	22.300	53,4	11.600
Nej	31,6	202.200	24,5	49.500
Ensomhed				
Ja	74,0	66.300	46,8	30.800
Nej	25,9	157.400	19,2	30.400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 5.5.2 Ønske om mere kontakt til andre mennesker samt ønske om støtte og hjælp til det blandt ensomme borgere

	Vil gerne have mere kontakt til andre mennesker		Ønsker hjælp til mere kontakt (blandt de, der gerne vil have mere kontakt)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	74,0	66.200	46,8	30.700
Region Sjælland 2017	69,9	41.100	58,4	23.600
Køn				
Mand	74,3	26.500	50,2	13.200
Kvinde	73,7	39.700	44,5	17.500
Alder				
16-24 år	79,4	16.200	33,7	5.400
25-34 år	76,1	11.300	51,1	5.800
35-44 år	71,4	8.900	44,8	4.000
45-54 år	72,9	9.400	50,8	4.800
55-64 år	72,4	8.300	58,2	4.800
65-79 år	72,4	8.400	50,3	4.200
80+	63,5	3.700	—	—
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	72,3	14.600	56,7	8.000
Kort uddannelse	73,4	21.800	50,1	10.800
Kort videregående	72,1	4.900	59,7	2.900
Mellemlang videregående	78,9	10.800	43,9	4.800
Lang videregående	80,7	4.700	—	—
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	80,1	25.600	40,7	10.500
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	66,4	6.000	69,2	4.100
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	69,5	12.200	50,8	5.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	73,3	8.700	57,6	4.900
Under uddannelse	73,0	11.400	32,1	3.700
Samlevsstatus				
Samlevende	73,0	23.500	41,4	9.700
Ikke samlevende	74,5	42.700	49,8	21.000
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	78,1	17.000	43,0	7.300
Bor ikke med børn	73,2	49.600	48,1	23.400
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	75,5	59.100	45,1	26.400
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Referencer

1. **Berkman, LF and Krishna, A.** Social Network Epidemiology. *Social Epidemiology*. (Second Ed). (Eds.): Berkman, LF, Kawachi, I, Glymour, MM. New York City: Oxford University Press. 2014, 234–89.
2. **Nielsen, Line and Holstein, Bjørn E.** Sociale relationer, fællesskab og social kapital. [book auth.] Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønbaek and Susanne Reventlow. *Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave*. København : Munksgaard, 2021.
3. **Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al.** Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality. *Perspect Psychol Sci*. 2015, 10 (2), 227–37.
4. **Holt-Lundstad J, Smith TB, Layton JB, et al.** Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010, 7 (7).
5. **Lund, R.** Sociale relationer og helbred. *Medicinsk Sociologi 2. udg.* (Red.): Lund R, Christensen U, Iversen L. København: Munksgaard. 2011, 63-84.
6. **Uchino, BN.** Social Support and Health: A Review of Physiological Processes Potentially Underlying Links to Disease Outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*. 2006, 29 (4), 377-87.
7. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2017*.
8. **Hakulinen C, Pulkki-Råback L, Jokela M, et al.** Structural and functional aspects of social support as predictors of mental and physical health trajectories: Whitehall II cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2016, 70, 710-15.
9. **Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, et al.** The association between social relationships and depression: A systematic review. *J Affect Disord*. 2015, 53–65, 175.
10. **Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, et al.** Social relationships and risk of dementia: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. *Ageing Res Rev*. 2015, 22, 39–57.
11. **Buchman AS, Boyle PA, Wilson RS, et al.** Association Between Late-Life Social Activity and Motor Decline in Older Adults. *Arch Intern Med*. 2009,169 (12), 1139.
12. **Pinquart M, Duberstein PR.** Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2010, 75 (2), 122–37.
13. **Barth J, Schneider S, von Känel R.** Lack of Social Support in the Etiology and the Prognosis of Coronary Heart Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychosom Med*. 2010, 72 (3), 229–38.
14. **Danmarks Statistik.** *It-anvendelse i befolkningen*. 2015.
15. **Danmarks Statistik, Statistikbanken.** www.statistikbanken.dk/BEBRIT09. [Online]
16. **Kierkegaard, L, et al.** *Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge - en litteraturgennemgang*. København : Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
17. **Baumeister, RF and Leary, MR.** The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation. *Psychological Bulletin*. 117, 1995, Vol. 3, 497-529.
18. **DiMatteo, MR.** Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Heal Psychol*. 2004, 23 (2), 207–18.
19. **Lund R, Christensen U, Nilsson C, et al.** Stressful social relations and mortality: a prospective cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2014, 68 (8), 720–7.
20. **Lund R, Rod NH, Thielen K, et al.** Negative aspects of close social relations and 10-year incident ischaemic heart disease hospitalization among middle-aged Danes. *Eur J Prev Cardiol*. 2014, 21 (10), 1249–56.
21. **Lasgaard, Mathias, et al.** *Ensomhed i Danmark - analyse af befolkningsdata fra 2017*. Aarhus : Defacutum, Region Midtjylland, 2020.
22. **Santini, Ziggi Ivan and Koyanagi, Ai.** Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*. 33, 2021, 160–163.

23. **Valtorta, Nicole K, et al.** Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *European journal of preventive cardiology*. 25 (13): 1387-1396., 2018.
24. **Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et al.** 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.
25. **Steptoe, Andrew, et al.** Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 110 (15): 5797-5801., 2013.
26. **Kim ES, Konrath SH.** Volunteering is prospectively associated with health care use among older adults. *Social Science & Medicine*. 2016, 149, 122-29.
27. **Peplau, L and Perlman, D.** Perspectives on loneliness. *A sourcebook of current theory, research and therapy*. (Eds.): Peplau L, Perlman D. Loneliness. USA: John Wiley. 1982, 1-20.
28. **Lasgaard M, Friis K.** *Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyser, Vol. 3, Hvordan har du det? Aarhus:CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.* 2015.
29. **Nikolajsen , A, Hedelund, M and Swane, CE.** *"Palle alene i verden" – et kvalitativt studie af voksnes ensomhed midt i livet.* København: Ensomme Gamles Værn. 2014.
30. **Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, et al.** A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Research on Aging*. 2004, 26, 655-672.
31. **Heaney CA, Israel BA.** Social Networks and Social Support. *Health Behavior and Health Education. Theory, Research, and Practice (4th ed)*. (Eds.): Glanz K, Rimer BK, Viswanath K. San Francisco: Jossey-Bass, A Wiley Imprint. 2008, 189-210.
32. **Nielsen EB, Platz M.** *Portrætter af gamle ensomme – gør boligen en forskel.* Hellerup: Videnscenter på Ældreområdet. 2006.

Kapitel 6

Kost

6.1 Borgernes kostmønster

6.2 Slik, snacks, kager og sodavand

6.3 Frugt, grønt, fisk og fuldkorn

6.4 Sammenhæng mellem kostmønster og hhv. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

6.5 Motivation og hjælp til ændring af kostmønster

6.6 Holdninger til salg af usunde mad- og drikkevarer



Kost

- Andelen af borgere med et usundt kostmønster er steget fra 2017 til 2021, mens andelen med et sundt kostmønster er faldet.
- Omkring 80 til 90 pct. af borgerne efterlever ikke kostenbefalingerne vedr. frugt, grønt og fisk.
- Borgere med ikke-vestlig baggrund har generelt et sundere kostmønster end borgere med dansk baggrund.
- Godt halvdelen af borgere med usundt kostmønster ønsker at spise mere sundt, og blandt disse ønsker godt hver tredje hjælp til det.
- Der er opbakning i befolkningen til forbud mod salg af udvalgte usunde fødevarer. Det gælder hovedsageligt på skoler og i skolefritidsordninger og særligt fedtholdig fastfood. Opbakningen til forbud er faldet siden 2017.

Kostens sammensætning har betydning for udviklingen af forskellige livsstilssygdomme (1). Nogle kostelementer, eksempelvis frugt, grønt, fuldkorn, fisk og magre mælkeprodukter, reducerer risikoen for sygdom, mens andre kostelementer, såsom sukker, salt, mættet fedt og rødt kød, øger risikoen (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8). De enkelte kostelementer har forskellig effekt på risikoen for forskellige sygdomme. Et højere indtag af frugt og grønt og et nedsat indtag af mættet fedt og salt mindsker risikoen for hjerte-kar-sygdomme (2) (3) (1) (8) (7). Risikoen for diabetes reduceres ved et kostmønster med megen frugt, grønt, fisk og bælgfrugter. Modsat øger et kostmønster med meget sukker, sodavand, forarbejdet og rødt kød, friturestegte produkter og fede mælkeprodukter risikoen for diabetes (9). Det gælder især sukker i f.eks. søde drikke som sodavand og frugtjuice (6).

En sammenfattende undersøgelse af en række studier har vist, at der er forbindelse mellem indtagelse af nogle af de nævnte sunde kosttyper og lavere risiko for flere kræftformer, mens et usundt kostmønster øger risikoen (2) (5). Sunde kostelementer forbindes endvidere med nedsat risiko for kognitiv svækkelse og demens (10).

I starten af 2021 lancerede Fødearestyrelsen nye officielle kostråd. Kostrådene er rettet mod størstedelen af befolkningen, mens der dog er særlige anbefalinger til udvalgte grupper i befolkningen. Det gælder bl.a. småtspisende ældre (11) (12). Med de nye officielle kostråd anbefales det at spise mindre kød. Samtidig anbefales det fortsat at mindske indtag af sød, salt og fed mad, mens indtagelse af frugt og grønt, fisk og fuldkorn fortsat tilskrives. Da de nye kostråd ligner de tidligere meget indholdsmæssigt, er opgørelsesmetoderne til vurdering af borgernes kost, herunder vurdering af sunde og usunde kostmønstre, de samme som i de tidligere sundhedsprofiler. Da de nye kostråd blev lanceret kort før dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021, formodes det desuden ikke, at de kan nå at have haft nævneværdig indflydelse på borgernes kostvaner og kostmønstre.

Fødearestyrelsens kostråd fra 2021:

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

En undersøgelse fra DTU viser, at danskernes kostvaner under første COVID-19 nedlukning i foråret 2020 var mindre sunde under nedlukningen sammenlignet med før nedlukningen. Herunder at indtag af søde sager samt søde drikke som sodavand, saftvand og energidrikke var højere under nedlukningen (13). COVID-19-situationen kan givet vis også have haft indflydelse på borgernes kostvaner i denne undersøgelse. Hvorvidt ændringerne er varige eller midlertidige, kan undersøgelsen ikke svare på.

I det første afsnit i kapitlet vises opgørelser af kostmønstret i regionen, mens der i afsnit 6.2 ses på borgernes indtag af usunde fødevarer som slik, snacks, kager og sodavand. Afsnit 6.3 omhandler indtag af

sunde fødevarer (frugt, grønt, fisk og fuldkorn). I afsnit 6.4 undersøges sammenhængen mellem borgernes kostvaner og øvrig sundhedsadfærd samt udvalgte mål for helbred, trivsel og sociale relationer. Afsnit 6.5 handler om, hvorvidt borgerne ønsker at spise mere sundt og ønsker hjælp til dette, samt om de har modtaget råd og information om kostvaner. I sidste afsnit, afsnit 6.6, vises det, hvilken holdning borgerne har til salg af usunde fødevarer på udvalgte offentlige steder.

Hovedresultater

Forekomst

Størstedelen af borgerne i Region Sjælland har et kostmønster med både usunde og sunde elementer (66 pct.). Omkring hver syvende borger har et sundt kostmønster, og næsten hver femte borger har et usundt kostmønster. Knap hver ottende borger drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen. Mellem otte og ni ud af ti borgere lever ikke op til Fødevestyrelsens anbefalinger vedrørende indtag af frugt, grønt og fisk, mens omkring hver tredje borger har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn. Siden 2017 er andelen af borgere i regionen med et usundt kostmønster steget, mens andelen med et sundt kostmønster er faldet. Omkring hver anden borger i regionen ønsker at spise mere sundt. Andelen er størst blandt borgere med et usundt kostmønster.

Køn

Mænd har generelt et mere usundt kostmønster end kvinder. De drikker oftere sodavand og andre sukkerholdige drikke samt lever i højere grad ikke op til anbefalingerne vedrørende indtag af frugt og grønt. Kvinder spiser oftere end mænd chokolade og slik, har i højere grad et moderat til sjældent indtag af fuldkorn og lever i højere grad ikke op til anbefalingen om indtag af fisk.

Alder

Borgere under 35 år har det mest usunde kostmønster, mens borgere i alderen 55-79 år har det sundeste kostmønster generelt set. Snacks og chips indtages mere af unge end ældre borgere, mens sodavand indtages hyppigere af både de yngste under 35 år og de ældste på 80 år eller ældre. Et sjældent eller moderat indtag af fuldkorn er mest udbredt blandt de yngre borgere, mens indtag af fisk og fuldkorn generelt stiger med alderen. Det samme gælder indtag af kage og is. Andelen af borgere, der ofte spiser slik/chokolade og kage/is er størst blandt borgere på 80 år eller ældre.

Uddannelse

Jo længere uddannelse desto større en andel af borgerne har et sundt kostmønster, mens andelen af borgere, der har et usundt kostmønster, er større, desto kortere uddannelsen er. Omvendt indtager borgere med lange uddannelser mere slik og chokolade end borgere med kortere uddannelse, men mindre sodavand.

Erhvervstilknytning

Andelen af borgere med et usundt kostmønster er højest blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Der er en tendens til, at alderspensionister i højere grad lever op til anbefalingerne om indtag af sunde fødevarer, og samtidigt indtager de generelt færre usunde fødevarer end øvrige borgere. Andelen, der hyppigt indtager usunde fødevarer, har dog været stigende for denne gruppe siden 2017.

Samlivsstatus og børn i hjemmet

Borgere, der ikke bor sammen med en partner, har et mere usundt kostmønster, spiser i mindre grad fuldkorn, drikker oftere sodavand og spiser oftere snacks og chips, end borgere, der bor sammen med en partner.

Borgere, der ikke bor med børn i hjemmet, har et mere usundt kostmønster og spiser oftere kage/is end borgere, der bor med børn i hjemmet. Borgere, der bor med børn i hjemmet, har en højere andel med et kostmønster med både sunde og usunde elementer og spiser i mindre grad fuldkorn og fisk end borgere, der ikke bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Et usundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund, mens et sundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Desuden lever borgere med ikke-vestlig baggrund i højere grad op til anbefalingerne vedr. indtag af frugt, grønt og fisk end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Sundhedsadfærd og helbred blandt borgere med usundt kostmønster

Borgere med et usundt kostmønster har i højere grad et ringere mentalt og fysisk helbred (lav score), et højere stressniveau (høj score), lavere tilfredshed med livet, en større andel ensomme og en større andel med tegn på social isolation. De ryger også i højere grad dagligt og efterlever i mindre grad WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet.

Holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer

Der er opbakning i befolkningen til at forbyde usunde fødevarer (sodavand, snacks/slik og fedtholdig fastfood) på skoler og i skolefritidsordninger, mens opbakningen til forbud på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber er mindre. Opbakningen til forbud er størst, hvad angår salg af fedtholdig fastfood, hvor godt otte ud af ti ikke synes, det skal være tilladt at sælge dette på skoler. Opbakningen til forbud mod salg af usunde fødevarer er generelt faldet siden 2017.

6.1 Borgernes kostmønstre

I dette afsnit beskrives borgernes generelle kostvaner med udgangspunkt i en kostscore, som er konstrueret ud fra en række spørgsmål om indtaget af fire kostemner: frugt, grønt, fisk og fedt. Kostscoren, som beregnes på samme måde som i tidligere sundhedsprofiler, er et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige og sundhedsmæssige kvalitet i relation til udvikling af hjerte-kar-sygdomme (14). Kostscoren kan antage værdier fra nul til otte. Ud fra kostscoren placeres borgerne i en af tre kostmønstergrupper:

Sundt kostmønster (score 6-8):

Borgerne har generelt sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at der i et forebyggende perspektiv ikke er behov for forbedring af kostvanerne.

Kostmønster med sunde og usunde elementer (score 3-5):

Borgerne har både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af især mættet fedt. I denne gruppe er der stor variation i kostvanerne. Gruppen er kendetegnet ved, at der er plads til forbedringer af kostvanerne.

Usundt kostmønster (score 0-2):

Borgerne har generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Det skal bemærkes at eksempelvis borgere, som er afmagret pga. KOL, anbefales at spise en kost, som for raske personer anses som mere usund bl.a. med højere indhold af fedt og protein for at undgå yderligere vægttab (15). Det er således generelle kostmønstre, som ikke tager højde for særlige behov for den enkelte borger.

Usundt kostmønster er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere i alderen 16-34 år
- Borgere med kort uddannelse eller udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere uden en samboende partner
- Borgere, som bor uden børn i hjemmet

Siden 2017 er usundt kostmønster især blevet mere udbredt blandt (data ikke vist):

- Borgere i alderen 35-44 år
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere, som bor med en partner
- Borgere, som ikke bor med børn i hjemmet
- Borgere med dansk baggrund

Tabel 6.1.1 Kostmønstret i Region Sjælland

	Sundt kostmønster		Kostmønster med sunde og usunde elementer		Usundt kostmønster	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	14,8	103.400	66,2	461.500	18,9	132.000
Region Sjælland 2017	17,5	119.900	65,9	452.700	16,6	114.000
Region Sjælland 2013	20,9	138.800	65,2	433.400	13,9	92.400
Region Sjælland 2010	23,8	156.100	62,4	409.700	13,9	91.100
Køn						
Mand	11,4	38.600	65,0	220.300	23,6	80.100
Kvinde	18,1	64.800	67,4	241.100	14,5	52.000
Alder						
16-24 år	10,8	8.100	65,8	49.100	23,4	17.400
25-34 år	11,7	9.600	64,9	53.400	23,3	19.200
35-44 år	11,8	11.000	67,7	62.900	20,4	19.000
45-54 år	15,2	19.100	66,7	83.800	18,1	22.700
55-64 år	17,8	22.100	65,2	80.700	17,0	21.000
65-79 år	17,6	27.200	66,3	102.600	16,1	24.900
80+	14,5	6.200	67,4	29.000	18,1	7.800
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	11,6	11.500	61,4	60.900	27,0	26.800
Kort uddannelse	11,6	32.800	66,0	186.000	22,4	63.000
Kort videregående	14,9	9.900	70,2	46.500	14,9	9.900
Mellemlang videregående	20,2	28.300	69,7	97.600	10,0	14.000
Lang videregående	21,3	13.200	69,8	43.300	9,0	5.600
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	14,2	49.800	67,8	238.000	18,0	63.100
Arbejdsløse	13,6	1.900	60,2	8.500	26,1	3.700
Førtidspensionister	13,4	3.800	56,5	16.200	30,2	8.700
Efterlønsmodtagere	16,1	800	68,3	3.500	15,6	800
Alderspensionister	16,9	34.100	66,6	134.000	16,5	33.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	13,3	5.200	61,3	24.000	25,4	9.900
Under uddannelse	13,0	7.500	66,5	38.300	20,6	11.900
Samlivsstatus						
Samlevende	15,7	69.600	67,8	299.700	16,4	72.500
Ikke samlevende	13,2	33.800	63,4	161.800	23,3	59.500
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	13,8	25.800	69,9	131.200	16,3	30.600
Bor ikke med børn	14,9	75.800	65,3	332.400	19,8	101.100
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	14,4	91.600	66,0	420.400	19,6	125.000
Anden vestlig baggrund	12,9	3.200	73,0	17.900	14,1	3.500
Ikke-vestlig baggrund	24,3	8.600	65,6	23.200	10,1	3.600

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

To ud af tre borgere i Region Sjælland (66,2 pct.) har et kostmønster med både sunde og usunde elementer, svarende til 461.500 borgere. Omkring hver syvende borger (14,8 pct.) har et sundt kostmønster, og knap hver femte (18,9 pct.) har et usundt kostmønster, svarende til hhv. 103.400 og 132.000 borgere i hver gruppe.

Andelen af borgere med et sundt kostmønster er faldet med ca. 3 procentpoint siden 2017. Andelen er faldet jævnt siden 2010, således at andelen i 2021 er 9 procentpoint lavere end i 2010. Andelen med et usundt kostmønster er steget med ca. 2 procentpoint siden 2017 og 5 procentpoint siden 2010 og 2013. Andelen af borgere med et kostmønster med både sunde og usunde elementer har ikke ændret sig siden 2017, men er steget med 4 procentpoint siden 2010.

Køn og alder

Andelen af borgere med et usundt kostmønster er større blandt mænd (23,6 pct.) end blandt kvinder (14,5 pct.). Mønstret for andelen, der har et sundt kostmønster hhv. et kostmønster med både sunde og usunde elementer, vender modsat. Blandt både mænd og kvinder har der siden 2017 været en stigning i andelen med et usundt kostmønster, mens der har været et fald i andelen med et sundt kostmønster (data ikke vist).

Andelen af borgere med et usundt kostmønster er størst blandt borgere under 35 år, mens andelen af borgere med sundt kostmønster er størst blandt borgere i alderen 55-79 år. Blandt borgere i alderen 35-44 år og 55-79 år er andelen med et sundt kostmønster faldet siden 2017, mens andelen med et usundt kostmønster er steget blandt 35-44-årige (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er social ulighed i borgernes kostmønster særligt, hvad angår andelen af borgere med et usundt kostmønster. Der er en markant tendens til, at andelen af borgere med et sundt kostmønster stiger med stigende uddannelsesniveau. Andelen af borgere med et usundt kostmønster er tre gange større blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse (27,0 pct.) end andelen blandt borgere med en lang videregående uddannelse (9,0 pct.). Mellem hver tredje og hver fjerde borger, der er arbejdsløs, førtidspensionist eller øvrige ikke-erhvervsaktive, har et usundt kostmønster, mens det samme gælder omkring hver sjette borger i beskæftigelse (18,0 pct.).

Alderspensionister har den højeste andel med et sundt kostmønster. Siden 2017 er andelen af borgere med et sundt kostmønster faldet blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial eller kort uddannelse (hhv. 3,9 og 3,6 procentpoint). Andelen er også faldet blandt borgere i beskæftigelse (2,8 procentpoint), for hvem andelen af borgere med et usundt kostmønster til gengæld er steget med 2,8 procentpoint siden 2017 (data ikke vist). Blandt borgere med kort uddannelse er andelen med et usundt kostmønster steget 3,5 procentpoint siden 2017.

Samlivsstatus og børn





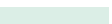

















































Andelen af borgere med et usundt kostmønster er større blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere, der bor sammen med en partner. Borgere, der ikke bor sammen med en partner, har samtidigt en lavere andel med et sundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer. Siden 2017 er andelen med et sundt kostmønster både faldet blandt borgere, der bor med en partner, og blandt borgere, der bor uden en partner. Andelen med et usundt kostmønster er derimod kun steget blandt borgere, der er samlevende (data ikke vist).




Blandt borgere med børn i hjemmet er andelen med et usundt kostmønster (16,3 pct.) mindre end blandt borgere uden børn i hjemmet (19,8 pct.), mens andelen med et kostmønster med både sunde og usunde elementer er større blandt borgere, der bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Andelen af borgere med dansk baggrund, som har et usundt kostmønster, er omtrent dobbelt så stor (19,6 pct.) som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (10,1 pct.). Borgere med ikke-vestlig baggrund har desuden den største andel af borgere med et sundt kostmønster (24,3 pct.). Blandt borgere med dansk baggrund er andelen med et sundt kostmønster faldet med 2,6 procentpoint siden 2017, mens andelen med et usundt kostmønster er steget med 2,2 procentpoint (data ikke vist).

Tabel 6.1.2 Kostmønsteret i Region Sjælland, opgjort på kommuner

	Sundt kostmønster		Kostmønster med sunde og usunde elementer		Usundt kostmønster	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	14,8 	103.400	66,2 	461.500	18,9 	132.000
Guldborgsund	13,8 	7.100	63,0 	32.400	23,2 	11.900
Kalundborg	13,1 	5.300	63,8 	25.700	23,1 	9.300
Lolland	15,8 	5.500	62,3 	21.700	21,9 	7.600
Odsherred	14,3 	4.100	68,9 	19.900	16,8 	4.800
Slagelse	14,2 	9.200	64,6 	41.600	21,2 	13.700
Vordingborg	15,0 	5.800	65,0 	25.200	20,0 	7.800
Faxe	15,3 	4.700	65,3 	20.100	19,4 	6.000
Holbæk	14,3 	8.300	65,8 	38.200	19,8 	11.500
Næstved	15,3 	10.700	65,5 	46.000	19,3 	13.500
Ringsted	14,0 	4.000	67,0 	19.100	19,0 	5.400
Sorø	14,0 	3.500	67,8 	17.000	18,2 	4.600
Stevns	12,9 	2.500	69,9 	13.500	17,2 	3.300
Greve	14,6 	6.000	67,6 	27.600	17,8 	7.300
Køge	14,2 	7.200	68,4 	34.400	17,4 	8.800
Lejre	17,9 	4.100	66,5 	15.200	15,6 	3.600
Roskilde	17,4 	12.800	69,0 	50.700	13,6 	10.000
Solrød	13,9 	2.600	70,5 	13.100	15,6 	2.900

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

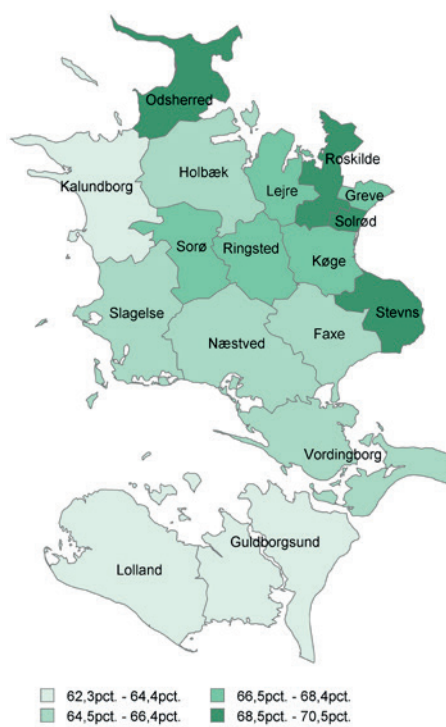
Andelen af borgere med et sundt kostmønster spænder fra 12,9 pct. i Stevns Kommune til 17,9 pct. i Lejre Kommune. Andelen af borgere med usundt kostmønster varierer fra 13,6 pct. i Roskilde Kommune til 23,2 pct. i Guldborgsund Kommune.

Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel borgere med et usundt kostmønster end de socioøkonomisk bedre stillede kommuner. Geografisk ses det ved, at der er de største andele af borgere med et usundt kostmønster i regionens vestlige og sydlige kommuner.

Kort 6.1.3 Borgere med usundt kostmønster



Kort 6.1.4 Borgere med både sunde og usunde elementer i deres kostmønster



6.2 Slik, snacks, kager og sodavand

Borgerne er blevet spurgt, hvor hyppigt de spiser en række usunde fødevarer (slik/chokolade, snacks (chips, popcorn m.m.), kage/is, sodavand, cola, saft o.lign. med og uden sukker). Svarmulighederne er: "Mere end en gang om dagen", "5-7 gange om ugen", "3-4 gange om ugen", "1-2 gange om ugen" og "Sjældnere/aldrig".

Borgere, der mindst fem gange om ugen har spist hhv. slik, snacks, kage og sodavand eller andre drikke med sukker, er opgjort i dette afsnit. Opgørelsen omfatter dermed borgere, der har svaret: "Mere end en gang om dagen" eller "5-7 gange om ugen", hvilket benævnes som 'ofte' i teksten.

Borgernes indtag af usunde fødevarer opgøres på baggrund af spørgsmål, som var med i den nuværende form første gang i Region Sjællands Sundhedsprofil i 2017. Borgernes indtag i 2021 af slik, snacks, kager og sodavand kan derfor sammenlignes med 2017, mens resultaterne fra disse år ikke er fuldt sammenlignelige med resultater fra før 2017.

Indtag af sodavand og andre sukkerholdige drikke er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 35 år og 80+-årige
- Borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse eller kort uddannelse
- Førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Indtag af slik og chokolade er især udbredt blandt:

- Kvinder
- 80+-årige samt midaldrende – særligt de 45-54-årige
- Borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse
- Førtidspensionister

Tabel 6.2.1 Borgere, der indtager slik, snacks, kage eller sodavand med sukker mindst fem gange om ugen

	Slik/chokolade		Snacks/chips		Kage/is		Sodavand, cola o.lign. med sukker	
	Pct.		Pct.		Pct.		Pct.	
Region Sjælland 2021	12,0		2,5		4,2		11,7	
Region Sjælland 2017	9,6		1,8		3,5		11,0	
Køn								
Mand	10,1		2,8		4,3		14,4	
Kvinde	13,8		2,2		4,0		9,1	
Alder								
16-24 år	10,8		6,1		2,9		19,4	
25-34 år	11,2		4,2		2,5		15,7	
35-44 år	12,4		2,8		2,0		12,1	
45-54 år	13,9		2,0		2,5		10,6	
55-64 år	12,5		1,6		3,7		8,6	
65-79 år	9,8		1,3		6,4		7,2	
80+	15,4		1,0		11,6		17,1	
Uddannelsesmæssig baggrund								
Grundskole/gymnasial	11,3		4,2		5,4		18,0	
Kort uddannelse	11,0		1,8		4,1		11,9	
Kort videregående	12,0		1,8		3,8		8,1	
Mellemlang videregående	14,9		1,8		3,3		7,0	
Lang videregående	15,2		1,3		4,2		5,0	
Erhvervstilknytning								
Beskæftigede	12,3		2,2		2,2		10,7	
Arbejdsløse	14,3		—		1,9		14,7	
Førtidspensionister	15,5		4,7		6,9		16,2	
Efterlønsmodtagere	15,1		—		4,3		7,0	
Alderspensionister	11,1		1,2		7,5		9,5	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	12,8		5,4		3,4		18,0	
Under uddannelse	10,8		5,5		3,1		17,4	
Samlivsstatus								
Samlevende	11,7		2,1		4,0		9,7	
Ikke samlevende	12,3		3,2		4,4		14,9	
Samboende med børn u. 16 år								
Bor sammen med børn	12,3		2,7		2,1		11,5	
Bor ikke med børn	12,0		2,4		4,7		11,7	
Etnisk baggrund								
Dansk baggrund	12,2		2,3		4,1		12,1	
Anden vestlig baggrund	10,5		3,3		6,2		8,8	
Ikke-vestlig baggrund	9,1		4,9		3,6		7,7	

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Knap hver ottende borger i Region Sjælland (12,0 pct.) spiser ofte (dvs. mindst fem gange om ugen) slik eller chokolade. Andelen er steget 2,3 procentpoint siden 2017. En tilsvarende andel (11,7 pct.) drikker ofte sodavand, cola eller andre sukkerholdige drikke. En mindre andel af borgerne spiser ofte kage eller is (4,2 pct.) eller snacks eller chips (2,5 pct.).

Køn og alder

Flere mænd (14,5 pct.) end kvinder (9,1 pct.) drikker ofte sodavand, cola eller andre sukkerholdige drikke, mens lidt flere kvinder (13,8 pct.) end mænd (10,1 pct.) ofte spiser chokolade og slik. Siden 2017 er andelen der ofte spiser chokolade eller slik steget blandt både mænd og kvinder (data ikke vist). Der ses ingen nævneværdig kønsforskel i andelen af borgere, som ofte spiser snacks/chips, men siden 2017 er andelen steget blandt mænd, og forskellen i forhold til andelen blandt kvinder er blevet større (data ikke vist).

Forskellige aldersgrupper spiser forskellige typer af usunde fødevarer. Der er en tendens til, at andelen, der spiser snack/chips, falder med stigende alder, mens andelen, der oftest spiser kage/is, omvendt stiger med alderen. Andelen af borgere, som ofte spiser hhv. slik/chokolade og kage/is er størst blandt 80+-årige. De 80+-årige har også en relativt stor andel borgere, som ofte drikker sodavand og andre sukkerholdige drikke (17,1 pct.). Andelen er dog her højest blandt de 16-24 årige (19,4 pct.), som samtidig er den gruppe med den højeste andel, der ofte spiser snacks/chips.

Siden 2017 er andelen af borgere, der ofte spiser slik/chokolade, steget i aldersgruppen 45-79 år (mellem 3,0 og 5,1 procentpoint). Blandt de 65-79-årige er der desuden sket en mindre stigning i andelen, der ofte spiser snacks/chips og kage/is (hhv. 0,8 og 1,5 procentpoint) (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en markant tendens til, at andelen, som ofte drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke, stiger, jo kortere uddannelsen er. Blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse er andelen 18,0 pct., mens andelen blandt borgere med en lang videregående uddannelse er 5,0 pct. Andelen, der ofte spiser snacks/chips og kage/is, er også størst blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse.

Hvad angår indtag af slik og chokolade, er der en tendens til et omvendt mønster. En større andel af borgere med længere videregående uddannelse spiser ofte slik og chokolade sammenlignet med borgere med kortere uddannelse. Siden 2017 er andelen, der ofte spiser snacks/chips samt slik/chokolade, steget blandt borgere med en mellemlang videregående uddannelse (hhv. 1,2 og 4,4 procentpoint). Andelen, der ofte spiser slik/chokolade, er desuden steget med 2,5 procentpoint blandt borgere med en kort uddannelse (data ikke vist).

Førtidspensionister ligger generelt over regionsgennemsnittet, hvad angår hyppigt indtag af de forskellige usunde fødevarer. Desuden er øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse over regionsgennemsnittet, hvad angår hyppigt indtag af sodavand samt snacks/chips. Alderspensionister ligger over regionsgennemsnittet, hvad angår ofte indtag af kage/is, og andelen, der ofte indtager usunde fødevarer, har for denne gruppe været stigende siden 2017 for alle de viste kategorier af usunde fødevarer (mellem 0,7 og 3,5 procentpoint). Siden 2017 er andelen, der ofte spiser slik/chokolade og snacks/chips, desuden steget for beskæftigede (hhv. 2,0 og 0,8 procentpoint) (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Blandt borgere uden en samboende partner er der en større andel, som ofte drikker sodavand, og en større andel, som ofte spiser snacks/chips, sammenlignet med borgere, der bor med en partner. Siden 2017 er andelen, der ofte spiser snacks/chips, dog steget blandt samlevende (data ikke vist).

Blandt borgere, der bor uden børn, er der en større andel, der ofte spiser kage/is, end blandt borgere med børn i hjemmet. Der er ikke forskelle mellem de to grupper, hvad angår indtag af de øvrige usunde fødevarer. Andelen, der ofte spiser slik/chokolade, er dog steget med 3,1 procentpoint blandt borgere, der bor uden børn, men ikke blandt borgere, der bor med børn (data ikke vist).

Etnisk baggrund

Indtag af de udvalgte usunde fødevarer varierer i nogen grad mellem borgere med forskellig etnisk baggrund. En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund spiser oftere snacks/chips end borgere med dansk baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund spiser omvendt mindre slik/chokolade og drikker mindre sodavand o.lign. end befolkningen i regionen samlet set.

Tabel 6.2.2 Borgere, der indtager slik, snacks, kage eller sodavand med sukker mindst fem gange om ugen, opgjort på kommuner

	Slik/chokolade		Snacks/chips		Kage/is		Sodavand, cola o.lign. med sukker	
	Pct.		Pct.		Pct.		Pct.	
Region Sjælland	12,0		2,5		4,2		11,7	
Guldborgsund	9,9		2,0		5,3		14,3	
Kalundborg	9,8		2,5		3,9		12,0	
Lolland	11,2		2,5		5,3		13,6	
Odsherred	11,5		2,5		5,4		11,8	
Slagelse	11,8		2,9		3,8		9,8	
Vordingborg	12,2		3,5		4,4		11,8	
Faxe	11,2		2,9		4,4		13,5	
Holbæk	11,0		1,9		3,2		13,3	
Næstved	13,7		2,9		3,9		12,7	
Ringsted	9,8		3,4		4,0		13,1	
Sorø	14,1		2,7		4,6		12,9	
Stevns	11,2		2,1		4,4		11,3	
Greve	14,2		2,1		4,2		10,2	
Køge	11,2		2,0		3,2		14,4	
Lejre	11,6		1,7		4,3		8,4	
Roskilde	14,2		2,4		4,1		7,2	
Solrød	12,8		2,4		3,6		8,4	

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere, der ofte indtager udvalgte usunde fødevarer, varierer mellem regionens kommuner – særligt hvad angår slik/chokolade samt sodavand og andre sukkerholdige drikke. Andelen, der ofte spiser slik/chokolade, varierer fra 9,8 pct. i Kalundborg og Ringsted kommuner til 14,2 pct. i Greve og Roskilde kommuner. Andelen, der ofte drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke, varierer fra 7,2 pct. i Roskilde Kommune til 14,4 pct. i Køge Kommune. Med enkelte undtagelser er der en tendens til, at andelen af borgere, der ofte drikker sodavand, er større i socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner.

6.3 Frugt, grønt, fisk og fuldkorn

Fødevarestyrelsen anbefaler, at man spiser 600 gram grøntsager og frugt om dagen og mindst 350 gram fisk pr. uge (16) (17). Ifølge kostrådene bør man desuden generelt vælge fuldkornsprodukter og spise mindst 75 gram fuldkorn om dagen (18). I dette afsnit opgøres det i hvilken grad borgerne i Region Sjælland følger kostrådene om frugt/grønt og fisk. Desuden opgøres andelen af borgere med moderat eller sjældent indtag af fuldkorn.

Fødevarestyrelsens anbefaling om frugt/grønt er også kendt som '6 om dagen'. Borgernes samlede daglige indtag af frugt og grønt er opgjort ud fra tre spørgsmål om, hvor ofte borgerne spiser blandede grøntsager, f.eks. i råkost, andre rå grøntsager og tilberedte grøntsager, samt et spørgsmål om, hvor mange portioner frugt (svarende til 1 stk. eller 1 dl), borgeren spiser dagligt eller ugentligt. Hyppigheden af indtaget af både grønt og frugt omsættes først til et samlet antal portioner frugt og grønt ugentligt, hvorefter det samlede daglige antal portioner frugt og grønt beregnes. Omregningsmetoden har udgangspunkt i portionsstørrelser på 100 gram (19). I tabellerne i dette afsnit opgøres andelen af borgere, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefaling om mindst seks portioner grønt og frugt om dagen.

I beregningen af det ugentlige indtag af fisk indgår to spørgsmål om hyppigheden af indtag af fisk som pålæg og som varm mad (20). Ved beregningen af det ugentlige indtag af fisk omsættes hyppigheden først til antal portioner, som derefter omregnes til gram indtaget fisk ud fra portionsstørrelser på hhv. 35 gram og 100 gram for fisk som hhv. pålæg og varm mad. I tabellerne i dette afsnit opgøres andelen af borgere, der ikke lever op til Fødevarestyrelsens anbefaling om mindst 350 g fisk pr. uge.

Metoderne til beregning af indtag af frugt og grønt hhv. fisk er anbefalet af DTU Fødevareinstituttet. De beregnede indtag af frugt/grønt samt fisk kan begge anvendes som en forsigtig indikation på, om befolkningsgrupper lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger, og kan dermed anvendes til at vurdere behovet for særlige indsatser for disse kostkomponenter. De beregnede indtag af frugt/grønt og fisk anses for at være i underkanten af det reelle indtag blandt voksne, fordi beregningerne bygger på portionsstørrelser for både voksne og børn. Derfor forventes den beregnede andel af borgere, som ikke lever op til anbefalingerne, også at være i underkanten af det reelle tal.

Som i sundhedsprofilen 2017 er borgerne i 2021 også blevet spurgt, hvor hyppigt de spiser fødevarer med et højt indhold af fuldkorn. De anvendte spørgsmål angår indtag af hhv. "Havregryn, rugflager/-gryn, speltflager/-gryn" og "Rugbrød" og har samme fem svarmuligheder som spørgsmålene om grønt (se ovenfor). Spørgsmålene om fuldkorn er valideret i forbindelse med udviklingen af spørgeskemaet til Sundhedsprofilen 2017 (21). I tabellerne i dette afsnit opgøres andelen af borgere, som har et "Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn", dvs. borgere, der angiver, at de indtager både rugbrød og gryn højst fire gange om ugen. Målet er således ikke direkte relateret til Fødevarestyrelsens anbefaling om at spise mindst 75 g fuldkorn om dagen, og resultaterne bør derfor ikke sammenlignes direkte med dette.

Indtag af mindre end 6 stykker frugt og grønt dagligt er især udbredt blandt:

- Mænd
- Efterlønsmodtagere
- Borgere med dansk baggrund

Indtag af mindre end 350 g fisk ugentligt er især udbredt blandt:




- Kvinder
- Borgere under 55 år
- Borgere, som bor med børn i hjemmet
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere under 55 år
- Borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere, der bor sammen med børn
- Borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund

Tabel 6.3.1 Borgere, der ikke lever op til anbefalingerne om indtag af frugt/grønt og fisk, samt borgere med moderat eller sjældent indtag af fuldkorn

	Mindre end 6 stk. frugt og grønt dagligt		Mindre end 350g fisk ugentligt		Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	91,5	637.400	80,9	564.000	30,6	213.400
Region Sjælland 2017	90,0	617.700	79,1	542.900	27,1	186.100
Region Sjælland 2013	89,7	596.200	80,1	532.600		
Region Sjælland 2010	86,0	564.900	80,5	528.900		
Køn						
Mand	93,7	318.600	79,8	272.300	28,4	96.700
Kvinde	89,4	318.800	82,0	291.800	32,7	116.800
Alder						
16-24 år	91,9	70.800	86,6	66.400	46,2	35.400
25-34 år	92,1	74.800	85,9	69.700	45,5	36.800
35-44 år	91,8	84.300	88,2	80.100	39,5	35.900
45-54 år	91,0	112.900	85,8	106.100	35,7	44.000
55-64 år	91,1	112.100	80,2	98.200	26,2	32.200
65-79 år	91,0	141.000	72,5	113.400	15,2	23.800
80+	92,8	41.600	65,8	30.000	11,7	5.300
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	92,8	93.700	79,3	80.600	34,8	36.000
Kort uddannelse	93,3	262.300	80,6	226.700	27,1	75.700
Kort videregående	92,1	60.600	81,1	53.200	28,6	18.800
Mellemlang videregående	89,7	124.300	83,0	114.700	29,0	40.800
Lang videregående	90,1	55.500	82,4	50.600	27,2	16.100
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	91,8	318.800	85,6	295.600	34,6	118.200
Arbejdsløse	92,4	12.900	84,7	11.800	43,2	6.000
Førtidspensionister	88,3	25.800	79,1	22.900	41,6	13.100
Efterlønsmodtagere	95,0	4.800	80,4	4.100	16,9	800
Alderspensionister	91,4	185.900	71,0	146.200	14,4	29.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	93,0	36.700	82,9	32.600	41,7	16.300
Under uddannelse	90,0	52.800	86,6	50.700	45,3	27.000
Samlivsstatus						
Samlevende	91,3	399.200	81,1	354.000	27,9	120.200
Ikke samlevende	91,8	238.200	80,7	210.100	34,9	93.200
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	91,1	169.500	87,4	162.200	37,7	68.600
Bor ikke med børn	92,0	470.000	79,7	407.300	28,5	146.600
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	92,2	587.400	81,2	517.200	27,5	174.000
Anden vestlig baggrund	87,5	21.100	83,7	20.100	50,3	12.400
Ikke-vestlig baggrund	80,5	28.900	74,2	26.700	67,2	27.100

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Hovedparten af borgerne i regionen lever ikke op til anbefalingerne om indtag af frugt/grønt (91,5 pct.) og fisk (80,9 pct.), svarende til hhv. 637.400 borgere og 564.000 borgere. Samtidig har knap hver tredje borger i regionen (30,6 pct.), svarende til 213.400 borgere, et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn. Både andelen, der ikke lever op til anbefalingerne om frugt/grønt samt fisk, og andelen, som har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, er steget siden 2017.

Køn og alder

En større andel af mænd (93,7 pct.) end kvinder (89,6 pct.) lever ikke op til anbefalingerne vedrørende indtag af frugt og grønt, mens en større andel af kvinder (hhv. 82,0 pct. og 32,7 pct.) end mænd (79,8 pct. og 28,4 pct.) ikke lever op til anbefalingerne vedrørende indtag af fisk hhv. har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn.

Der er ikke tydelige aldersforskelle i andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingen om indtag af frugt og grønt, men borgere under 55 år spiser mindre fisk og fuldkorn end den ældre del af befolkningen.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er ikke entydige sammenhænge mellem borgerenes uddannelsesniveau hhv. erhvervstilknytning og indtag af frugt, grønt, fisk og fuldkorn. Sammenlignet med regionsgennemsnittet er andelen, der ikke lever op til anbefalingerne vedr. frugt/grønt, højere blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse eller kort uddannelse, mens andelen, der ikke lever op til anbefalingen for fisk, er højere blandt borgere med en mellemlang videregående uddannelse. Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse har den højeste andel, der har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, mens borgere med kort uddannelse eller lang videregående uddannelse har den laveste andel.

Andelen, der ikke lever op til anbefalingerne om frugt/grønt, er højest blandt efterlønsmodtagere og lavest blandt førtidspensionister. Andelen, som ikke lever op til anbefalingen for fisk hhv. har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, er højest blandt borgere under uddannelse. Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er desuden signifikant højere end regionsgennemsnittet for beskæftigede, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere med et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er større blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner (34,9 pct.), end blandt borgere, som bor med en partner (27,9 pct.). Indtaget af frugt, grønt og fisk varierer derimod ikke med borgernes samlivsstatus.

Andelen af borgere, som har et lavt indtag af fisk og fuldkorn, er større blandt borgere, der bor med børn i hjemmet, end blandt borgere, der ikke bor med børn i hjemmet.




Etnisk baggrund

Der er en tydelig sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og deres indtag af frugt, grønt, fisk og fuldkorn. Borgere med dansk baggrund lever i mindre grad op til anbefalingerne om indtag af frugt og grønt end øvrige borgere. Borgere med ikke-vestlig baggrund lever i højere grad op til anbefalingerne om indtag af fisk, mens borgere med dansk baggrund i højere grad lever op til anbefalingerne om indtag af fuldkorn.

Omkring hver fjerde borger med dansk baggrund har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, mens det gælder omkring to ud af tre borgere med ikke-vestlig baggrund. Det skal bemærkes, at de valgte fuldkornsprodukter i opgørelsen er klassisk danske fødevarer. Blandt borgere uden dansk baggrund kan andre fuldkornsprodukter være mere udbredt.

Tabel 6.3.2 Borgere, der ikke lever op til anbefalingerne om indtag af frugt/grønt og fisk, samt borgere med moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, opgjort på kommuner

	Mindre end 6 stk. frugt og grønt dagligt		Mindre end 350g fisk ugentligt		Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	91,5	637.400	80,9	564.000	30,6	213.400
Guldborgsund	91,3	47.200	79,0	40.600	30,8	16.000
Kalundborg	91,8	37.100	80,2	32.300	30,6	12.400
Lolland	91,2	31.700	77,3	27.100	29,7	10.400
Odsherred	90,1	25.800	81,3	23.400	26,0	7.500
Slagelse	91,4	59.400	81,7	52.800	35,2	22.700
Vordingborg	90,2	35.300	79,4	31.100	24,6	9.700
Faxe	90,7	28.000	82,2	25.400	30,7	9.500
Holbæk	91,5	53.300	79,4	46.700	31,4	18.400
Næstved	92,6	65.200	79,9	56.000	29,8	21.000
Ringsted	91,1	26.100	83,4	23.800	36,2	10.300
Sorø	93,2	23.200	80,7	20.100	26,8	6.600
Stevns	91,5	17.700	79,6	15.400	29,2	5.700
Greve	92,5	37.400	82,9	33.400	34,1	13.800
Køge	92,8	46.500	83,1	41.900	29,9	15.000
Lejre	89,8	20.500	80,5	18.500	28,7	6.600
Roskilde	90,5	66.100	82,4	60.100	30,5	22.300
Solrød	91,8	16.900	84,1	15.500	32,1	5.900

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere, der ikke efterlever anbefalingerne om indtag af frugt og grønt, varierer meget begrænset mellem regionens kommuner, hvor kun Sorø Kommune afviger signifikant fra regionsgennemsnittet.

Andelen af kommunernes borgere, der spiser mindre end 350 g fisk om ugen, varierer fra 77,3 pct. i Lolland Kommune til 84,1 pct. i Solrød Kommune, og andelen, som har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, varierer fra 24,6 pct. i Vordingborg Kommune til 36,2 pct. i Ringsted Kommune.













6.4 Sammenhæng mellem kostmønster og hhv. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer




I dette afsnit ses der på sammenhængen mellem borgernes kostmønster og deres øvrige sundhedsadfærd i form af daglig rygning, tegn på problematisk alkoholforbrug og fysisk aktivitet, under WHO's minimumsanbefaling. Tilsvarende beskrives sammenhængen mellem borgernes kostmønster og udvalgte mål for helbred, trivsel, sociale relationer og økonomisk belastning.

Blandt borgere med usundt kostmønster ses en høj andel:

- Dagligrygere
- Med tegn på problematisk alkoholforbrug
- Der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Med ringere fysisk og mentalt helbred (lav score)
- Med højere stressniveau (høj score)
- Der er utilfredse med livet
- Der er ensomme
- Som har tegn på social isolation
- Som sjældent spiser sammen med andre
- Som føler sig belastet af deres økonomi

Tabel 6.4.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer

	Daglig rygning		Tegn på problematisk alkoholforbrug		Fysisk aktivitet under anbefalet minimum	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	16,1 	112.500	13,4 	93.200	59,3 	413.400
Kostmønster						
Usundt kostmønster	26,8 	35.300	15,3 	20.100	72,1 	94.200
Kostmønster med sunde og usunde elementer	14,3 	66.000	13,2 	61.000	58,2 	269.400
Sundt kostmønster	9,4 	9.700	10,9 	11.400	45,9 	47.400















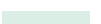

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: Fysisk aktivitet under anbefalet minimum refererer til WHO's minimumsanbefaling (OBS! Ikke sammenlignelig med 2017 (se afsnit 10.1)). Tegn på problematisk alkoholforbrug er vurderet ved Cage-C (se afsnit 9.1).

For alle tre parametre for sundhedsadfærd ses der sammenhæng mellem borgernes kostmønster og den øvrige sundhedsadfærd. Blandt borgere med et usundt kostmønster er der en større andel af borgere, som også har anden uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end i befolkningen generelt. Det gælder især daglig rygning og fysisk aktivitet under anbefalet minimum.

Andelen af dagligrygere er omtrent tre gange større blandt borgere med et usundt kostmønster (26,8 pct.) end blandt borgere med et sundt kostmønster (9,4 pct.). Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug og andelen af borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er også større blandt borgere med et usundt kostmønster (hhv. 15,3 pct. og 72,1 pct.) end blandt borgere med et sundt kostmønster (hhv. 10,9 pct. og 45,9 pct.).

Tabel 6.4.2 Helbred og trivsel blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer

	Lav score på mental helbredsskala Pct.	Lav score på fysisk helbredsskala Pct.	Høj score på stresskala Pct.	Utilfreds med livet Pct.
Region Sjælland 2021	16,8 	13,2 	28,7 	21,4 
Kostmønster				
Usundt kostmønster	21,6 	17,4 	33,8 	27,2 
Kostmønster med sunde og usunde elementer	15,6 	12,1 	27,1 	20,3 
Sundt kostmønster	14,1 	11,8 	25,0 	17,3 

















-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: En lav score på den mentale hhv. fysiske helbredsskala (SF12) angiver et ringere mentalt/fysisk helbred (se grænseværdier i afsnit 3.4). En høj score på stresskalaen (PSS) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5).

Borgere med et usundt kostmønster scorer i højere grad lavt på den mentale hhv. den fysiske helbredsskala og højt på stresskalaen sammenlignet med borgere med et sundt kostmønster og et kostmønster

med sunde og usunde elementer. Andelen af borgere, som er utilfredse med livet, er også større blandt borgere med et usundt kostmønster end blandt de øvrige borgere.

Tabel 6.4.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer

	Ensomhed Pct.	Tegn på social isolation Pct.	Spiser sjældent sammen med andre Pct.	Belastet af økonomi Pct.
Region Sjælland 2021	12,7 	8,0 	8,1 	32,3 
Kostmønster				
Usundt kostmønster	16,6 	13,4 	12,2 	39,5 
Kostmønster med sunde og usunde elementer	11,8 	6,8 	7,0 	30,9 
Sundt kostmønster	10,5 	5,0 	5,5 	27,4 

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Med "sjældent" menes sjældnere end en gang om måneden eller aldrig.

Borgere med et usundt kostmønster er i højere grad ensomme og har i højere grad tegn på social isolation end borgere med sundere kostmønstre. De spiser også

sjældnere sammen med andre og føler sig i højere grad belastet af økonomi end borgere med et sundere kostmønster.

6.5 Motivation og hjælp til ændring af kostmønstre

Sunde madvaner spiller en vigtig rolle for borgernes sundhed og trivsel. Dette afsnit handler om borgernes motivation for at ændre kostvaner og deres eventuelle ønske om at få hjælp til det. Der ses også på om borgerne er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner, og om de har fået information om, at det er muligt at få hjælp til at ændre kostvaner. Afsnittet har primært fokus på borgere med et usundt kostmønster.

Borgernes motivation til at spise sundere er undersøgt ved spørgsmålet "Vil du gerne spise mere sundt?" Svarmulighederne er "Ja", "Nej" og "Ved ikke". De borgere, som har svaret "Ja" er desuden blevet spurgt, om de gerne vil have støtte og hjælp til det (svarmuligheder "Ja" og "Nej").

Borgerne er desuden blevet spurgt, om de i løbet af de seneste 12 måneder har været ved egen læge og her er rådet til at ændre kostvaner. Andelen af borgere, som er rådgivet af lægen om kostvaner, er opgjort blandt de borgere, som har været hos lægen inden for de seneste 12 måneder. I alt 74 pct. af alle borgerne i regionen har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (se kapitel 1). Bemærk at der ikke er taget højde for om borgerne har sygdom eller andet, der gør, at de har særlige ernæringsmæssige behov, og hvor det, der ellers ville betegnes som et usundt kostmønster, derfor kan være hensigtsmæssigt.

Endelig er borgerne spurgt, om de har modtaget information fra f.eks. egen læge, kommunens personale, arbejdspladsen m.fl. om, at man kan få hjælp til at ændre kostvaner.

Tabel 6.5.1 Ønske om at spise mere sundt samt ønske om hjælp til det blandt borgere med forskellige kostmønstre

	Vil gerne spise mere sundt		Ønsker hjælp til at spise mere sundt (blandt de, der vil spise sundere)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	51,9	361.800	35,7	129.900
Kostmønster				
Usundt kostmønster	54,2	71.500	42,8	30.500
Kostmønster med sunde og usunde elementer	52,8	244.000	34,6	84.400
Sundt kostmønster	46,4	47.900	30,6	14.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Godt halvdelen af borgerne i regionen (51,9 pct.) vil gerne spise mere sundt, svarende til 361.800 borgere. Godt hver tredje (35,7 pct.) af de borgere, som ønsker at spise mere sundt, ønsker hjælp til det. Ønsket om at spise mere sundt og få hjælp til det stiger, jo mere usundt kostmønsteret er. Således er både andelen af borgere, som ønsker at spise mere sundt, og andelen som ønsker hjælp til det, større blandt borgere med et usundt kostmønster end blandt borgere med et sundt kostmønster.

Tabel 6.5.2 og tabel 6.5.3 viser opgørelser blandt borgere med et usundt kostmønster. Tabel 6.5.2 viser dels andelen af borgere, som gerne vil spise mere sundt, dels andelen blandt disse, som ønsker hjælp til at spise sundere. Tabel 6.5.3 viser andelen af borgere som gerne vil spise mere sundt opgjort på kommuner. Andelen, som ønsker hjælp til at spise sundere, opgøres ikke på kommuner pga. for få data. Blandt borgere med et usundt kostmønster ligger andelen, som gerne vil spise mere sundt, på samme niveau som i 2017 ligesom andelen blandt disse, som ønsker hjælp til det. For øvrige detaljer henvises til tabellerne.

Tabel 6.5.2 Andel af borgere med usundt kostmønster, som gerne vil spise mere sundt og ønsker hjælp til det

	Vil gerne spise mere sundt		Ønsker hjælp til at spise mere sundt (blandt de, der vil spise sundere)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	54,2	71.500	42,8	30.800
Region Sjælland 2017	54,0	61.600	42,2	25.900
Region Sjælland 2013	48,3	44.600		
Region Sjælland 2010	53,0	48.200		
Køn				
Mand	48,1	38.500	42,6	16.600
Kvinde	63,6	33.000	43,0	14.200
Alder				
16-24 år	67,3	11.800	49,4	5.900
25-34 år	71,5	13.700	52,0	7.200
35-44 år	64,6	12.300	45,1	5.700
45-54 år	60,2	13.700	39,4	5.400
55-64 år	46,3	9.700	40,9	4.000
65-79 år	34,1	8.400	24,1	1.900
80+	23,1	1.800	—	—
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	52,6	14.300	49,8	7.400
Kort uddannelse	49,4	31.800	42,0	13.400
Kort videregående	60,4	6.100	34,9	2.100
Mellemlang videregående	61,6	8.800	41,5	3.700
Lang videregående	50,5	2.900	—	—
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	60,4	38.600	43,5	16.900
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	56,7	4.900	—	—
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	31,5	10.400	25,1	2.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	64,1	6.400	54,3	3.600
Under uddannelse	70,9	8.400	48,0	4.100
Samlivsstatus				
Samlevende	54,0	39.200	41,2	16.000
Ikke samlevende	54,3	32.300	44,7	14.800
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	67,0	20.700	44,4	9.100
Bor ikke med børn	51,1	51.700	44,0	22.700
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	53,8	67.200	42,6	28.500
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 6.5.3 Andel af borgere med usundt kostmønster, som gerne vil spise mere sundt, opgjort på kommuner

	Vil gerne spise mere sundt				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	54,2	71.500	54,0	48,3	53,0
Guldborgsund	50,4	6.000	50,7	50,5	49,2
Kalundborg	59,0	5.500	55,6	38,5	47,4
Lolland	48,9	3.700	47,2	41,2	47,4
Odsherred	48,9	2.400	47,1	—	42,4
Slagelse	56,4	7.700	54,2	49,5	56,7
Vordingborg	48,7	3.800	59,4	37,6	45,8
Faxe	54,2	3.300	48,6	50,6	62,4
Holbæk	55,5	6.400	51,3	58,7	62,4
Næstved	50,6	6.900	52,6	50,3	53,3
Ringsted	66,9	3.600	64,3	39,6	48,3
Sorø	45,6	2.100	47,8	—	47,9
Stevns	56,0	1.900	46,2	—	48,3
Greve	59,6	4.300	62,9	—	51,6
Køge	62,0	5.400	63,0	45,9	52,6
Lejre	48,6	1.700	47,8	55,2	59,4
Roskilde	51,9	5.100	60,0	—	62,3
Solrød	58,2	1.700	51,8	61,5	55,3

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Udviklingen fra 2017 til 2021 er ikke signifikant i nogen af kommunerne.









Tabel 6.5.4 Information om mulighed for hjælp til at ændre kostvaner til borgere med usundt kostmønster fra forskellige kilder og samlet (har modtaget information fra mindst en kilde)




	Pct.
Egen læge	5,2
	6,6
Arbejde/uddannelse	2,2
	1,5
Sygehus	2,1
	2,7
Kommunens personale	1,7
	2,0
Andre	12,9
	10,1
Alle kilder	22,6
	21,1

- 2021
- 2017

Omkring hver femte borger i regionen med usundt kostmønster (22,6 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til at spise sundere. 5,2 pct. har fået informationen fra egen læge, mens omkring to procent har fået informationen via hhv. arbejdspladsen/uddannelsesstedet, sygehuset eller kommunens personale. Borgerne får hyppigst informationen fra andre (uspecificerede) kilder.

Tabel 6.5.5 Borgere, som er rådet af egen læge til at ændre kostvaner hhv. informeret om mulighed for hjælp til det, blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer





















































	Rådet af egen læge til at ændre kostvaner (blandt de, som har været hos lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	10,1 	48.200	22,6 	157.300
Kostmønster				
Usundt kostmønster	13,3 	11.300	22,6 	29.500
Kostmønster med sunde og usunde elementer	9,7 	30.900	22,4 	103.400
Sundt kostmønster	7,9 	5.700	22,9 	23.900




-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

I regionen er 10,1 pct. af borgerne blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner i løbet af de seneste 12 måneder (blandt de, som har været hos lægen i perioden). Det er især borgere med et usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner. Derudover har godt hver femte borger inden for de seneste 12 måneder fået information om, at det er muligt at få hjælp til at ændre kostvaner.

Tabel 6.5.6 viser opgørelser blandt borgere med et usundt kostmønster. Tabellen viser dels andelen, som er rådet af egen læge til at ændre kostvaner blandt borgere som har været hos egen læge de seneste 12 måneder og dels andelen, som er informeret om at man kan få hjælp til at ændre kostvaner. Andelen som er rådet af egen læge til at ændre kostvaner ligger på samme niveau som i 2017. Andelen som er informeret om mulighed for hjælp ligger ligeledes på omtrent samme niveau. For øvrige detaljer henvises til tabellen.

Tabel 6.5.6 Andel af borgere med usundt kostmønster, som er rådet af egen læge til at ændre kostvaner og informeret om mulighed for hjælp til at ændre kostvaner (alle kilder)

	Rådet af egen læge til at ændre kostvaner (blandt de, som har været hos lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	13,3 	12.400	22,6 	29.700
Region Sjælland 2017	13,2 	11.900	21,1 	24.100
Region Sjælland 2013	12,2 	8.500		
Region Sjælland 2010	11,7 	7.900		
Køn				
Mand	14,5 	7.700	23,0 	18.400
Kvinde	11,8 	4.700	22,0 	11.300
Alder				
16-24 år	15,3 	1.700	37,0 	6.200
25-34 år	16,2 	2.100	23,8 	4.600
35-44 år	16,7 	2.100	21,1 	4.100
45-54 år	13,2 	2.100	19,7 	4.500
55-64 år	13,1 	2.000	22,5 	4.900
65-79 år	11,2 	2.200	18,8 	4.600
80+	3,0 	200	12,0 	900
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	19,8 	3.900	24,1 	6.600
Kort uddannelse	12,7 	5.700	21,0 	13.400
Kort videregående	15,1 	1.100	19,2 	1.900
Mellemlang videregående	12,7 	1.400	23,7 	3.400
Lang videregående	—	—	17,4 	900
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	13,1 	5.500	21,1 	13.500
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	26,5 	1.600	33,3 	3.100
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	9,4 	2.400	17,3 	5.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	22,3 	1.700	32,0 	3.300
Under uddannelse	11,1 	900	33,4 	4.000
Samlivsstatus				
Samlevende	11,1 	5.900	21,1 	15.300
Ikke samlevende	16,2 	6.500	24,4 	14.400
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	11,1 	2.400	21,1 	6.400
Bor ikke med børn	14,3 	10.300	23,2 	23.400
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	13,3 	11.800	22,5 	28.000
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Sidste kolonne dækker alle, som er informeret enten af egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre om mulighed for at få hjælp til at ændre kostvaner.

6.6 Holdninger til salg af usunde mad- og drikkevarer

I dette afsnit ses der på borgernes holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer (sodavand, snacks og fastfood) på skoler, fritidsordninger, ungdomsuddannelser og i sportshaller. Befolkningens holdninger spiller en rolle for den folkelige opbakning til forskellige former for forebyggelsestiltag og kan dermed have betydning for prioriteringer på området.

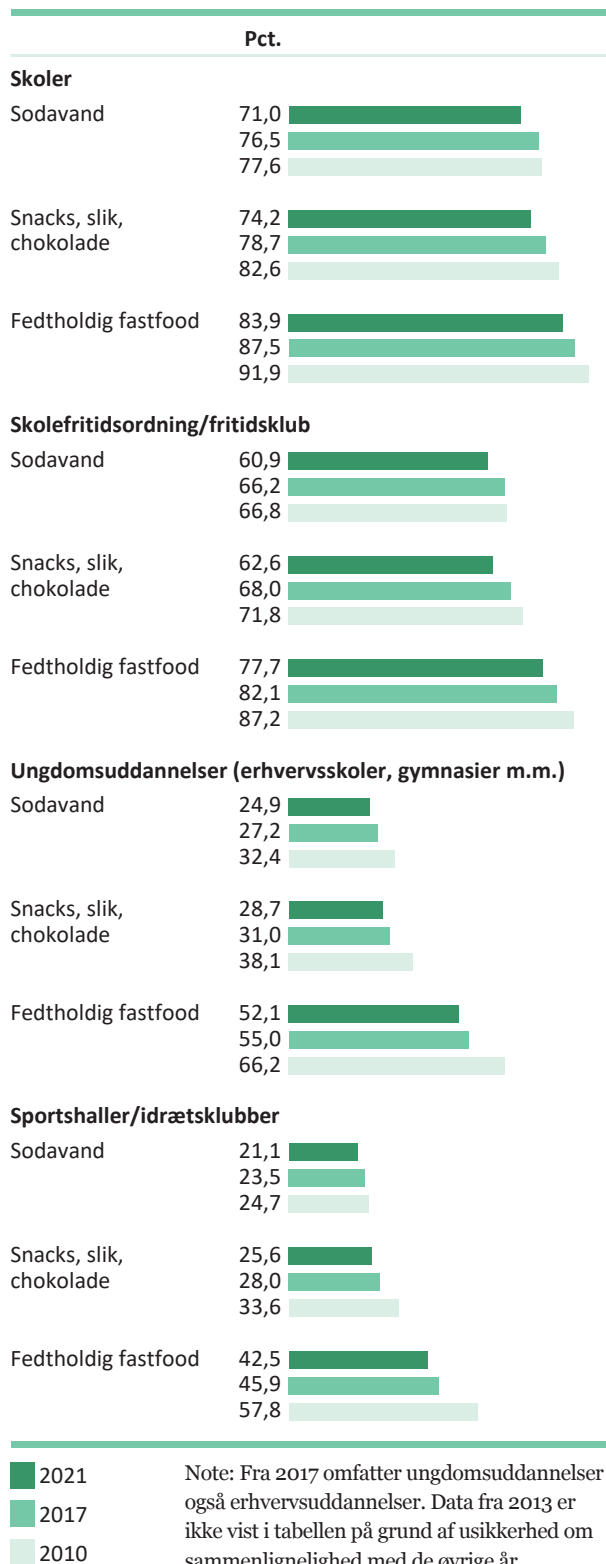
Borgerne er stillet spørgsmålet: ”Synes du, at det skal være tilladt at købe.... på følgende steder?” i forhold til en række mulige salgssteder. Svarmulighederne er: ”Tilladt” eller ”Ikke tilladt” for hver kombination af usund fødevarer og salgssted. For det enkelte salgssted (skoler, fritidsordninger, ungdomsuddannelser og sportshaller) og type af usund kost (sodavand, snacks og fastfood) er andelen af borgere, som svarer ”Ikke tilladt”, opgjort og kaldes i tabellen ”Ønsker forbud”. For hver kommune er det desuden opgjort, hvor stor en andel, som har svaret ”Ikke tilladt” til salg af de tre fødevarer på steder, som overvejende rummer børn (skoler og skolefritidsordninger/fritidsklubber).

Opbakning til forbud mod salg af usunde fødevarer:

- Er større på skoler og i skolefritidsordninger end på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber
- Er størst, hvad angår salg af fedtholdig fastfood, og mindst, hvad angår salg af sodavand
- Faldt fra 2010 til 2017 og er fortsat med at falde fra 2017 til 2021




Der er generelt opbakning i befolkningen til at forbyde salg af usunde fødevarer i skoler, og mere end 60 pct. af borgerne bakker også op om forbud i skole-/fritidsordninger. Opbakningen til forbud på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber er mindre. Godt otte ud af ti mener, at det skal være forbudt at sælge fedtholdig fastfood på skoler, mens omkring fire ud af ti mener, det skal være forbudt i sportshaller/idrætsklubber. Der er generelt mere opbakning til forbud mod salg af fedtholdig fastfood end mod salg af sodavand og snacks, slik og chokolade. Opbakningen til forbud mod salg af usunde mad- og drikkevarer på de udvalgte steder faldt fra 2010 til 2017 og er fortsat med at falde fra 2017 til 2021.

Tabel 6.6.1 Borgere, som ønsker forbud mod salg af sodavand, snacks og fastfood på skoler, fritidsordninger, ungdomsuddannelser og sportshaller



Tabel 6.6.2 Andel af borgere, der ønsker forbud mod salg af hhv. sodavand, snacks eller fastfood på steder overvejende med børn (skoler og skolefritidsordninger/fritidsklubber), opgjort på kommuner

	Sodavand		Snacks, slik, chokolade		Fedtholdig fastfood	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	73,9	515.300	77,0	536.600	85,7	597.400
Guldborgsund	74,5	38.700	78,1	40.100	85,8	44.400
Kalundborg	74,3	29.400	77,7	30.300	86,6	34.300
Lolland	74,5	25.800	77,7	26.300	86,4	29.300
Odsherred	73,8	20.800	77,8	21.900	87,2	24.800
Slagelse	74,1	47.400	76,3	48.700	88,9	57.100
Vordingborg	71,9	27.900	76,3	29.700	85,3	33.300
Faxe	74,7	23.000	78,1	23.700	87,8	26.900
Holbæk	74,2	42.700	77,6	45.900	87,6	51.300
Næstved	73,6	51.600	77,4	53.900	83,5	59.200
Ringsted	72,8	21.300	73,8	21.300	84,3	24.300
Sorø	77,6	19.400	78,4	19.600	86,5	21.700
Stevns	72,8	14.200	74,6	14.700	84,0	16.300
Greve	70,6	28.600	75,2	30.200	82,7	33.000
Køge	74,0	38.400	78,2	40.500	85,1	43.300
Lejre	79,3	18.100	80,4	18.600	90,0	20.800
Roskilde	74,2	55.000	76,2	57.800	83,9	62.100
Solrød	71,3	13.200	73,5	13.400	82,9	15.300

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen, der ønsker forbud mod sodavand, spænder fra 70,6 pct. i Greve Kommune til 79,3 pct. i Lejre Kommune, mens andelen, der ønsker forbud mod snack/slik/chokolade, spænder fra 73,5 pct. i Solrød Kommune til 80,4 pct. i Lejre Kommune. Andelen, der ønsker forbud mod fedtholdig fastfood, spænder fra 82,7 pct. i Greve Kommune til 90,0 pct. i Lejre Kommune.

I Lejre Kommune ligger andelen, der ønsker forbud mod hhv. sodavand, snacks/slik og chokolade samt fedtholdig fastfood signifikant over regionsgennemsnittet, mens også Slagelse Kommune ligger signifikant over regionsgennemsnittet, hvad angår opbakning til forbud mod fedtholdig fastfood, og Sorø Kommune, hvad angår sodavand. Omvendt er der lavere tilslutning til et forbud mod sodavand og fedtholdig fastfood i Greve Kommune og mod fedtholdig fastfood og snacks mv. i Solrød Kommune.

Referencer

1. **Tetens, I, et al.** *Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet*. Søborg : DTU Fødevareinstituttet, 2013.
2. **Wang, X, et al.** Fruit and vegetable consumption and mortality from all causes, cardiovascular disease, and cancer: systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *BMJ*. 2014, 349, g4490.
3. **Gan, Y, et al.** Consumption of fruit and vegetable and risk of coronary heart disease: A meta-analysis of prospective cohort studies. *Int J Cardio*. 2015, 183, 129–3.
4. **Jannasch, F, Kröger, J og Schulze, M.** Dietary Patterns and Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Nutr*. 2017, 147, (6), 1174–82.
5. **Bradbury, K, Appleby, P og Key, T.** Fruit, vegetable, and fiber intake in relation to cancer risk: findings from the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition (EPIC). *Am J Clin Nutr*. 2014, 100 (Suppl), 394–8.
6. **Imamura, F, et al.** Consumption of sugar sweetened beverages, artificially sweetened beverages, and fruit juice and incidence of type 2 diabetes: systematic review, meta-analysis, and estimation of population attributable fraction. *BMJ*. 2015, 351, h3576.
7. **Adler, A, et al.** Reduced dietary salt for the prevention of cardiovascular disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, 12.
8. **Hooper, L, et al.** Reduction in saturated fat intake for cardiovascular disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015, 6, 6-9.
9. **Jannasch, F, Kröger, J og Schulze, M.** Dietary Patterns and Type 2 Diabetes: A Systematic Literature Review and Meta-Analysis of Prospective Studies. *J Nutr*. 2017, 147, (6), 1174–82.
10. **Jørgensen, K, Hasselbalch, SG og Waldemar, G.** Risiko for demens og kognitiv svækkelse kan reduceres. *Ugeskrift for Læger*. 2016, 178, V11150887.
11. **Fødevarestyrelsen.** De officielle kostråd - godt for sundhed og klima. *Alt om Kost*. [Online] 4. januar 2022. [Citeret: 10. januar 2022.] <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/>.
12. **Fødevarestyrelsen.** Lancering af De officielle Kostråd. *Alt om kost*. [Online] 2021. Oktober 2021. [Citeret: 10. januar 2022.] <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/lancering-af-de-officielle-kostraad/>.
13. **Matthiessen, Jeppe, et al.** *Voksne danskeres kost- og aktivitetsvaner under den første nationale COVID-19 nedlukning i foråret 2020*. s.l. : DTU Fødevareinstituttet, 2021.
14. **Toft U, Kristoffersen LH, Lau C et al.** The Dietary Quality Score: Validation and association with cardiovascular risk factors: The Inter99 study. *Eur J Clin Nutr*. 2007, 61 (2), 270-8.
15. **Sundhedsstyrelsen.** *National klinisk retningslinje for rehabilitering af patienter med KOL*. København S : Sundhedsstyrelsen, 2018.
16. **Fødevarestyrelsen.** Spis flere grøntsager og frugter. *Alt om kost*. [Online] 17. januar 2022. [Citeret: 20. januar 2022.] <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/spis-flere-groentsager-og-frugter/>.
17. **Fødevarestyrelsen.** Spis mindre kød - vælg bælgfrugter og fisk. *Alt om kost*. [Online] 17. januar 2022. [Citeret: 20. januar 2022.] <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/spis-mindre-koed-vaelg-baelgfrugter-og-fisk/>.
18. **Fødevarestyrelsen.** Spis mad med fuldkorn. *Alt om kost*. [Online] 17. januar 2022. [Citeret: 20. januar 2022.] <https://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad-godt-for-sundhed-og-klima/spis-mad-med-fuldkorn/>.
19. **Trolle E, Fagt S, Ovesen L, (red).** *Frukt og grøntsager – anbefalinger for indtag*. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Veterinær- og Fødevedirektoratet. 1998.
20. **Ygil, KH.** *Mål, vægt og portionsstørrelser på fødevarer*. DTU Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring. Søborg. 2013.
21. **Toft U, Rostgaard-Hansen AL, Lau C, et al.** *Validering af de eksisterende og reviderede kostspørgsmål i Den Nationale Sundhedsprofil*. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed. 2016.

Kapitel 7

Vægt

7.1 Overvægt og undervægt

**7.2 Sammenhæng mellem vægt og hhv. sundheds-
adfærd, helbred, trivsel og sociale relationer**

**7.3 Motivation og hjælp til at tabe sig blandt
moderat og svært overvægtige borgere**



Vægt

- Omkring 58 pct. af borgerne i Region Sjælland er overvægtige. Godt hver femte borger er svært overvægtig, og andelen er steget siden 2017.
- Svær overvægt er mere udbredt blandt borgere med en kortere uddannelse end blandt borgere med en længere uddannelse.
- Knap ni ud af ti overvægtige borgere vurderer, at deres vægt er for høj, og godt otte ud af ti overvægtige ønsker at tabe sig.
- Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til vægttab, blandt de, der ønsker at tabe sig, er faldet 2,9 procentpoint siden 2017.
- Knap hver femte overvægtige borger, som har været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, er i den forbindelse blevet rådet af lægen til at tabe sig.
- Svært overvægtige og undervægtige borgere har et dårligere mentalt helbred og lavere tilfredshed med livet end normalvægtige og moderat overvægtige.

Overvægt kan have alvorlige konsekvenser for helbred og trivsel og er udbredt i såvel Danmark som i resten af verden. I perioden 1975 til 2016 skete der ifølge WHO tæt på en tredobling af forekomsten af svært overvægtige på verdensplan (1), og tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2017 viste, at omkring hver anden voksne borger i Danmark var enten moderat eller svært overvægtig (hhv. 34,1 pct. og 16,9 pct.) (2).

Overvægt og særligt svær overvægt er forbundet med øget risiko for type 2 diabetes, hjerte-kar-sygdom og forskellige former for kræft (3) (4) og forbindes endvidere med en række andre sygdomme og tilstande som f.eks. søvnapnø, forhøjet blodtryk, slidgigt, ledsmerter, generelle problemer med bevægeapparatet samt reproduktionsproblemer (5) (3). Overvægt kan endvidere påvirke trivsel i negativ retning f.eks. i form af nedsat livskvalitet (4) (5). Svær overvægt er desuden forbundet med højere dødelighed (6) (7) og øger risikoen for depression, mens depression også øger risikoen for svær overvægt (7).

Årsagen til udvikling af overvægt er kompleks, og en lang række faktorer kan spille ind (3). Det gælder bl.a. genetiske og miljømæssige faktorer samt sundhedsadfærd som fysisk inaktivitet og usund kost. Risikoen for negative helbredsmæssige konsekvenser af overvægt stiger, jo mere overvægtig man er, og WHO peger på, at selv en mindre grad af overvægt kan øge risikoen for sygdom (8).

Undervægt er langt mindre udbredt i Danmark end overvægt (2), men kan ligesom overvægt have en negativ indvirkning på helbredet og bl.a. føre til svækket immunforsvar, blodmangel og knogleskørhed. Undervægt kan skyldes, at man spiser for lidt eller at kostens sammensætning (kostmønstret) ikke dækker behovet, men undervægt kan også skyldes sygdom (9).

I kapitlets første afsnit præsenteres vægtfordelingen blandt borgere i Region Sjælland med udgangspunkt i BMI (Body Mass Index) opgjort som andel undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere. I andet afsnit undersøges sammenhængen mellem vægt og udvalgte mål for bl.a. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer. Kapitlets sidste afsnit handler om moderat og svært overvægtige borgere. Der vises opgørelser af, hvorvidt borgerne ønsker at tabe sig, om de ønsker hjælp til vægttab, og om de er blevet rådet til at tabe sig (af egen læge), samt om de er informeret om, at det er muligt at få hjælp til vægttab.

Hovedresultater

Forekomst

Næsten 58 pct. af borgerne i Region Sjælland er overvægtige, og godt hver femte borger er svært overvægtig. Fra 2010 til 2021 er andelen af borgere, som er overvægtige (moderat eller svært), steget 6,7 procentpoint. Stigningen skal hovedsageligt findes blandt de svært overvægtige, hvor andelen er steget med godt 40 pct. i løbet af perioden. Heraf er den største stigning sket fra 2013 til 2017. Omkring 2 pct. af regionens borgere er undervægtige, hvilket er samme niveau som tidligere år. Godt otte ud af 10 overvægtige borgere ønsker at tabe sig og blandt disse ønsker mere end hver tredje hjælp til det.

Køn

Andelen af undervægtige er større blandt kvinder end mænd, mens andelen af overvægtige er større blandt mænd end kvinder. Det gælder især for moderat overvægt. Andelen, som ønsker at tabe sig og andelen af disse, som ønsker hjælp til det, er større blandt kvinder end mænd.

Alder

Undervægt er mest udbredt blandt de yngste og de ældste borgere. Moderat overvægt er især udbredt blandt de 45-79-årige borgere, og svær overvægt er især udbredt blandt 35-64-årige. Blandt overvægtige borgere under 64 år ønsker mere end otte ud af ti at tabe sig. Andelen af borgere, der ønsker hjælp til vægttab, er størst blandt borgere i alderen 16-44 år, mens borgere i alderen 16-24 år er den gruppe, som i højeste grad har fået information om muligheden for at få hjælp til at tabe sig.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Forekomsten af undervægt er størst blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse. Forekomsten af moderat overvægt er størst blandt borgere med en kort eller kort videregående uddannelse. Forekomsten af svær overvægt er større blandt borgere med kortere uddannelse sammenlignet med borgere med længere uddannelse. Forekomsten af svær overvægt er desuden højere blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive end i regionen generelt. Især overvægtige borgere med kort uddannelse er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, mens især overvægtige med lange uddannelser er motiverede til at tabe sig.

Samlivsstatus

Der er en større andel af moderat overvægtige blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden. Omvendt ses en større andel undervægtige blandt borgere uden en samboende partner. Det er især overvægtige borgere, der bor sammen med en partner, som er motiverede til at tabe sig, mens det især er overvægtige borgere uden en partner, der ønsker hjælp til vægttab.

Etnisk baggrund

Forekomsten af svær overvægt er mere udbredt blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Blandt overvægtige borgere, som ønsker vægttab, er det især borgere med ikke-vestlig baggrund, som ønsker hjælp til det.

Sundhedsadfærd og helbred blandt overvægtige og undervægtige

Både svært overvægtige og undervægtige har i højere grad et ringere mentalt helbred (lav score), et højere stressniveau (høj score), lavere tilfredshed med livet, et usundt kostmønster, tegn på social isolation og en større andel ensomme end borgere, der er normalvægtige eller moderat overvægtige. Svært overvægtige borgere lever i højere grad end andre borgere ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og scorer i højere grad lavt på den fysiske helbredsskala (ringere helbred). Moderat overvægtige borgere har i højere grad tegn på problematisk alkoholforbrug, mens undervægtige i højere grad er dagligrygere.

7.1 Overvægt og undervægt

I dette afsnit beskrives borgernes vægt med udgangspunkt i BMI (Body Mass Index). BMI anvendes ofte til vurdering af overvægt/undervægt blandt voksne og er et udtryk for en persons vægt set i forhold til højden. Det beregnes ved at dividere vægten i kg med højden i meter ganget med sig selv (1). BMI bruges til at inddele borgerne i følgende fire vægtgrupper: "undervægtige", "normalvægtige", "moderat overvægtige" og "svært overvægtige".

Udgangspunktet for BMI-beregningen og inddelingen er borgernes svar på spørgsmålene "Hvor høj er du (uden sko)?" og "Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?" I tabel 7.1.1 ses de BMI-grænser, som ligger til grund for inddelingen i de fire grupper. BMI-grænserne er defineret af WHO og gælder for voksne over 18 år (3) (10), men er i denne rapport også anvendt på undersøgelsens yngste deltagere, de 16-17-årige, da de nærmer sig voksenalderen.

Der er en vis usikkerhed forbundet med at anvende BMI. Det skyldes bl.a., at der med BMI ikke tages højde for individuelle forskelle på muskel- og fedtfordeling, og BMI hænger bl.a. sammen med en persons alder, højde, træningsniveau og etnicitet (3). Til trods for dette vurderes BMI at være et anvendeligt mål til vurdering af vægt på populationsniveau (10).

Når det drejer sig om de ældste aldersgrupper (65-79 år og 80+ år), skal resultaterne fortolkes med en vis grad af forsigtighed, idet undersøgelser peger på, at særligt moderat overvægt hos borgere på 65+ år (vurderet ud fra BMI-grænserne for 18+ årige) ikke er så stærkt forbundet med øget sygdom og dødelighed som hos voksne generelt (11) (12). For hospitalsindlagte ældre er der ligeledes indikationer på, at det med henblik på at overleve sygdom kan være hensigtsmæssigt at være moderat overvægtig (13). Svær overvægt kan imidlertid påvirke ældres funktions- evne, helbred og trivsel negativt (14).

Tabel 7.1.1 BMI-grænser for overvægt, normalvægt og undervægt

Klassifikation	BMI grænser 18+årige (kg/m ²)
Undervægt	Mindre end 18,5
Normalvægt	18,5 - 24,9
Moderat overvægt	25,0 - 29,9
Svært overvægt	Mindst 30,0

Undervægt er især udbredt blandt:

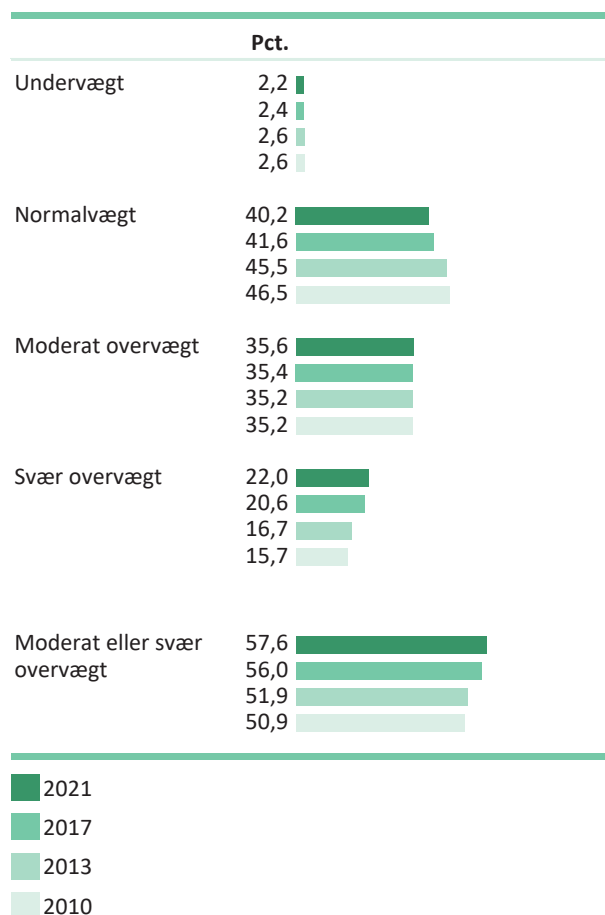
- Kvinder
- Borgere i alderen 16-24 år og over 79 år
- Borgere udelukkende med grundskole/
gymnasial uddannelse
- Borgere under uddannelse
- Borgere uden en samboende partner
- Borgere, som bor uden børn i hjemmet

Moderat overvægt er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere i alderen 45-79 år
- Borgere med kort eller kort videregående
uddannelse
- Borgere i beskæftigelse, efterlønsmod-
tagere og alderspensionister
- Borgere, der bor sammen med en partner

Svær overvægt er især udbredt blandt:

- Borgere i alderen 35-64 år
- Borgere udelukkende med grundskole/
gymnasial uddannelse eller kort uddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige
ikke-erhvervsaktive

Tabel 7.1.2 Borgernes vægtfordeling opdelt ud fra BMI

Tabel 7.1.3 Undervægtige samt moderat hhv. svært overvægtige borgere

	Undervægt		Moderat overvægt		Svær overvægt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	2,2	15.100	35,6	247.800	22,0	153.600
Region Sjælland 2017	2,4	16.400	35,4	243.100	20,6	141.100
Region Sjælland 2013	2,6	17.300	35,2	233.700	16,7	110.900
Region Sjælland 2010	2,6	17.000	35,2	231.300	15,7	102.900
Køn						
Mand	1,3	4.400	41,5	142.500	22,7	78.000
Kvinde	3,0	10.600	29,8	105.300	21,4	75.600
Alder						
16-24 år	8,2	6.200	18,4	14.000	9,9	7.500
25-34 år	1,9	1.500	30,1	24.000	23,5	18.700
35-44 år	1,3	1.200	35,2	32.300	24,6	22.600
45-54 år	0,8	900	40,9	50.900	25,5	31.700
55-64 år	1,3	1.600	39,4	48.900	25,5	31.700
65-79 år	1,4	2.100	39,1	61.300	22,8	35.800
80+	3,4	1.500	36,7	16.500	12,8	5.800
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	3,6	3.600	31,7	31.600	26,4	26.400
Kort uddannelse	1,1	3.200	38,9	109.600	25,2	71.100
Kort videregående	1,0	600	39,9	26.400	21,9	14.500
Mellemlang videregående	1,4	1.900	36,5	50.600	20,6	28.600
Lang videregående	1,3	800	35,5	21.900	12,6	7.800
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	1,2	4.300	37,9	132.100	22,7	78.900
Arbejdsløse	1,4	200	33,4	4.600	28,1	3.900
Førtidspensionister	2,8	800	30,1	8.500	37,4	10.600
Efterlønsmodtagere	—	—	47,0	2.400	19,6	1.000
Alderspensionister	1,8	3.700	38,6	78.600	20,6	41.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	3,4	1.300	27,3	10.700	26,5	10.400
Under uddannelse	7,8	4.600	20,0	11.800	11,4	6.700
Samlivsstatus						
Samlevende	1,2	5.500	38,8	171.000	22,2	98.000
Ikke samlevende	3,7	9.600	30,0	76.800	21,7	55.600
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	1,5	2.900	35,1	65.300	20,8	38.700
Bor ikke med børn	2,4	12.500	35,8	183.000	22,8	116.300
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	2,1	13.600	35,7	227.300	22,3	142.400
Anden vestlig baggrund	1,7	400	35,9	8.700	21,3	5.100
Ikke-vestlig baggrund	2,9	1.000	33,6	11.800	17,3	6.100

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Godt 2 pct. af borgerne i Region Sjælland er undervægtige, svarende til 15.100 borgere. Mere end hver tredje borger er moderat overvægtig (35,6 pct.), svarende til 247.800 borgere, og mere end hver femte borger er svært overvægtig (22,0 pct.), svarende til 153.600 borgere.

Siden 2017 er andelen af svært overvægtige borgere steget 1,4 procentpoint, og fra 2010 til 2021 er andelen samlet steget med 40 pct. (6,4 procentpoint). Andelen af både moderat overvægtige, normalvægtige og undervægtige borgere ligger på samme niveau som i 2017.

Den samlede andel borgere, som er moderat eller svært overvægtige, er på 57,6 pct. i 2021 og er ikke steget signifikant siden 2017. Fra 2010 til 2021 er andelen af borgere, som er overvægtige (moderat eller svært), steget 6,7 procentpoint (tabel 7.1.2).

Køn og alder

Undervægt er hyppigere blandt kvinder (3,0 pct.) end mænd (1,3 pct.), mens en større andel af mænd (41,5 pct.) end kvinder (29,8 pct.) er moderat overvægtige. Der er ingen kønsforskel i forekomsten af svær overvægt, men andelen af svært overvægtige blandt mænd er steget med 2,3 procentpoint siden 2017 (data ikke vist).

Undervægt er mest udbredt i aldersgrupperne under 25 år og 80+. Moderat overvægt er mest udbredt i alderen 45-79 år og mindst udbredt blandt borgere under 35 år. Resultater for moderat overvægt i de to ældste aldersgrupper skal fortolkes forsigtigt, da sundhedsrisikoen ved moderat overvægt i disse grupper ser ud til at være mindre. Svær overvægt er mindst udbredt blandt unge under 25 år og ældre over 79 år og mest udbredt blandt 35-64-årige. Andelen af svært overvægtige er siden 2017 steget blandt borgere i alderen 55-64 år, mens andelen for de øvrige aldersgrupper er på omtrent samme niveau som i 2017. Fra 2010 til 2021 er andelen af svært overvægtige særligt steget blandt 25-64-årige borgere (7-8 procentpoint).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i forekomsten af svær overvægt både målt på tværs af uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse eller en kort uddannelse, er ca. hver fjerde svært overvægtig (26,4 pct.), mens det blandt borgere med en lang videregående uddannelse er ca. hver ottende (12,6 pct.).

Forekomsten af svær overvægt er desuden højere blandt de arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive end i regionen generelt. Blandt førtidspensionister er andelen af svært overvægtige 37,4 pct, hvilket er 70 pct. højere end i regionen. Den laveste andel svært overvægtige findes blandt borgere under uddannelse (11,4 pct.). Andelen af svært overvægtige blandt beskæftigede er steget fra 2017 (20,4 pct.) til 2021 (22,7 pct.) (data ikke vist).

Forekomsten af moderat overvægt følger ikke samme mønster som for svær overvægt. Moderat overvægt er mest udbredt blandt borgere med en kort eller kort videregående uddannelse og mindst udbredt blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse. Efterlønsmodtagere, alderspensionister og beskæftigede har en stor andel af moderat overvægtige borgere, men en relativt lille andel svært overvægtige borgere.

Forekomsten af undervægt er størst blandt borgere under uddannelse. Desuden er forekomsten større blandt borgere som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse end blandt de øvrige uddannelsesgrupper. Det skal ses i lyset af den høje andel undervægtige blandt unge, som udgør en relativt stor del af de uddannelsessøgende og grundskole/gymnasialt uddannede borgere

Samlivsstatus og børn

















































Der er en større andel af moderat overvægtige blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden. Der ses ingen sammenhæng mellem forekomsten af svær overvægt og samlivsstatus og mellem forekomsten af moderat overvægt eller svær overvægt og det at bo sammen med børn.




Forekomsten af undervægt er højere blandt borgere som ikke bor med en partner end blandt borgere der bor med en partner. Dette skal ses i lyset af den høje andel undervægtige blandt unge, som udgør en relativt stor del af borgere, som ikke bor sammen med en partner.

Etnisk baggrund

Andelen af svært overvægtige er større blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Forekomsten af undervægt og moderat overvægt varierer derimod ikke med borgernes etniske baggrund.

Tabel 7.1.4 Undervægtige samt moderat hhv. svært overvægtige borgere, opgjort på kommuner

	Undervægt		Moderat overvægt		Svær overvægt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	2,2 	15.100	35,6 	247.800	22,0 	153.600
Guldborgsund	2,0 	1.100	36,1 	18.900	25,9 	13.600
Kalundborg	2,2 	900	34,1 	13.800	24,8 	10.100
Lolland	2,5 	900	37,4 	13.100	24,7 	8.600
Odsherred	2,4 	700	34,8 	10.000	25,6 	7.300
Slagelse	1,8 	1.200	35,4 	22.900	24,3 	15.700
Vordingborg	2,4 	900	37,4 	14.600	23,7 	9.300
Faxe	1,8 	600	36,4 	11.200	25,9 	8.000
Holbæk	1,5 	900	36,2 	21.200	22,9 	13.400
Næstved	2,8 	1.900	34,6 	24.100	24,5 	17.100
Ringsted	2,9 	800	35,8 	10.200	22,5 	6.400
Sorø	2,5 	600	37,0 	9.200	19,4 	4.800
Stevns	2,3 	400	37,3 	7.200	23,6 	4.500
Greve	2,0 	800	35,4 	14.300	18,1 	7.300
Køge	1,8 	900	35,6 	17.800	18,2 	9.100
Lejre	2,0 	500	36,0 	8.300	18,6 	4.300
Roskilde	2,2 	1.600	33,2 	24.200	15,0 	11.000
Solrød	2,2 	400	36,6 	6.700	16,6 	3.100

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af undervægtige borgere spænder fra 1,5 pct. i Holbæk Kommune til 2,9 i Ringsted Kommune, mens andelen af moderat overvægtige varierer fra 33,2 pct. i Roskilde Kommune til 37,4 pct. i Lolland og Vordingborg kommuner. I ingen af kommunerne afviger hverken andelen af undervægtige eller andelen af moderat overvægtige borgere signifikant fra regionsgennemsnittet.

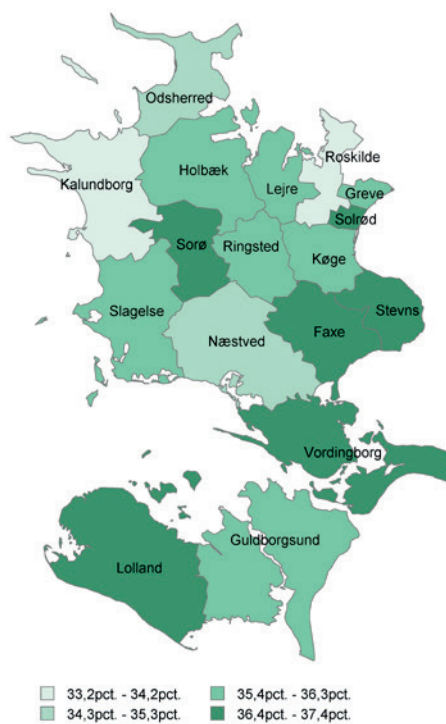
Andelen af svært overvægtige borgere varierer mellem regionens kommuner. Forekomsten spænder fra 15,0 pct. i Roskilde kommune til 25,9 pct. i Guldborgsund og Faxe kommuner. Forekomsten af svær overvægt er lavere i socioøkonomisk bedre stillede kommuner tættest på hovedstadsområdet end i de øvrige kommuner, og fra 2017 til 2021 har der været en tendens til stigning i andelen af svært overvægtige borgere, overvejende i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Det har givet anledning til en øget geografisk polarisering i forekomsten af overvægtige bor-

gere mellem kommunerne tæt på hovedstadsområdet, hvor overvægt er mindre udbredt, og kommunerne i regionens vestlige og sydlige områder, hvor overvægt forekommer hyppigere.

Kort 7.1.5 Andel undervægtige borgere



Kort 7.1.6 Andel moderat overvægtige borgere



Kort 7.1.7 Andel svært overvægtige borgere



Kort 7.1.8 Andel moderat eller svært overvægtige borgere



7.2 Sammenhæng mellem vægt og hhv. sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

Som beskrevet indledningsvist i dette kapitel har borgernes vægt stor betydning for helbred og trivsel. I dette afsnit ses der på sammenhængen mellem sundhedsadfærd i form af daglig rygning, tegn på problematisk alkoholforbrug, manglende efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet samt usundt kostmønster blandt borgere med undervægt, normalvægt og overvægt. Endvidere ses der på sammenhængen mellem overvægt, undervægt og normalvægt og udvalgte mål for hhv. helbred, trivsel, sociale relationer og økonomisk belastning.

For alle fire mål for sundhedsadfærd ses der sammenhæng mellem borgernes vægt og sundhedsadfærden, men sammenhængen er ikke entydig. Andelen af dagligrygere er større blandt undervægtige end blandt normalvægtige og overvægtige borgere, mens andelen af borgere, der ikke lever op til WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt borgere med svær overvægt end i de øvrige vægkategorier. Andelen af borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug er højere blandt borgere med moderat overvægt end blandt både under-, normal- og svært overvægtige borgere. Andelen af borgere med usundt kostmønster er større blandt både undervægtige og svært overvægtige end blandt normalvægtige og moderat overvægtige borgere.

Blandt både undervægtige og svært overvægtige borgere ses en høj andel:

- Med usundt kostmønster
- Med ringere mentalt helbred (lav score)
- Med højere stressniveau (høj score)
- Der er utilfredse med livet
- Ensomme
- Som har tegn på social isolation

Blandt svært overvægtige borgere ses desuden en høj andel:

- Der ikke lever op til WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet
- Med ringere fysisk helbred (lav score)
- Som sjældent spiser sammen med andre
- Som føler sig belastet af økonomien

Blandt undervægtige borgere ses desuden:

- En høj andel dagligrygere

Tabel 7.2.1 Sundhedsadfærd blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Daglig rygning Pct.	Tegn på problematisk alkoholforbrug Pct.	Fysisk aktivitet under anbefalet minimum Pct.	Usundt kostmønster Pct.
Region Sjælland 2021	16,1	13,4	59,3	18,9
BMI				
Undervægt	24,1	10,9	64,0	28,1
Normalvægt	16,2	12,9	52,6	15,6
Moderat overvægt	15,7	15,4	58,3	19,1
Svær overvægt	15,2	11,4	71,7	23,2

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Fysisk aktivitet under anbefalet minimum refererer til WHO's minimums-anbefaling (OBS! Ikke sammenlignelig med 2017 (se afsnit 10.1)). Tegn på problematisk alkoholforbrug er vurderet ved Cage-C (se afsnit 9.1).

Tabel 7.2.2 Helbred og trivsel blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Lav score på mental helbredsskala Pct.	Lav score på fysisk helbredsskala Pct.	Høj score på stresskala Pct.	Utilfreds med livet Pct.
Region Sjælland 2021	16,8	13,2	28,7	21,4
BMI				
Undervægt	29,4	13,9	40,4	35,1
Normalvægt	15,8	9,4	26,5	20,8
Moderat overvægt	13,9	12,1	24,2	18,2
Svært overvægt	20,2	21,6	35,3	26,0

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lav score på den mentale hhv. fysiske helbredsskala (SF12) angiver et ringere mentalt/fysisk helbred (se grænseværdier i afsnit 3.4). En høj score på stresskalaen (PSS) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5).

Sammenlignet med de normalvægtige og moderat overvægtige borgere er der blandt undervægtige og svært overvægtige en større andel, som er utilfredse med livet, der har en lav score på den mentale hel-

bredsskala og en høj score på stresskalaen. Andelen af borgere, som scorer lavt på den fysiske helbredsskala, er større blandt svært overvægtige borgere end blandt borgere i de øvrige vægtekategorier.

Tabel 7.2.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Ensomhed Pct.	Tegn på social isolation Pct.	Spiser sjældent sammen med andre Pct.	Belastet af økonomi Pct.
Region Sjælland 2021	12,7	8,0	8,1	32,3
BMI				
Undervægt	24,3	13,0	11,2	35,3
Normalvægt	12,3	6,9	7,4	30,1
Moderat overvægt	10,1	6,9	7,1	28,8
Svært overvægt	16,0	10,6	9,5	39,6

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Med "sjældent" menes sjældnere end en gang om måneden eller aldrig.

Ensomhed er mest udbredt blandt undervægtige borgere, hvor næsten hver fjerde er ensom, efterfulgt af svært overvægtige, hvor omkring hver sjette borger er ensom. Ensomhed er mindst udbredt blandt moderat overvægtige, hvor omkring hver tiende er ensom. Tegn på social isolation er ligeledes mest udbredt

blandt undervægtige og svært overvægtige borgere. Både andelen af borgere, der sjældent spiser sammen med andre, og andelen, der føler sig belastet af økonomiske forhold, er større blandt svært overvægtige end blandt normalvægtige og moderat overvægtige borgere.

7.3 Motivation og hjælp til at tabe sig blandt moderat og svært overvægtige borgere

Der er mange faktorer, der kan spille ind, når det drejer sig om at fastholde normalvægt og forebygge overvægt. I Sundhedsstyrelsens Forebyggelsespakke om overvægt fremhæves kost, fysisk aktivitet og mental sundhed som vigtige parametre (3).

I dette afsnit er fokus på ønsket om at tabe sig og få hjælp til det blandt overvægtige. Alle opgørelser i afsnittet er derfor afgrænset til moderat og svært overvægtige borgere. Der ses også på, om moderat og svært overvægtige borgere vurderer deres egen vægt som for høj, om de er blevet rådet af egen læge til at tabe sig, og om de er informeret om, at det er muligt at få hjælp til vægttab.

Spørgsmålet ”Hvordan vurderer du selv din vægt?” med svarmulighederne ”alt for lav”, ”lidt for lav”, ”tilpas”, ”lidt for høj” og ”alt for høj” danner baggrund for borgernes egen vurdering af deres vægt. Borgere, der vurderer deres egen vægt som for høj, omfatter i opgørelserne dem, som har svaret ”lidt for høj” eller ”alt for høj”. I tabellerne er det opgjort blandt borgere, der er overvægtige.

Borgerne er derudover blevet spurgt, om de gerne vil tabe sig med svarmulighederne: ”ja, i høj grad”, ”ja, i nogen grad”, ”nej” og ”ved ikke”. Spørgsmålet bruges som mål for borgernes motivation for at tabe sig. Borgere, der ønsker at tabe sig, omfatter i opgørelserne de overvægtige borgere, som har svaret ”ja, i høj grad” eller ”ja, i nogen grad” på spørgsmålet. De borgere, som har ønske om vægttab, er desuden blevet spurgt, om de gerne vil have støtte og hjælp til det med svarmulighederne: ”ja” eller ”nej”.

Spørgsmålet ”Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til: At tabe dig?” danner udgangspunkt for opgørelsen af, hvorvidt borgerne er rådet af egen læge til at tabe sig. De, som er rådet af egen læge, er opgjort blandt overvægtige borgere, som har svaret ”Ja” til, at de har søgt egen læge i perioden. Blandt overvægtige borgere har 75,5 pct. været ved lægen inden for de seneste 12 måneder, hvilket er omtrent som i befolkningen generelt.

Overvægtiges ønske om at tabe sig er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere i alderen 16-64 år
- Borgere med videregående uddannelse
- Beskæftigede, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere, som er under uddannelse
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med børn i hjemmet

Blandt overvægtige, der gerne vil tabe sig, er andelen, der ønsker hjælp til det, især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere i alderen 16-34 år
- Borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse
- Borgere, som bor uden en partner
- Borgere med børn i hjemmet
- Borgere med ikke-vestlig baggrund




Rådgivning om vægttab til overvægtige fra egen læge er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere i alderen 55-64 år
- Borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, som bor uden en partner
- Borgere, som bor uden børn i hjemmet

Borgerne er også blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har fået information fra hhv. kommunens personale (for eksempel sundhedsplejerske, hjemmehjælp, sygeplejerske eller sundhedskonsulent), egen læge, sygehus, arbejdet/uddannelsen eller fra andre om, at man kan få hjælp i forbindelse med vægten. Alle opgørelser er lavet blandt moderat og svært overvægtige borgere.

Tabel 7.3.1 Vurdering af egen vægt blandt moderat og svært overvægtige samt ønske om at tabe sig og ønske om støtte og hjælp til det

	Vurderer egen vægt som for høj		Vil gerne tabe sig		Ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de, der vil tabe sig)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	86,7	348.100	82,0	329.100	40,8	134.000
Region Sjælland 2017	86,2	331.100	82,8	318.300	43,7	139.300
Region Sjælland 2013	85,4	294.200	83,3	287.200		
Region Sjælland 2010	86,8	290.200	83,7	279.800		
Køn						
Mand	82,0	180.800	77,6	171.200	34,0	57.800
Kvinde	92,5	167.300	87,4	157.900	48,1	76.200
Alder						
16-24 år	88,0	18.900	89,0	19.200	51,0	10.200
25-34 år	88,9	38.000	89,0	38.100	51,0	19.700
35-44 år	91,8	50.500	90,9	50.100	47,1	24.000
45-54 år	90,3	74.600	88,3	73.000	42,2	30.700
55-64 år	89,8	72.400	84,5	68.300	38,1	25.900
65-79 år	82,9	80.100	73,2	70.700	30,4	21.100
80+	61,3	13.600	44,6	9.700	28,1	2.600
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	82,7	47.900	75,3	43.400	45,3	19.700
Kort uddannelse	86,5	155.900	80,6	145.600	38,7	55.000
Kort videregående	87,5	35.700	85,7	35.000	40,8	14.600
Mellemlang videregående	91,3	72.200	88,2	69.700	41,8	29.600
Lang videregående	89,7	26.600	86,9	25.800	31,4	7.700
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	90,2	190.300	88,2	186.600	41,7	77.800
Arbejdsløse	89,6	7.600	87,1	7.400	43,7	3.300
Førtidspensionister	89,2	17.000	81,3	15.500	56,0	9.300
Efterlønsmodtagere	92,7	3.100	86,8	2.900	—	—
Alderspensionister	78,9	94.600	67,9	81.100	30,2	23.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	91,2	19.200	87,8	18.500	52,5	9.800
Under uddannelse	88,0	16.300	90,4	16.700	53,1	9.000
Samlivsstatus						
Samlevende	87,5	235.600	83,2	224.100	38,3	84.700
Ikke samlevende	85,1	112.500	79,6	105.000	45,9	49.300
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	91,1	94.400	90,7	94.100	46,9	43.300
Bor ikke med børn	86,0	256.000	80,2	238.700	39,0	92.100
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	87,2	322.400	82,3	304.100	40,0	120.300
Anden vestlig baggrund	79,2	11.000	77,1	10.600	45,2	5.000
Ikke-vestlig baggrund	82,5	14.700	80,4	14.400	52,7	8.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Knap ni ud af ti overvægtige borgere vurderer, at deres egen vægt er for høj (86,7 pct.), og 82,0 pct. vil gerne tabe sig. Det er omtrent samme andel som i 2017. Blandt de overvægtige, der gerne vil tabe sig, ønsker 40,8 pct. hjælp til det. Denne andel er faldet 2,9 procentpoint fra 2017 til 2021.

Køn og alder

Blandt overvægtige vurderer en større andel af kvinderne end mændene, at deres vægt er for høj, ligesom en større andel af overvægtige kvinder (87,4 pct.) end overvægtige mænd (77,6 pct.) ønsker at tabe sig. Knap halvdelen (48,1 pct.) af de overvægtige kvinder, som gerne vil tabe sig, ønsker hjælp til det. Denne andel er faldet 5,3 procentpoint siden 2017 (data ikke vist). Blandt overvægtige mænd, som gerne vil tabe sig, ønsker omkring hver tredje (34,0 pct.) hjælp til det.

Især overvægtige i alderen 35-64 år vurderer selv, at deres vægt er for høj (88,0-91,8 pct.). Blandt overvægtige borgere over 65 år er andelen mindre. Dette resultat skal ses i lyset af, at særligt moderat overvægt hos borgere på 65+ år (vurderet ud fra BMI-grænserne for 18+ årige) ikke er så stærkt forbundet med øget sygdom og dødelighed som hos voksne generelt (11) (12). Mønsteret for andelen af overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er omtrent det samme. Der er en markant tendens til, at andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de som gerne vil tabe sig), falder med stigende alder. Blandt 16-34-årige overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig, ønsker godt hver anden hjælp, mens det gælder omkring 30 pct. i aldergruppen over 65 år.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tendens til, at andelen af overvægtige borgere, som vurderer egen vægt som for høj hhv. ønsker at tabe sig, stiger med længden af borgernes uddannelse og særligt er høj blandt borgere med videregående uddannelser. Andelen af overvægtige borgere, der vurderer deres vægt som for høj hhv. ønsker at tabe sig, er størst blandt borgere med mellemlange eller lange videregående uddannelser og mindst blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse.

Blandt overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er andelen, der ønsker hjælp til det, derimod størst blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse og lavest blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Andelen af overvægtige, der vurderer deres vægt som for høj, er størst blandt borgere i beskæftigelse, efterlønsmodtagere og øvrige ikke-erhvervsaktive, mens andelen, som ønsker at tabe sig, er størst blandt borgere under uddannelse, beskæftigede og øvrige ikke-erhvervsaktive. Blandt overvægtige borgere, som gerne vil tabe sig, er andelen af borgere, som ønsker hjælp til det, størst blandt førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere, som er under uddannelse. I disse grupper ønsker mere end halvdelen hjælp til at tabe sig.

Samlivsstatus og børn

Overvægtige borgere, som bor sammen med en partner, vurderer oftere deres vægt som for høj og har også oftere ønske om at tabe sig end overvægtige, der ikke bor sammen med en partner. Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de, som gerne vil tabe sig), er derimod større blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere, der er samlevende.




Der er en større andel af overvægtige borgere med børn i hjemmet end overvægtige borgere uden børn i hjemmet, som hhv. vurderer egen vægt som for høj og ønsker at tabe sig. Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de, som gerne vil tabe sig), er også større blandt borgere med børn i hjemmet, end blandt borgere, der ikke bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Der er en større andel af overvægtige, som vurderer egen vægt som for høj, blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden vestlig baggrund. Andelen af overvægtige, som gerne vil tabe sig, er faldet 11,0 procentpoint blandt borgere med anden vestlig baggrund (fra 88,0 pct. i 2017 til 77,1 pct. i 2021) (data ikke vist). Blandt overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er der en større andel med ikke-vestlig baggrund (52,7 pct.), som ønsker hjælp til det, end blandt borgere med dansk baggrund (40,0 pct.).

Tabel 7.3.2 Vurdering af egen vægt blandt moderat og svært overvægtige samt ønske om at tabe sig og ønske om støtte og hjælp til det, opgjort på kommuner

	Vurderer egen vægt som for høj		Vil gerne tabe sig		Ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de, der vil tabe sig)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	86,7	348.100	82,0	329.100	40,8	134.000
Guldborgsund	86,1	28.000	80,9	26.400	38,2	10.100
Kalundborg	86,7	20.700	80,8	19.300	41,2	7.900
Lolland	82,9	18.000	75,7	16.500	36,1	5.800
Odsherred	82,7	14.300	76,4	13.100	37,6	4.900
Slagelse	87,4	33.800	83,7	32.300	44,1	14.100
Vordingborg	87,7	20.900	80,7	19.300	39,2	7.500
Faxe	88,1	16.900	84,3	16.200	44,7	7.200
Holbæk	86,0	29.700	81,7	28.300	41,4	11.600
Næstved	87,8	36.200	81,4	33.400	40,4	13.500
Ringsted	85,9	14.300	82,0	13.600	40,2	5.500
Sorø	87,2	12.200	79,1	11.000	41,3	4.600
Stevns	87,2	10.200	83,4	9.800	43,8	4.300
Greve	87,5	18.900	83,7	18.100	40,3	7.400
Køge	87,5	23.600	86,2	23.200	43,5	10.200
Lejre	88,9	11.200	84,8	10.700	39,4	4.100
Roskilde	87,0	30.600	84,0	29.700	39,3	11.700
Solrød	87,3	8.600	83,8	8.200	43,2	3.600

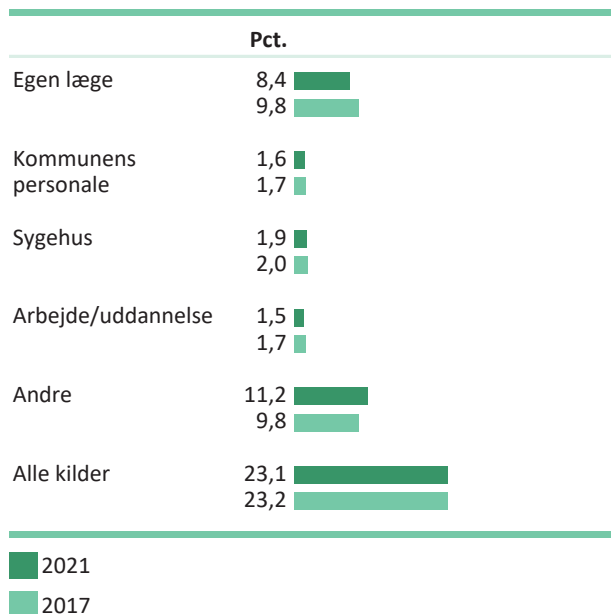
-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af overvægtige, som vurderer egen vægt som for høj, og andelen, som gerne vil tabe sig, ligger signifikant lavere end regionsgennemsnittet i Lolland og Odsherred kommuner, mens andelen, der gerne vil tabe sig, ligger signifikant højere end regionsgennemsnittet i Køge kommune.

Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til at tabe sig (blandt de, der har ønske om at tabe sig), er signifikant lavere end regionsgennemsnittet i Lolland kommune, og er her faldet 9,7 procentpoint fra 2017 til 2021.

Tabel 7.3.3 Information om mulighed for hjælp til vægttab til moderat og svært overvægtige borgere fra forskellige kilder og samlet (har modtaget information fra mindst en kilde)



Knap hver fjerde borger i regionen med moderat eller svær overvægt (23,1 pct.) har fået information fra mindst en kilde om, at det er muligt at få hjælp til vægttab. Andelen er uændret fra 2017. Blandt borgere, der er overvægtige, har 8,4 pct. fået informationen fra egen læge, hvilket er lidt lavere end i 2017, mens kun få procent (mellem 1,5 pct. og 1,9 pct.) har fået information om muligheden via kommunens personale, sygehus eller arbejdspladsen/uddannelsesstedet. Borgerne får hyppigst deres information fra andre (uspecificerede) kilder (11,2 pct.).



På Næstved Sundhedscenter udbydes der vægttabshold for borgere med en kronisk sygdom eller som har et BMI på over 30. Formålet med holdet er, at give borgerne ny viden omhandlende mad, måltidsmønstre, vægttab mm. samt at borgeren støttes og guides til at udføre nye sunde vægttabsrelaterede livsstilsændringer. På billedet ses professionsbachelor i ernæring og sundhed, Mette Lyngsfeldt, i gang med at undervise et hold kursister på holdet 'Mad og måltider – Vægttab'.
Foto: Sundhedscentret

Tabel 7.3.4 Andel af moderat eller svært overvægtige borgere, som er rådet af egen læge til at tabe sig hhv. informeret om mulighed for hjælp i forbindelse med vægt

	Rådet af egen læge til at tabe sig (blandt de, som har været ved lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	19,5	59.000	23,1	92.500
Region Sjælland 2017	17,9	56.400	23,2	89.300
Region Sjælland 2013	22,1	60.900		
Region Sjælland 2010	21,8	58.100		
Køn				
Mand	22,0	34.800	23,3	51.000
Kvinde	16,7	24.200	22,8	41.500
Alder				
16-24 år	17,6	2.700	39,7	8.700
25-34 år	21,0	6.500	22,9	10.000
35-44 år	16,8	6.600	20,9	11.600
45-54 år	20,4	12.000	21,8	18.000
55-64 år	22,1	13.400	24,2	19.600
65-79 år	20,4	16.500	22,6	21.600
80+	7,3	1.300	14,8	3.100
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	23,0	10.300	25,8	15.200
Kort uddannelse	20,9	28.000	23,5	41.900
Kort videregående	20,3	6.300	20,8	8.600
Mellemlang videregående	16,3	9.800	22,0	17.700
Lang videregående	14,1	3.100	15,6	4.400
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	18,6	27.400	21,3	45.000
Arbejdsløse	20,6	1.400	22,7	2.000
Førtidspensionister	29,9	4.700	39,1	8.100
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	18,1	17.900	21,2	24.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25,6	4.500	26,4	5.500
Under uddannelse	16,1	2.300	31,6	5.900
Samlevsstatus				
Samlevende	18,3	37.100	21,2	56.200
Ikke samlevende	21,8	21.900	26,8	36.300
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	16,5	12.400	20,4	20.800
Bor ikke med børn	20,2	46.100	23,8	71.100
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	19,6	54.900	23,1	84.500
Anden vestlig baggrund	14,4	1.400	18,8	2.700
Ikke-vestlig baggrund	20,3	2.800	26,6	5.400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Sidste kolonne dækker alle, som er informeret enten af egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre om mulighed for at få hjælp til at tabe sig.

Generelt

Knap hver femte overvægtige borgere i Region Sjælland, som har været ved lægen i løbet af de seneste 12 måneder, er her blevet rådet til at tabe sig (19,5 pct.), og knap hver fjerde har fået information om muligheden for at få hjælp til at tabe sig fra enten egen læge, hospital, kommunens personale, arbejdspladsen eller andre.

Køn og alder

Andelen af overvægtige borgere, som har været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder og her er blevet rådet af egen læge til at tabe sig, er større blandt mænd (22,0 pct.) end blandt kvinder (16,7 pct.).

Der ses ikke forskel på andelen af overvægtige mænd og kvinder, som har fået information om muligheden for at få hjælp til vægttab.

Det er især overvægtige i alderen 55-64 år, som er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, mens andelen, der har fået information om mulighed for hjælp til vægttab, er markant højere blandt 16-24-årige (39,7 pct.) end blandt de øvrige aldersgrupper og lavest blandt de 80+ årige (14,8 pct.). Resultatet skal ses i lyset af, at særligt moderat overvægt hos borgere på 65+ år (vurderet ud fra BMI-grænserne for 18+ årige) ikke er så stærkt forbundet med øget sygdom og dødelighed som hos voksne generelt (11) (12). Sammenlignet med andre aldersgrupper har de 16-24-årige fået en relativ stor del af deres information fra arbejdspladsen/uddannelsesstedet og fra andre (uspecificerede) kilder (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en markant tendens til, at overvægtige borgere med stigende uddannelsesniveau i mindre grad bliver rådet af deres læge til at tabe sig. Samme, om end svagere, tendens ses for andelen af overvægtige borgere, som er informeret om mulighed for hjælp til vægttab.

Overvægtige førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive, som har været ved egen læge inden for de seneste 12 måneder, bliver også oftere rådgivet til at tabe sig end f.eks. overvægtige borgere i beskæftigelse. Andelen af overvægtige, som er informeret om mulighed for hjælp, er større blandt førtidspensionister og borgere under uddannelse end f.eks. blandt borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus og børn

Både andelen af overvægtige borgere, der er blevet rådet af deres egen læge til at tabe sig, og andelen, som har fået information om mulighed for hjælp til vægttab, er større blandt overvægtige borgere, der bor hhv. uden en samboende partner og bor uden børn, sammenlignet med overvægtige borgere, der bor sammen med en partner og bor med børn.

Etnisk baggrund

Der er en tendens til, at både rådgivning fra lægen og information om mulighed for hjælp vedrørende vægttab sjældnere forekommer blandt overvægtige borgere med anden vestlig baggrund end blandt overvægtige borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund.

Tabel 7.3.5 Andel moderat eller svært overvægtige borgere, som er hhv. rådet af egen læge til at tabe sig og informeret om mulighed for hjælp i forbindelse med vægt, opgjort på kommuner

	Rådet af egen læge til at tabe sig (blandt de, som har været ved lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	19,5	59.000	23,1	92.500
Guldborgsund	23,4	5.800	27,9	9.100
Kalundborg	19,6	3.600	25,3	6.000
Lolland	24,5	3.900	21,1	4.500
Odsherred	16,0	2.000	21,7	3.800
Slagelse	16,9	4.700	21,4	8.100
Vordingborg	19,2	3.400	25,9	6.200
Faxe	20,7	3.000	23,0	4.400
Holbæk	21,4	5.600	21,3	7.400
Næstved	20,6	6.300	25,0	10.400
Ringsted	16,4	2.100	27,0	4.500
Sorø	15,5	1.600	23,2	3.200
Stevns	17,9	1.600	23,0	2.700
Greve	16,8	2.900	19,9	4.400
Køge	19,3	4.100	21,9	5.900
Lejre	22,1	2.100	21,3	2.600
Roskilde	19,0	5.200	20,7	7.200
Solrød	14,9	1.100	21,5	2.100

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Sidste kolonne dækker alle, som er informeret enten af egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre om mulighed for at få hjælp til at tabe sig.

Kommunevariation

Andelen af moderat og svært overvægtige borgere, som i forbindelse med besøg ved egen læge inden for de seneste 12 måneder er blevet rådet af lægen til at tabe sig, varierer mellem regionens kommuner. Andelen, der er rådet af egen læge til at tabe sig, er størst i Lolland og Guldborgsund kommuner (knap hver fjerde borger) og lavest i Solrød Kommune (knap hver syvende overvægtige borger). Andelen af borgere, som er informeret om mulighed for hjælp, afviger kun signifikant fra regionsgennemsnittet i Guldborgsund Kommune, hvor andelen er højest (27,9 pct.). Der er en tendens til, at andelen, som er informeret om mulighed for hjælp, er lavere i de seks kommuner, der er socioøkonomisk bedst stillet end i de øvrige kommuner.

Referencer

1. **WHO.** Obesity and overweight. [Online] juni 9, 2021. [Cited: september 29, 2021.] <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight> .
2. **Jensen, Heidi Amalise Rosendahl, et al.** *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017*. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
3. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Overvægt*. København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. **Sørensen T, Pedersen B, Sandbæk A. et al.** *Skal overvægtige voksne tabe sig?* 2. udgave. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015, 1-62.
5. **Forebyggelsesudvalget, Sundheds- og.** *Måltrettet forebyggelse af fedme - mere effekt for pengene*. København : Teknologirådet, 2011-12.
6. **Aune D, Sen A, Prasad, M. et al.** BMI and all cause mortality:systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ*. 2016, 94, i2156.
7. **Danske Regioner.** *Overvægt - forslag til visitation*. s.l. : Danske Regioner, 2012.
8. **Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF. et al.** Overweight, Obesity, and Depression: A Systematic Review and Meta-analysis of Longitudinal Studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010, 67 (3), 220–9.
9. **WHO.** Obesity. Complications. [Online] u.å. [Cited: september 29, 2021.] https://www.who.int/health-topics/obesity#tab=tab_2.
10. **Tobberup, Randi.** Hvad er en sund vægt? *Sundhed.dk*. [Online] august 23, 2019. [Cited: September 30, 2021.] <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/overvaegt-og-kost/hvad-er-en-sund-vaegt/>.
11. **World Health Organisation.** *Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consulation*. Geneva : World Health Organisation, 2000.
12. **Winter J, MacInnis R, Wattanpenpaiboon N. et al.** BMI and all-cause mortality in older adults: a meta-analysis. *Am J Clin Nutr*. 2014, 25 (99), 875–90.
13. **Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS et al.** *Ernæring og aldring*. Ernæringsrådet, publ. nr. 28. 2002.
14. **Socialstyrelsen.** *National handlingsplan for måltider og ernæring til ældre i hjemmeplejen og plejeboligen*. Odense : Socialstyrelsen, 2013.
15. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelse på ældreområdet - håndbog kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen, 2015.

Kapitel 8

Rygning

8.1 Rygevaner

8.2 Passiv rygning blandt ikke-rygere

8.3 Rygning indendørs i hjemmet

8.4 Brug af E-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende

8.5 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere

8.6 Motivation og hjælp til rygestop hos dagligrygere



Rygning

- Andelen af dagligrygere er faldet med 30 pct. siden 2010, og blandt de 16-24-årige er andelen faldet med 40 pct. siden 2017
- Andelen af borgere med børn i hjemmet, hvor der ryges indendørs, er mere end halveret siden 2017
- Andelen af ikke-rygere, som udsættes for passiv rygning dagligt, er næsten halveret siden 2017
- Tre ud af fire dagligrygere ønsker at stoppe med at ryge
- Dagligrygere har i højere grad problemer med helbred, trivsel, sociale relationer og en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end ikke-rygere
- 2,6 pct. af borgerne bruger e-cigaretter dagligt, og 1,6 pct. bruger snus, nikotinposer eller tilsvarende dagligt

Rygning har en lang række negative konsekvenser for sundhed og sygdom, som både påvirker samfundet og den enkelte. Rygning er derfor også en af de absolut vigtigste forebyggelige risikofaktorer for sygdom og tidlig død i befolkningen.

Rygning er den største risikofaktor for udvikling af kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1), og risikoen for at dø som følge af KOL er tidligere vurderet at være over 20 gange højere for rygere end for folk, der aldrig har røget (2). Rygning er desuden den vigtigste årsag til kræft i lunger og strubehoved (3) og øger desuden risikoen for en lang række andre kræftformer. Jo mere man ryger og jo flere år, man har røget, desto større er risikoen for udvikling af kræft (4) (5) og andre rygerelaterede sygdomme samt død (6).

Rygning medfører øget risiko for hjerte-kar-sygdomme (1) og for udvikling af type 2-diabetes (7). Desuden er rygning forbundet med knogleskørhed, astma og en række andre lungelidelser, nedsat immunfunktion, leddegigt, blindhed, tandkødsbetændelse, nedsat frugtbarhed for kvinder, fødselsdefekter, lav fødselsvægt og generelt nedsat helbred (1). I Danmark er der årligt 13.600 ekstra dødsfald som følge af rygning og rygere har flere sygefraværsdage og hospitalsindlæggelser end ikke-rygere (8) (9). Samtidig vurderes det, at rygere og tidligere rygere er årsag til 2,6 mio. ekstra henvendelser til almen lægepraksis årligt (8).

Rygning kan også have negativ indvirkning på omgivelserne i form af passiv rygning. Passiv rygning forbindes med type 2-diabetes (7), hjerte-kar-sygdom og lungekræft hos voksne (1). Børn er særligt sårbare over for passiv rygning (10), som hos børn sættes i forbindelse med vuggedød, nedsat lungefunktion, lungesygdomme, åndedrætsbesvær og mellemørebetændelse (1). Ifølge Sundhedsstyrelsen dør der årligt omkring 900 danskere som følge af passiv rygning (10).

Nye og andre tobaks- og nikotinprodukter som e-cigaretter, snus og skrå er igennem de senere år begyndt at fylde mere, ikke mindst blandt yngre borgere. Usikkerheden om de helbredsmæssige konsekvenser af e-cigaretter er stor (10). Nogle studier peger på negativ påvirkning af helbredet (6). Samtidig ved man bl.a., at særligt snus er stærkt afhængighedsskabende og kan indeholde kræftfremkaldende stoffer (11). I Danmark er det ikke tilladt at markedsføre eller sælge snus (12), og brugen af både e-cigaretter, røgfri tobak (såsom snus) og andre nyere tobaks- og nikotinprodukter anbefales af Sundhedsstyrelsen at blive sidestillet med rygning i forbindelse med forebyggende indsatser (10).

I april 2020 steg prisen på tobak, ligesom der pr. første januar 2022 skete endnu en prisstigning (13). Dette samt en række andre tiltag, som krav om standardiserede pakninger på udvalgte tobaks-

varer og indførelse af røgfri skoletid på ungdomsuddannelser i juli 2021, er alt sammen nationale tiltag, som skal bidrage til at mindske rygning i befolkningen. Flere af de her nævnte tiltag er imidlertid først trådt i kraft efter dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021, som forløb fra februar til maj 2021.

I kapitlets første afsnit, afsnit 8.1, præsenteres rygevanerne i regionen, målt på hhv. andelen af borgere, der ryger dagligt eller sjældnere, og ande-

len af borgere, der tidligere eller aldrig har røget. Afsnit 8.2 handler om passiv rygning blandt ikke-rygere, og afsnit 8.3 omhandler rygning i hjemmet, dels i hele befolkningen, dels specifikt blandt borgere med børn i hjemmet. Afsnit 8.4 omhandler borgernes forbrug af e-cigaretter og, som noget nyt, også brugen af snus, nikotinposer og lignende. Afsnit 8.5 viser sammenhænge mellem rygevaner og helbred, trivsel, sociale relationer og anden sundhedsadfærd. Afsnit 8.6 vedrører motivation for og hjælp til rygestop.

Hovedresultater

Forekomst

Ca. 80 pct. af borgerne i Region Sjælland er ikke-rygere, enten fordi de aldrig har røget, eller fordi de er stoppet med at ryge. I alt 16,1 pct. af borgerne ryger dagligt, og heraf er halvdelen storrygere (ryger dagligt 15 cigaretter eller mere). Andelen af dagligrygere faldt fra 2010 til 2013 og er faldet igen fra 2017 til 2021. Andelen af dagligrygere er således 30 pct. lavere i 2021 end i 2010.

Regionens ikke-rygere udsættes sjældnere for passiv rygning end tidligere, og andelen af borgere, der bor i hjem, hvor der ryges indendørs mindst én gang ugentligt, er mere end halveret siden 2010. Der ryges dog fortsat indendørs i omtrent hver tiende borgers hjem, men kun i omkring ét ud af 40 hjem med børn.

Knap tre ud af fire dagligrygere ønsker at holde op med at ryge, og blandt disse ønsker godt 40 pct. at få hjælp til et rygestop. Knap halvdelen af dagligrygerne har fået information om at det er muligt at få hjælp til rygestop. Omkring hver ottende borger har fået informationen fra deres egen læge.

I Region Sjælland bruger 2,6 pct. af borgerne e-cigaretter dagligt, mens 2,3 pct. bruger snus, nikotinposer eller lignende dagligt, ugentligt eller sjældnere (heraf 1,6 pct. dagligt).

Køn

Der er en større andel af mænd end kvinder, som ryger dagligt (især storrygere) og en større andel af mænd, som tidligere har røget. Der er også en større andel af mænd end kvinder, der bruger snus, nikotinposer eller lignende, mens der ikke er den store kønsforskel i brugen af e-cigaretter.

Alder

Andelen af dagligrygere og storrygere er mest udbredt blandt borgere i alderen 45-64 år, mens andelen af tidligere rygere er mest udbredt blandt ældre over 65 år. Andelen af borgere, som aldrig har røget, er størst blandt unge under 25 år, men det er samtidig især de unge som ryger lejlighedsvist. Andelen af dagligrygere, blandt de unge, er siden 2017 faldet med knap 40 pct. Daglig, passiv rygning er også mest udbredt blandt unge under 25 år. Ønske om rygestop er mest udbredt blandt dagligrygere under 55 år. Jo ældre dagligrygerne er, jo større andel er blevet rådet til at holde op med at ryge. Brugen af snus, nikotinposer eller lignende er langt mere udbredt blandt de 16-24 årige end i de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en markant social ulighed i forekomsten af rygning – både når man betragter forskelle mellem uddannelsesgrupper og borgere hhv. på og uden for arbejdsmarkedet. Både daglig rygning og passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med videregående uddannelser. Tilsvarende er andelen af borgere, der ryger dagligt, langt mere udbredt blandt borgere i den erhvervsaktive alder, der står uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive) end blandt borgere i beskæftigelse. Den sociale ulighed i rygning viser sig også på tværs af kommuner med forskellige socioøkonomiske vilkår.

Samlivsstatus og børn

Rygning er mere udbredt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner end blandt borgere, der bor sammen med en partner. Det gælder både andelen af dagligrygere, storrygere og lejlighedsvis rygere. Andelen af borgere, som tidligere har røget, er derimod større blandt borgere, der bor sammen med en partner.

Daglig rygning er mindre udbredt blandt borgere, der bor med børn i hjemmet end blandt borgere, der ikke bor med børn i hjemmet. En større andel af borgere med børn i hjemmet ryger til gengæld lejlighedsvis. Blandt dagligrygere med børn i hjemmet er der en større andel, som ønsker at holde op med at ryge, end blandt borgere uden børn i hjemmet. Andelen af borgere med børn i hjemmet, hvor der ryges indendørs, er mere end halveret siden 2017.

Sundhedsadfærd og helbred blandt rygere

Dagligrygere har i højere grad også andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, et dårligere selv-vurderet helbred både fysisk og mentalt, samt lavere tilfredshed med livet end borgere, som aldrig har røget. De er i højere grad også ensomme og har i højere grad tegn på social isolation.

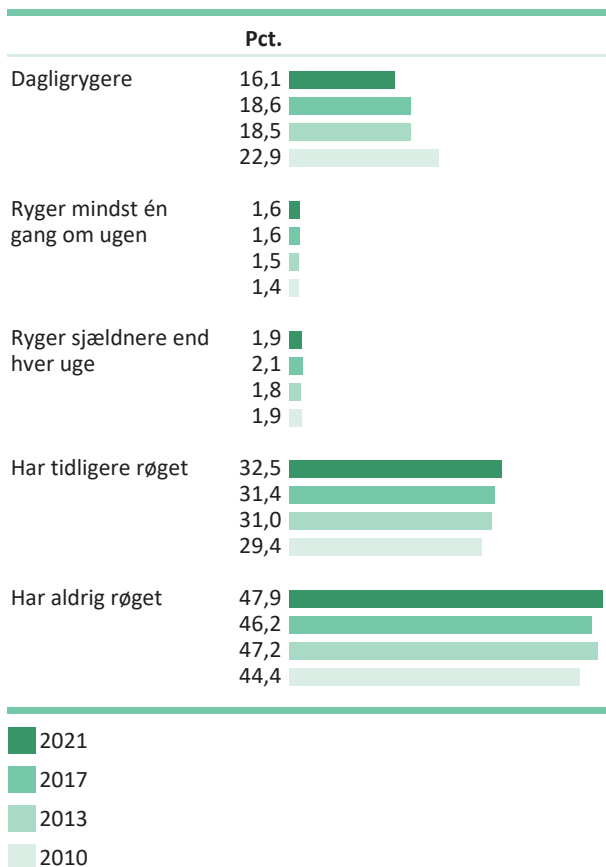
8.1 Rygevaner

Rygning og ikke mindst daglig rygning er stærkt skadeligt. Dette afsnit redegør for omfanget af rygere i Region Sjælland samt deres forbrug og rygevaner. Information om tobaksforbruget blandt dagligrygere er belyst gennem spørgsmål om borgernes daglige gennemsnitlige forbrug af cigaretter, cerutter, cigarer og pibestop, angivet efter antal. Storrygere er defineret som borgere, der dagligt ryger 15 cigaretter eller mere.

Rygevaner beskrives ud fra spørgsmålet: ”Ryger du?” med svarmulighederne: ”Ja, hver dag” (dagligrygere), ”Ja, mindst én gang om ugen”, ”Ja, sjældnere end hver uge”, ”Nej, jeg er holdt op” og ”Nej, jeg har aldrig røget”. Lejlighedsvis rygning vil i opgørelsen sige sjældnere end daglig rygning, dvs. borgere, der har svaret ”Ja, mindst én gang om ugen” eller ”Ja, sjældnere end hver uge”.

Fra og med undersøgelsen i 2017 er det i spørgsmålet om rygning præciseret, at brugen af e-cigaretter ikke skal opfattes som tobaksrygning. Præciseringen var ikke med i spørgeskemaerne fra 2010 og 2013. Da undersøgelser har vist, at e-cigaretter opfattes af brugeren som noget andet end tobaksrygning (14), forventes præciseringen ikke at påvirke sammenligneligheden nævneværdigt. Brugen af e-cigaretter er opgjort i afsnit 8.4.

Tabel 8.1.1 Rygevaner



Daglig rygning er mest udbredt blandt:

- Mænd (særligt storrygning)
- De 45-64-årige
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere uden børn i hjemmet

Lejlighedsvis rygning er mest udbredt blandt:

- Unge under 25 år, herunder borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med børn i hjemmet

Borgere, som aldrig har røget er mest udbredt blandt:
































































































- De 16-24-årige heriblandt borgere under uddannelse
- Borgere med en lang videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere, som bor sammen med børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund


I Region Sjælland ryger 16,1 pct. af borgerne dagligt, og 3,5 pct. ryger sjældnere end dagligt. Dermed ryger i alt 19,6 pct. af borgerne. Resten, dvs. 80,4 pct., er ikke-rygere og omfatter dels borgere, som er tidligere rygere, dvs. er stoppet med at ryge (32,5 pct.), og borgere, som aldrig har røget (47,9 pct.).

Andelen af dagligrygere i regionen faldt fra 2010 til 2013, men var uændret fra 2013 til 2017. Fra 2017 til 2021 er andelen af dagligrygere faldet med 2,5 procentpoint fra 18,6 pct. til 16,1 pct., mens især andelen, som aldrig har røget, er steget med 1,7 procentpoint.


Dagligrygerne forbruger i gennemsnit godt 14 cigaretter, cerutter, cigarer eller pibestop om dagen, og langt størstedelen af tobaksforbruget (98 pct.) består af cigaretter (data ikke vist).

Tabel 8.1.2 Dagligrygere, storrygere og borgere, der ryger lejlighedsvist

	Dagligrygere		Ryger lejlighedsvist		Storrygere	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	16,1 	112.500	3,5 	24.100	8,1 	56.600
Region Sjælland 2017	18,6 	128.100	3,7 	25.300	9,0 	61.700
Region Sjælland 2013	18,5 	122.700	3,3 	21.900	9,4 	62.500
Region Sjælland 2010	22,9 	150.300	3,3 	21.800	12,8 	84.000
Køn						
Mand	17,0 	58.200	3,8 	12.900	9,9 	33.900
Kvinde	15,3 	54.300	3,2 	11.300	6,4 	22.600
Alder						
16-24 år	11,4 	8.800	8,1 	6.300	3,9 	3.000
25-34 år	18,1 	14.700	4,6 	3.700	9,5 	7.700
35-44 år	15,4 	14.000	3,5 	3.200	8,2 	7.500
45-54 år	19,1 	23.700	3,9 	4.800	11,7 	14.500
55-64 år	20,1 	24.700	2,5 	3.000	10,8 	13.200
65-79 år	14,2 	22.100	1,7 	2.700	6,1 	9.500
80+	10,1 	4.500	0,9 	400	2,6 	1.200
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	22,7 	22.900	2,9 	2.900	12,8 	12.800
Kort uddannelse	18,8 	52.900	3,1 	8.800	9,6 	27.000
Kort videregående	13,3 	8.800	2,2 	1.500	6,4 	4.200
Mellemlang videregående	10,4 	14.400	3,4 	4.700	4,5 	6.300
Lang videregående	5,5 	3.400	3,5 	2.200	2,8 	1.700
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	15,1 	52.000	3,8 	13.100	8,1 	27.900
Arbejdsløse	29,5 	4.100	4,3 	600	17,1 	2.400
Førtidspensionister	35,0 	10.200	3,2 	900	22,4 	6.500
Efterlønsmodtagere	18,5 	900	—	—	9,2 	500
Alderspensionister	13,3 	27.400	1,6 	3.200	5,3 	10.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	24,8 	9.700	3,7 	1.400	13,0 	5.100
Under uddannelse	11,1 	6.500	7,5 	4.400	3,7 	2.200
Samlivsstatus						
Samlevende	13,7 	59.600	3,0 	13.100	6,6 	28.500
Ikke samlevende	20,2 	52.900	4,2 	11.000	10,7 	28.100
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	11,9 	22.000	4,4 	8.100	5,9 	10.900
Bor ikke med børn	17,2 	88.000	3,1 	15.700	8,8 	45.200
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	16,0 	102.000	3,4 	21.800	8,2 	52.000
Anden vestlig baggrund	16,8 	4.000	3,4 	800	6,8 	1.600
Ikke-vestlig baggrund	18,0 	6.500	4,0 	1.400	8,0 	2.900

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

I alt 16,1 pct. af borgerne i Region Sjælland ryger dagligt, svarende til 112.500 borgere. Omkring halvdelen af dem, som ryger dagligt – 8,1 pct. – er storrygere, dvs. at de ryger mindst 15 cigaretter om dagen. Derudover ryger 3,5 pct. af borgerne lejlighedsvist, dvs. sjældnere end dagligt, svarende til 24.100 borgere.

Både andelen af dagligrygere og andelen af storrygere faldt fra 2010 til 2013, mens der fra 2013 til 2017 ikke skete ændringer i de to andele. Fra 2017 til 2021 er andelen af dagligrygere faldet med 2,5 procentpoint. Andelen af lejlighedsvis rygere har ikke ændret sig siden 2010.

Køn og alder

Der er en større andel af mænd end kvinder, som ryger dagligt – især hvad angår storrygere. Der er derimod ikke kønsforskel i andelen af borgere, der ryger lejlighedsvist. Andelen af dagligrygere er faldet med 2,5 procentpoint fra 2017 til 2021 hos både mænd og kvinder.

Dagligrygning og storrygning er mest udbredt blandt borgere i alderen 45-64 år og mindst udbredt blandt de 16-24-årige og ældre over 80 år, mens det især er de unge under 25 år, som ryger lejlighedsvist. Omkring hver tolvte under 25 år ryger lejlighedsvist, mens det samme gælder omtrent hver tyvende borger i alderen 25-54 år og kun få procent af borgerne over 55 år. Den lave andel af ældre rygere skal bl.a. ses i lyset af den høje andel af ældre, der er holdt op med at ryge jf. tabel 8.1.3.

Fra 2017 til 2021 er andelen af dagligrygere faldet hele 7,3 procentpoint blandt de 16-24-årige (knap 40 pct.) og 3,8 procentpoint blandt de 45-54-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en meget markant social ulighed i andelen af dagligrygere og storrygere – både når man betragter forskelle mellem uddannelsesgrupper og borgere hhv. på og uden for arbejdsmarkedet. Mens mere end hver femte borger, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse, ryger dagligt (22,7 pct.), gælder dette kun ca. hver tyvende med en lang videregående uddannelse (5,5 pct.). Lidt mindre forskelle ses mellem borgere på og uden for arbejdsmarkedet. Omkring hver tredje arbejdsløse og førtidspensionist og hver fjerde øvrige ikke-erhvervsaktive ryger dagligt, mens godt 15 pct. af borgere i beskæftigelse er dagligrygere. Andelen af dagligrygere er også lav blandt alderspensionister og borgere under uddannelse, hvilket svarer til den lavere andel af rygere over 65 år og blandt de 16-24-årige.

Samme mønster ses for storrygere, mens der ikke er nogen social ulighed i forekomsten af lejlighedsvis rygning. Det er især borgere under uddannelse, der ryger lejlighedsvist: Hver tiende borger under uddannelse ryger sjældnere end dagligt. Dette skal ses i lyset af, at borgere under uddannelse ofte er under 25 år, som også er den aldersgruppe med den største andel af lejlighedsvis rygere.

































































Samlivsstatus og børn




Daglig rygning er mere udbredt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner end blandt borgere, der bor sammen med en partner. Det gælder både andelen af dagligrygere, herunder storrygere, og andelen af borgere, der ryger lejlighedsvist. Daglig rygning er desuden mere udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet, som til gengæld oftere ryger lejlighedsvist.

Etnisk baggrund

Rygevanerne i regionen varierer kun i begrænset omfang med borgernes etniske baggrund.

Tabel 8.1.3 Borgere, der tidligere eller aldrig har røget

	Har tidligere røget		Har aldrig røget	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	32,5 	226.400	47,9 	333.800
Region Sjælland 2017	31,4 	215.700	46,2 	317.500
Region Sjælland 2013	31,0 	206.300	47,2 	313.700
Region Sjælland 2010	29,4 	193.000	44,4 	291.700
Køn				
Mand	33,8 	115.400	45,4 	154.900
Kvinde	31,2 	111.000	50,3 	178.900
Alder				
16-24 år	13,7 	10.600	66,8 	51.700
25-34 år	21,8 	17.700	55,5 	45.000
35-44 år	26,3 	23.900	54,8 	50.000
45-54 år	29,4 	36.400	47,6 	58.900
55-64 år	36,3 	44.600	41,1 	50.500
65-79 år	46,9 	72.900	37,2 	57.800
80+	44,8 	20.200	44,2 	19.900
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	29,4 	29.700	45,0 	45.400
Kort uddannelse	36,1 	101.600	41,9 	117.900
Kort videregående	36,3 	24.000	48,1 	31.800
Mellemlang videregående	36,0 	49.800	50,1 	69.300
Lang videregående	27,2 	16.700	63,8 	39.200
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	29,0 	100.100	52,1 	179.600
Arbejdsløse	24,5 	3.400	41,7 	5.800
Førtidspensionister	29,9 	8.700	31,9 	9.300
Efterlønsmodtagere	41,9 	2.100	39,3 	2.000
Alderspensionister	46,4 	95.700	38,8 	79.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25,9 	10.200	45,7 	17.900
Under uddannelse	13,3 	7.800	68,1 	39.900
Samlivsstatus				
Samlevende	35,9 	156.200	47,4 	206.000
Ikke samlevende	26,8 	70.200	48,8 	127.800
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	27,1 	50.300	56,6 	105.000
Bor ikke med børn	34,0 	173.900	45,7 	234.000
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	33,4 	212.700	47,1 	300.100
Anden vestlig baggrund	29,3 	7.100	50,5 	12.200
Ikke-vestlig baggrund	18,3 	6.600	59,6 	21.500

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Mere end 80 pct. af borgerne i regionen er ikke-rygere, enten fordi de aldrig har røget (47,9 pct.), eller fordi de tidligere har røget men er holdt op igen (32,5 pct.). Det svarer til hhv. 333.800 borgere og 226.400 borgere. Andelen af ikke-rygere (både tidligere rygere og de, som aldrig har røget) steg fra 2010 til 2013, men andelen var i 2017 stort set som i 2013. Fra 2017 til 2021 steg andelen af borgere i regionen, som aldrig har røget, med 1,7 procentpoint.

Køn og alder

Der er en større andel af mænd end kvinder, som tidligere har røget, og en større andel af kvinder end mænd, som aldrig har røget. Andelen, som aldrig har røget, er steget med 2,5 procentpoint blandt mænd fra 2017 til 2021.

Der er overordnet en stærk sammenhæng mellem alder og tidligere rygning. Jo højere alder, desto større en andel af borgerne har tidligere røget. Blandt borgere under 25 år har 13,7 pct. tidligere røget, mens det blandt ældre over 65 år nærmer sig hver anden (ca. 45 pct.). Fra 2017 til 2021 er andelen, som tidligere har røget, steget med 5,7 procentpoint blandt de 16-24-årige (en stigning på 70 pct.).

Andelen af borgere, som aldrig har røget, er derimod størst blandt borgere i alderen 16-44 år og særligt blandt unge under 25 år. I denne aldersgruppe har to ud af tre aldrig røget. Andelen falder generelt med stigende alder, bortset fra den ældste gruppe borgere på 80 år og derover. Andelen af borgere, som aldrig har røget, er fra 2017 til 2021 steget med 5,1 procentpoint blandt de 55-64-årige (en stigning på 14 pct.), men også blandt 16-24-årige og borgere fra 35-54 år ses tendens til en stigning fra 2017 til 2021.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af tidligere rygere er størst blandt borgere med korte eller mellemlange uddannelser (ca. 36 pct.) og mindst blandt borgere uden uddannelse over grundskole/gymnasialt niveau og borgere med lang videregående uddannelse (knap 30 pct.). Andelen af borgere, som aldrig har røget, er derimod størst blandt borgere med lang videregående uddannelse (63,8 pct.) og mindst blandt borgere med kort uddannelse og borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse (hhv. 41,9 pct. og 45,0 pct.).

Forekomsten af borgere, som tidligere har røget, er størst blandt efterlønsmodtagere og alderspensionister (hhv. 41,9 pct. og 46,4 pct.), hvori blandt den er tre-fire gange så høj som blandt borgere under uddannelse (13,3 pct.). Den største andel borgere, som aldrig har røget, ses blandt borgere i beskæftigelse og blandt borgere under uddannelse (hhv. 52,1 pct. og 68,1 pct.).

Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere, som tidligere har røget, er større blandt dem, der bor sammen med en partner (35,9 pct.) end blandt borgere, der bor uden en partner (26,8 pct.).

Tidligere rygere findes oftere blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet. Det forholder sig omvendt med andelen af borgere, som aldrig har røget, der i højere grad findes blandt dem med børn i hjemmet. Disse forskelle skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt hører til de ældre aldersgrupper, hvor en større andel er tidligere rygere, og en lavere andel aldrig har røget.

Etnisk baggrund

Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen af tidligere rygere mindre og andelen af borgere, der aldrig har røget, højere end blandt borgere med dansk baggrund. Andelen af både tidligere rygere og ikke-rygere ligger blandt borgere med anden vestlig baggrund tæt på andelen blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 8.1.4 Dagligrygere, opgjort på kommuner

	Dagligrygere		Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
	Pct. 2021					
Region Sjælland	16,1		112.500	18,6	18,5	22,9
Guldborgsund	19,2		9.900	22,3	19,0	22,4
Kalundborg	18,6		7.500	23,0	20,2	26,3
Lolland	21,7		7.600	24,2	22,1	30,6
Odsherred	16,4		4.700	23,0	21,3	27,9
Slagelse	17,4		11.300	20,8	21,9	23,5
Vordingborg	19,3		7.500	21,2	21,3	25,5
Faxe	14,8		4.600	18,9	18,3	23,5
Holbæk	16,9		10.000	18,1	18,7	23,0
Næstved	16,8		11.800	16,7	15,7	21,8
Ringsted	17,3		4.900	19,0	18,4	23,6
Sorø	15,7		3.900	16,9	17,6	22,3
Stevns	17,5		3.400	20,2	19,6	23,6
Greve	10,3		4.200	15,1	16,5	19,2
Køge	13,7		6.900	15,7	17,4	22,6
Lejre	12,5		2.900	14,2	18,0	19,5
Roskilde	12,9		9.400	14,5	14,7	17,4
Solrød	11,8		2.200	13,2	14,0	18,0

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit























































Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden.




Kommunevariation

Andelen af dagligrygere varierer markant mellem kommunerne i Region Sjælland. Fra 10,3 pct. dagligrygere i Greve Kommune til 21,7 pct. dagligrygere i Lolland Kommune. Alle de socioøkonomisk bedre stillede kommuner tæt på hovedstadsområdet har en markant mindre andel af dagligrygere end de socioøkonomisk udfordrede kommuner som Guldborgsund, Lolland og Vordingborg kommuner i regionens sydligste del.

I alle kommuner var der fra 2010 til 2013 en tendens til, at andelen af dagligrygere faldt. Fra 2013 til 2017 var der en tendens til, at andelen af dagligrygere faldt lidt i de bedre stillede kommuner, mens andelen af dagligrygere steg lidt i flere af de socioøkonomisk udfordrede kommuner. Fra 2017 til 2021 er der tendens til yderligere et fald i andelen af dagligrygere i næsten alle kommuner. Tendensen er dog vendt således, at der generelt ses større fald i de mere udfordrede kommuner fra 2017 til 2021 end i de bedre stillede kommuner. Dermed mindskes polariseringen i daglig rygning mellem kommunerne.

Tabel 8.1.5 Borgere, der ryger lejlighedsvist, tidligere har røget eller aldrig har røget, opgjort på kommuner

	Ryger lejlighedsvist		Har tidligere røget		Har aldrig røget	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	3,5 	24.100	32,5 	226.400	47,9 	333.800
Guldborgsund	2,9 	1.500	34,1 	17.700	43,8 	22.700
Kalundborg	2,8 	1.100	32,9 	13.300	45,7 	18.400
Lolland	2,3 	800	31,1 	10.800	44,8 	15.600
Odsherred	1,8 	500	37,9 	10.800	43,9 	12.600
Slagelse	3,3 	2.100	32,8 	21.300	46,4 	30.100
Vordingborg	3,3 	1.300	33,4 	13.000	43,9 	17.200
Faxe	3,4 	1.000	35,3 	10.900	46,5 	14.400
Holbæk	4,8 	2.900	30,6 	18.000	47,6 	28.000
Næstved	3,6 	2.500	29,9 	21.000	49,7 	34.800
Ringsted	4,0 	1.100	28,8 	8.200	49,9 	14.300
Sorø	3,4 	800	30,2 	7.500	50,7 	12.600
Stevns	3,4 	700	35,1 	6.800	44,0 	8.500
Greve	3,5 	1.400	34,6 	14.000	51,6 	20.900
Køge	2,6 	1.300	31,5 	15.800	52,2 	26.200
Lejre	3,0 	700	37,4 	8.500	47,1 	10.800
Roskilde	4,6 	3.300	30,4 	22.200	52,1 	38.100
Solrød	5,3 	1.000	35,0 	6.400	47,9 	8.800

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

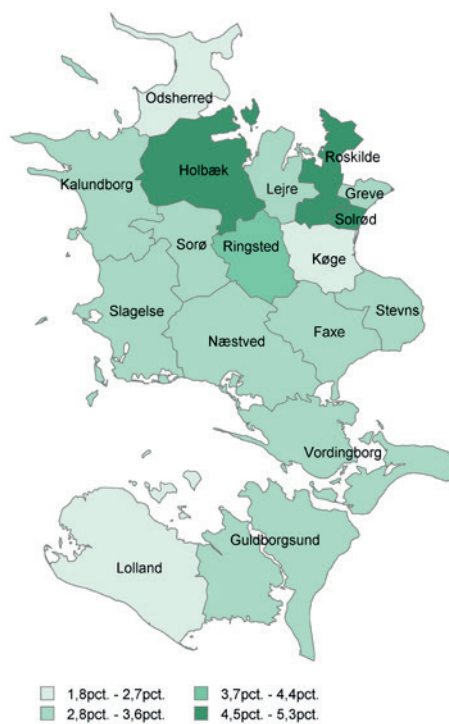
Andelen af borgere, der aldrig har røget, varierer mellem regionens kommuner fra 43,8 pct. i Guldborgsund Kommune til 52,2 pct. i Køge Kommune. I over halvdelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er en tydelig tendens til, at andelen af borgere, som aldrig har røget, er mindre i socioøkonomisk udfordrede kommuner som Guldborgsund, Odsherred og Vordingborg end i kommuner på Midtsjælland og ikke mindst i de bedre stillede kommuner som Greve, Køge og Roskilde, der geografisk er placeret tættere på hovedstadsområdet (se kort 8.1.9).

Der er også variation mellem kommunerne i andelen af tidligere rygere og lejlighedsvis rygere, men variationen er mindre og følger ikke samme socioøkonomiske mønster. Der er en tendens til, at andelen af borgere, der ryger lejlighedsvist, er størst i kommuner tættere på hovedstadsområdet og mindst i kommuner længere væk fra hovedstadsområdet.

Kort 8.1.6 Borgere, der ryger dagligt



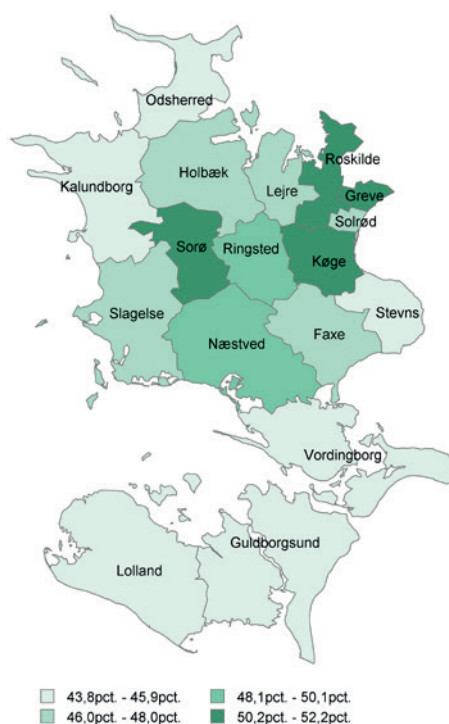
Kort 8.1.7 Borgere, der ryger lejlighedsvist



Kort 8.1.8 Borgere, der tidligere har røget



Kort 8.1.9 Borgere, der aldrig har røget



8.2 Passiv rygning blandt ikke-rygere

Aktive rygere udsætter ikke bare sig selv, men også deres omgivelser for risiko. Passiv rygning har relation til hjerte-kar-sygdom, lungekræft (1) og type 2-diabetes (7), og blandt børn forbindes passiv rygning med vuggedød, nedsat lungefunktion, lungesygdomme, åndedrætsbesvær og mellemørebetændelse (1).

Viden om passiv rygning i regionen er indhentet ved hjælp af spørgsmålet: "Hvor mange timer om dagen plejer du at opholde dig i rum, hvor der blive røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg?". Svarmulighederne er: "Over 5 timer", "1-5 timer", "1/2-1 time", "Mindre end 1/2 time" eller "0 timer" om dagen. Passiv rygning er udelukkende opgjort for ikke-rygere (dvs. borgere, som er holdt op eller har aldrig røget) og er defineret som ophold i rum, hvor der bliver røget mindst en halv time om dagen.

Generelt

Ud af de i alt 560.200 ikke-rygere i regionen udsættes 23.400 dagligt for passiv rygning, svarende til 4,2 pct. af ikke-rygerne (se tabel 8.2.1). Andelen af ikke-rygere, som udsættes for passiv rygning dagligt, er faldet kontinuerligt siden 2010, hvor andelen var 13,4 pct., og er fra 2017 til 2021 næsten halveret (fald på 44,7 pct.).

Der er for alle demografiske opdelinger en tendens til, at faldet i passiv rygning blandt ikke-rygere fra 2017 til 2021 er større i de grupper, hvor passiv rygning var mest udbredt i 2017.

Køn og alder

Der er stort set ikke forskel på udbredelsen af passiv rygning blandt ikke-rygende mænd og kvinder i 2021. Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er fra 2010 til 2021 især faldet blandt mænd og siden 2017 har kønsforskellen i passiv rygning været udlignet.

Andelen af borgere, der er udsat for daglig passiv rygning, falder med stigende alder og er mere end dobbelt så udbredt blandt unge under 25 år som blandt ældre over 65 år. Faldet i passiv rygning fra 2017 til 2021 er især sket blandt de 16-25-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er sammenhæng mellem udbredelsen af passiv rygning og borgernes uddannelsesmæssige baggrund og deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere udelukkende med

Passiv rygning er mest udbredt blandt ikke-rygere, der:

- Er under 25 år
- Udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse
- Er førtidspensionister, under uddannelse eller i gruppen af øvrige ikke-erhvervsaktive

Fra 2017 til 2021 er passiv rygning blandt ikke-rygere næsten halveret. Faldet er sket i de fleste demografiske grupper. De største fald er sket blandt:

- De 16-24-årige
- De kortest uddannede borgere
- Borgere under uddannelse og øvrige ikke-erhvervsaktive

grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med videregående uddannelser. Desuden er passiv rygning langt mere udbredt blandt førtidspensionister, borgere under uddannelse og i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive end blandt borgere i beskæftigelse og alderspensionister.

Faldet i passiv rygning fra 2017 til 2021 er især sket blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse eller med kort uddannelse, men også blandt borgere under uddannelse og blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.

Samlivsstatus og børn





























Andelen af ikke-rygere, der dagligt udsættes for passiv rygning, er ikke signifikant forskellig mellem samlevende og ikke-samlevende og borgere, der hhv. bor/ikke bor sammen med børn.




Etnisk baggrund

Andelen af ikke-rygere, der dagligt udsættes for passiv rygning, er ikke signifikant forskellig mellem borgere med dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

Andelen af borgere med dansk baggrund, der er udsat for passiv rygning, er faldet jævnt siden 2010, således at andelen i 2021 er mindre end en tredjedel af andelen i 2010.

Tabel 8.2.1 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst en ½ time dagligt

	Passiv rygning					
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010	
Region Sjælland	4,2 	23.400	7,6	9,9	13,4	
Køn						
Mand	4,4 	11.900	8,0	10,9	14,9	
Kvinde	4,0 	11.500	7,2	9,1	12,0	
Alder						
16-24 år	6,7 	4.200	12,5	16,1	25,6	
25-34 år	5,0 	3.200	8,6	8,6	13,9	
35-44 år	3,9 	2.900	6,8	7,6	9,4	
45-54 år	3,7 	3.500	6,3	10,1	14,7	
55-64 år	4,6 	4.400	9,0	10,4	12,0	
65-79 år	3,4 	4.400	5,9	9,4	10,7	
80+	2,3 	900	5,3	5,8	8,6	
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	6,8 	5.000	12,0	12,3		
Kort uddannelse	4,6 	10.100	8,2	11,3		
Kort videregående	3,2 	1.800	3,9	7,1		
Mellemlang videregående	1,8 	2.100	4,3	6,5		
Lang videregående	1,6 	900	3,1	3,1		
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	3,9 	11.000	6,7	9,0		
Arbejdsløse	5,4 	500	13,2	11,9		
Førtidspensionister	7,6 	1.300	13,2	12,9		
Efterlønsmodtagere	—	—	7,5	11,5		
Alderspensionister	3,2 	5.500	5,7	8,7		
Øvrige ikke-erhvervsaktive	6,7 	1.900	12,5	12,0		
Under uddannelse	6,2 	3.000	11,3	14,5		
Samlevsstatus						
Samlevende	3,8 	13.900	7,0	9,6		
Ikke samlevende	4,9 	9.600	8,8	10,6		
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	3,2 	5.000	5,8			
Bor ikke med børn	4,3 	17.500	8,0			
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	4,1 	20.900	7,5	10,0	13,1	
Anden vestlig baggrund	4,3 	800	6,2	5,3	9,8	
Ikke-vestlig baggrund	6,4 	1.700	10,6	11,9	22,8	

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige grupper øger usikkerheden.

Tabel 8.2.2 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst en ½ time dagligt, opgjort på kommuner

	Passiv rygning				
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	4,2	23.400	7,6	9,9	13,4
Guldborgsund	5,8	2.300	9,6	11,5	13,6
Kalundborg	6,2	2.000	9,8	10,3	16,5
Lolland	6,5	1.700	11,3	14,3	18,6
Odsherred	6,5	1.500	8,4	10,7	15,4
Slagelse	4,2	2.200	10,1	11,8	14,5
Vordingborg	4,5	1.400	9,4	12,0	15,2
Faxe	5,3	1.300	8,3	10,3	15,8
Holbæk	3,3	1.500	8,3	9,1	11,6
Næstved	3,1	1.700	5,2	9,6	12,0
Ringsted	4,1	900	6,8	9,7	12,8
Sorø	3,0	600	8,0	8,7	11,6
Stevns	4,9	800	7,7	11,2	18,6
Greve	3,2	1.100	5,9	7,1	12,7
Køge	3,8	1.600	5,5	8,9	11,5
Lejre	3,2	600	4,0	9,9	11,6
Roskilde	2,8	1.700	5,4	7,7	11,1
Solrød	2,8	400	5,8	6,1	8,3

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden.

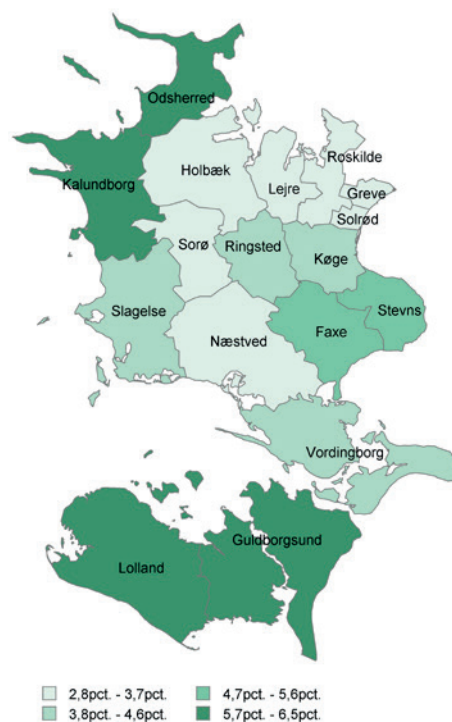
Kommunevariation

Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, varierer markant på tværs af kommunerne i regionen. Således er andelen to til tre gange større i de kommuner, hvor passiv rygning er mest udbredt, f.eks. Lolland og Odsherred kommuner (6,5 pct.) end i Roskilde og Solrød kommuner, som har den mindste andel (2,8 pct.).

Der er en markant social ulighed i udbredelsen af ikke-rygere, der udsættes for passiv rygning, på tværs af kommuner. Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er større i alle de socio-økonomisk udfordrede kommuner længst mod syd og vest i regionen end i de fem bedre stillede kommuner i nærheden af hovedstadsområdet.

Der er i alle kommuner en tendens til, at andelen af ikke-rygere, som udsættes for passiv rygning dagligt, er mindre i 2021 end i 2017. Faldet i andelen siden 2017 er mest markant i Slagelse, Sorø og Holbæk kommuner.

Kort 8.2.3 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst en ½ time dagligt



8.3 Rygning indendørs i hjemmet

Rygning i hjemmet er én af kilderne til passiv rygning, som eksponerer både voksne og børn i hjemmet for tobaksrøg. Rygning i hjemmet bliver målt med spørgsmålet "Bliver der røget indendørs i dit hjem?". Svarmulighederne er "Ja, hver dag", "Ja, nogle gange om ugen", "Ja, men sjældnere end hver uge" eller "Nej, aldrig eller næsten aldrig". Rygning indendørs i hjemmet mindst ugentligt er opgjort både for regionen samlet og for borgere, der bor sammen med børn. Spørgsmålet om indendørs rygning var også med i Sundhedsprofilen i 2010 og 2017, men ikke i 2013.

Rygning indendørs i hjemmet mindst ugentligt:

- Er faldet ca. 30 pct. fra 2017 til 2021
- Er mest udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet
- Er mest udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner

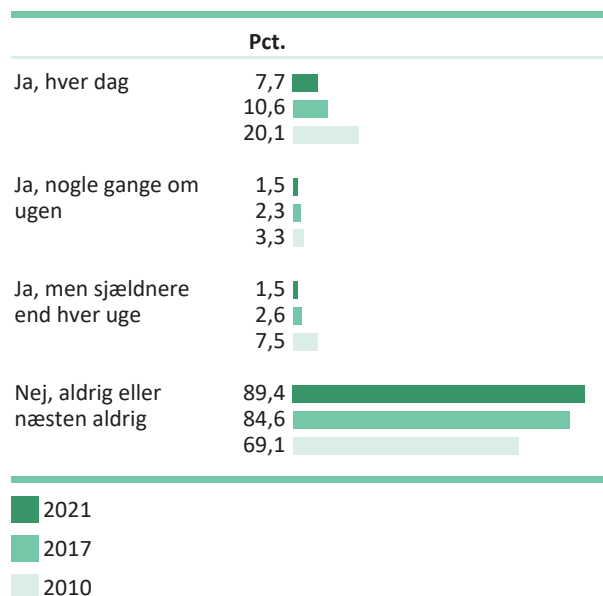
Rygning indendørs i hjemmet forekommer ikke i næsten 90 pct. af hjemmene i regionen i 2021.

Hjemme hos knap 90 pct. af borgerne i regionen bliver der aldrig eller næsten aldrig røget indendørs, hvilket er en stigning på 4,8 procentpoint siden 2017. Andelen af borgere, der aldrig eller næsten aldrig oplever rygning indendørs, er steget med godt 20 procentpoint de seneste 11 år.

Hos 9,2 pct. af borgerne bliver der imidlertid røget indendørs i hjemmet mindst en gang om ugen (dvs. hver dag eller nogle gange om ugen), og hos 7,7 pct. af borgerne bliver der røget indendørs dagligt. Det kan både være borgeren selv eller andre i husstanden, der ryger indendørs. Fra 2017 til 2021 er andelen af borgere, som oplever, at der ryges i hjemmet mindst én gang om ugen, faldet med 3,7 procentpoint (næsten 30 pct.), og fra 2010 til 2021 er faldet på godt 60 pct.

Blandt borgere, som har børn i hjemmet, er andelen, der ryger mindst en gang om ugen, mindre (2,3 pct.) og andelen er mere end halveret fra 2017 (5,1 pct.) til 2021 (data ikke vist).

Tablet 8.3.1 Rygning indendørs i hjemmet



Kommunevariation

Andelen af borgere, der udsættes for indendørs rygning hjemme mindst ugentligt, varierer markant på tværs af kommunerne i Region Sjælland. Således er andelen næsten fire gange større i Lolland Kommune end i Solrød Kommune, hvor hhv. 14,7 pct. og 3,8 pct. af borgerne svarer, at der ryges indendørs i deres hjem.

Der er en tydelig social ulighed i udbredelsen af rygning indendørs i hjemmet på tværs af kommunerne. Alle de socioøkonomisk bedre stillede kommuner i nærheden af hovedstadsområdet har en markant mindre andel af borgere, som udsættes for rygning i hjemmet, end de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner i Vestsjælland og på Lolland-Falster.

Andelen af borgere, der udsættes for indendørs rygning hjemme, faldt signifikant i alle kommuner fra 2010 til 2017. Fra 2017 til 2021 ses en tendens til fald i andelen, som udsættes for indendørs rygning i alle kommuner med det største fald i Faxe, Lolland og Odsherred kommuner, hvor faldet er på over fem procentpoint.

Det har ikke været muligt at opgøre udbredelsen af rygning indendørs i hjem med børn for de enkelte kommuner pga. for få besvarelser.

Tabel 8.3.2 Rygning indendørs i hjemmet mindst ugentligt, opgjort på kommuner

	Rygning indendørs			
	Pct. 2021	Personer 2021	Pct. 2017	Pct. 2010
Region Sjælland	9,1	63.500	12,9	23,4
Guldborgsund	13,4	7.000	17,2	25,0
Kalundborg	12,1	4.900	16,7	26,0
Lolland	14,7	5.100	20,0	31,5
Odsherred	10,3	3.000	15,4	28,4
Slagelse	12,1	7.800	15,7	25,9
Vordingborg	11,0	4.300	14,7	26,5
Faxe	7,9	2.400	13,9	24,0
Holbæk	8,9	5.300	13,6	23,0
Næstved	8,4	5.900	11,3	22,6
Ringsted	8,6	2.500	12,2	24,1
Sorø	8,9	2.200	11,8	23,2
Stevns	8,8	1.700	11,2	26,0
Greve	5,6	2.300	8,9	20,9
Køge	7,0	3.500	9,2	19,9
Lejre	7,2	1.600	8,3	19,3
Roskilde	4,7	3.500	8,1	16,6
Solrød	3,8	700	7,3	14,6

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden.

Kort 8.3.3 Rygning indendørs i hjemmet mindst ugentligt



8.4 Brug af e-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende

I dette afsnit fokuseres på brug af e-cigaretter og snus, nikotinposer og andre lignende produkter.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke brugen af e-cigaretter (10). E-cigaretter indeholder skadelige stoffer og der er stigende viden om, at brug af e-cigaretter kan medføre helbredsskadelige konsekvenser (6). Desuden har internationale undersøgelser vist, at unge, som har røget e-cigaretter, har større risiko for også at blive tobaksrygere (15). Der er stor usikkerhed om omfanget af de helbredsmæssige konsekvenser ved brugen af e-cigaretter, særligt hvad angår de langsigtede (10). E-cigaretter bruges af nogle som metode til rygestop, men usikkerheden omkring virkningen er stor (6).

Produkter som snus, nikotinposer, tyggetobak, skrå og tobakspastiller er, som e-cigaretter, ved at blive mere udbredt i den danske befolkning – særligt blandt unge. Der kan skelnes mellem produkter, som indeholder tobak (f.eks. snus og tyggetobak) og nikotinposer, som indeholder nikotin, men ikke tobak. Tobaksprodukter, som de nævnte, kan være meget afhængighedsskabende (10), særligt snus, da indholdet af nikotin i dette tobaksprodukt typisk er højere end i f.eks. skrå og tyggetobak (11). Ligesom også nikotinposer har et stort afhængighedspotentiale pga. megen nikotin. Der er forsat begrænset viden om de helbredsmæssige konsekvenser af nikotin, men der er mistanke om, at nikotin kan påvirke hjernens udvikling og svække hukommelse samt indlærings- og koncentrationsevne blandt unge. Der er desuden undersøgelser der tyder på, at nikotin øger risikoen for hjerte-kar-sygdom, kræft og mentale problemer (16).

Spørgsmål om brug af e-cigaretter indgår for anden gang i Sundhedsprofilen. Det konkrete spørgsmål lyder: ”Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?” og har seks svarmuligheder: ”Ja, hver dag”, ”Ja, mindst én gang om ugen”, ”Ja, sjældnere end hver uge”, ”Nej, men jeg har brugt dem tidligere”, ”Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange) eller ”Nej, jeg har aldrig brugt dem”. Spørgsmålet er udvalgt og tilpasset brug i Sundhedsprofilen i samarbejde med forskere på området.

Tilsvarende indgår for første gang to spørgsmål om snus, nikotinposer og lignende i Sundhedsprofilen. Spørgsmålene er udvalgt og tilpasset brug i Sundhedsprofilen i samarbejde med forskere på området. Første spørgsmål lyder: ”Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller eller lignende, der placeres under læben?”. Svarmulighederne er de samme som for spørgsmålet om brug af e-cigaretter. Borgere, som har svaret: ”Ja, hver dag”, ”Ja, mindst én gang om ugen” eller ”Ja, sjældnere end hver uge” stilles yderligere et spørgsmål om typen af produkt, som lyder: ”Hvilke af nedenstående produkter bruger du?”, hvor de to svarmuligheder er: ”Snus med tobak, tyggetobak, skrå eller tobakspastiller” og ”Nikotinposer, dvs. små, helt hvide poser uden tobak”.

Brug af e-cigaretter er mest udbredt blandt:

- De 16-34-årige
- Borgere med grundskole/gymnasial uddannelse og kort uddannelse
- Førtidspensionister, samt øvrige ikke-erhvervsaktive

Brug af snus, nikotinposer og lignende er mest udbredt blandt:

- Mænd
- De 16-24-årige, heriblandt borgere under uddannelse
- Borgere med grundskole/gymnasial uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Daglig brug af både e-cigaretter og snus, nikotinposer mm. er især udbredt blandt borgere, der kun ryger lejlighedsvist.

Tabel 8.4.1 Bruger du e-cigaretter?

	Pct.
Ja, hver dag	2,6 2,5
Ja, mindst én gang om ugen	0,8 0,6
Ja, bruger e-cigaretter sjældnere end hver uge	0,7 0,9
Nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange)	4,3 3,9
Nej, men jeg har brugt dem tidligere	8,4 9,2
Nej, jeg har aldrig brugt dem	83,3 82,9

■ 2021
■ 2017

























































I Region Sjælland bruger 2,6 pct. af borgerne e-cigaretter dagligt. Det svarer til ca. en ud af 40 borgere. Hver tolvte (8,4 pct.) har tidligere brugt e-cigaretter, og mere end otte ud af ti borgere i regionen har aldrig brugt e-cigaretter (83,3 pct.). Ændringerne fra 2017 til 2021 er meget begrænsede.

I Region Sjælland bruger 2,3 pct. snus, nikotinposer eller lignende (har svaret ”Ja” til dagligt, ugentligt eller sjældnere). Heraf bruger 46,3 pct. produkter med tobak, og 62,7 pct. bruger nikotinposer uden tobak. Blandt dem, som bruger mindst én af typerne, bruger 14,2 pct. begge typer (data ikke vist). Hver tyvende borger (4,7 pct.) har tidligere brugt snus, nikotinposer og lignende, og mere end ni ud af ti borgere i regionen har aldrig brugt disse produkter (91,3 pct.).

Tabel 8.4.2 Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?


	Pct.
Ja, hver dag	1,6
Ja, mindst én gang om ugen	0,3
Ja, sjældnere end hver uge	0,4
Nej, men jeg har prøvet det (én eller få gange)	1,7
Nej, men jeg har brugt det tidligere	4,7
Nej, jeg har aldrig brugt det	91,3

Tabel 8.4.3 Borgere, der bruger hhv. e-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende dagligt

	Bruger e-cigaretter dagligt		Bruger snus eller lignende dagligt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	2,6 	18.000	1,6 	11.200
Region Sjælland 2017	2,5 	17.400		
Køn				
Mand	2,8 	9.600	2,5 	8.500
Kvinde	2,4 	8.300	0,8 	2.700
Alder				
16-24 år	3,4 	2.600	7,9 	6.100
25-34 år	3,4 	2.800	1,5 	1.300
35-44 år	3,0 	2.800	0,5 	400
45-54 år	3,0 	3.700	0,7 	900
55-64 år	2,7 	3.300	0,8 	1.000
65-79 år	1,7 	2.700	0,8 	1.200
80+	—	—	0,8 	300
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	3,4 	3.400	1,9 	1.900
Kort uddannelse	3,1 	8.700	0,9 	2.600
Kort videregående	1,8 	1.200	0,9 	600
Mellemlang videregående	1,8 	2.600	0,8 	1.100
Lang videregående	0,5 	300	0,5 	300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	2,8 	9.600	1,0 	3.600
Arbejdsløse	3,2 	500	2,7 	400
Førtidspensionister	4,8 	1.400	0,7 	200
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	1,4 	2.900	0,8 	1.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	4,1 	1.600	2,0 	800
Under uddannelse	3,0 	1.800	7,3 	4.300
Samlivsstatus				
Samlevende	2,7 	11.600	1,1 	4.600
Ikke samlevende	2,4 	6.400	2,5 	6.700
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	2,8 	5.100	1,6 	2.900
Bor ikke med børn	2,6 	13.000	1,7 	8.700
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	2,7 	17.100	1,5 	9.700
Anden vestlig baggrund	1,1 	300	2,9 	700
Ikke-vestlig baggrund	1,7 	600	2,0 	800

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

I alt 2,6 pct. af borgerne i Region Sjælland bruger e-cigaretter dagligt, svarende til 18.000 borgere. Andelen, som bruger e-cigaretter, og hyppigheden af forbruget er ikke signifikant ændret fra 2017 til 2021.

Snus nikotinposer eller lignende bruges dagligt af 1,6 pct. af borgerne, det svarer til ca. én ud af 60, eller 11.200 borgere.

Køn og alder

Der er ikke, som i 2017, forskel på andelen blandt mænd og kvinder, som bruger e-cigaretter dagligt, men derimod anvender en større andel mænd (2,5 pct.) end kvinder (0,8 pct.) dagligt snus, nikotinposer eller lignende.

Der er en tendens til, at andelen af borgere, som bruger e-cigaretter, falder med stigende alder, og e-cigaretter bruges mest af de 16-34-årige (knap 3,5 pct.) og mindst af borgere mellem 65 og 79 år (1,7 pct.). Andelen, som bruger snus, nikotinposer eller lignende dagligt, er derimod langt højere blandt de 16-24-årige (7,9 pct.) end i alle andre aldersgrupper, hvor kun omkring 1 pct. af borgerne bruger disse produkter dagligt. Medtages lejlighedsvis brug (ugentligt eller sjældnere) er andelen blandt de 16-24-årige samlet set på 10,7 pct. (daglig og lejlighedsvis brug) (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Daglig brug af e-cigaretter er mere udbredt blandt hhv. borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse og borgere med kort uddannelse end blandt borgere med længere uddannelse. Andelen af borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse, som bruger e-cigaretter dagligt, er seks til syv gange så stor som andelen blandt borgere med lang videregående uddannelse. Også andelen, som dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, er størst blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse (1,9 pct.).

Andelen, som dagligt bruger e-cigaretter, er højest blandt førtidspensionister og borgere i gruppen af øvrige ikke-erhvervsaktive (hhv. 4,8 pct. og 4,1 pct.) og mindst blandt alderspensionister (1,4 pct.). Daglig brug af snus, nikotinposer og lignende er langt mest udbredt blandt borgere under uddannelse (7,3 pct.), svarende til den høje andel blandt de 16-24-årige, som udgør langt den største del af denne gruppe.

Samlivsstatus og børn

Der er ikke forskel på udbredelsen af daglig brug af e-cigaretter blandt borgere, som hhv. bor eller ikke bor sammen med en partner, eller blandt borgere hhv. med eller uden børn i hjemmet.

Derimod er daglig brug af snus, nikotinposer og lignende mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner (2,5 pct.) end blandt borgere, som bor sammen med en partner (1,1 pct.). Brug af snus og lignende produkter er lige udbredt blandt borgere, som hhv. bor eller ikke bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Andelen, som dagligt bruger e-cigaretter, er større blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden vestlig baggrund. Der er ingen tydelig sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og daglig brug af snus, nikotinposer og lignende produkter.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der bruger e-cigaretter dagligt, varierer fra 1,5 pct. i Roskilde Kommune til 3,8 pct. i Odsherred Kommune. Daglig brug af e-cigaretter i Odsherred Kommune er steget med 2,5 procentpoint fra 2017 til 2021. Kun i Roskilde Kommune afviger andelen signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er ikke nogen tydelige forskelle i udbredelsen af daglig brug af e-cigaretter mellem socioøkonomisk udfordrede og bedre stillede kommuner, ligesom brug af e-cigaretter ikke viser et tydeligt geografisk mønster.

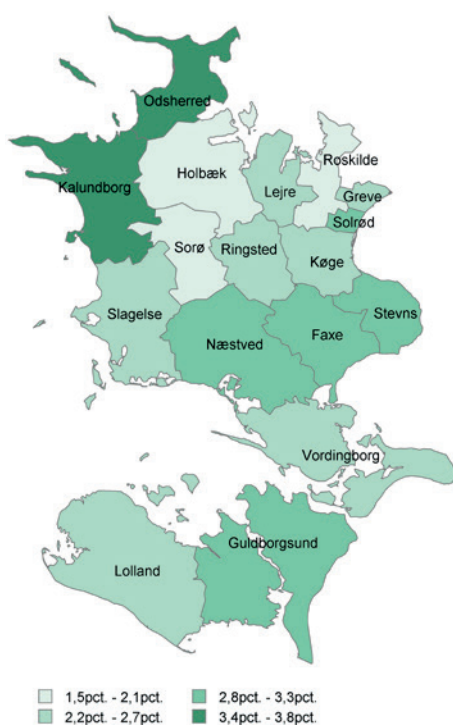
For dagligt brug af snus, nikotinposer og lignende varierer forekomsten fra 0,5 pct. i Sorø Kommune til 2,7 pct. i Faxe og Greve kommuner. Der ses en tendens til en højere andel brugere af snus mm. i de fem kommuner, som er socioøkonomisk bedre stillet end i de to andre kommunesocialgrupper. Der er desuden en høj andel, som bruger snus dagligt, i de tre kommuner, der grænser op mod hovedstadsområdet.

Tabel 8.4.4 Borgere, der bruger hhv. e-cigaretter og snus, nikotinposer og lignende dagligt, opgjort på kommuner

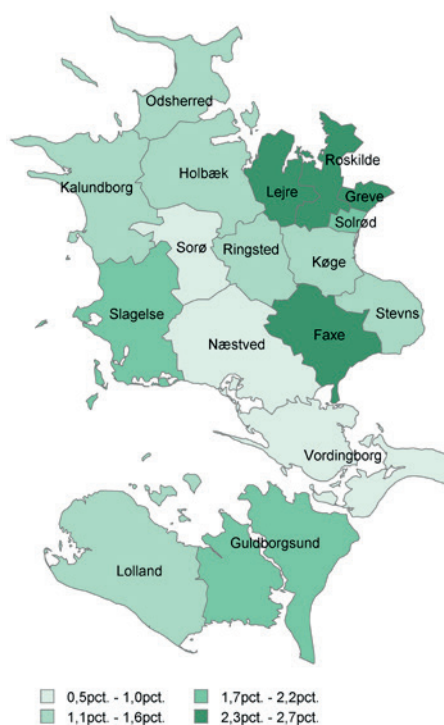
	Bruger e-cigaretter dagligt		Bruger snus eller lignende dagligt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	2,6	18.000	1,6	11.200
Guldborgsund	2,8	1.400	2,0	1.000
Kalundborg	3,6	1.400	1,2	500
Lolland	2,5	900	1,4	500
Odsherred	3,8	1.100	1,4	400
Slagelse	2,5	1.600	1,9	1.200
Vordingborg	2,7	1.000	0,8	300
Faxe	3,3	1.000	2,7	800
Holbæk	1,8	1.000	1,3	800
Næstved	3,0	2.100	0,9	600
Ringsted	2,2	600	1,4	400
Sorø	2,1	500	0,5	100
Stevns	3,2	600	1,1	200
Greve	2,6	1.100	2,7	1.100
Køge	2,4	1.200	1,3	600
Lejre	2,5	600	2,3	500
Roskilde	1,5	1.100	2,3	1.700
Solrød	2,9	500	2,1	400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit






















Kort 8.4.5 Borgere, der bruger e-cigaretter dagligt






Kort 8.4.6 Borgere, der bruger snus eller lignende dagligt



Tabel 8.4.7 Sammenhæng mellem tobaksrygning og brug af e-cigaretter hhv. snus, nikotinposer og lignende

	Bruger e-cigaretter dagligt Pct.	Bruger e-cigaretter lejlighedsvist Pct.	Bruger snus eller lignende dagligt Pct.	Bruger snus eller lignende lejlighedsvist Pct.
Region Sjælland 2021	2,7 	1,5 	1,6 	0,7 
Region Sjælland 2017	2,5 	1,5 		
Tobaksrygning				
Dagligrygere	3,7 	6,5 	1,1 	1,3 
Ryger lejlighedsvist	7,5 	5,4 	7,7 	3,5 
Har tidligere røget	5,4 	0,6 	2,7 	0,7 
Har aldrig røget	—	0,1 	0,6 	0,3 

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Der er et vist sammenfald mellem borgere, der bruger hhv. e-cigaretter, snus, nikotinposer og lignende produkter, og borgere, der ryger eller har røget tobak. Der er en tendens til, at borgere, som ryger dagligt, overvejende bruger e-cigaretter og snus mm. lejlighedsvist (ugentligt eller sjældnere), mens borgere, som ryger lejlighedsvist oftere bruger e-cigaretter og

snus mm. dagligt. Blandt borgere, som tidligere har røget, bruger 5,4 pct. dagligt e-cigaretter og 2,7 pct. bruger dagligt snus og lignende produkter, mens de meget sjældent bruger e-cigaretter og snus lejlighedsvist. Blandt borgere, som aldrig har røget, bruger mindre end 1 pct. e-cigaretter eller snus mm., dagligt eller lejlighedsvist.

8.5 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere

I dette afsnit sammenholdes borgernes rygevaner med udbredelsen af en række andre parametre for sundhed, helbred og trivsel. Indledningsvist sammenholdes rygevanerne med borgernes øvrige sundhedsadfærd (tegn på problematisk alkoholforbrug, kostmønster og fysisk aktivitet under anbefalet minimumsgrænse). Dernæst ses på sammenhængen mellem rygevanerne og udvalgte trivselsparametre, herunder mentalt og fysisk helbred, stress og tilfredshed med livet. Endelig holdes rygevanerne op mod to parametre, som beskriver kvaliteten og omfanget af borgernes sociale relationer (ensomhed og tegn på social isolation), og endelig et mål for belastning fra borgerens økonomiske situation.

De forskellige parametre opgøres blandt hhv. dagligrygere, borgere, der ryger lejlighedsvist, borgere, som tidligere har røget og borgere, som aldrig har røget. Borgere, der ryger lejlighedsvist, omfatter borgere, som ikke er dagligrygere, men som ryger én gang om ugen eller sjældnere end hver uge.

Sammenhænge mellem rygeadfærd og øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer skal blandt andet ses i lyset af demografiske forskelle mellem ryger-grupperne og bør ikke lede til generelle slutninger om årsagssammenhænge. Det kan f.eks. ikke afgøres, om det er rygeadfærden, der påvirker trivslen, eller omvendt.
















Blandt dagligrygere ses en stor andel:




- Med tegn på problematisk alkoholforbrug
- Med usundt kostmønster
- Som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

- Med lav score på den fysiske helbredsskala (ringere fysisk helbred)
- Med lav score på den mentale helbredsskala (ringere mentalt helbred)
- Med høj score på stressskalaen (højere stressniveau)
- Der er utilfredse med livet

- Ensomme borgere
- Borgere med tegn på social isolation
- Som føler sig belastet af deres økonomiske situation

Tabel 8.5.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere

	Tegn på problematisk alkoholforbrug		Usundt kostmønster		Fysisk aktivitet under anbefalet minimum	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	13,4 	93.200	18,9 	132.000	59,3 	413.400
Tobaksrygning						
Dagligrygere	18,8 	21.700	31,8 	35.300	70,5 	78.300
Ryger lejlighedsvist	16,5 	4.000	18,2 	4.400	55,0 	13.100
Har tidligere røget	16,4 	37.200	17,2 	39.100	60,9 	137.800
Har aldrig røget	9,2 	30.400	15,9 	53.100	54,7 	183.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit





















Note: Fysisk aktivitet under anbefalet minimum refererer til WHO's minimumsanbefaling (OBS! Ikke sammenlignelig med 2017 (se afsnit 10.1)). Tegn på problematisk alkoholforbrug er vurderet med CAGE-C-spørgsmålene (se afsnit 9.1).




Forekomsten af u hensigtsmæssige sundhedsvaner er generelt højere blandt borgere, som ryger dagligt eller tidligere har røget, end i regionen samlet. Det gælder både for tegn på problematisk alkoholforbrug (målt med CAGE-C-spørgsmålene), usundt kostmønster og lavt niveau af fysisk aktivitet vurderet ud fra efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling. Blandt borgere, som tidligere har røget, ligger andelen med usundt kostmønster dog lavere end regionsgennemsnittet. For alle tre sundhedsvaner findes den højeste

forekomst blandt dagligrygere, mens den laveste forekomst findes blandt borgere, som aldrig har røget. Sundhedsvanerne blandt borgere, som ryger lejlighedsvist, er på samme niveau som i befolkningen generelt.

Fra 2017 til 2021 er andelen, som har et usundt kostmønster steget med hhv. 26,6 pct. og 18,5 pct. blandt borgere, som tidligere har røget, og blandt borgere, som aldrig har røget (data ikke vist).

Tabel 8.5.2 Helbred og trivsel blandt rygere og ikke-rygere

	Lav score på mental helbredsskala	Lav score på fysisk helbredsskala	Høj score på stressskala	Utilfreds med livet
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2021	16,8 	13,2 	28,7 	21,4 
Tobaksrygning				
Dagligrygere	25,7 	20,6 	39,1 	28,9 
Ryger lejlighedsvist	23,5 	10,1 	39,6 	30,3 
Har tidligere røget	15,0 	16,3 	26,5 	19,4 
Har aldrig røget	14,7 	9,2 	25,6 	19,6 

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lav score på den mentale hhv. fysiske helbredsskala (SF12) angiver et ringere mentalt/fysisk helbred (se grænseværdier i afsnit 3.4). En høj score på stresskalaen (PSS) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5).
















Helbred og trivsel er generelt ringere blandt både dagligrygere og borgere, som ryger lejlighedsvist, end blandt ikke-rygere. Andelen med udfordringer vedr. helbred og trivsel er for alle parametre mindst 50 pct. større blandt dagligrygere end blandt borgere, som aldrig har røget. Forskellen er størst for fysisk helbred.




Borgere, der ryger lejlighedsvist, har omtrent samme udfordringer med helbred og trivsel som dagligrygere. En undtagelse ses dog for det fysiske helbred, hvor andelen med lav score (dvs. ringere fysisk helbred) svarer til forekomsten blandt borgere, som aldrig har røget. Det skal bl.a. ses i lyset af, at andelen, som ryger lejlighedsvist, er størst i de yngste aldersgrupper, hvor de fleste fysiske lidelser er sjældne (se tabel 8.1.2 og kapitel 4).

I modsætning til de øvrige helbreds- og trivselsparametre ligger andelen med et fysisk ringere helbred højere end regionsgennemsnittet blandt tidligere rygere. Også her skal resultatet ses i lyset af gruppens aldersfordeling (mange tidligere rygere blandt de ældre) og den generelt stigende forekomst af fysisk sygdom med stigende alder.

Fra 2017 til 2021 er andelen med lav score på den mentale helbredsskala steget mellem 20-40 pct. blandt både dagligrygere og ikke-rygere. Utilfredshed med livet er derimod kun steget betydeligt blandt ikke-rygere (data ikke vist).

Tabel 8.5.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt rygere og ikke-rygere

	Ensomhed		Tegn på social isolation		Belastet af økonomi	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	12,7 	88.300	8,0 	55.500	32,3 	225.300
Tobaksrygning						
Dagligrygere	17,1 	18.800	13,4 	14.800	46,4 	53.500
Ryger lejlighedsvist	16,4 	3.900	7,2 	1.700	42,1 	10.200
Har tidligere røget	11,1 	25.100	7,9 	18.000	28,5 	64.800
Har aldrig røget	12,0 	40.200	6,2 	20.700	28,9 	95.300

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Dagligrygere har den højeste andel af både ensomme, borgere med tegn på social isolation og borgere, som er økonomisk belastede. Blandt dagligrygere er 17,1 pct. ensomme, 13,4 pct. har tegn på social isolation, og næsten halvdelen (46,4 pct.) er belastet af økonomien.

Både ensomhed og økonomisk belastning er mere udbredt blandt rygere end ikke-rygere, mens en større andel af dagligrygere end både lejlighedsvis rygere og ikke-rygere, har tegn på social isolation.

Fra 2017 til 2021 er andelen, som er økonomisk belastet, faldet markant (mellem 17,8 pct. og 25,9 pct.) i alle fire ryger- og ikke-ryger-grupper, mens andelen, som er ensomme, er steget omkring 50 pct. i alle fire grupper, dog ikke signifikant blandt borgere, som ryger lejlighedsvist. Ændringer i forekomsten af samme størrelsesorden i alle grupper tyder på, at stigningen ikke har noget med rygning at gøre.

8.6 Motivation og hjælp til rygestop hos dagligrygere

Dette afsnit fokuserer på den gruppe af borgere, som ryger dagligt (dagligrygere). Alle opgørelserne i afsnittet er derfor afgrænset, så de viser forekomster og sammenhænge indenfor denne gruppe.

Først i afsnittet belyses dagligrygernes motivation til at stoppe med at ryge. Dernæst opgøres, om dagligrygerne, der har været hos egen læge det seneste år, her er rådet til at holde op med at ryge. Endelig opgøres det, hvor stor en del af dagligrygerne, der har modtaget information om, at man kan få hjælp i forbindelse med rygestop, og hvorfra informationen er kommet.

To spørgsmål er stillet for at afdække borgernes motivation for at holde op med at ryge. Alle rygere er spurgt: "Vil du gerne holde op med at ryge?" med svarmulighederne: "Nej", "Ja, men jeg har ikke planlagt hvornår", "Ja, jeg planlægger rygeophør inden for seks måneder" eller "Ja, jeg planlægger rygeophør inden for en måned". De, som ønsker rygestop, bliver desuden spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til at gennemføre det. Både andelen, som gerne vil holde op med at ryge, og andelen heraf, der ønsker støtte og hjælp til det, er opgjort blandt dagligrygere.

Borgerne er desuden blevet spurgt, om de i løbet af de seneste 12 måneder har været hos egen læge, og de, som har været hos lægen, er spurgt, om lægen har rådet dem til at holde op med at ryge. I opgørelserne er andelen af de dagligrygere, der har været hos egen læge, og som er blevet rådet af lægen til at holde op med at ryge, vist. I alt 74 pct. af alle borgere i regionen har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (se kapitel 1).

Endelig er borgerne blevet spurgt, om de har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop fra hhv. kommunens personale, egen læge, sygehus, arbejdet/uddannelsen eller andre. Andelen af dagligrygere, som er blevet informeret fra en eller flere kilder om mulighed for at få hjælp i forbindelse med rygestop, er opgjort, ligesom andelen, som er blevet informeret fra de enkelte kilder, er vist.

Ønske om rygestop er især udbredt blandt dagligrygere:


- I alderen 25-44-år, heriblandt borgere, som bor med børn
- Med længere videregående uddannelser
- I beskæftigelse
- Under uddannelse

Blandt dagligrygere, som gerne vil stoppe med at ryge, er ønske om hjælp til det især udbredt blandt:


- De 45-54-årige
- Borgere med kort videregående uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere
- Borgere i beskæftigelse
- Borgere med børn i hjemmet

Tabel 8.6.1 Andel af dagligrygere som gerne vil holde op med at ryge samt ønsker støtte og hjælp til det

	Vil gerne holde op med at ryge		Ønsker hjælp til rygestop (blandt de, der vil holde op med at ryge)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	72,9	82.000	42,4	34.400
Region Sjælland 2017	72,0	92.200	43,5	39.400
Region Sjælland 2013	72,9	89.500	43,4	38.400
Region Sjælland 2010	74,0	111.300	50,1	55.300
Køn				
Mand	71,8	41.800	45,4	18.800
Kvinde	74,1	40.300	39,4	15.600
Alder				
16-24 år	78,3	6.900	28,3	1.900
25-34 år	84,5	12.600	38,2	4.800
35-44 år	81,6	11.400	48,0	5.500
45-54 år	76,4	18.200	48,0	8.600
55-64 år	74,1	18.300	44,1	8.000
65-79 år	60,7	13.300	40,1	5.200
80+	29,5	1.300	—	—
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	67,8	16.200	42,3	6.700
Kort uddannelse	73,0	40.200	43,7	17.300
Kort videregående	75,7	7.000	50,7	3.500
Mellemlang videregående	77,9	11.600	43,2	5.000
Lang videregående	—	—	—	—
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	79,9	42.400	43,5	18.200
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	68,0	7.100	50,3	3.500
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	55,5	15.200	39,5	5.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	76,9	7.700	50,0	3.800
Under uddannelse	84,0	5.600	—	—
Samlivsstatus				
Samlevende	74,5	44.400	42,9	18.900
Ikke samlevende	71,1	37.600	42,0	15.500
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	86,0	19.300	45,5	8.700
Bor ikke med børn	69,8	62.800	42,4	26.200
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	72,4	73.800	42,1	30.600
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

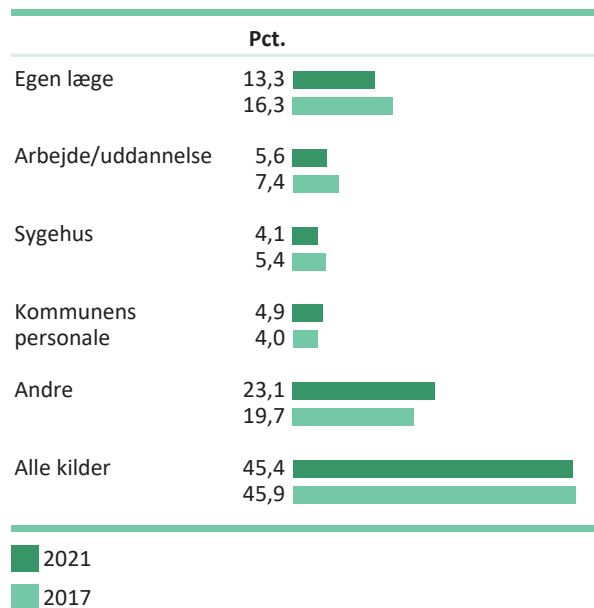
Tabel 8.6.1 viser opgørelser blandt borgere, som ryger dagligt. Tabellen viser dels andelen af dagligrygere, som gerne vil stoppe med at ryge, og dels andelen af dem, som gerne vil stoppe med at ryge, og som ønsker hjælp til det. Blandt dagligrygere vil knap tre ud af fire (72,9 pct.) gerne stoppe med at ryge. Andelen i 2021 er på samme niveau som i 2017, 2013 og 2010. Andelen af dem, der gerne vil stoppe med at ryge, og som ønsker hjælp til det, er 42,4 pct. Denne andel har været stort set uforandret siden 2013 efter et fald på 6,7 procentpoint fra 2010 til 2013.

Der er ikke forskel på dagligrygende mænd og kvinders motivation for rygestop og ønske om hjælp til det. Andelen af dagligrygere, som gerne vil stoppe med at ryge, er lavere blandt 65-79-årige og 80+årige borgere (hhv. 60,7 pct. og 29,5 pct.) end i de øvrige aldersgrupper. Den største andel, som gerne vil stoppe med at ryge, findes blandt de 25-34-årige og de 35-44-årige (hhv. 84,5 pct. og 81,6 pct.).

Der er en tendens til, at andelen af dagligrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, stiger med stigende uddannelseslængde. Andelen er størst blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse (77,9 pct.) (andelen er ikke opgjort for borgere med lang videregående uddannelse pga. for få data). Motivationen for rygestop er størst blandt borgere i beskæftigelse og under uddannelse, hvor 4 ud af 5 borgere gerne vil stoppe med at ryge, mod kun godt halvdelen af alderspensionisterne. Endelig er 86 pct. af de dagligrygere, som bor sammen med børn, motiverede for rygestop mod 70 pct. af de dagligrygere, som ikke bor sammen med børn.

Blandt dagligrygere, der gerne vil stoppe med at ryge, er andelen, som ønsker hjælp til det, størst blandt de 45-54-årige, borgere med kort videregående uddannelse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.

Tabel 8.6.2 Information om mulighed for hjælp til rygestop til dagligrygere, fra forskellige kilder og samlet (har modtaget information fra mindst en kilde)



Knap hver anden dagligryger (45,4 pct.) er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at holde op med at ryge. Det svarer til andelen i 2017. Godt halvdelen af dem har fået informationen fra andre kilder end deres egen læge, arbejdspladsen/uddannelsesstedet, sygehuset eller kommunens personales. Den hyppigste specifikke kilde til information om mulighed for hjælp til rygestop er egen læge (13,3 pct.).

Tabel 8.6.3 Andel af dagligrygere, som er rådet af egen læge til at holde op med at ryge hhv. informeret om mulighed for hjælp til rygestop (alle kilder)

	Rådet af egen læge til rygestop (blandt de der har været hos lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	37,2	28.800	45,4	52.600
Region Sjælland 2017	37,1	35.400	45,9	58.800
Region Sjælland 2013	37,7	34.700		
Region Sjælland 2010	37,2	42.100		
Køn				
Mand	41,8	15.100	46,4	27.500
Kvinde	33,2	13.700	44,4	25.100
Alder				
16-24 år	27,4	1.600	46,7	4.100
25-34 år	34,1	3.200	45,8	6.900
35-44 år	29,5	2.900	38,8	5.800
45-54 år	37,9	5.900	47,2	11.500
55-64 år	41,9	7.200	49,5	12.700
65-79 år	42,8	7.100	44,8	10.000
80+	—	—	34,0	1.600
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	33,5	5.500	41,7	10.500
Kort uddannelse	41,9	16.000	49,9	28.000
Kort videregående	38,1	2.400	45,9	4.300
Mellemlang videregående	34,2	3.400	46,7	7.200
Lang videregående	—	—	—	—
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	35,6	11.900	48,2	26.700
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	41,7	3.000	39,6	4.200
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	40,7	8.200	42,9	11.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	37,0	3.000	47,5	4.900
Under uddannelse	—	—	43,8	3.000
Samlivsstatus				
Samlevende	37,8	15.800	45,9	28.200
Ikke samlevende	36,4	13.000	44,9	24.400
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	32,9	5.100	42,6	10.100
Bor ikke med børn	38,2	23.600	46,2	42.600
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	37,1	26.300	46,2	48.100
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Med "informeret om mulighed for hjælp" menes informeret af enten egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre.

Tabel 8.6.3 viser opgørelser blandt borgere, som ryger dagligt. Tabellen viser andelen, som er rådet af deres læge til at stoppe med at ryge, blandt dem, som har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. Tabellen viser desuden andelen af borgere, som har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop.

Andelen af alle regionens borgere, som har været hos egen læge de seneste 12 måneder, er faldet med 6,4 procentpoint fra 80,6 pct. i 2017 til 74,2 pct. i 2021 (se også tabel i kapitel 1). Det er sket efter stigninger på 2,5 procentpoint fra 2013 til 2017 og en næsten uændret forekomst fra 2010 til 2013 (data ikke vist). Faldet fra 2017 til 2021 ses meget bredt, dvs. i stort set alle demografiske grupper og næsten alle kommuner, og skal ses i lyset af myndighedernes anbefalinger vedr. kontakt til egen læge, og den lave forekomst af en række andre smitsomme sygdomme under COVID-19 nedlukningen.

Blandt dagligrygere, som har været hos egen læge, er godt hver tredje (37,2 pct.) rådet af egen læge til at holde op med at ryge. Andelen har været stort set den

samme ved de fire målinger fra 2010 til 2021. Flere mænd end kvinder er rådet af lægen til at stoppe med at ryge. Desuden er en stor andel blandt de 65-79-årige og blandt borgere med kort uddannelse rådet til rygestop.

Både i 2017 og i 2021 har godt 45 pct. af dagligrygerne fået information fra en eller flere kilder om muligheden for at få hjælp til rygestop. Sammenlignet med regionsgennemsnittet er andelen, som er informeret, lavere blandt de 35-44-årige og de 80+årige og højere blandt borgere med kort uddannelse.

Blandt dagligrygere, som har været hos egen læge i løbet af det seneste år, varierer andelen, som er rådet til rygestop, mellem kommunerne fra 31,3 pct. i Guldborgsund Kommune til 43,9 pct. i Roskilde Kommune. Ingen kommuner har dog forekomster, som afviger signifikant fra regionsgennemsnittet, og i flere kommuner er datagrundlaget for svagt til at kunne præsentere forekomster. Andelen af dagligrygere, som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til rygestop, varierer fra 37,1 pct. i Slagelse Kommune til 59,2 pct. i Solrød Kommune.



Forebyggelsesindsats i udskolingen i Vordingborg Kommune indebærer bl.a. forebyggelse af rygestart og risikoadfærd.

På billedet ses Rygestopkoordinator Karen Hemmingsen vise en lunge fra et dyr og hvordan denne virker for at give de unge mennesker et større indblik i rygningens negative virkninger på helbredet.

Tabel 8.6.4 Andel af dagligrygere, som er rådet af egen læge til at holde op med at ryge hhv. informeret om mulighed for hjælp til rygestop (alle kilder) opgjort på kommuner

	Rådet af egen læge til rygestop (blandt de der har været hos lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	37,2	28.800	45,4	52.600
Guldborgsund	31,3	2.100	45,4	4.700
Kalundborg	39,5	2.100	46,7	3.600
Lolland	34,0	1.600	38,4	3.000
Odsherred	32,9	1.000	49,5	2.300
Slagelse	32,8	2.400	37,1	4.300
Vordingborg	38,4	2.000	50,6	3.800
Faxe	32,4	1.100	48,3	2.300
Holbæk	38,6	2.700	40,0	4.000
Næstved	42,6	3.500	48,4	6.200
Ringsted	37,6	1.300	46,0	2.300
Sorø	40,4	1.100	48,2	1.900
Stevns	33,6	800	58,4	2.000
Greve	—	—	42,8	1.900
Køge	38,3	1.900	39,2	2.900
Lejre	—	—	36,7	1.100
Roskilde	43,9	2.800	54,4	4.900
Solrød	—	—	59,2	1.300

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Med "informeret om mulighed for hjælp" menes informeret af enten egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre.

Referencer

1. **US Dept. of Health and Human Services.** *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General.* 2014.
2. **Thun MJ, Carter BD, Feskanich D, et al.** 50-Year Trends in Smoking-Related Mortality in the United States. *N Engl J Med.* 2013, 368 (4), 351–64.
3. **Agudo A, Bonet C, Travier N, et al.** Impact of cigarette smoking on cancer risk in the European prospective investigation into cancer and nutrition study. *J Clin Oncol.* 2012, 30 (36), 4550–7.
4. **Leon ME, Peruga A, McNeill A, et al.** European Code against Cancer 4th Edition: Tobacco and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015, 39S, S20–33.
5. **Andersen Z, Andersen KK, Grøn R, et al.** Active smoking and breast cancer risk in a Danish nurse cohort study. *Eur J Cancer.* 2016, 57, S35.
6. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes Rygevaner 2020. Delrapport 1: Nikotinafhængighed.* København : Sundhedsstyrelsen, 2021.
7. **Pan A, Wang Y, Talaei M, et al.** Relation of active, passive, and quitting smoking with incident type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2015, 3 (12), 958–67.
8. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2016.
9. **Weng SF, Ali S, Leonoardi-Bee J.** Smoking and absence from work: Systematic review and meta-analysis of occupational studies. *Addiction.* 2013, 108 (2), 307–19.
10. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Tobak.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
11. **Sundhedsstyrelsen.** Fakta om snus. *Røgfri tobak (snus m.v.).* [Online] januar 15, 2020. [Cited: januar 28, 2022.] https://www.sst.dk/da/Viden/Tobak/Roegfri-tobak-_snus-mv_/Fakta-om-snus.
12. **Sundhedsstyrelsen.** Lovgivning. *Røgfri tobak (snus mv.).* [Online] august 14, 2020. [Cited: februar 7, 2022.] https://www.sst.dk/da/Viden/Tobak/Roegfri-tobak-_snus-mv_/Lovgivning.
13. **Wohllebe, Louise.** Dyrere cigaretter fra nytår. *Kræftens Bekæmpelse.* [Online] januar 1, 2022. [Cited: januar 28, 2022.] <https://www.cancer.dk/nyheder/dyrere-cigaretter-fra-nytaar/>.
14. **Knudsen A, Brink A-L, Stage M.** *Et indblik i brugen af e-cigaretter – 19 interviews med nuværende og tidligere e-rygere.* Kræftens Bekæmpelse, 2016.
15. **Samir Soneji, Jessica L Barrington-Trimis, Thomas A. Wills et al.** Association between initial use of e-cigarettes and subsequent cigarette smoking among adolescents and young adults: Asystematic review and meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2017, 171 (8), 788–97.
16. **Bekæmpelse, Kræftens.** Fakta om snus, tyggetobak og nikotinposer. *Undgå røg og rygning.* [Online] oktober 21, 2021. [Cited: februar 7, 2022.] <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/snus/om-snus/>.

Kapitel 9

Alkohol og euforiserende stoffer

9.1 Borgernes alkoholvaner

9.2 Sammenhæng mellem alkoholadfærd og hhv. øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

9.3 Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner

9.4 Holdninger til forbud mod alkohol

9.5 Euforiserende stoffer



Alkohol og euforiserende stoffer

- Godt 13 pct. af regionens borgere har i 2021 tegn på et problematisk alkoholforbrug
- Andelen af borgere med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er faldet fra 2017 til 2021. Faldet ses især blandt kvinder og de 16-24-årige, samt blandt borgere under uddannelse
- Andelen af borgere med det højeste og mest problematiske alkoholforbrug er efter flere år med fald stagneret fra 2017 til 2021
- Andelen, som ikke drikker alkohol, er steget til knap 15 pct.
- Kun hver tredje borger med tegn på et problematisk alkoholforbrug vurderer selv, at deres vaner er ufornuftige, og omtrent samme andel ønsker at nedsætte deres forbrug
- Godt 2 pct. af borgerne har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned

Dette kapitel drejer sig primært om alkoholforbrug og indeholder derudover information om borgernes brug af euforiserende stoffer. I en undersøgelse af sygdomsbyrden i Danmark, som er baseret på Dødsårsagsregisteret, er det beregnet, at der årligt er 2.900 dødsfald relateret til alkohol, mens ca. 1.000 dødsfald årligt er relateret til stofmisbrug (1). Det svarer til hhv. 5,6 pct. og 1,9. pct. af alle dødsfald (1) (2).

Desuden opgør både Rigspolitiet og Sundhedsdatastyrelsen antallet af narkotikarelaterede dødsfald, og har gennem en årrække fundet 200-300 narkotikarelaterede dødsfald pr. år. Undersøgelserne er baseret på hhv. retslægeligt ligsyn og dødsfald i Dødsårsagsregisteret med stofmisbrug som den tilgrundliggende dødsårsag. (3).

Sundhedsstyrelsen kommer med udmeldinger vedrørende alkoholindtag, som er defineret ud fra risikoen for alkoholrelateret sygdom og død. Den seneste udmelding er fra primo 2022. Heri frarådes både mænd og kvinder at drikke mere end 10 genstande pr. uge. I den tidligere udmelding, som var gældende, mens spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført fra februar til maj 2021, indgik hhv. en lavrisiko- og en højrisikogrænse for alkoholindtag, som var specifikke for mænd og kvinder. Et ugentligt indtag på mere end 14 genstande

for kvinder og 21 genstande for mænd blev her betragtet som højrisikogrænserne for at blive syg som følge af alkohol, mens lavrisikogrænsen var højst syv genstande for kvinder og 14 genstande for mænd ugentligt. I den tidligere udmelding blev det desuden frarådet at drikke mere end fire genstande ved samme lejlighed (også kaldt "rusdrikkeri" eller "binge-drinking"), da det øger risikoen for at dø for tidligt (4). Udmeldingen om ikke at rusdrikke, er fastholdt i Sundhedsstyrelsens seneste udmelding (5). Se begge udmeldinger i tekstboksene.

Forbrug af alkohol kan forårsage eller bidrage til udviklingen af akutte og kroniske tilstande som f.eks. forgiftning, alkoholisme og skrumpelever (levercirrose) (6), og herudover kan alkohol medvirke til flere kræftformer (7), risiko for blodpropper i både hjerte (1) (8) og hjerne (9) samt for at udvikle type 2 diabetes (10). Et stort forbrug af alkohol kan endvidere medføre psykiske problemer, ulykker, vold og selvmord (1), samt være medvirkende årsag til infektionssygdomme, psykiatriske lidelser (herunder demens og depression), betændelse i bugspytkirtlen samt uheld og tilskadekomst (11) (12).

Euforiserende stoffer defineres af Sundhedsstyrelsen som: Hash, amfetamin, kokain, ecstasy samt andre stoffer, der kan have en euforiserende virkning, f.eks. receptpligtig medicin og lightergas (13).

Blandt disse er hash den mest udbredte misbrugs-type (14), og næsten alle, der har prøvet andre stoffer end hash, har også prøvet hash (1).

Stofmisbrug giver stærkt forhøjet dødelighed og kan derudover medføre forgiftninger, infektionssygdomme, ulykker og psykoser samt andre psykiske lidelser (1). Der er desuden en markant social ulighed i forekomsten af stofmisbrug, og stofmisbrugere er ofte marginaliserede både boligmæssigt, socialt og økonomisk (1) (13) (3).

Et tidligt, stort forbrug af hash kan føre til varig nedsættelse af det kognitive funktionsniveau og kan øge risikoen for psykoser. Desuden kan det medføre en række sociale problemer såsom fravær fra skole/arbejde, risiko for afbrudt skoleforløb, konflikter med sociale netværk og misligholdelse af sociale forpligtelser (15).

Kapitlets første afsnit viser alkoholvanerne blandt borgere i Region Sjælland, mens andet afsnit handler om borgernes motivation til at ændre disse.

Herefter følger et afsnit, der beskriver relationen mellem borgernes alkoholforbrug og deres øvrige sundhedsadfærd, helbred og trivsel og sociale relationer. Derefter præsenteres borgernes holdninger til forbud mod alkohol. Endelig rummer kapitlet et afsnit om borgernes brug af hash og andre euforiserende stoffer.

Spørgeskemaundersøgelsen til Sundhedsprofilen 2021 blev gennemført, mens landet delvist var lukket ned pga. COVID-19-pandemien og havde været det mere eller mindre i et år forinden (jf. kapitel 1). I en svensk undersøgelse fra 2021 (16) sammenfattes informationer fra et meget stort antal publikationer om nedlukningens effekt på borgernes alkoholforbrug. En hovedkonklusion er, at en større andel borgere i højindkomstlande har øget alkoholforbruget fremfor mindsket alkoholforbruget under nedlukninger i starten af pandemien. Det må forventes, at resultaterne er påvirket af begrænsningerne i den sociale aktivitet under COVID-19-pandemien.

Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol (12. februar 2021):

- 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 syv genstande om ugen for kvinder og 14 for mænd
- Du har en høj risiko for at blive syg på grund af alkohol, hvis du drikker mere end 14 genstande om ugen for kvinder og 21 for mænd
- Stop før fem genstande ved samme lejlighed
- Er du gravid – undgå alkohol. Prøver du at blive gravid – undgå alkohol for en sikkerheds skyld
- Er du ældre – vær særlig forsigtig med alkohol
- Børn og unge under 16 år anbefales ikke at drikke alkohol
- Unge mellem 16 og 18 år anbefales at drikke mindst muligt og stoppe før 5 genstande ved samme lejlighed

Sundhedsstyrelsens nye udmeldinger om alkohol (fra primo 2022):

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

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

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

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

Hovedresultater

Forekomst

Alkoholforbruget blandt Region Sjællands borgere er siden 2017 faldet på nogle områder og stagneret på andre. Andelen af borgere med det højeste og mest problematiske alkoholforbrug, herunder borgere med et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse (6,3 pct.), borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug (13,4 pct.), og borgere, som rusdrikker ugentligt (9,3 pct.), er efter en række år med faldende forekomst stagneret fra 2017 til 2021. I samme periode er både andelen med et alkoholforbrug mellem den tidligere høj- og lavrisikogrænse (8,9 pct.), og andelen, som drikker over 10 genstande pr. uge (15,6 pct.), faldet, mens andelen, som slet ikke drikker alkohol (14,8 pct.), er steget.

Motivationen til at ændre alkoholadfærd blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, vurderet ud fra CAGE-C, er uændret fra 2017 til 2021. Godt hver tredje borger vurderer selv, at deres alkoholvaner er ufornuftige, ligesom ca. hver tredje ønsker at nedsætte forbruget. Blandt sidstnævnte vil hver femte gerne have hjælp til det. Andelene, der hhv. er informeret om mulighed for hjælp fra forskellige kilder, og som er rådet af egen læge til at nedsætte forbruget, er ikke ændret væsentligt i forhold til tidligere år.

Andelen af borgere i regionen, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, ligger i 2021 på omtrent samme niveau som i 2017. Indenfor den seneste måned har 1,9 pct. brugt hash, og 0,6 pct. har brugt andre euforiserende stoffer.

Køn

Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder har tegn på et problematisk alkoholforbrug, rusdrikker ugentligt, har et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse, bruger hash og bruger andre euforiserende stoffer. En større andel af mænd end kvinder er ligeledes blevet rådet af lægen til at nedsætte alkoholforbruget.

Omvendt har ca. 25 pct. flere kvinder end mænd et alkoholforbrug mellem de tidligere risikogrænser, og 70 pct. flere kvinder end mænd drikker slet ikke alkohol. Faldet fra 2017 til 2021 i andelen af borgere med et forbrug mellem risikogrænserne, og stigningen i andelen, som ikke drikker alkohol, er især sket blandt kvinder.

Alder

Andelen af borgere med det højeste og mest problematiske alkoholforbrug, herunder andelen med tegn på et problematisk alkoholforbrug og andelen med et forbrug over den tidligere højrisikogrænse, er hyppigst blandt de 55-79-årige. Forbrug over den tidligere højrisikogrænse er desuden udbredt blandt de 16-24-årige. Det er også blandt de yngste borgere, at rusdrikkeri er mest udbredt. Andelen af borgere, som slet ikke drikker alkohol, er størst blandt de 25-34-årige og de 80+årige.

Faldet fra 2017 til 2021 i andelen, som har et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er særligt sket blandt de 16-24-årige, og stigningen i samme periode i andelen af borgere, som ikke drikker alkohol, ses især blandt de 65-79-årige.

Både forbrug af hash og andre euforiserende stoffer er langt mest almindeligt i de yngste aldersgrupper og ses stort set ikke blandt de ældste borgere. Fra 2017 til 2021 ses dog en tendens til en øget andel af hashbrugere blandt ældre borgere og en lavere andel blandt de yngre aldersgrupper.

Uddannelse

Alkoholvanerne set i forhold til uddannelsesniveau varierer alt efter hvilken parameter, der ses på. Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er højest blandt borgere med videregående uddannelser, mens andelen, der rusdrikker ugentligt, er højest blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse. Forskellene mellem uddannelsesniveauerne er mindre tydelige, når der ses på forbruget af alkoholgenstande.

Fra 2017 til 2021 er andelen, der ikke drikker alkohol, især steget blandt borgere med en lang videregående uddannelse, men er dog fortsat langt højest blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse. Andelen, som vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige, er højest blandt borgere med videregående uddannelser.

Brug af hash og andre euforiserende stoffer er uden sammenligning mest udbredt blandt borgere med grundskole/gymnasial uddannelse.

Erhvervstilknytning

Alkoholforbruget er generelt lavest blandt borgere i beskæftigelse og generelt højest blandt borgere, der aldersbetinget er udenfor arbejdsmarkedet. Andelen af borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug er også højest blandt alderspensionister, mens rusdrikkeri til gengæld er mindre udbredt i denne gruppe. Rusdrikkeri er mest udbredt blandt borgere under uddannelse og blandt førtidspensionister. Fra 2017 til 2021 er andelen med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse især faldet blandt borgere under uddannelse.

Brug af hash er hyppigst blandt borgere under uddannelse, førtidspensionister og blandt øvrige ikke-erhvervsaktive.

Samlivsstatus

Både andelen, som har et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse, andelen som rusdrikker, og andelen, som bruger hash, er mest udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner. Andelen, som ikke drikker alkohol, er dog også større blandt ikke-samlevende end blandt samlevende borgere.

Børn i hjemmet

Alkoholforbruget, herunder andelen med tegn på et problematisk alkoholforbrug og rusdrikkeri, er generelt lavere blandt borgere, som bor sammen med børn, end blandt borgere, der ikke gør. Gruppen har også en mindre andel, der bruger hash og/eller andre euforiserende stoffer.

Andelen med tegn på et problematisk alkoholforbrug, som gerne vil nedsætte forbruget, er større blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn, men gruppen med børn i hjemmet har i mindre grad fået information om mulighed for hjælp og er i mindre grad blevet rådgivet af lægen til at ændre vaner.

Etnisk baggrund

Både genstandsforbruget og andelen med tegn på et problematisk alkoholforbrug er markant lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Andelen, som ikke drikker alkohol, er desuden markant højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Forskellen til de andre etniske grupper er ikke nær så tydelig, hvad angår ugentligt rusdrikkeri.

Øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

Borgere med et alkoholforbrug, som ikke har tegn på at være problematisk, lever generelt sundere, har bedre sociale relationer og trives generelt bedre end borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug. Der ses derudover både en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og generelt en lavere trivsel blandt borgere, der aldrig drikker. Dette resultat skal ses i lyset af den meget varierede sammensætning af denne gruppe.

Holdninger til forbud mod alkohol

Opbakningen i befolkningen til at forbyde alkohol i idrætsklubber og sportshaller er på godt 60 pct., men har været dalende i perioden fra 2010 til 2021. Omkring 70 pct. af borgerne mener, at alkohol skal være forbudt for de ældste elever i folkeskolen til fester. Næsten alle (96,7 pct.) bakker op om et forbud mod alkohol i hverdagen på ungdomsuddannelserne. Opbakningen er generelt større til forbud mod alkohol i hverdagen end til fester på skoler, ungdomsuddannelser og i daginstitutioner. Opbakningen til alkoholforbud for forældre i folkeskoler og daginstitutioner, har været stigende siden 2010.

9.1 Borgernes alkoholvaner

Dette afsnit redegør for alkoholforbruget blandt borgerne i Region Sjælland, herunder hvorvidt de drikker alkohol samt omfanget af det. Derudover opgøres hhv. andelen af borgere, der rusdrikker (dvs. drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed) og andelen, der viser tegn på problematisk alkoholforbrug. Først i afsnittet vises borgernes alkoholvaner baseret på det ugentlige forbrug af genstande. Borgere, der indledningsvis har svaret ja til, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er spurgt om deres typiske indtag af genstande af forskellige alkoholtyper på hver af ugens syv dage. Herudfra er det samlede ugentlige alkoholforbrug opgjort.

I opgørelserne er alkoholforbruget holdt op mod de genstandsgrænser for ugentligt alkoholforbrug, som er meldt ud fra Sundhedsstyrelsen. De nuværende udmeldinger er fra starten af 2022 (5). Da dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021 fandt sted i første halvdel af 2021, var de tidligere udmeldinger således gældende. Derfor findes der i afsnittet opgørelser af alkoholforbruget både ud fra Sundhedsstyrelsens nye og tidligere genstandsgrænser for ugentligt alkoholindtag, dog med vægt på de tidligere grænser.

Med udgangspunkt i de tidligere genstandsgrænser er andelen med et ugentligt forbrug over den tidligere højrisikogrænse på over 14 genstande for kvinder og over 21 genstande for mænd opgjort. Desuden er andelen af borgere med et ugentligt forbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse (over 7 og til og med 14 genstande for kvinder, og over 14 og til og med 21

Ændringer i alkoholforbruget fra 2017 til 2021:

- Flere – særligt kvinder – drikker slet ikke alkohol
- Forbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er faldet – særligt blandt:
 - Kvinder
 - De 16-24-årige, heriblandt borgere under uddannelse og en del borgere, som ikke bor sammen med børn
 - Ikke samboende

Tidligere års tendens til fald i andelen af borgere, som hhv. drikker mere end den tidligere højrisikogrænse, har tegn på problematisk alkoholforbrug, og som rusdrikker, er stagneret i 2021.

genstande for mænd) opgjort. Med udgangspunkt i de nye udmeldinger fra Sundhedsstyrelsen er andelen af borgere, der drikker over 10 genstande om ugen (både mænd og kvinder), desuden opgjort.

Rusdrikkeri (også kendt som "binge-drinking") er opgjort ud fra et spørgsmål om, hvor ofte borgerne drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed. Svaremulighederne er: "Næsten dagligt eller dagligt", "Ugentligt", "Månedligt", "Sjældent" eller "Aldrig". Borgere, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er i afsnittet opgjort blandt borgere, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Spørgsmålet om rusdrikkeri blev ændret væsentligt fra 2010 til 2013, og resultaterne er derfor kun vist fra 2013 og frem.

Tabel 9.1.1 Alkoholvaner blandt regionens borgere (pct.)

Alkoholvaner	2021	2017	2013	2010
Har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	85,2	87,3	88,7	88,6
Ugentligt genstandsforbrug over Sundhedsstyrelsens ny grænse (over 10 genstande)	15,6	17,8	19,9	24,1
Ugentligt genstandsforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse (kvinder: over 7 - 14 genstande, mænd: over 14 - 21 genstande)	8,9	10,0	10,4	12,7
Ugentligt genstandsforbrug over den tidligere højrisikogrænse (kvinder: over 14 genstande, mænd: over 21 genstande)	6,3	7,0	8,6	10,4
Tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C)	13,4	13,3	14,0	15,2
Rusdrikker (fem genstande eller flere ved samme lejlighed) mindst en gang om ugen (blandt de, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 mdr.)	9,3	9,5	10,9	-

Note: Ændringer i opgørelsesmetoden har givet mindre ændringer for 'har drukket alkohol inden for de seneste 12 mdr.' og 'tegn på problematisk alkoholforbrug' sammenlignet med tallene i 2017-rapporten. I Region Sjællands tidligere sundhedsprofiler blev CAGE-C-målet betegnet 'tegn på alkoholafhængighed'. 'Rusdrikker mindst en gang om ugen' er opgjort blandt borgere, som drikker alkohol, og tallene i denne rapport kan ikke sammenlignes med tallene i tidligere sundhedsprofil-rapporter.

Tegn på problematisk alkoholforbrug er målt ved brug af det validerede spørgsmålsbatteri og screeningsværktøj CAGE-C (17). Det er det samme som i tidligere sundhedsprofiler er betegnet som 'tegn på alkoholafhængighed'.

CAGE-C indeholder seks spørgsmål (se A-F i tekstboksen). Der er tegn på problematisk alkoholforbrug, hvis der er svaret "Ja" til mindst to af spørgsmålene A-E, eller der er svaret "Ja" til mindst et af spørgsmålene A-E, og der tillige er svaret, at man drikker alkohol mindst fire dage om ugen (spørgsmål F).

Spørgsmål, der indgår i vurderingen af tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C):

- A. Har du indenfor de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
- B. Er der nogen inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?
- C. Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
- D. Har du inden for de seneste 12 måneder jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at "berolige nerverne" eller "blive tømmermændene kvit"?
- E. Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?
- F. Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?

Opgørelsesmetoden er for flere af alkoholmålene justeret i 2021. Derfor kan resultaterne afvige lidt fra tal i Region Sjællands tidligere sundhedsprofilrapporter, mens udviklingen i rusdrikkeri over tid kan følges i tabellerne i nærværende rapport. I tabel 9.1.1 ses en oversigt over de forskellige parametre, der opgøres i afsnittet og den overordnede forekomst og udvikling.

Tegn på problematisk alkoholforbrug er især udbredt blandt:

- Mænd
- De 55-79-årige, heriblandt også alderspensionister, efterlønnere og en del borgere, som ikke bor sammen med børn
- Borgere med kort- eller lang videregående uddannelse
- Arbejdsløse
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

Borgere, med et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse (over 14/21 genstande ugentligt for hhv. kvinder og mænd), er især udbredt blandt:

- Mænd
- 16-24-årige, heriblandt også mange borgere under uddannelse
- De 55-79-årige, heriblandt også alderspensionister og en del borgere, som ikke bor sammen med børn
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

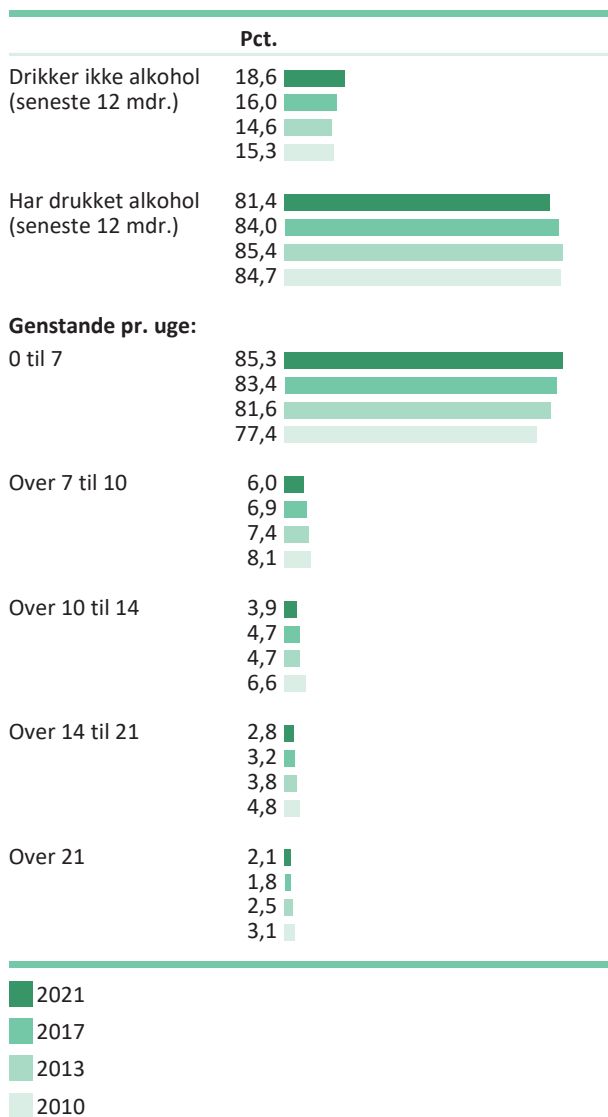
Borgere, med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse (7-14 genstande ugentligt for kvinder og 14-21 for mænd) er især udbredt blandt:

- Kvinder
- De 55-79-årige, heriblandt efterlønsmodtagere, alderspensionister og en del borgere, som ikke bor sammen med børn
- Borgere med mellemlang videregående uddannelse
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

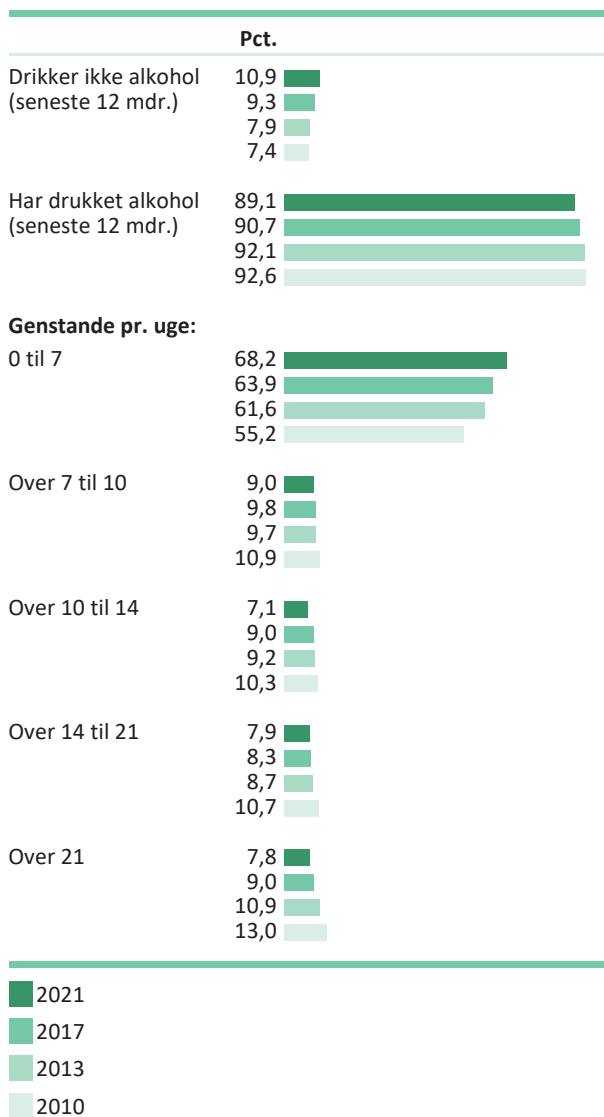
Rusdrikkeri er især udbredt blandt:

- Mænd
- De 16-24-årige, heriblandt også mange borgere under uddannelse
- De 55-64-årige, heriblandt en del borgere, som ikke bor sammen med børn
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtdspensionister
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Tabel 9.1.2.a Kvinders alkoholforbrug



Tabel 9.1.2.b Mænds alkoholforbrug



Note: Kategorierne er indbyrdes udelukkende. '0-7' genstande omfatter f.eks. borgere, som drikker mere end 0 og til med 7 genstande på en typisk uge.

På en typisk uge har 85,3 pct. af kvinderne og 68,2 pct. mændene i Region Sjælland et alkoholforbrug på mellem nul og syv genstande. Blandt resten af kvinderne drikker ca. 40 pct. fra syv til ti genstande pr. uge, mens ca. 60 pct. drikker mere. Genstandsforbruget blandt mænd, der drikker mere end syv genstande pr. uge, er omtrent ligeligt fordelt på de fire højeste kategorier for alkoholindtag.

Genstandsforbruget er samlet set faldet over tid. Fra 2010 til 2021 er andelen af borgere med et alkoholforbrug fra nul til syv genstande pr. uge gradvist steget (ændring på 7,9 procentpoint hos kvinder og 13,0

procentpoint hos mænd), og samtidigt er der sket et fald i andelen med højere alkoholforbrug, særligt fra 2010 til 2013.

Også andelen, der ikke drikker alkohol er steget blandt begge køn siden 2013 (stigning på hhv. 3,0 procentpoint hos mænd og 4,0 procentpoint hos kvinder fra 2013 til 2021). En langt større andel af kvinder end mænd har ikke drukket alkohol indenfor de seneste 12 måneder (hhv. 18,6 pct. og 10,9 pct.). Blandt kvinder er andelen, som ikke drikker alkohol, især steget fra 2017 til 2021 (stigning med 2,6 procentpoint).

Generelt

I Region Sjælland har 85,2 pct. af borgerne fra 16 år og opefter drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. En andel på 6,3 pct., svarende til 43.700 borgere, drikker i 2021 mere end den tidligere højrisikogrænse, dvs. over 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd. Andelen af borgere, som har et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er på 8,9 pct., mens 15,6 pct., svarende til 108.700 borgere, overskrider Sundhedsstyrelsens nye genstandsgrænse på 10 genstande ugentligt.

Der er sket et fald i alkoholbruget over tid. Over hele perioden fra 2010 til 2021 er andelen af borgere, som har et ugentligt alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, faldet med knap 30 pct. Andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, er faldet med godt 35 pct. (8,5 procentpoint), og andelen, som overskrider den tidligere højrisikogrænse, er faldet med knap 40 pct., For alle tre er faldet sket gradvist, dog med det største fald mellem 2010 og 2013.

Fra 2017 til 2021 ses faldet dog kun tydeligt, hvad angår de to laveste grænser. Både andelen af borgere med et forbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, og andelen, der drikker over ti genstande (den nye grænse) er faldet fra 2017 til 2021 (fald på hhv. 2,2 og 1,1 procentpoint). Andelen af borgere, som overskrider den tidligere højrisikogrænse, er derimod ikke faldet betydeligt og er således på samme niveau i 2021 som i 2017.

Andelen af regionens borgere, der slet ikke drikker alkohol, er til gengæld steget over tid, ikke mindst fra 2017 til 2021. Af tabel 9.1.3.b fremgår det, at 14,8 pct. af regionens borgere ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Fra 2013 til 2021 er andelen, som ikke drikker alkohol, gradvist steget med 3,5 procentpoint. Den største enkeltvise stigning (på 2,1 procentpoint) er sket fra 2017 til 2021. Resultaterne bør ses i lyset af COVID-19-pandemien, herunder ændringerne i det sociale samvær.

Andelen af borgere, som har et alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens tidligere lavrisikogrænse, dvs. over syv genstande for kvinder og over 14 genstande for mænd på en typisk uge, er samlet set 15,2 pct. svarende til 105.800 borgere (data ikke vist). Vurdering af borgernes alkoholforbrug op mod den nye genstandsgrænse (over ti genstande på en typisk uge for både mænd og kvinder) giver overordnet set omtrent

samme resultat (15,6 pct.). Dog er især andelen af kvinder og efterlønsmodtagere, som overskrider den nye grænse, lavere end andelen, som overskrider den tidligere lavrisikogrænse (hhv. -6,0 og -5,2 procentpoint), mens andelen af mænd, som overskrider den nye grænse er højere (7,1 procentpoint).

Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder overskrider risikogrænserne for alkoholindtag. Blandt kvinder overskrider 14,7 pct. den tidligere lavrisikogrænse og 4,8 pct. den tidligere højrisikogrænse, mens det samme gælder hhv. 15,7 pct. og 7,8 pct. blandt mænd. Med den nye grænse på 10 genstande ugentligt for begge køn er forskellen endnu større (hhv. 8,7 pct. og 22,8 pct. blandt kvinder og mænd). Andelen, som ikke drikker alkohol, er desuden ca. 70 pct. større blandt kvinder end blandt mænd. Fra 2017 til 2021 er andelen, som har et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, særligt faldet blandt kvinder (1,8 procentpoint), ligesom andelen, som ikke drikker alkohol, især er steget blandt kvinder (2,6 procentpoint).

Både andelen af borgere, som overskrider den tidligere højrisikogrænse og borgere med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er størst i alderen 55-79 år. Andelen er også høj for de 16-24-årige, hvad angår overskridelse af højrisikogrænsen. Andelen, som overskrider de forskellige risikogrænser, falder generelt drastisk efter de 16-24 år, hvorefter der ses en tydelig tendens til stigning frem mod de 79 år. Andelen af borgere, som ikke drikker alkohol, er størst blandt hhv. de 25-34-årige og de 80+årige.

Andelen af de 16-24-årige med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er faldet med 4,4 procentpoint fra 2017 til 2021, og samlet set med 10,2 procentpoint i hele perioden fra 2010 til 2021. Også blandt de 45-64-årige er både andelen med højrisikoforbrug og et forbrug mellem lav- og højrisikogrænsen faldet omkring 5 procentpoint fra 2010 til 2021, primært før 2017 (data ikke vist). Andelen, der ikke drikker alkohol, er fra 2017 til 2021 især steget blandt de 65-79-årige (2,4 procentpoint).

Tabel 9.1.3.a Borgere, som har et alkoholforbrug hhv. over 10 genstande om ugen, mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse eller over den tidligere højrisikogrænse (se tabel 9.1.1)

	Forbrug over 10 genstande		Forbrug mellem tidligere lav- og højrisikogrænse		Forbrug over tidligere højrisikogrænse	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	15,6	108.700	8,9	62.100	6,3	43.700
Region Sjælland 2017	17,8	122.200	10,0	68.700	7,0	47.800
Region Sjælland 2013	19,9	132.200	10,4	69.300	8,6	57.100
Region Sjælland 2010	24,1	158.400	12,7	83.500	10,4	68.300
Køn						
Mand	22,8	77.600	7,9	26.800	7,8	26.500
Kvinde	8,7	31.100	9,9	35.300	4,8	17.200
Alder						
16-24 år	16,6	12.500	9,1	6.800	8,6	6.400
25-34 år	5,5	4.600	3,1	2.500	2,1	1.700
35-44 år	7,9	7.300	4,6	4.200	2,6	2.400
45-54 år	12,6	15.900	7,5	9.500	4,8	6.000
55-64 år	19,0	23.700	11,1	13.800	7,3	9.100
65-79 år	24,0	37.100	13,6	21.000	9,9	15.200
80+	18,7	7.800	10,1	4.200	6,8	2.800
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	14,4	14.200	7,0	6.900	7,3	7.100
Kort uddannelse	16,4	46.400	9,2	26.000	6,1	17.100
Kort videregående	17,3	11.500	9,4	6.300	6,6	4.400
Mellemlang videregående	14,2	19.700	10,1	14.100	5,3	7.300
Lang videregående	17,2	10.700	9,8	6.100	5,2	3.200
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	12,2	43.000	7,4	26.100	4,1	14.300
Arbejdsløse	14,1	2.000	8,6	1.200	5,8	800
Førtidspensionister	13,0	3.700	6,2	1.800	8,0	2.300
Efterlønsmodtagere	19,9	1.000	18,2	900	6,9	400
Alderspensionister	22,8	45.900	12,9	25.800	9,2	18.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	12,3	4.800	5,7	2.200	6,4	2.500
Under uddannelse	15,0	8.600	8,0	4.600	8,5	4.900
Samlevsstatus						
Samlevende	15,7	69.200	9,3	41.000	5,6	24.400
Ikke samlevende	15,4	39.500	8,2	21.100	7,5	19.300
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	8,4	15.700	5,4	10.200	2,4	4.500
Bor ikke med børn	18,1	92.500	10,1	51.400	7,6	38.700
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	16,2	103.600	9,3	59.300	6,5	41.500
Anden vestlig baggrund	14,7	3.500	7,8	1.900	7,5	1.800
Ikke-vestlig baggrund	4,5	1.600	2,6	900	1,2	400

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tendens til, at alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse falder med stigende uddannelseslængde (forekomster fra 5,2 til 7,3 pct.), mens andelen af borgere med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er større blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse (13,6 pct.) end blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse (7,0 pct.). Andelen, som ikke drikker alkohol, er mest udbredt blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse. Fra 2017 til 2021 er andelen af borgere, som ikke drikker alkohol, især steget blandt borgere med en lang videregående uddannelse (4,0 procentpoint).

Andelen af borgere med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er størst blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere, mens alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse er størst blandt alderspensionister og borgere under uddannelse. Alkoholafholdenhed er mest udbredt blandt arbejdsløse, men tillige blandt førtidspensionister og i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive.

Andelen af borgere under uddannelse, der har et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er faldet med 5,5 procentpoint fra 13,5 pct. i 2017 til 8,0 pct. i 2021, svarende til et fald på 40,7 pct. (data ikke vist). Den begrænsede sociale aktivitet omkring uddannelsesmiljøerne i forbindelse med COVID-19 nedlukningen har sandsynligvis været medvirkende til det markante fald i forbrug i denne gruppe.

Samlivsstatus og børn






























Andelen af borgere med et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse er højere blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, og blandt borgere, der ikke bor sammen med børn, end blandt borgere, som hhv. bor sammen med en partner eller bor sammen med børn. Forskellen er størst, hvad angår at bo sammen med børn. Både et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse og det ikke at drikke alkohol er også mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med børn.




Andelen med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er faldet fra 2017 til 2021 både blandt borgere, der ikke er samlevende, og blandt borgere, som ikke bor sammen med børn (data ikke vist). Andelen, som ikke drikker alkohol, er steget mest blandt borgere, som ikke er samlevende, og blandt borgere, som ikke bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Både alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse og alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er markant mindre udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Forbrug af alkohol mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse er blevet mindre udbredt fra 2017 til 2021 blandt borgere med dansk baggrund. Blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund er lignende udviklingstendenser ikke signifikante (data ikke vist).

Tabel 9.1.3.b Borgere som ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder


	Drikker ikke alkohol (seneste 12 mdr.)		Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
	Pct. 2021	Personer 2021			
Regionen Sjælland	14,8 	103.200	12,7	11,3	11,4
Køn					
Mand	10,9 	37.200	9,3	7,9	7,4
Kvinde	18,6 	66.000	16,0	14,6	15,3
Alder					
16-24 år	13,5 	10.400	11,3	10,5	8,4
25-34 år	19,5 	15.800	14,8	16,3	10,5
35-44 år	15,1 	13.700	13,4	10,4	10,5
45-54 år	13,3 	16.500	12,0	10,4	10,0
55-64 år	13,6 	16.700	11,2	9,3	9,3
65-79 år	13,5 	21.100	11,1	10,6	15,3
80+	20,3 	9.100	23,3	19,4	24,8
Uddannelsesmæssig baggrund					
Grundskole/gymnasial	26,1 	26.300	23,0	22,1	
Kort uddannelse	12,9 	36.300	11,1	9,6	
Kort videregående	9,9 	6.500	7,1	7,5	
Mellemlang videregående	10,1 	14.000	8,7	6,7	
Lang videregående	10,9 	6.700	6,9	6,8	
Erhvervstilknytning					
Beskæftigede	11,0 	37.900	8,8	7,4	
Arbejdsløse	21,1 	2.900	17,4	14,1	
Førtidspensionister	37,2 	10.900	35,5	31,4	
Efterlønsmodtagere	8,4 	400	8,3	7,1	
Alderspensionister	15,0 	31.000	13,6	12,3	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	26,6 	10.500	23,3	22,4	
Under uddannelse	15,2 	8.900	13,1	12,2	
Samlivsstatus					
Samlevende	12,3 	53.700	10,7	9,9	
Ikke samlevende	18,9 	49.500	16,2	13,7	
Samboende med børn u. 16 år					
Bor sammen med børn	15,5 	28.700	12,8		
Bor ikke med børn	14,1 	72.300	12,4		
Etnisk baggrund					
Dansk baggrund	12,3 	78.500	10,3	9,3	9,6
Anden vestlig baggrund	16,5 	4.000	17,3	12,9	15,9
Ikke-vestlig baggrund	58,4 	20.800	54,8	54,3	53,2

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit


Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige grupper øger usikkerheden

Tabel 9.1.4 Borgere, som har et alkoholforbrug hhv. over 10 genstande om ugen, mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse eller over den tidligere højrisikogrænse, opgjort på kommuner (se tabel 9.1.1)

	Forbrug over 10 genstande		Forbrug mellem tidligere lav- og højrisikogrænse		Forbrug over tidligere højrisikogrænse	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	15,6	108.700	8,9	62.100	6,3	43.700
Guldborgsund	15,5	8.000	8,7	4.500	6,4	3.300
Kalundborg	15,0	6.000	10,2	4.000	5,7	2.300
Lolland	14,9	5.200	7,7	2.700	6,7	2.300
Odsherred	16,5	4.800	8,5	2.500	7,4	2.100
Slagelse	15,1	9.800	8,1	5.300	5,2	3.400
Vordingborg	16,9	6.600	9,1	3.600	7,0	2.700
Faxe	15,0	4.700	8,4	2.600	6,9	2.100
Holbæk	13,5	7.900	7,6	4.500	5,1	3.000
Næstved	16,0	11.100	9,2	6.400	5,9	4.100
Ringsted	13,2	3.800	7,3	2.100	5,3	1.500
Sorø	13,4	3.300	8,0	2.000	4,7	1.200
Stevns	16,1	3.100	8,3	1.600	7,6	1.500
Greve	18,7	7.600	10,6	4.300	7,5	3.000
Køge	13,7	6.900	8,1	4.100	5,6	2.800
Lejre	16,2	3.700	11,0	2.500	6,5	1.500
Roskilde	17,6	13.000	10,5	7.800	7,5	5.600
Solrød	17,7	3.300	9,5	1.800	7,2	1.300

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Andelen af borgere med et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse varierer mellem kommunerne i Region Sjælland fra 4,7 pct. i Sorø Kommune til 7,6 pct. i Stevns Kommune. Det er dog kun i Sorø Kommune, at andelen afviger signifikant fra regionsgennemsnittet. Andelen af borgere med et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse varierer fra 7,3 pct. i Ringsted Kommune til 11,0 pct. i Lejre Kommune. Kun i disse to kommuner afviger forekomsten signifikant fra regionsgennemsnittet.

Der er en tendens til, at andelen af borgere, som har et alkoholforbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er højere i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner end i de øvrige kommuner. Geografisk ligger en del af de kommuner, som har den højeste forekomst af borgere med et alkoholforbrug

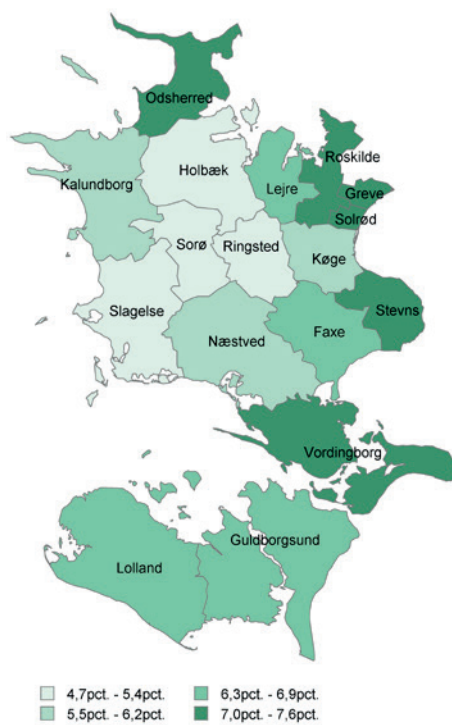
over højrisikogrænsen, i regionens nordøstlige del langs grænsen mod hovedstadsområdet, mens kommunerne med lavest forekomst ligger på Midt- og Vestsjælland.

Der ses i langt de fleste kommuner kun meget begrænsede og ikke signifikante ændringer fra 2017 til 2021 i andelen af borgere, som har et alkoholforbrug over den tidligere højrisikogrænse. Det samme gælder for andelen af borgere, som har et forbrug af alkohol mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse. Fra 2010 til 2021 er andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen faldet mellem 3,7 og 6,6 procentpoint i 13 af 17 kommuner. Andelen af borgere med et forbrug mellem den tidligere lav- og højrisikogrænse, er faldet i ni ud af 17 kommuner med mellem 3,7 og 7,2 procentpoint i samme periode (data ikke vist).

Kort 9.1.5 Borgere, der drikker mere end 10 genstande om ugen



Kort 9.1.6 Borgere med et genstandsforbrug over den tidligere højrisikogrænse



Tabel 9.1.7 Borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C) og borgere, som rusdrikker ugentligt

	Tegn på problematisk alkoholforbrug		Rusdrikker ugentligt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	13,4	93.200	9,3	64.900
Region Sjælland 2017	13,3	91.300	9,5	65.200
Region Sjælland 2013	14,0	93.200	10,9	72.700
Region Sjælland 2010	15,2	99.600		
Køn				
Mand	18,7	63.700	13,4	47.700
Kvinde	8,3	29.500	5,0	17.100
Alder				
16-24 år	8,1	6.300	15,2	11.900
25-34 år	6,7	5.500	4,4	3.400
35-44 år	9,4	8.700	6,2	5.600
45-54 år	13,6	17.000	9,9	12.600
55-64 år	17,0	20.900	12,4	15.500
65-79 år	19,2	29.500	9,0	14.100
80+	12,1	5.200	4,3	1.700
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	11,3	11.500	11,8	10.200
Kort uddannelse	13,8	38.500	8,8	25.200
Kort videregående	15,6	10.400	10,6	7.300
Mellemlang videregående	14,3	20.000	6,2	9.000
Lang videregående	16,6	9.900	6,7	4.300
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	11,8	40.800	8,7	31.400
Arbejdsløse	15,9	2.200	8,4	1.100
Førtidspensionister	12,7	4.000	15,7	3.300
Efterlønsmodtagere	19,7	1.000	9,5	500
Alderspensionister	17,6	35.700	8,0	16.200
Øvrige ikke-erhvervsaktive	11,9	4.600	10,2	3.400
Under uddannelse	8,7	5.200	14,9	8.700
Samlivsstatus				
Samlevende	13,8	59.000	7,9	35.400
Ikke samlevende	12,7	34.100	11,9	29.500
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	9,0	16.500	6,6	12.200
Bor ikke med børn	15,0	76.900	10,2	52.200
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	13,7	86.600	9,3	61.100
Anden vestlig baggrund	18,3	4.500	11,1	2.600
Ikke-vestlig baggrund	5,2	2.100	6,7	1.200

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: 'rusdrikker ugentligt' er opgjort blandt borgere, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 mdr.

Generelt

I 2021 har 13,4 pct. af borgerne i Region Sjælland tegn på problematisk alkoholforbrug, målt med CAGE-C-spørgsmålene. Det svarer til 93.200 borgere. Andelen, der rusdrikker ugentligt, dvs. drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen, er 9,3 pct. (64.900 borgere) i 2021.

Andelen af borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug er faldet fra 15,2 pct. i 2010 til 13,3 pct. i 2017 (-1,9 procentpoint), mens andelen af borgere, som rusdrikker, er faldet fra 10,9 pct. i 2013 til 9,5 pct. i 2017 (-1,4 procentpoint). For både tegn på problematisk alkoholforbrug og rusdrikkeri er den faldende udvikling stagneret fra 2017 til 2021.

Køn og alder

Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder har tegn på problematisk alkoholforbrug, og 2,7 gange så mange mænd som kvinder rusdrikker ugentligt. Fra 2017 til 2021 er hverken udbredelsen af rusdrikkeri eller tegn på problematisk alkoholforbrug ændret nævneværdigt for nogen af kønnene. Det generelle fald fra 2013 til 2017 i andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt, er drevet af et fald på godt 2 procentpoint blandt mænd (data ikke vist).

Tegn på problematisk alkoholforbrug er mest udbredt blandt borgere i alderen 55-79 år (knap hver femte borger i de to aldersgrupper), og mindst udbredt blandt de 16-44-årige (under 10 pct.). Fra 2010 til 2021 er andelen faldet med 5,8 procentpoint blandt de 45-54-årige og med 4,4 procentpoint blandt de 55-64-årige (data ikke vist).

Ugentligt rusdrikkeri er derimod mest udbredt blandt de 16-24-årige (15,2 pct.), efterfulgt af borgere i alderen 55-64 år (12,4 pct.). Fra 2013 til 2021 er andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, faldet fra 21,4 pct. til 15,2 pct. blandt borgere under 25 år, mens tilsvarende ændringer ikke ses i de øvrige aldersgrupper (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Sammenhængen mellem uddannelse og alkoholadfærd er forskellig for tegn på hhv. problematisk alkoholforbrug og ugentligt rusdrikkeri. Tegn på problematisk alkoholforbrug er mere udbredt blandt borgere med videregående uddannelse (særligt kort og lang, hhv. 15,6 pct. 16,6 pct.) end blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse (11,3 pct.). Rusdrikkeri er derimod mindst udbredt

blandt borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse (mellem 6 og 7 pct.) og mest udbredt blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse (11,8 pct.). I sidstnævnte gruppe faldt andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, med 4,7 procentpoint fra 2013 til 2017, og stagnerede derefter (data ikke vist).

Andelen med tegn på problematisk alkoholforbrug er lavest blandt borgere under uddannelse (8,7 pct.) efterfulgt af borgere i beskæftigelse, mens forekomsten er mere end dobbelt så høj blandt alderspensionister (17,6 pct.) og efterlønsmodtagere (19,7 pct.), hvilket skal ses i lyset af alderen i disse grupper jf. ovenfor. Tegn på problematisk alkoholforbrug er også meget udbredt blandt arbejdsløse (15,9 pct.). Ugentligt rusdrikkeri er mest udbredt blandt borgere under uddannelse, hvoraf en stor del er unge, samt førtidspensionister (omkring 15 pct.), mens andelen af alderspensionister, som rusdrikker, kun er halvt så stor (8,0 pct.).

Samlivsstatus og børn

Tegn på problematisk alkoholforbrug er lige udbredt blandt samlevende og ikke samlevende borgere. Andelen, som rusdrikker ugentligt, er 50 pct. større blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner (11,9 pct.) end blandt samlevende (7,9 pct.). Dette gælder trods et fald på 3,5 procentpoint blandt ikke-samlevende fra 2013 til 2021 og samtidig en næsten uændret forekomst blandt samlevende (data ikke vist).

Sammenlignet med borgere med børn i hjemmet er der blandt borgere uden børn i hjemmet en 67 pct. større andel, som har tegn på problematisk alkoholforbrug. For andelen, som rusdrikker ugentligt, er andelen blandt borgere, som ikke bor sammen med børn godt 54 pct. større end blandt borgere, som bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Forekomsten af tegn på problematisk alkoholforbrug varierer markant med borgernes etniske baggrund. Andelen er mere end dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund og tre gange så stor blandt borgere med anden vestlig baggrund, som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Forekomsten af rusdrikkeri er ikke signifikant forskellig mellem de etniske grupper, og ingen afviger signifikant fra regionsgenemsnittet.

Tabel 9.1.8 Borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C) og borgere som rusdrikker ugentligt, opgjort på kommuner

	Tegn på problematisk alkoholforbrug		Rusdrikker ugentligt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	13,4	93.200	9,3	64.900
Guldborgsund	13,7	7.100	9,8	5.100
Kalundborg	13,2	5.300	9,8	3.900
Lolland	12,9	4.500	8,3	2.700
Odsherred	15,7	4.400	10,9	3.100
Slagelse	11,4	7.300	8,5	5.300
Vordingborg	16,0	6.200	8,8	3.500
Faxe	14,2	4.400	10,0	3.100
Holbæk	11,1	6.600	7,1	4.100
Næstved	12,6	8.900	9,2	6.400
Ringsted	11,2	3.200	9,2	2.600
Sorø	11,7	2.900	8,5	2.100
Stevns	14,6	2.800	9,9	2.000
Greve	14,9	6.100	10,4	4.200
Køge	12,5	6.200	8,5	4.200
Lejre	14,6	3.300	10,5	2.600
Roskilde	15,0	11.000	10,6	8.000
Solrød	15,8	2.900	9,7	1.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: 'rusdrikker ugentligt' er opgjort blandt borgere, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 mdr.

Kommunevariation

Andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug, målt med CAGE-C-spørgsmålene, varierer mellem kommunerne i Region Sjælland fra 11,1 pct. og 11,2 pct. i Holbæk og Ringsted kommuner til 16,0 pct. og 15,8 pct. i Vordingborg og Solrød kommuner. I de øvrige kommuner forekommer tegn på problematisk alkoholforbrug ikke hyppigere end i regionen samlet. Andelen af borgere, som rusdrikker ugentligt, varierer fra 7,1 pct. i Holbæk Kommune til 10,9 pct. i Odsherred Kommune. Kun i Holbæk Kommune er forekomsten af borgere, der rusdrikker, signifikant lavere end regionsgennemsnittet.

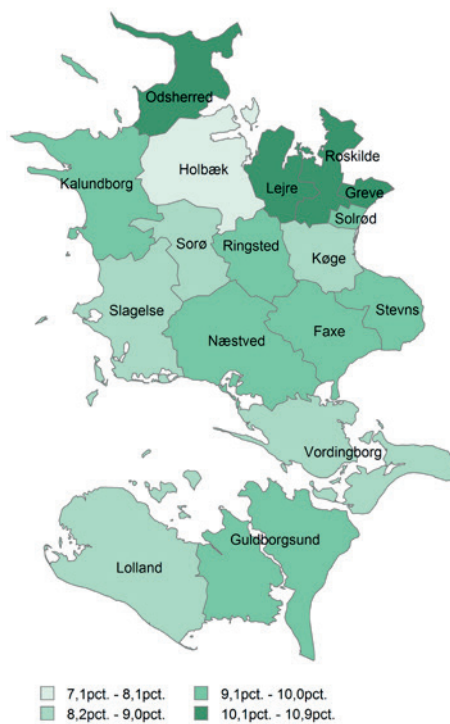
Hverken for andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug eller rusdrikkeri ugentligt, er der et tydeligt mønster i kommuneforekomsten. Det gælder også i relation til de kommunale socioøkonomiske grupper og i udviklingen i kommunerne fra 2017 til 2021. I halvdelen af kommunerne ses mindre stigninger og i resten mindre fald fra 2017 til 2021. Ændringerne er dog ikke signifikante (data ikke vist).

Geografisk ses de laveste forekomster af tegn på problematisk alkoholforbrug overvejende i en række kommuner på Midtsjælland. Høje forekomster af både tegn på problematisk alkoholforbrug og borgere, som rusdrikker, ses i kommunerne, som ligger tættest på hovedstadsområdet.

Kort 9.1.9 Borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C)



Kort 9.1.10 Borgere, som rusdrikker ugentligt



9.2 Sammenhæng mellem alkoholadfærd og hhv. øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

I dette afsnit sammenholdes borgernes alkoholforbrug med udbredelsen af en række andre parametre for sundhed, helbred og trivsel. Indledningsvist sammenholdes alkoholforbruget med borgernes øvrige sundhedsadfærd (rygning, fysisk aktivitet og kostmønster). Dernæst ses på sammenhængen mellem alkoholforbruget og udvalgte trivselsparametre, herunder mentalt og fysisk helbred, stress og tilfredshed med livet. Endelig holdes alkoholforbruget op mod to parametre, som beskriver kvaliteten og omfanget af borgernes sociale relationer (ensomhed og tegn på social isolation), og endelig to mål for belastning fra hhv. borgerens økonomiske situation og forholdet til familie og venner.

De forskellige parametre opgøres blandt hhv. borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C) (se afsnit 9.1) og borgere med 'andet alkoholforbrug'. 'Andet alkoholforbrug' vil sige, at borgerne har et alkoholforbrug, men ikke har tegn på problematisk alkoholforbrug ifølge CAGE-C-testen.

Desuden vises også sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer blandt borgere, der det seneste år slet ikke har drukket alkohol (14,8 pct. af befolkningen). Der er en stor demografisk og socioøkonomisk spredning i gruppen af borgere, som aldrig drikker alkohol, og en variation, som er større end blandt borgere med et stort eller moderat alkoholforbrug. Alkoholafholdenhed er f.eks. langt mere udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (knap tre ud af fem borgere) end dansk baggrund (en tiendedel) og også langt mere udbredt blandt f.eks. førtidspensionister (37,2 pct.), 25-34-årige og borgere over 80 år (begge omkring 20 pct.) end blandt grupper med anden erhvervstilknytning eller alder. Desuden er alkoholafholdenhed mere udbredt blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse (26,1 pct.) end i regionen samlet (14,8 pct.). Borgerne antages derfor at have meget forskellige grunde til alkoholafholdenhed.

Sammenhænge mellem alkoholadfærd og øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer skal blandt andet ses i lyset af disse forskelle og bør ikke lede til generelle slutninger om årsagssammenhænge. Det kan f.eks. ikke afgøres, om det er alkoholadfærd, der påvirker trivslen, eller omvendt.

Blandt borgere med et problematisk alkoholforbrug, ses en stor andel som:

- Ryger dagligt, ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster, scorer lavt på den mentale helbredsskala, har tegn på social isolation og føler sig belastet af forholdet til familie/venner













Blandt borgere med 'andet alkoholforbrug', dvs. uden tegn på problematisk forbrug, ses:




- Den laveste andel for alle udvalgte problemer med sundhedsadfærd, helbred og trivsel samt sociale relationer og belastninger

Blandt borgere, som ikke drikker alkohol, ses:

- Den højeste andel, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster, samt den højeste andel for alle udvalgte problemer med helbred og trivsel samt sociale relationer og belastninger. Dette skal ses i lyset af denne gruppes særlige sammensætning.

Table 9.2.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C), andet alkoholforbrug og intet forbrug af alkohol

	Daglig rygning		Fysisk aktivitet under anbefalet minimum		Usundt kostmønster	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	16,1 	112.500	59,3 	413.400	18,9 	132.000
Alkoholadfærd						
Tegn på problematisk alkoholforbrug	23,2 	21.700	62,2 	58.200	21,8 	20.100
Andet alkoholforbrug	14,6 	72.600	56,5 	281.400	17,5 	87.200
Drikker ikke alkohol	19,8 	21.200	68,0 	71.400	22,4 	23.700

















-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: Fysisk aktivitet under anbefalet minimum refererer til WHO's minimumsanbefaling. Andelen er ikke sammenlignelig med 2017 (se afsnit 10.1).

Borgere, som har et 'andet alkoholforbrug', dvs. et forbrug, som ikke viser tegn på at være problematisk, har, sammenlignet med både borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug og borgere, der slet ikke drikker alkohol, en mindre andel, som ryger dagligt, en mindre andel, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og en mindre andel, som har et usundt kostmønster. Knap hver fjerde borger med et problematisk alkoholforbrug ryger dagligt (23,2 pct.), mens det samme kun gælder 14,6 pct. af borgere med 'andet alkoholforbrug'. Forskellene er mindre for lav fysisk aktivitet og usundt kostmønster. Andelen, som ikke efterlever minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet er højest blandt borgere, som slet ikke drikker alkohol. Dette skal ses i lyset af denne gruppes særlige sammensætning.

Fra 2017 til 2021 er andelen, som ryger dagligt, faldet blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug og blandt borgere med 'andet alkoholforbrug' (hhv. 4,4 og 2,1 procentpoint). Mens andelen som ryger blandt borgere, som ikke drikker alkohol, er på samme niveau i 2017 og 2021. Andelen, som har et usundt kostmønster, er derimod steget med 2,8 procentpoint blandt borgere med 'andet alkoholforbrug'. Begge ændringer kommer efter at udviklingen har vist samme tendens tidligere år.

Tabel 9.2.2 Helbred og trivsel blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C), andet alkoholforbrug og intet forbrug af alkohol

	Lav score på mental helbredsskala Pct.	Lav score på fysisk helbredsskala Pct.	Høj score på stresskala Pct.	Utilfreds med livet Pct.
Region Sjælland 2021	16,8 	13,2 	28,7 	21,4 
Alkoholadfærd				
Tegn på problematisk alkoholforbrug	19,5 	14,1 	30,3 	23,3 
Andet alkoholforbrug	14,7 	10,4 	25,7 	19,5 
Drikker ikke alkohol	27,5 	26,9 	41,6 	28,2 

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lav score på den mentale hhv. fysiske helbredsskala (SF12) angiver et ringere mentalt/fysisk helbred (se grænseværdier i afsnit 3.4). En høj score på stresskalaen (PSS) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5).

En lavere score på hhv. den mentale og den fysiske helbredsskala betyder et ringere selv vurderet mentalt/fysisk helbred, mens en høj score på stresskalaen indikerer en højere grad af oplevet stress. I gruppen med 'andet alkoholforbrug', dvs. et forbrug, som ikke har tegn på at være problematisk, er lav score på begge helbredsskalaerne og høj score på stresskalaen mindre udbredt end i regionen samlet. Dvs., at gruppen både har færre borgere med ringere mentalt hhv. fysisk helbred og færre med et stressniveau i den høje ende. Denne gruppe borgere har desuden den laveste andel, som er utilfreds med livet.

Både lav mental og fysisk helbredsscore, høj stressscore og utilfredshed med livet er mest udbredt blandt borgere, der slet ikke drikker alkohol. Det skal ses i lyset af den særlige befolkningssammensætning blandt borgere, som ikke drikker alkohol (se ovenfor). Helbred og trivsel blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug ligger på niveau med regionsgennemsnittet. Eneste undtagelse ses for det mentale helbred, hvor andelen af borgere med lav score er højere blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug end i regionen samlet.

Fra 2017 til 2021 er alle parametre for helbred og trivsel forringet blandt borgere med et 'andet alkoholforbrug', bortset fra det fysiske helbred. Andelen med lav mental helbredscore, høj stressscore og utilfredshed med livet er således steget hhv. 24,3 pct., 10,5 pct. og 28,6 pct. fra 2017 til 2021. Blandt borgere med 'andet alkoholforbrug' ses tilsvarende forringelser fra 2013 til 2017, hvad angår mentalt helbred og stress, men ikke hvad angår tilfredshed med livet. Det mentale helbred er også blevet ringere fra 2017 til 2021 blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug (data ikke vist).

Tabel 9.2.3 Sociale relationer blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug, andet alkoholforbrug (CAGE-C) og intet forbrug af alkohol

	Ensomhed Pct.	Tegn på social isolation Pct.	Belastet af økonomi Pct.	Belastet af forhold til familie og venner Pct.
Region Sjælland 2021	12,7	8,0	32,3	35,4
Alkoholadfærd				
Tegn på problematisk alkoholforbrug	14,0	9,7	31,1	39,6
Andet alkoholforbrug	11,1	5,6	31,0	33,5
Drikker ikke alkohol	19,8	18,1	39,2	41,3

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Både andelen, som er ensomme, og andelen, som har tegn på social isolation, er størst blandt borgere, som slet ikke drikker alkohol, og lavest blandt borgere med et 'andet alkoholforbrug', dvs. et forbrug, som ikke har tegn på at være problematisk. Andelen, som er ensomme, er steget omkring 4 procentpoint fra 2017 til 2021 både blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug og blandt borgere med 'andet alkoholforbrug'.

Belastning fra økonomien er mere udbredt blandt borgere, der slet ikke drikker alkohol, end blandt borgere, der drikker alkohol. Andelen af borgere, som er belastet af forholdet til familie og venner, er større blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug og borgere, som ikke drikker alkohol, end blandt borgere med et ikke-problematisk alkoholforbrug.

Andelen af borgere, som er belastet af økonomien, er faldet omkring 10 procentpoint fra 2017 til 2021 i alle tre grupper. Andelen, som er belastet af økonomien, faldt desuden godt 5 procentpoint fra 2013 til 2017 blandt borgere, som drikker alkohol. Fra 2017 til 2021 steg andelen af borgere, som er belastet af forholdet til familie og venner, med godt 4 procentpoint blandt borgere med et ikke-problematisk alkoholforbrug efter et fald på godt 2 procentpoint fra 2013 til 2017 (data ikke vist).

Også her skal resultaterne ses i lyset af den særlige befolkningssammensætning blandt borgere, som ikke drikker alkohol.

9.3 Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner

Før en borger med et stort alkoholforbrug kommer i behandling går der i gennemsnit 10-12 år (2). Ansvar for behandling ligger i de enkelte kommuner, og der findes behandlingsmetoder med god, dokumenteret effekt (2). Korte rådgivende samtaler har f.eks. dokumenteret effekt, når det drejer sig om at nedsætte alkoholforbruget. En undersøgelse i Region Sjælland har dog afdækket, at der hos frontpersonalet fra alle sektorer er en fælles erkendelse af, at den sygehusbaserede indsats, den sundheds- og socialfaglige indsats – eller samspillet imellem sektorernes indsats - langt fra rækker til at løse problemerne hos borgere med alkoholproblemer.

Det er vigtigt, at borgerne får oplysning om den hjælp, der kan fås hos lægen og kommunen. Dog er indsigten i egne alkoholvaner og motivationen en forudsætning for at ændre vaner. Dette afsnit belyser først opfattelsen af egne alkoholvaner samt motivationen til at ændre dem blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (målt ud fra CAGE-C-spørgsmålene, se afsnit 9.1). Dernæst opgøres, om borgerne (igen afgrænset til borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug) har været hos egen læge det seneste år, og om de her er rådet til at nedsætte alkoholforbruget. Endelig opgøres det, hvor stor en andel af borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, der har modtaget information om, at man kan få hjælp i forbindelse med alkoholvaner, og hvorfra informationen er kommet.

Borgerne er først blevet spurgt, hvordan de selv vurderer deres alkoholvaner med svarmulighederne: ”Særdeles fornuftige”, ”Fornuftige”, ”Hverken fornuftige eller ufornuftige”, ”Lidt ufornuftige” eller ”Meget ufornuftige”. Opgørelserne viser andelen af borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, som anser deres alkoholvaner for at være lidt eller meget ufornuftige.

Derefter er borgerne blevet spurgt, om de gerne vil nedsætte alkoholforbruget. Dem, som gerne vil reducere deres alkoholforbrug, er herefter spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til det. Både andelen, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, og andelen heraf, der ønsker støtte og hjælp til det, er opgjort blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug.

Borgerne er desuden blevet spurgt, om de i løbet af de seneste 12 måneder har været hos egen læge, og dem, som har været hos egen læge, er blevet spurgt, om lægen har rådet dem til at nedsætte deres alkoholforbrug. I opgørelserne er vist andelen af de borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, der har været hos egen læge, som er blevet rådet af lægen til at nedsætte alkoholforbruget.

Endelig er borgerne blevet spurgt, om de har fået information om muligheden for at få hjælp i forbindelse med alkoholvaner fra hhv. kommunens personale, egen læge, sygehus, arbejde/uddannelse eller fra andre kilder. Andelen af borgere, som er blevet informeret fra en eller flere kilder om mulighed for at få hjælp i forbindelse med alkoholvaner, er opgjort blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug. Desuden er andelen, som er blevet informeret fra de enkelte kilder, vist.

















































Blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug:




- Er andelen, som vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, især høj blandt de 35-64-årige og blandt borgere med videregående uddannelser
- Er ønsket om at nedsætte alkoholforbruget især udbredt blandt de 35-64-årige, borgere i beskæftigelse og øvrige ikke-erhvervsaktive, samt blandt borgere, som bor sammen med børn
- Ønsker hver femte borger, som gerne vil nedsætte forbruget, hjælp til det.

Blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, er andelen af dem, der har været hos lægen, som er rådet til at nedsætte alkoholforbruget, især høj blandt:

- Mænd
- De 55-64-årige
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere, som ikke bor sammen med børn

Tabel 9.3.1 Vurdering af egne alkoholvaner, og ønske om at nedsætte forbruget blandt borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C)

	Vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige		Vil gerne nedsætte alkoholforbruget	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	35,7 	33.300	31,8 	29.700
Region Sjælland 2017	37,0 	33.800	34,0 	31.100
Region Sjælland 2013	32,0 	29.800	34,0 	31.700
Region Sjælland 2010	29,5 	29.400	30,5 	30.400
Køn				
Mand	34,5 	22.000	30,4 	19.500
Kvinde	38,5 	11.300	34,8 	10.200
Alder				
16-24 år	—	—	—	—
25-34 år	—	—	—	—
35-44 år	46,5 	4.100	46,5 	4.100
45-54 år	48,2 	8.200	42,9 	7.400
55-64 år	41,1 	8.600	36,5 	7.700
65-79 år	30,7 	9.000	22,4 	6.600
80+	12,0 	600	6,5 	300
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	35,2 	4.000	31,6 	3.500
Kort uddannelse	30,4 	11.600	26,6 	10.300
Kort videregående	45,8 	4.600	35,0 	3.600
Mellemlang videregående	43,8 	8.700	35,3 	6.800
Lang videregående	44,8 	4.400	39,0 	4.000
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	42,1 	17.300	40,3 	16.700
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	—	—	—	—
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	27,9 	9.800	20,0 	7.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	50,4 	2.300	50,7 	2.400
Under uddannelse	—	—	—	—
Samlevsstatus				
Samlevende	35,3 	20.900	31,8 	19.200
Ikke samlevende	36,5 	12.400	31,7 	10.400
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	38,9 	6.400	40,1 	6.800
Bor ikke med børn	36,0 	27.600	30,6 	23.300
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	35,9 	31.000	31,3 	27.300
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 9.3.1 viser opgørelser blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug. Tabellen viser dels andelen, som vurderer deres egne alkoholvaner som ufornuftige (lidt eller meget), dels andelen af borgere, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget.

Blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug, vurderer 35,7 pct. selv deres alkoholvaner som ufornuftige. Forekomsten er steget med 7,5 procentpoint fra 29,5 pct. i 2010 til 37,0 pct. i 2017 og er herefter stagneret. Blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug, vil 31,8 pct. gerne nedsætte forbruget. Andelen har været omtrent den samme ved de fire målinger siden 2010.

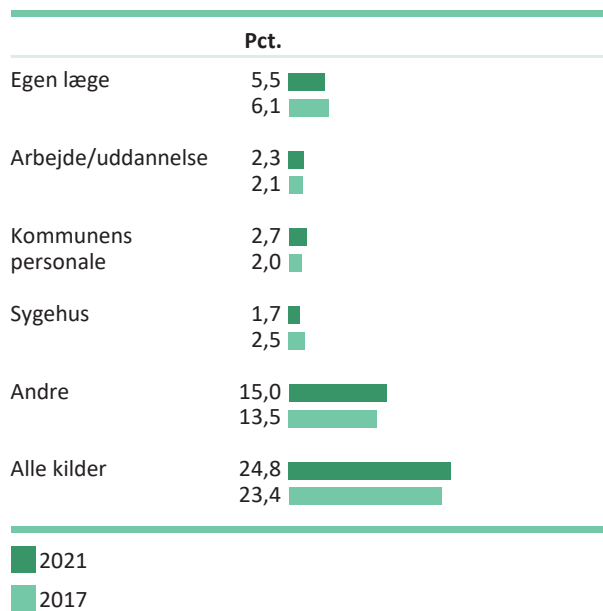
Både andelen af borgere, som vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, og andelen, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, er højere blandt de 35-64-årige end blandt de ældre borgere, særligt borgere over 80 år. Andelen er også høj blandt borgere med videregående uddannelser, borgere i beskæftigelse samt i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive borgere. For andelen af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug, som gerne vil nedsætte alkoholforbruget, er forskellen på uddannelsesniveauerne mindre tydelig.

Forekomsten af borgere, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, er højere blandt borgere, som bor sammen med børn, end blandt borgere, som ikke bor sammen med børn.

Der er en moderat tendens til, at der blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug i de socioøkonomiske mest udfordrede kommuner, både er en lavere andel, som vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, og en lavere andel, som gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug, end i kommuner, som er bedre stillet (data ikke vist).

Blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug, og som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, vil 19,6 pct. gerne have hjælp til det (data ikke vist). Det er omtrent samme andel som i 2017. Den demografiske udvikling og fordeling af borgere, som gerne vil have hjælp til at reducere alkoholforbruget, er ikke vist på grund af for få besvarelser i en stor del af undergrupperne.

Tabel 9.3.2 Information om mulighed for hjælp til alkoholvaner til borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C), fra forskellige kilder og samlet (har modtaget information fra mindst en kilde)






Næsten hver fjerde borger i regionen med tegn på et problematisk alkoholforbrug har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner (24,8 pct.).

Mens 5,5 pct. af borgerne har fået information fra egen læge, har kun få procent fået information fra deres arbejdsplads eller uddannelsessted, kommunens personale eller sygehus. Borgerne får dog hyppigst informationen fra helt andre kilder (ikke specificeret hvilke).

Tabel 9.3.3 viser opgørelser blandt borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug. Tabellen viser dels andelen af borgere, som er rådet af lægen til at nedsætte alkoholforbruget blandt dem, som har været hos egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, dels andelen af borgere, som har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner.

Tabel 9.3.3 Andel af borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (CAGE-C), som er rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget hhv. informeret om mulighed for hjælp i forbindelse med alkoholvaner (alle kilder)

	Rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget (blandt de, som har været hos lægen)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	12,8	8.700	24,8	23.100
Region Sjælland 2017	11,6	8.200	23,4	21.300
Region Sjælland 2013	13,8	9.800		
Region Sjælland 2010	11,9	8.900		
Køn				
Mand	15,0	6.700	26,1	16.600
Kvinde	8,5	1.900	22,0	6.500
Alder				
16-24 år	—	—	—	—
25-34 år	—	—	—	—
35-44 år	8,3	400	18,5	1.600
45-54 år	13,3	1.600	25,0	4.300
55-64 år	19,2	2.800	27,3	5.800
65-79 år	12,1	2.900	24,0	7.100
80+	6,4	300	15,9	800
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	17,1	1.300	25,9	2.900
Kort uddannelse	15,5	4.100	24,2	9.200
Kort videregående	7,8	600	23,6	2.400
Mellemlang videregående	8,8	1.300	26,4	5.200
Lang videregående	10,7	800	19,6	1.900
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	9,9	2.600	22,7	9.400
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	—	—	—	—
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	11,2	3.100	22,8	7.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	—	—	35,2	1.700
Under uddannelse	—	—	—	—
Samlivsstatus				
Samlevende	10,9	4.700	23,4	14.000
Ikke samlevende	16,0	4.000	27,3	9.100
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	8,0	900	18,9	3.100
Bor ikke med børn	13,8	7.800	25,7	19.700
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	12,8	8.100	24,8	21.400
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Informeret om mulighed for hjælp: Omfatter information fra én eller flere kilder (se tabel 9.3.2)

Andelen af alle regionens borgere, som har været hos egen læge de seneste 12 måneder, er faldet 6,4 procentpoint fra 80,6 pct. i 2017 til 74,2 pct. i 2021, efter stigninger på 2,5 procentpoint fra 2013 til 2017 og en næsten uændret forekomst fra 2010 til 2013 (se også kapitel 1). Andelen, som har været hos egen læge, er i alle demografiske grupper og alle kommuner lavere i 2021 end i 2017, og faldet er signifikant i tre ud af fire demografiske grupper og kommuner. Faldet skal ses i lyset af myndighedernes anbefalinger vedr. kontakt til egen læge, og den lave forekomst af en række andre smitsomme sygdomme under COVID-19 nedlukningen.

Blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug, som har været hos egen læge, er 12,8 pct. rådet af lægen til at nedsætte forbruget. Andelen har været stort set den samme ved de fire målinger fra 2010 til 2021. Flere mænd end kvinder med et problematisk alkoholforbrug er rådet af lægen til at nedsætte forbruget, ligesom lægen har rådet en større andel af dem, som ikke bor sammen med børn, end borgere, som bor sammen med børn, til at drikke mindre. Desuden er en større andel rådet til at nedsætte alkoholforbruget blandt de 55-64-årige end blandt både de 35-44-årige og borgere over 65 år. Endelig har lægen rådet en større andel af borgere med kort uddannelse end borgere med kort- og mellemlang videregående uddannelse til at nedsætte alkoholforbruget.

Andelen, som er rådgivet hos egen læge til at nedsætte alkoholforbruget, er siden 2017 særligt steget blandt de 55-64-årige (8 procentpoint). Blandt borgere med tegn på et problematisk alkoholforbrug er andelen, som er rådgivet hos egen læge, særligt steget blandt de 55-64-årige.

Både i 2017 og 2021 har knap en fjerdedel af de borgere, som har tegn på et problematisk alkoholforbrug, fået information fra en eller flere kilder om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner. Sammenlignet med regionsgennemsnittet er andelen, som er informeret, lavere blandt 80+årige og borgere, som bor sammen med børn, og højere i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.

9.4 Holdninger til forbud mod alkohol

Befolkningens holdninger spiller en rolle for den folkelige opbakning til forskellige former for forebyggelsestiltag vedr. alkohol og kan dermed få betydning for prioriteringer på området. Der er god dokumentation for, at f.eks. begrænsning af tilgængeligheden af alkohol og håndhævelse af aldersgrænser for udskænkning af alkohol er effektive metoder til forebyggelse på alkoholområdet (2). I dette afsnit beskrives borgerne holdninger til forbud mod alkohol på forskellige lokaliteter og i forskellige situationer.

I spørgeskemaet til Sundhedsprofilen 2021 er borgerne er spurgt, om de mener, at det i forskellige situationer (hverdag, møder, fester) skal være tilladt eller ikke tilladt at drikke alkohol i idrætsklubber/sportshaller, på ungdomsuddannelser, i folkeskoler eller i børnehaver/vuggestuer. Spørgsmålet lyder: "Mener du, at det skal være tilladt at drikke alkohol (øl, vin, spiritus) på følgende steder?". Svarmulighederne er: "Tilladt" og "Ikke tilladt". Andelen af borgere, som har svaret "Ikke tilladt", opgøres og kaldes i tabellen: 'Borgere, som ønsker forbud'.

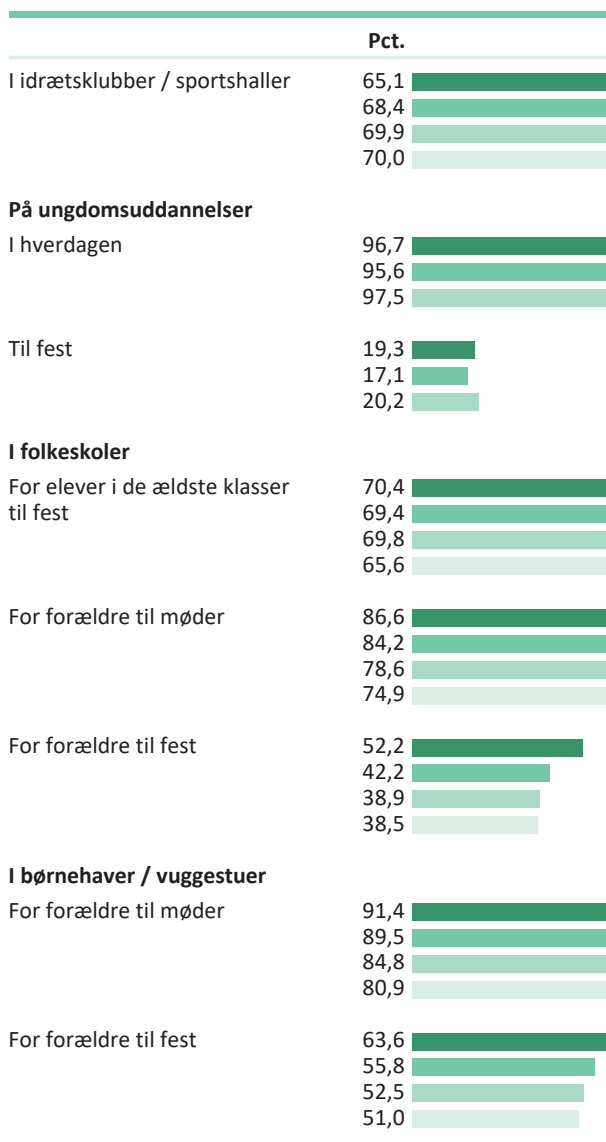
Opbakning til forbud mod alkohol:

- Er markant større for indtag af alkohol i hverdagen og til møder end til fest
- Er steget for forældres alkoholindtag til møder og fester i folkeskole og daginstitutioner
- Er faldet for alkoholindtag i idrætsklubber/sportshaller

I størstedelen af befolkningen er der opbakning til at forbyde alkohol i både idrætsklubber/sportshaller, ungdomsuddannelser, folkeskoler og vuggestuer/børnehaver. Opbakningen varierer dog meget afhængigt af, hvilke situationer, der er tale om.

Generelt er der langt større opbakning til forbud mod alkohol i hverdagen og til møder end til fest. Det gælder både på ungdomsuddannelserne og for forældre til møder i folkeskoler og børnehaver/vuggestuer, hvor hhv. 96,7 pct., 86,6 pct. og 91,4 pct. af borgerne bakker op om et alkoholforbud i hverdagen og til møder. Forskellen er størst for ungdomsuddannelserne, hvor stort set alle (96,7 pct.) mener, at det skal være forbudt at

Tabel 9.4.1 Borgere, som ønsker forbud mod at drikke alkohol i børnehaver/vuggestuer, folkeskoler, ungdomsuddannelser og idrætsklubber/sportshaller



drikke alkohol i hverdagen, mens kun 19,3 pct. mener, at alkohol skal være forbudt til fester. Forskellen på opbakningen er mindre, men stadig meget markant, for forældre i folkeskoler og børnehaver/vuggestuer, hvor opbakningen er hhv. 65,9 pct. og 43,7 pct. højere til et alkoholforbud i forbindelse med møder end til fest. Opbakningen til alkoholforbud for forældre er generelt større i vuggestuer og børnehaver end i folkeskoler.

To ud af tre borgere mener, at alkohol skal være forbudt i idrætsklubber/sportshaller, og det samme gælder for de ældste elever til fester i folkeskolen.

Opbakningen til et alkoholforbud i idrætsklubber/sportshaller er faldet med 4,9 procentpoint fra 2010 til 2021 med det største fald fra 2017 til 2021 på 3,3 procentpoint. Derimod er opbakningen til et alkoholforbud for forældre i folkeskoler og daginstitutioner steget med mere end 10 procentpoint fra 2010 til 2021, både hvad angår mødedeltagelse og fest. Opbakningen til et alkoholforbud for forældre i forbindelse med fester på skoler og i daginstitutioner er primært steget fra 2017 til 2021 (10,1 procentpoint for fester på skoler, og 7,8 procentpoint for fester i daginstitutioner).

9.5 Euforiserende stoffer

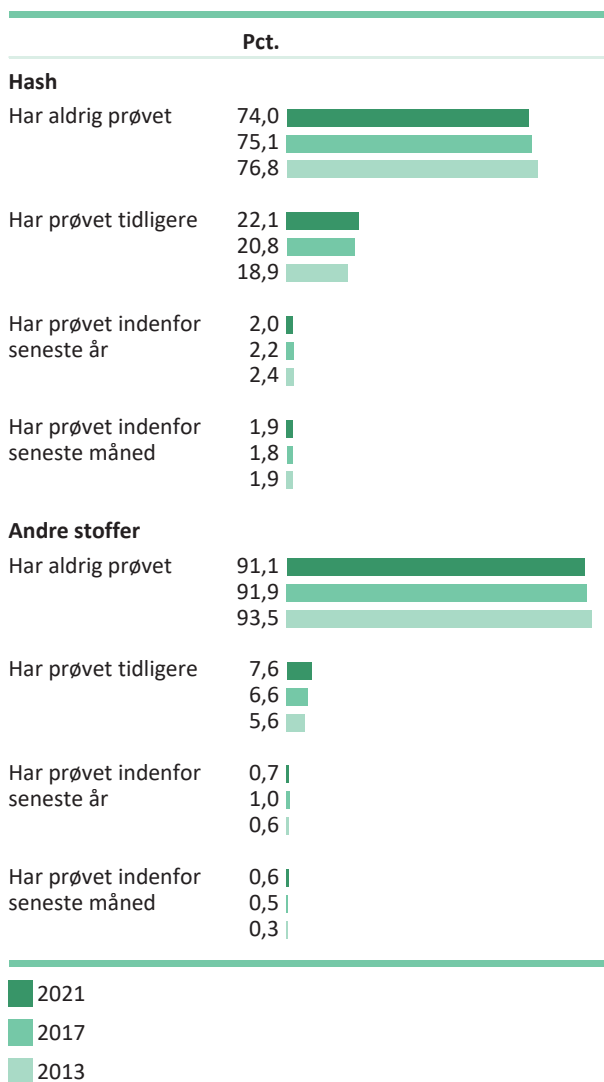
Brug af euforiserende stoffer er forbundet med store både sundhedsmæssige og sociale konsekvenser. Da brug af stoffer er mest udbredt blandt unge under 25 år, har forebyggelsesindsatsen fokus på denne gruppe (13). Information om borgernes brug af hash og andre euforiserende stoffer er indhentet med et spørgsmål om, hvorvidt borgerne inden for den seneste måned, det seneste år eller tidligere har prøvet hhv. hash eller andre euforiserende stoffer.

Knap tre ud af fire borgere i Region Sjælland har aldrig prøvet hash, og mere end ni ud af ti har aldrig prøvet andre stoffer. Det betyder omvendt, at godt hver fjerde har prøvet hash på et tidspunkt, og knap hver tiende har prøvet andre stoffer. Langt størstedelen af disse har prøvet det for mere end et år siden.

Fra 2013 til 2017 faldt både andelen af borgere, som aldrig har prøvet hash, og andelen, som aldrig har prøvet andre euforiserende stoffer, mens andelen, der har prøvet det for mere end et år siden, steg. Fra 2017 til 2021 er denne udviklingstendens fortsat, men kun stigningen på 1 procentpoint i andelen af borgere, som tidligere har prøvet andre euforiserende stoffer, er signifikant.

Andelen af borgere, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned eller det seneste år, har ikke ændret sig markant fra 2017 til 2021. For andelen, som har prøvet andre stoffer end hash den seneste måned, er der en tendens til en stigning fra 2013 til 2021 (næsten en fordobling).

Tabel 9.5.1 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer
























































Brug af hash den seneste måned er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Yngre aldersgrupper, herunder borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og gruppen af øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Samme mønster, om end mindre tydeligt, ses for brug af andre euforiserende stoffer


Der ses en tendens til, at andelen, som har brugt hash den seneste måned, er blevet større blandt de ældre borgere og mindre blandt de yngre.

Tabel 9.5.2 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer i løbet af den seneste måned

	Hash		Andre stoffer	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	1,9 	13.100	0,6 	4.300
Region Sjælland 2017	1,8 	12.300	0,5 	3.800
Region Sjælland 2013	1,9 	12.800	0,3 	2.200
Køn				
Mand	2,7 	9.400	0,9 	3.000
Kvinde	1,0 	3.700	0,4 	1.300
Alder				
16-24 år	5,3 	4.100	2,1 	1.600
25-34 år	2,9 	2.400	1,0 	800
35-44 år	2,2 	2.000	1,1 	1.000
45-54 år	1,7 	2.100	0,4 	500
55-64 år	1,3 	1.700	0,2 	200
65-79 år	0,6 	900	0,1 	100
80+	—	—	—	—
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	3,6 	3.700	1,0 	1.000
Kort uddannelse	1,3 	3.500	0,4 	1.100
Kort videregående	0,7 	500	—	—
Mellemlang videregående	1,1 	1.500	0,2 	200
Lang videregående	0,5 	300	—	—
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	1,4 	4.800	0,5 	1.600
Arbejdsløse	2,7 	400	—	—
Førtidspensionister	5,3 	1.700	1,2 	400
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	0,4 	900	0,1 	100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	5,5 	2.100	1,5 	600
Under uddannelse	3,7 	2.200	1,7 	1.100
Samlivsstatus				
Samlevende	1,1 	4.500	0,3 	1.500
Ikke samlevende	3,2 	8.500	1,1 	2.800
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	1,3 	2.400	0,3 	500
Bor ikke med børn	1,9 	9.800	0,6 	2.900
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	1,9 	11.700	0,7 	4.200
Anden vestlig baggrund	3,4 	800	—	—
Ikke-vestlig baggrund	1,2 	500	—	—

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

I Region Sjælland har 1,9 pct. af borgerne prøvet hash den seneste måned, svarende til 13.100 borgere, og 0,6 pct. har prøvet andre euforiserende stoffer den seneste måned, svarende til 4.300 borgere. I alt 2,2 pct. af borgerne har prøvet hash og/eller andre euforiserende stoffer den seneste måned, svarende til 15.400 borgere, hvoraf knap hver sjette har prøvet både hash og andre stoffer den seneste måned (data ikke vist).

Andelen af borgere i regionen, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned, har ikke ændret sig markant fra 2017 til 2021. Andelen af borgere, som har prøvet andre euforiserende stoffer for mere end et år siden, er på 7,6 pct. og er steget med 1,0 procentpoint fra 2017 til 2021 efter en tilsvarende stigning fra 2013 til 2017. I perioden fra 2013 til 2021 er der en stigende tendens i andelen af borgere, som den seneste måned har prøvet andre euforiserende stoffer end hash. Andelen er på 0,6 pct. i 2021 mod 0,3 pct. i 2017.

Køn og alder

Mere end dobbelt så mange mænd som kvinder har prøvet hash hhv. andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned. Både brug af hash og andre euforiserende stoffer er desuden langt mest udbredt i de yngre aldersgrupper. Andelen, der har prøvet hash den seneste måned, er knap ti gange så høj blandt borgere i alderen 16-24 år (5,3 pct.) som blandt de 65-79-årige (0,6 pct.). Der er en markant tendens til, at andelen falder jævnt med stigende alder.

Fra 2017 til 2021 er andelen, som har prøvet hash den seneste måned, mere end fordoblet blandt borgere i aldersgrupperne 55-64 år og 65-79 år, mens der er tendens til et fald blandt borgere under 35 år. Borgere, som har brugt hash den seneste måned, er således blevet ældre. Sammenhængen med alderen ses også for brug af andre euforiserende stoffer den seneste måned, men datamaterialet her er for sparsomt til at kunne vurdere udviklingen for de enkelte aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Det er især borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse, der har prøvet hash eller andre stoffer inden for den seneste måned (3,6 pct.). Blandt borgere med korte eller videregående uddannelser har kun en meget lille andel (omkring 1 pct.) prøvet hash den seneste måned.

Hvad angår erhvervstilknytning, så er brug af hash mere udbredt i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive (5,5 pct.), førtidspensionister (5,3 pct.) og borgere under uddannelse (3,7 pct.) end blandt borgere i beskæftigelse (1,4 pct.) og blandt alderspensionister (0,4 pct.). Der ses et lignende mønster i brug af stoffer den seneste måned.

Samlivsstatus og børn

En større andel af borgere, der ikke bor sammen med en partner, har prøvet hash den seneste måned, sammenlignet med borgere, som er samboende. Samme mønster ses for brugen af andre euforiserende stoffer. En tendens til samme mønster ses for borgere hhv. med og uden børn i hjemmet, hvor forskellen på grupperne dog ikke er signifikant.

Etnisk baggrund

Andelen af borgere i de tre borgergrupper med forskellig etnisk oprindelse, som har prøvet hash inden for den seneste måned, er ikke signifikant forskellige og afviger ikke fra regionsgennemsnittet. Datamaterialet tillader kun opgørelse af brugen af andre euforiserende stoffer blandt borgere med dansk oprindelse.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der har prøvet hash og/eller andre euforiserende stoffer den seneste måned, afviger ikke fra regionsgennemsnittet i nogen kommuner, ligesom der ikke er signifikante forskelle mellem kommunerne indbyrdes (data ikke vist). Der er ikke noget tydeligt geografisk mønster i kommunernes forekomst af borgere, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned.

Referencer

1. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. , 2016.
2. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Alkohol*. 2. udgave, 2018.
3. **Sundhedsstyrelsen.** *Sundhedsrelaterede konsekvenser. Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 4*. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2020.
4. **Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, et al.** Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*. 2004, 99, 323-330.
5. **Sundhedsstyrelsen.** *Alkohol*. [Online] 2022. <https://www.sst.dk/da/Viden/Alkohol>.
6. **Sørensen H, Thulstrup A, et al.** Long-term survival and cause-specific mortality in patients with cirrhosis of the liver: A nationwide cohort study in Denmark. *J. Clin Epidemiol*. 2003, 56 (1), 88-93.
7. **Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, et al.** European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2016, 45, 181-8.
8. **Roerecke M, Rehm J.** Alcohol consumption, drinking patterns, and ischemic heart disease: a narrative review of meta-analyses and a systematic review and meta-analysis of the impact of heavy drinking occasions on risk for moderate drinkers. *BMC Med*. 2014, 12 (1), 182.
9. **Larsson SC, Wallin A, Wolk A, et al.** Differing association of alcohol consumption with different stroke types: a systematic review and meta-analysis. *BMC Med*. 2016. 14 (1), 178.
10. **Knott C, Bell S, Britton A.** Alcohol consumption and the risk of type 2 diabetes: A systematic review and Dose-Response Meta-analysis of more than 1.9 million individuals from 38 observational studies. *Diabetes Care*. 2015, 38 (9),1804-12.
11. **Rehm J, Gmel GE, Gmel G, et al.** The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 2017, 112 (6), 968-1001.
12. **Lasse, TH, et al.** *Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens*. København : Statens Institut for Folkesundhed, 2020.
13. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Stoffer*. 2018.
14. **Sundhedsstyrelsen.** *Udbredelse af illegale stoffer i befolkningen og blandt de unge. Narkotikasituationen i Danmark - delrapport 1*. s.l. : Sundhedsstyrelsen, 2020.
15. **Nordentoft M, Ege P, Erritzøe D, et al.** Cannabis og sundhed. [Online] København, 2015. http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensrad_for_forebyggelse_cannabis_og_sundhed.pdf.
16. **Andreasson S, Chikritzhs T, Dangardt F, Holder H, Naimi T, Sherk A, Stockwell T.** *Alkohol och Coronapandemin: om människor, samhälle och politik. Alkoholen och samhället 2021*. Stockholm : Svensk sjuksköterskeförening, SFAM, Svensk förening för Beroen, 2021.
17. **Zierau F, Hardt F, Henriksen JH. et al.** Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: comparison with biochemical markers. *Scand J Clin Lab Invest*. 2005, 65 (7), 615-22.

Kapitel 10

Fysisk aktivitet og stillesiddende tid

10.1 Fysisk aktivitet i fritiden

10.2 Stillesiddende tid

10.3 Sammenhæng mellem fysisk aktivitet i fritiden og øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

10.4 Motivation og hjælp til bedre motionsvaner



Fysisk aktivitet og stillesiddende tid

- Tre ud af fem borgere i Region Sjælland lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Stigningen fra 2013 til 2017 i andel fysisk inaktive borgere i Region Sjælland er vendt til et lille fald i 2021, mens flere dyrker lettere motion (gåture, cykling)
- Mænd dyrker hårdere motion end kvinder i fritiden og efterlever i højere grad WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet
- Næsten tre fjerdedele af de, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, ønsker at være mere fysisk aktive. Det giver et stort forebyggelsespotentiale
- Halvdelen af borgerne sidder stille mere end otte timer dagligt på hverdage, og en tredjedel bruger mindst 4 timer dagligt i fritiden foran en skærm
- Unge under 25 år sidder mere ned end andre aldersgrupper – både hvad angår skærmtid i fritiden og samlet stillesiddende tid på hverdage

Fysisk aktivitet har betydning for både sygdom, funktionsevne og trivsel og er dermed en meget vigtig parameter for folkesundheden. Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet er markant og veldokumenteret, og fysisk aktivitet har bl.a. en forebyggende effekt mod type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, depression, forhøjet blodtryk, knogleskørhed samt flere forskellige kræftformer (1). Studier viser ligeledes, at fysisk aktivitet kan medvirke til forbedret livskvalitet (2). Både Sundhedsstyrelsen og Verdenssundhedsorganisationen (WHO) anbefaler således jævnlig fysisk aktivitet til alle, herunder både børn og unge, voksne såvel som ældre og gravide, og har udviklet konkrete anbefalinger hertil.

Al bevægelse, der øger energiomsætningen, kan betragtes som fysisk aktivitet (1). Fysisk aktivitet kan ifølge definitionen derfor både være ustruktureret og mere bevidst, målrettet og regelmæssigt og omfatter ifølge Sundhedsstyrelsen en lang række aktiviteter som idræt, sport og hård motion samt hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, cykling (som transport), at gå en tur, gå på trapper m.v. (3). Modsat er fysisk inaktivitet en betydelig risikofaktor for tidlig død, og i gennemsnit lever borgere, der er fysisk inaktive, ca. syv år kortere end borgere, der er fysisk aktive. Samtidig øger fysisk inaktivitet risikoen for en lang række sygdomme (4).

Stillesiddende tid er forskellig fra fysisk inaktivitet. Man kan godt være fysisk aktiv og samtidig have meget stillesiddende tid (5), som bl.a. kan være på arbejdet, ifm. passiv transport eller i fritiden i form af tid foran computer, tv, smartphone m.v. (5) (6). Nogle forskningsstudier peger på, at megen stillesiddende tid kan have negative helbredsmæssige konsekvenser. Blandt andet er der fundet sammenhæng mellem stillesiddende fritid og hjerte-kar-sygdom, Type 2-diabetes og død (5) (7).

I kapitlets første afsnit vises opgørelser af den fysiske aktivitet i fritiden. Her opgøres først, hvor stor en andel af borgerne som lever op til WHO's anbefalinger for ugentlig fysisk aktivitet målt ud fra, hvor fysisk aktive de har været i fritiden og ved transport på en typisk uge. Derefter opgøres borgernes fysiske aktivitet i fritiden ud fra et spørgsmål om hvad der har karakteriseret deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år. Spørgsmålet har været med i regionens sundhedsprofiler siden 2010, og kan derfor vise udvikling over tid

I andet afsnit vises opgørelser af stillesiddende tid i hverdagen og i fritiden. Det omfatter dels opgørelser af, hvor mange timer på en typisk hverdag/arbejdsdag regionens borgere sidder ned i forbindelse med hhv. transport og hovedbeskæftigelsen (arbejde, skole eller uddannelse), og dels hvor

mange timer borgerne bruger foran en skærm i fritiden hhv. er stillesiddende i fritiden i øvrigt.

I tredje afsnit vises sammenhængen mellem fysisk aktivitet i fritiden og dels øvrig sundhedsadfærd (kost, rygning og alkohol) dels helbred, trivsel og sociale relationer. I fjerde afsnit er fokus på motivation og information om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt borgere, der ikke lever op WHO's minimumsanbefaling.

Dataindsamlingen til Sundhedsprofilen 2021 foregik fra februar til maj 2021. Det skal derfor bemærkes at COVID-19-restriktioner med bl.a. nedlukning af idrætslivet, herunder fitnesscentre og sportsaktivitet, kan have påvirket type og omfang af borgernes fysisk aktivitet både før og under dataindsamlingen. Det er dog ikke muligt at vurdere, i hvilken grad resultaterne vedr. fysisk aktivitet i Sundhedsprofilen 2021 er påvirket af restriktionerne.

WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år)

Mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet per uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet per uge eller en ækvivalent kombination heraf (14)

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 (14)

Karakteristik af borgernes fysiske aktivitet i fritiden det seneste år

Konkurrenceidræt: "Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen"

Motionsidræt: "Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen"

Lettere motion: "Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)"

Fysisk inaktiv: "Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse"

Hovedresultater

Forekomst

Godt hver femte borger i Region Sjælland beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år som fysisk inaktivitet, dvs. stillesiddende beskæftigelse, mens næsten tre ud af fem dyrker lettere motion som gåture, cykling, m.m. mindst fire timer om ugen. Udviklingen fra 2013 til 2017, hvor især andelen af inaktive borgere steg, og andelen, der dyrker lettere motion faldt, er vendt fra 2017 til 2021. Tre ud af fem borgere lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som er mindst 2½ times moderat fysisk aktivitet eller 1 time og 15 minutters hård fysisk aktivitet pr. uge. Af de borgere, som efterlever anbefalingerne, lever halvdelen desuden op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet. Halvdelen af regionens borgere sidder stille mere end otte timer dagligt på hverdage, og en tredjedel bruger mindst 4 timer dagligt i fritiden stillesiddende foran en skærm.

Blandt borgere, som ikke efterlever minimumsanbefalingen, vurderer over halvdelen deres motionsvaner som dårlige/mindre gode, og syv ud af ti borgere vil gerne være mere fysisk aktive, heraf ønsker to ud af fem hjælp til det. Det tyder på et væsentligt forebyggelsespotentiale. Hver femte er rådet af egen læge til at dyrke motion, og hver fjerde er informeret fra forskellige kilder om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner.

Sammenhæng mellem aktivitet i fritiden og på arbejdet

Sammenlignet med borgere, som har en mindre anstrengende hovedbeskæftigelse, er der blandt borgere med en fysisk anstrengende hovedbeskæftigelse, en større andel, som i fritiden og ved transport efterlever WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet. Der er også færre, som ikke efterlever minimumsanbefalingen.

Køn

Flere mænd end kvinder lever op til WHO's minimumsanbefaling og WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet. Flere kvinder dyrker lettere motion, mens flest mænd dyrker motions- og konkurrenceidræt. Lang stillesiddende tid, både samlet i hverdagen og skærmtid i fritiden, er mest udbredt blandt mænd. En større andel af mænd end kvinder, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, er blevet rådet af egen læge til at ændre motionsvaner, mens flere kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive og ønsker hjælp til det.

Alder

En større andel yngre end ældre borgere lever op til WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet og dyrker de mere hårde motionsformer. Midaldrende dyrker typisk lettere motion som gåture og cykling i fritiden, og især de ældste (80+-årige) er fysisk inaktive med stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Andelen af borgere, som har stillesiddende tid over otte timer dagligt på hverdage, falder med alderen og er tre gange så hyppig blandt 16-24-årige som blandt 65-80-årige. Mindst fire timers skærmtid dagligt i fritiden er meget udbredt både i de yngste og de ældste aldersgrupper. Blandt de borgere, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, ønsker særligt de 16-54-årige at være mere fysisk aktive, og især blandt de 80+-årige, der gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker en stor del (ca. halvdelen) at få hjælp til det. Uanset alder er ca. hver fjerde til femte borger, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, blevet rådgivet af egen læge til at dyrke motion, mens især unge under 25 år (ca. hver tredje) er informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner.

Uddannelse

Der er social ulighed i fysisk aktivitet i fritiden. Borgernes fysiske aktivitet falder med faldende uddannelseslængde og er markant lavere blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse, end blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Det samme gælder for skærmtid på mindst fire timer dagligt i fritiden. For samlet stillesiddende tid vender fordelingen modsat, idet en større andel af borgere med videregående uddannelser sidder stille mere end otte timer dagligt på hverdage end borgere med kortere uddannelse.

Motivationen til at ændre motionsvaner blandt dem, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, er størst blandt borgere med længere uddannelser. Blandt dem, som ønsker at ændre motionsvaner, falder andelen, som ønsker hjælp til det, med stigende uddannelseslængde. Også andelen, som er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, falder med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning

Både andelen af borgere, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, og andelen, som er fysisk inaktive i fritiden, er størst blandt førtids- og alderspensionister og lavest blandt beskæftigede borgere og borgere under uddannelse. En større andel af beskæftigede og borgere under uddannelse sidder ned mere end otte timer på hverdage end grupper med anden erhvervstilknytning, mens færre beskæftigede end grupper med anden erhvervstilknytning bruger mindst fire timer dagligt af deres fritid foran en skærm.

Ser man kun på borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, så er beskæftigede og borgere under uddannelse de grupper, som er mest motiverede til at blive mere fysisk aktive. Færre alderspensionister end grupper med anden erhvervstilknytning vurderer deres motionsvaner som dårlige/mindre gode, og færre er motiverede til at være mere fysisk aktive.

Samlivsstatus og børn i hjemmet

Borgere, som ikke bor sammen med en partner, og borgere, som ikke bor sammen med børn, er mindre fysisk aktive end borgere, som bor sammen med hhv. en partner og børn, ligesom flere dagligt bruger mindst fire timer af fritiden stillesiddende foran en skærm. Stillesiddende tid over otte timer dagligt på hverdage er mest udbredt blandt ikke-samlevende og blandt borgere, der bor sammen med børn.

Ser man kun på borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, så er motivationen til at blive mere fysisk aktiv størst blandt borgere, som bor sammen med en partner, og borgere, som bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Både andelen af borgere, som ikke efterlever WHO's anbefaling, og andelen, som er fysisk inaktive, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end borgere med dansk baggrund, mens lettere motion som gåture og cykling er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund.

Ser man kun på borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, så vurderer færre med ikke-vestlig baggrund end med dansk baggrund deres motionsvaner som dårlige/mindre gode. En større andel borgere med ikke-vestlig baggrund er rådet af lægen til at dyrke motion, og en større andel har fået information fra forskellige kilder om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner. Blandt dem, som gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker en større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund hjælp til det.

Sundhedsadfærd og helbred blandt borgere, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

Borgere, der ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling, har, sammenlignet med mere fysisk aktive borgere, oftere også andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, særligt daglig rygning og usundt kostmønster. De har desuden et ringere mentalt og fysisk helbred (lav score), et højere stressniveau (høj score) og en større andel, som er uilfredse med livet. Endelig er blandt andet ensomhed og tegn på social isolation mere udbredt blandt borgere, som ikke efterlever minimumsanbefalingen.

10.1 Fysisk aktivitet i fritiden

I dette afsnit vises opgørelser af borgernes fysiske aktivitet i fritiden. Udgangspunktet er opgørelser af, hvorvidt borgerne ud fra den fysiske aktivitet i fritiden og ved transport på en typisk uge efterlever WHO's anbefalinger for ugentlig fysisk aktivitet (se kapitelindledningen). Borgernes fysiske aktivitet i fritiden er desuden belyst ud fra et mere generelt spørgsmål om fysisk aktivitet i fritiden det seneste år, som også blev anvendt i 2010, 2013 og 2017, og derfor gør det muligt at følge udviklingen i den fysiske aktivitet over tid.

Efterlevelsen af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet er målt ud fra to spørgsmål om tid medgået til fysisk aktivitet i fritiden og ved transport: "På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet, hvor din vejrtrækning øges?" og "Hvor meget af den tid, du angav i det foregående spørgsmål, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet, hvor du bliver så forpustet, at det er svært at tale?". Som eksempler på førstnævnte er der i spørgsmålet angivet rask gang, cykling (som transport eller motion), tungt havearbejde, løb eller motionsidræt, mens sidstnævnte f.eks. kan være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil. Svarene på hvert spørgsmål angives i fem tidsintervaller, som f.eks. "mindre end 1/2 time (mindre end 30 minutter)" eller "1/2 til 1 1/2 time (30-89 minutter)".

I Sundhedsprofilen 2017 blev der anvendt lignende spørgsmål, men spørgsmål og svarkategorier er ændret i 2021 for at gøre dem lettere at svare på og dermed sikre flere besvarelser. Som følge heraf kan resultaterne fra 2017 og 2021 ikke sammenlignes. Det er

særlig vigtigt at huske, da der er meget stor forskel på andelen af borgere, der ikke efterlever anbefalingerne, baseret på spørgsmålene i 2017 hhv. de ændrede spørgsmål i 2021.

I afsnittet opgøres andelen af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, andelen, som lever op til minimumsanbefalingen (men ikke WHO's udvidede anbefaling), og andelen, som lever op til WHO's udvidede anbefaling. I flere af de efterfølgende tabeller og i nogle af de øvrige kapitler i rapporten, er der fokus på borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling.

WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet for voksne anvendes på alle deltagere i undersøgelsen uanset alder. WHO anbefaler dog et højere niveau af fysisk aktivitet for 5-17-årige. Det betyder, at en lidt større andel af borgerne i undersøgelsen vil blive karakteriseret som "lever op til WHO's anbefalinger" end, hvis den fysiske aktivitet hos de 16-17-årige deltagere var blevet målt op mod de specifikke anbefalinger for børn og unge.

For borgere, som går i skole, er under uddannelse eller er i arbejde, sammenholdes efterlevelsen af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet i fritiden sidst i afsnittet med borgernes fysiske aktivitet i denne hovedbeskæftigelse. Den fysiske aktivitet i hovedbeskæftigelsen er målt med et enkelt spørgsmål med fire svarmuligheder, som angiver stigende grad af fysisk aktivitet: "Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse", "Mest stående eller gående arbejde, som ellers ikke kræver fysisk anstrengelse", "Stående eller gående med en del løfte- eller bærearbejde" og "Tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende".

Tabel 10.1.1 Opdeling af borgernes fysiske aktivitetsniveau i fritiden ud fra WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet

Lever ikke op til minimumsanbefaling	Mindre end 2½ times moderat fysisk aktivitet eller 1 time og 15 minutters hård fysisk aktivitet per uge (eller en tilsvarende kombination heraf)
Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling	Mindst 2½ times moderat fysisk aktivitet eller 1 time og 15 minutters hård fysisk aktivitet per uge (eller en tilsvarende kombination heraf)
Lever op til udvidet anbefaling	Mindst 5 timers moderat fysisk aktivitet eller 2½ times hård fysisk aktivitet per uge (eller en tilsvarende kombination heraf)

Note: Se WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet i faktaboks i kapitelindledningen

Borgernes fysiske aktivitet i fritiden er desuden belyst ud fra et spørgsmål, som også blev anvendt i 2010, 2013 og 2017, og derfor gør det muligt at følge udviklingen i den fysiske aktivitet over tid. I spørgsmålet har borgerne kunnet angive én af følgende fire beskrivelser som karakteristisk af deres fysiske aktivitet i fritiden inden for det seneste år:

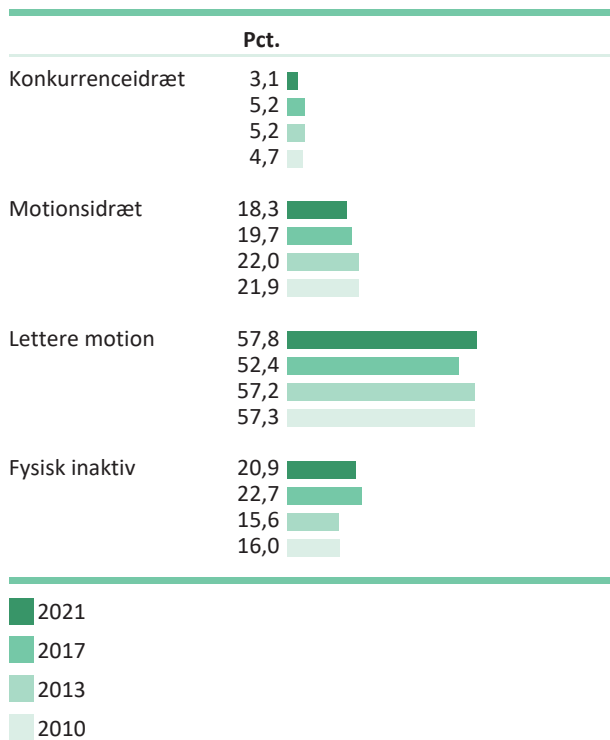
- **Konkurrenceidræt:** ”Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen”
- **Motionsidræt:** ”Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen”
- **Lettere motion:** ”Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst fire timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)”
- **Fysisk inaktiv:** ”Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse”

Fysisk aktivitet i fritiden under WHO’s minimums-anbefaling og fysisk inaktivitet er især udbredt blandt:

- Kvinder (kun vedr. efterlevelse af WHO’s minimums-anbefaling)
- 80+-årige
- Borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister
- Borgere, som ikke bor sammen med en partner, og borgere, som ikke bor sammen med børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund (og anden vestlig baggrund, hvad angår fysisk inaktive)

Den stigende udvikling i andel fysisk inaktive borgere fra 2013 til 2017 er vendt til et lille fald fra 2017 til 2021, mens flere dyrker lettere motion i 2021.

Tabel 10.1.2 Karakteristik af borgernes fysiske aktivitet i fritiden det seneste år



Godt hver femte borger i Region Sjælland angiver, at fysisk inaktivitet, dvs. mest stillesiddende beskæftigelse, bedst beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år, og næsten tre ud af fem borgere (57,8 pct.) beskriver deres fysiske aktivitet som lettere motion som gåture og cykling mindst fire timer om ugen. Knap hver femte borger (18,3 pct.) karakteriserer bedst deres fysiske aktivitet i fritiden som motionsidræt, mens kun 3,1 pct. træner hårdt flere gange om ugen svarende til konkurrenceidræt.

Andelen af borgere, der dyrker konkurrenceidræt og motionsidræt i fritiden, er faldet hhv. 2,1 og 1,4 procentpoint fra 2017 til 2021. Også andelen af fysisk inaktive borgere er faldet med 1,8 procentpoint i perioden. Samtidig er andelen af borgere, der dyrker lettere motion i fritiden, steget med 5,3 procentpoint. Udviklingen fra 2013 til 2017, hvor især andelen af inaktive borgere steg, og andelen, der dyrker lettere motion faldt, er således vendt fra 2017 til 2021.

Det skal ses i lyset af, at mange ikke har haft mulighed for at dyrke deres sædvanlige motion under COVID-19-nedlukningen, mens det har været muligt at fastholde eller øge lettere motion som f.eks. gåture.

Tabel 10.1.3 Efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet

	Lever ikke op til minimumsanbefaling		Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling		Lever op til udvidet anbefaling	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	59,3	413.400	19,5	136.200	21,1	147.200
Køn						
Mand	57,2	195.200	19,2	65.400	23,6	80.700
Kvinde	61,4	218.300	19,9	70.800	18,7	66.600
Alder						
16-24 år	51,3	39.500	21,4	16.400	27,3	21.000
25-34 år	57,7	47.100	20,5	16.700	21,8	17.800
35-44 år	56,4	52.000	20,6	19.000	23,0	21.200
45-54 år	54,5	68.200	19,0	23.800	26,4	33.100
55-64 år	60,7	75.000	19,6	24.300	19,6	24.200
65-79 år	63,1	97.500	19,7	30.500	17,2	26.600
80+	79,5	34.100	12,7	5.500	7,8	3.300
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	68,8	68.200	15,1	15.000	16,1	16.000
Kort uddannelse	62,7	176.600	18,5	52.100	18,8	53.000
Kort videregående	54,7	36.200	22,1	14.600	23,3	15.400
Mellemlang videregående	54,6	76.100	21,7	30.200	23,7	33.000
Lang videregående	47,7	29.600	23,8	14.700	28,5	17.700
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	54,5	191.100	20,5	71.700	25,0	87.700
Arbejdsløse	62,6	8.800	23,3	3.300	14,1	2.000
Førtidspensionister	73,7	21.100	12,9	3.700	13,4	3.800
Efterlønsmodtagere	58,8	3.000	24,7	1.300	16,5	900
Alderspensionister	66,7	133.600	18,2	36.500	15,1	30.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	66,6	26.300	16,0	6.300	17,4	6.900
Under uddannelse	50,7	29.700	22,3	13.100	27,0	15.800
Samlivsstatus						
Samlevende	58,4	256.900	20,0	87.900	21,6	94.800
Ikke samlevende	60,8	156.500	18,8	48.300	20,4	52.400
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	55,0	102.900	21,5	40.300	23,4	43.800
Bor ikke med børn	60,3	307.500	19,0	97.000	20,7	105.400
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	59,0	376.200	19,6	125.200	21,4	136.700
Anden vestlig baggrund	60,5	14.600	19,7	4.800	19,8	4.800
Ikke-vestlig baggrund	65,3	22.600	18,1	6.300	16,6	5.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Spørgsmålene er revideret i 2021. Resultaterne fra 2017 og 2021 kan derfor ikke sammenlignes.

Generelt

Vurdering af borgernes efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet er baseret på deres fysiske aktivitet i fritiden og ved transport. Samlet efterlever godt to ud af fem (40,6 pct.) borgere minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet. Heraf lever omkring halvdelen (21,1 pct.) op til WHO's udvidede anbefaling. Resten af borgerne, 59,3 pct. svarende til 413.400 borgere, lever ikke op til minimumsanbefalingen.

Køn og alder

En større andel af kvinder (61,4 pct.) end mænd (57,2 pct.) lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, mens en større andel mænd (23,6 pct.) end kvinder (18,7 pct.) lever op til den udvidede anbefaling. Der er ingen kønsforskel i andelen af borgere, der lever op til WHO's minimumsanbefaling men ikke den udvidede anbefaling.

Andelen af borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt 80+-årige (79,5 pct.) og mindst blandt 16-24-årige (51,3 pct.). Andelen der lever op til den udvidede anbefaling er derimod størst blandt 16-24-årige og mindst blandt 80+-årige. Der er dog ikke en entydig sammenhæng mellem alder og fysisk aktivitet. F.eks. er der en tendens til, at en større andel af både 16-24-årige og 45-54-årige lever op til den udvidede anbefaling end både de mellemliggende aldersgrupper og borgere over 54 år.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomsten af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Jo højere uddannelsesniveau desto lavere er andelen af borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen. Mens anbefalingen ikke efterleveres af 68,8 pct. af borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse, gælder det mindre end halvdelen af borgere med lang videregående uddannelse (47,7 pct.). Omvendt lever 28,5 pct. af borgere med lang videregående uddannelse op til WHO's udvidede anbefaling, mens det kun gælder omtrent hver sjette borger i de to grupper med kortest uddannelse. En lignende tendens ses for andelen af borgere, som lever op til minimumsanbefalingen men ikke den udvidede anbefaling.

Førtidspensionister er den erhvervstilknytningsgruppe med størst andel borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet (73,7 pct.) efterfulgt af alderspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere. Både efterlevelsen af minimumsanbefalingen og den udvidede anbefaling fra WHO er lav i disse grupper. Borgere i beskæftigelse og borgere under uddannelse lever i højere grad end de øvrige grupper op til den udvidede anbefaling. Borgere under uddannelse har omtrent samme fysiske aktivitetsniveau i fritiden som de unge under 25 år, hvilket skal ses i lyset af, at der er et stort overlap mellem de to grupper.

Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere der ikke lever op til minimumsanbefalingen for fysisk aktivitet er større blandt borgere, der ikke bor med en partner, end blandt borgere, der bor med en partner, forskellen er dog kun på 2,4 procentpoint (hhv. 60,8 pct. og 58,4 pct.). Andelen af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, er større blandt borgere, der bor uden børn (60,3 pct.), end blandt borgere, der bor sammen med børn (55,0 pct.). Tilsvarende er både efterlevelsen af minimumsanbefalingen og den udvidede anbefaling højest blandt dem, som bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund er i mindre grad fysisk aktive i deres fritid end borgere med dansk baggrund, både hvad angår efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling og den udvidede anbefaling for fysisk aktivitet.

Tabel 10.1.4 Borgere, der er fysisk inaktive i fritiden

	Fysisk inaktiv			Pct. 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
	Pct. 2021		Personer 2021			
Region Sjælland	20,9		145.300	22,7	15,6	16,0
Køn						
Mand	20,6		70.300	22,3	15,2	14,9
Kvinde	21,1		75.000	23,0	16,1	17,1
Alder						
16-24 år	23,1		17.700	23,5	16,1	12,3
25-34 år	23,2		18.800	27,6	15,5	14,3
35-44 år	19,2		17.600	22,5	14,5	13,9
45-54 år	17,1		21.200	19,1	13,9	13,6
55-64 år	17,0		20.900	18,2	15,1	13,8
65-79 år	19,4		30.200	20,1	13,1	18,1
80+	42,5		18.900	47,9	38,1	49,9
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	31,6		31.900	33,5	27,4	
Kort uddannelse	20,5		57.700	21,3	14,5	
Kort videregående	16,5		10.900	18,7	10,7	
Mellemlang videregående	14,6		20.100	16,3	10,5	
Lang videregående	13,1		8.100	16,9	11,4	
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	15,7		54.400	18,5	11,9	
Arbejdsløse	28,8		4.000	22,3	18,7	
Førtidspensionister	38,0		10.900	37,3	34,6	
Efterlønsmodtagere	12,0		600	11,5	10,7	
Alderspensionister	24,5		49.900	25,7	18,0	
Øvrige ikke-erhvervsaktive	31,5		12.400	33,7	21,0	
Under uddannelse	21,3		12.500	24,4	16,0	
Samlevsstatus						
Samlevende	17,3		75.700	19,9	14,3	
Ikke samlevende	26,9		69.600	27,5	18,0	
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	17,3		32.100	21,1		
Bor ikke med børn	21,8		111.500	22,8		
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	20,2		129.000	21,8	14,8	15,4
Anden vestlig baggrund	25,7		6.200	26,2	16,2	15,3
Ikke-vestlig baggrund	28,5		10.100	37,1	33,9	31,7

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige grupper øger usikkerheden. Signifikante ændringer er omtalt i teksten.

Generelt

Godt hver femte borger i Region Sjælland (20,9 pct.) beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år som fysisk inaktivitet, dvs. mest stillesiddende beskæftigelse. Det svarer til 145.300 borgere. Næsten tre ud af fem borgere (57,8 pct.) dyrker lettere motion som f.eks. gåture og cykling, knap hver femte (18,3 pct.) dyrker motionsidræt, og 3,1 pct. dyrker konkurrenceidræt.

Fra 2013 til 2017 steg andelen af fysisk inaktive borgere 7,0 procentpoint, mens andelen, der dyrker lettere motion, faldt 4,8 procentpoint. Ændringerne sås i varierende omfang i de fleste demografiske grupper. Denne udvikling er vendt fra 2017 til 2021. De sidste fire år er andelen af borgere, der dyrker lettere motion, steget 5,3 procentpoint, mens både andelen, som dyrker motions- og konkurrenceidræt, og andelen, som er fysisk inaktive, er faldet ca. 1-2 procentpoint (se også tabel 10.1.2). Det skal ses i lyset af, at mange ikke har haft mulighed for at dyrke deres sædvanlige motion under COVID-19-nedlukningen, mens det har været muligt at fastholde eller øge lettere motion som f.eks. gåture. Nedenfor fremhæves kun de største ændringer i fysisk inaktivitet primært fra 2013 og frem.

Køn og alder

Andelen af kvinder og mænd, som er fysisk inaktive, er omtrent ens. Flere kvinder end mænd dyrker lettere motion (63,3 pct. mod 52,0 pct.), mens omkring dobbelt så stor en andel mænd som kvinder dyrker de mere intensive motionstyper, motions- og konkurrenceidræt.

Fysisk inaktivitet er langt mest udbredt blandt borgere over 80 år (42,5 pct.). Blandt borgere under 80 år er der en tendens til, at fysisk inaktivitet er mere udbredt i de yngre end de ældre aldersgrupper. Lettere motion er mere udbredt blandt de 55-79-årige end i de øvrige aldersgrupper, mens motions- og konkurrenceidræt er mest udbredt blandt hhv. 35-44-årige og de unge på 16-24 år og mindre almindelig blandt de ældste borgere. Fra 2013 til 2017 steg andelen af fysisk inaktive borgere særligt blandt de 25-34-årige og de 80+-årige. Der er en tendens til, at faldet fra 2017 til 2021 især ses i de aldersgrupper, som steg mest fra 2013 til 2017.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Med stigende uddannelseslængde ses en tydelig tendens til, at andelen af borgere, som er fysisk inaktive, falder, og at andelen, der dyrker motionsidræt, stiger. Fysisk inaktivitet er langt hyppigst blandt borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial uddannelse (31,6 pct.), mens motionsidræt er mest udbredt blandt borgere med lang videregående uddannelse (27,6 pct.).

Andelen af fysisk inaktive borgere er lavere blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere end i de øvrige erhvervstilknytningsgrupper, mens førtidspensionister har den højeste andel inaktive borgere (38,0 pct.). Lettere motion er mest udbredt blandt efterlønnere og alderspensionister, mens den største andel, der dyrker motionsidræt, findes hos beskæftigede og borgere under uddannelse. Endelig er andelen, som dyrker konkurrenceidræt, langt større blandt borgere under uddannelse, som overvejende er unge mennesker, end i de øvrige grupper. Fra 2017 til 2021 er der sket et signifikant fald i andelen af fysisk inaktive blandt beskæftigede, mens ændringer i grupper med anden erhvervstilknytning ikke er signifikante.

Samlivsstatus og børn

Både andelen, som er fysisk inaktive, og andelen, som dyrker konkurrenceidræt, er større blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt samlevende, mens lettere motion og motionsidræt er mest udbredt blandt samlevende. Fra 2013 til 2017 steg andelen af fysisk inaktive især blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner.

Fysisk inaktivitet og lettere motion er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med børn, end blandt dem, som bor sammen med børn, mens motions- og konkurrenceidræt er mest udbredt blandt borgere, som bor sammen med børn. Fra 2017 til 2021 er andelen af inaktive borgere faldet signifikant blandt borgere, som bor sammen med børn.

Etnisk baggrund

Der er en større andel fysisk inaktive blandt borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund. Konkurrenceidræt er mest udbredt og lettere motion mindst udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Tabel 10.1.5 Borgere, der dyrker lettere motion, motionsdræt eller konkurrenceidræt i fritiden

	Lettere motion		Motionsidræt		Konkurrenceidræt	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	57,8	402.500	18,3	127.600	3,1	21.500
Region Sjælland 2017	52,4	359.900	19,7	135.600	5,2	35.500
Region Sjælland 2013	57,2	380.000	22,0	146.000	5,2	34.600
Region Sjælland 2010	57,3	376.600	21,9	144.100	4,7	30.700
Køn						
Mand	52,0	177.200	22,9	78.100	4,5	15.300
Kvinde	63,3	225.300	13,9	49.500	1,8	6.300
Alder						
16-24 år	43,3	33.100	21,5	16.500	12,1	9.300
25-34 år	53,4	43.300	19,4	15.700	4,0	3.200
35-44 år	53,5	49.000	24,3	22.300	3,0	2.700
45-54 år	57,8	71.700	22,0	27.300	3,1	3.800
55-64 år	63,7	78.300	18,1	22.300	1,2	1.500
65-79 år	66,6	104.100	13,5	21.000	0,6	900
80+	51,6	23.000	5,7	2.600	—	—
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	53,1	53.600	11,6	11.700	3,7	3.700
Kort uddannelse	61,1	172.000	16,6	46.600	1,9	5.200
Kort videregående	61,1	40.400	19,8	13.100	2,6	1.700
Mellemlang videregående	61,3	84.700	22,0	30.300	2,1	2.900
Lang videregående	56,5	34.700	27,6	16.900	2,8	1.700
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	57,5	199.700	23,6	82.100	3,2	11.200
Arbejdsløse	54,5	7.600	14,6	2.000	2,2	300
Førtidspensionister	53,3	15.300	7,2	2.100	1,4	400
Efterlønsmodtagere	72,3	3.600	15,7	800	—	—
Alderspensionister	63,3	129.000	11,7	23.900	0,5	1.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	52,7	20.800	11,0	4.300	4,8	1.900
Under uddannelse	45,8	26.900	22,0	12.900	10,9	6.400
Samlivsstatus						
Samlevende	60,4	264.600	20,2	88.500	2,2	9.600
Ikke samlevende	53,3	137.800	15,1	39.100	4,6	12.000
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	54,2	100.600	24,4	45.400	4,2	7.800
Bor ikke med børn	58,8	300.500	16,6	84.800	2,8	14.200
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	58,3	371.800	18,5	118.100	2,9	18.300
Anden vestlig baggrund	54,3	13.200	16,5	4.000	3,5	900
Ikke-vestlig baggrund	49,4	17.500	15,3	5.400	6,8	2.400

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 10.1.6 Efterlevelse af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet, opgjort på kommuner

	Lever ikke op til minimumsanbefaling		Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling		Lever op til udvidet anbefaling	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	59,3	413.400	19,5	136.200	21,1	147.200
Guldborgsund	62,2	32.300	18,5	9.600	19,3	10.000
Kalundborg	58,8	23.600	19,6	7.900	21,6	8.700
Lolland	64,5	22.500	18,6	6.500	16,9	5.900
Odsherred	62,4	17.800	17,9	5.100	19,7	5.600
Slagelse	62,6	40.300	17,6	11.300	19,8	12.800
Vordingborg	59,1	23.200	20,0	7.800	20,9	8.200
Faxe	61,3	18.900	18,9	5.800	19,8	6.100
Holbæk	58,0	34.100	20,6	12.100	21,4	12.600
Næstved	63,1	43.900	18,1	12.600	18,8	13.100
Ringsted	59,9	17.100	18,5	5.300	21,6	6.200
Sorø	58,0	14.600	22,0	5.500	20,0	5.000
Stevns	60,4	11.700	20,1	3.900	19,5	3.800
Greve	56,8	22.900	19,9	8.000	23,3	9.400
Køge	56,5	28.500	21,2	10.700	22,2	11.200
Lejre	56,4	13.000	20,3	4.700	23,4	5.400
Roskilde	53,8	39.500	20,9	15.300	25,3	18.600
Solrød	52,3	9.600	22,0	4.100	25,7	4.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Spørgsmålene er revideret i 2021. Resultaterne fra 2017 og 2021 kan derfor ikke sammenlignes.

Kommunevariation

Andelen af borgere, som (målt ud fra deres fysiske aktivitet i fritiden og ved transport) ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, varierer mellem kommunerne i Region Sjælland (tabel 10.1.6). Der er en tydelig tendens til, at andelen er større i de kommuner, som er mere udfordrede med hensyn til socioøkonomi end i de bedst stillede kommuner tættest på hovedstadsområdet. Både den samlede andel af borgere, som opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og andelen, som opfylder den udvidede anbefaling, er størst i de bedre stillede kommuner. Den største andel af borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, findes i Lolland Kommune (64,5 pct.), mens andelen er lavest i Solrød Kommune (52,3 pct.).

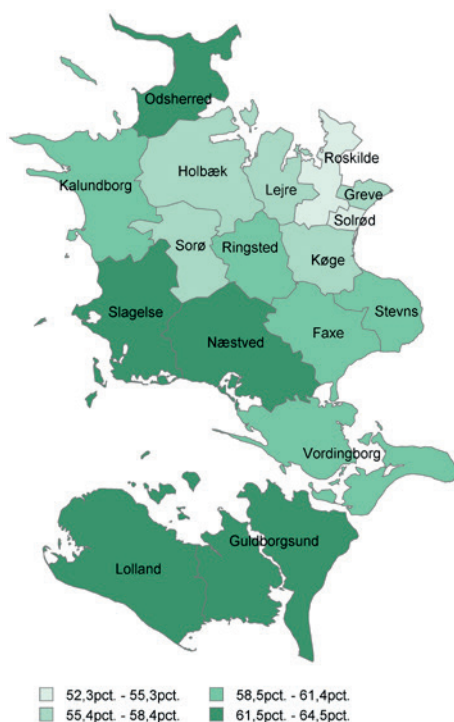
Tilsvarende er der en tydelig tendens til, at andelen af borgere, som opfatter sig selv som fysisk inaktive i fritiden, er størst i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner, mens andelen af borgere, som dyrker motions- eller konkurrenceidræt, er størst i de socioøkonomisk bedst stillede kommuner (tabel 10.1.7). Andelen af fysisk inaktive borgere er størst i Lolland og Slagelse kommuner (23,7 pct. hhv. 23,6 pct.), og lavest i Lejre, Roskilde, Solrød og Køge kommuner (16-18 pct.). Fra 2013 til 2017 steg andelen af fysisk inaktive borgere 5-10 procentpoint i stort set alle kommuner med størst stigning i Guldborgsund og Lolland kommuner (godt 9 pct.). Fra 2017 til 2021 ses en tendens til en stigende andel borgere, der dyrker lettere motion i stort set alle kommuner med de største kommunestigninger spredt ud over regionen (data ikke vist).

Tabel 10.1.7 Borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i fritiden, opgjort på kommuner

	Fysisk inaktiv	Lettere motion	Motionsidræt	Konkurrenceidræt
	Pct.	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland	20,9	57,8	18,3	3,1
Guldborgsund	22,4	59,7	15,4	2,5
Kalundborg	21,3	57,7	17,9	3,1
Lolland	23,7	58,6	15,7	2,0
Odsherred	22,8	56,8	18,1	2,3
Slagelse	23,6	56,0	17,5	2,9
Vordingborg	22,1	59,5	16,1	2,3
Faxe	22,8	57,8	17,3	2,1
Holbæk	19,8	57,7	19,4	3,0
Næstved	23,1	56,2	17,6	3,1
Ringsted	22,0	58,2	16,6	3,2
Sorø	19,4	59,2	17,5	3,9
Stevns	20,3	57,8	18,5	3,4
Greve	20,5	56,2	19,0	4,3
Køge	17,8	58,6	20,2	3,4
Lejre	16,3	58,0	22,5	3,2
Roskilde	16,9	58,3	21,2	3,6
Solrød	17,6	56,7	20,9	4,8

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit
















Kort 10.1.8 Borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet






Kort 10.1.9 Borgere, som er fysisk inaktive i fritiden



Table 10.1.10 Efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet målt ud fra fysisk aktivitet i fritiden og ved transport blandt borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i deres hovedbeskæftigelse (på arbejdet, i skolen eller på uddannelsesstedet)

	Lever ikke op til minimumsanbefaling		Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling		Lever op til udvidet anbefaling	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	54,3 	237.400	20,6 	90.200	25,1 	109.800
Fysisk aktivitet i hovedbeskæftigelse						
Mest stillesiddende	52,6 	108.500	21,3 	43.900	26,1 	53.800
Stående/gående, ikke anstrengende	55,2 	54.200	22,4 	22.000	22,4 	22.100
Stående/gående med en del løft	56,4 	57.800	20,0 	20.500	23,6 	24.100
Fysisk anstrengende	46,1 	13.300	18,3 	5.300	35,6 	10.300

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Den største andel, som lever op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet (alene i fritiden og ved transport), findes blandt borgere, som har en fysisk anstrengende hovedbeskæftigelse med tungt eller hurtigt arbejde (35,6 pct.). Det er bemærkelsesværdigt, at andelen i denne gruppe er større end i de øvrige grupper, herunder andelen blandt borgere med en stående/gående, men ikke anstrengende hovedbeskæftigelse (22,4 pct.). I denne gruppe er andelen, der lever op til den udvidede anbefaling, lavere end regionsgennemsnittet.

10.2 Stillesiddende tid

Stillesiddende tid kan defineres som ”Aktiviteter, der foregår siddende eller liggende i vågen tilstand, og som derfor er karakteriseret ved et meget lavt energiforbrug” (8). Interessen for stillesiddende tid og dens betydning for sundhed og sygdom har været stigende igennem de seneste årtier, og flere studier har fundet sammenhæng mellem stillesiddende tid og negative helbredsmæssige konsekvenser. Blandt andet er der for voksne fundet sammenhæng mellem megen stillesiddende tid og hjerte-kar-sygdom samt tidlig død (8).

At have en stillesiddende dagligdag er ikke nødvendigvis det samme som at have en dagligdag uden fysisk aktivitet, men stillesiddende tid kan erstatte tid, som ellers kunne bruges på fysisk aktivitet. Effekten af stillesiddende tid på helbredet kan være svær at isolere fra effekten af fysisk aktivitet (1), og i en nyere publikation fra Sundhedsstyrelsen vurderes det, at der er behov for yderligere forskning, før det kan konkluderes, om megen sammenhængende stillesiddende tid har en selvstændig betydning for helbredet, ”som rækker ud over manglende fysisk aktivitet” (1). WHO anbefaler dog at begrænse omfanget af tid, der bruges på at være stillesiddende (9).

Stillesiddende tid er i Sundhedsprofilen 2021 målt som antallet af timer og minutter, borgerne har anvendt på at sidde ned på en typisk hverdag/arbejdsdag i hver af følgende situationer: transport, arbejde/skole/uddannelse, fritid ved skærm (f.eks. TV, computer, tablet, smartphone) og ”Fritid: andet” (f.eks. måltider, læsning, socialt samvær). Samme spørgsmål blev anvendt i Sundhedsprofilen 2017, hvorfor udviklingen fra 2017 til 2021 kan følges.

I afsnittet fokuseres på to mål for stillesiddende tid: andelen af borgere, som samlet set er stillesiddende mere end otte timer dagligt, dvs. inklusiv transport, arbejde/skole/uddannelse og fritid (både skærmtid og andet), samt andelen af borgere, som har mindst fire timers skærmtid pr. dag. Afgrænsningen på mere end otte timers samlet stillesiddende tid pr. dag blev også anvendt i 2017, mens afgrænsningen på mindst fire timers skærmtid pr. dag er ny i 2021. Der findes ikke officielt anbefalede grænser for, hvor lang tid voksne maksimalt bør sidde ned på en dag, eller hvor meget skærmtiden bør begrænses. I denne rapport er grænserne valgt i dialog med de øvrige regioner og med støtte i studier, der indikerer en øget dødelighed f.eks. på grund af hjerte-kar-sygdom eller cancer, især når den stillesiddende tid overskrider grænser på niveau med de valgte (7) (10).

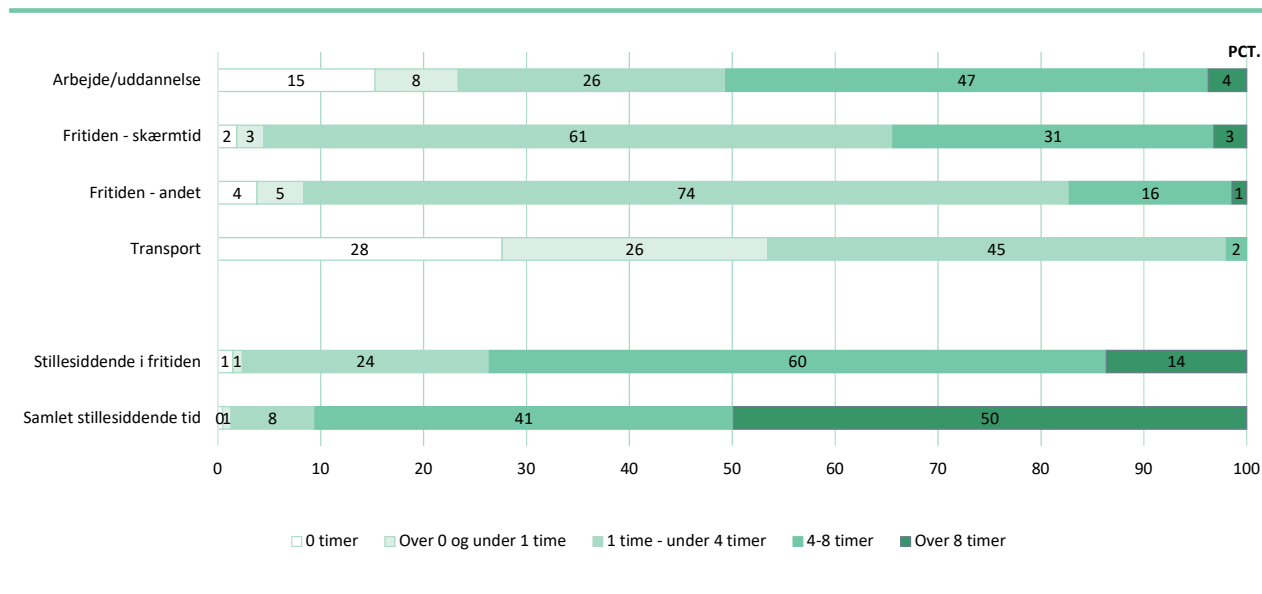
Mere end otte timers samlet stillesiddende tid dagligt er især udbredt blandt:

- Mænd
- 16-54-årige
- Borgere under uddannelse eller i beskæftigelse
- Borgere med kort eller lang videregående uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med børn i hjemmet

Mindst fire timers daglig skærmtid i fritiden er især udbredt blandt:

- 16-24-årige og borgere over 65 år
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere uden børn i hjemmet

Tabel 10.2.1 Stillesiddende tid på hverdage

























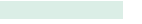

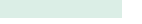



































Borgerne i Region Sjælland har især mange timers stillesiddende tid på deres arbejde eller uddannelsessted (inkl. skole) efterfulgt af skærmtid i fritiden, anden stillesiddende tid i fritiden og transporttid.


Godt halvdelen af borgerne sidder ned i fire timer eller mere i forbindelse med deres arbejde eller uddannelse/skole, mens godt hver tredje borger (34,4 pct.) har mindst fire timers skærmtid pr. dag i fritiden, hvilket er 2,4 procentpoint højere end i 2017 (32,0 pct.) (se tabel 10.2.2). Andelen, som sidder ned mere end 8 timer på deres arbejde eller uddannelsessted, og andelen, som har mindst otte timers skærmtid pr. dag i fritiden, er omtrent den samme (hhv. 4 pct. og 3 pct.).


Halvdelen (49,9 pct.) af borgerne sidder samlet set ned mere end otte timer dagligt mod 53,1 pct. i 2017 (-3,3 procentpoint) (data ikke vist).


Andelen af borgere, som har 0 timers stillesiddende tid i forbindelse med transport, er fra 2017 til 2021 steget med 5,7 procentpoint. Samtidig er andelen med det hyppigste stillesiddende tidsforbrug på arbejde/uddannelse (4-8 timer) faldet 2,8 procentpoint, mens andelen med 0 timers stillesiddende tid i forbindelse med arbejde eller uddannelse er højere i 2021 end i 2017 (1,9 procentpoint) (data ikke vist). Ændringerne i den stillesiddende tid i forbindelse med arbejde og transport skal ses i lyset af, at en del borgere var hjemsendt eller havde mistet arbejdet i forbindelse med anden COVID-19-bølge i perioden februar til maj 2021, hvor spørgeskemaundersøgelsen til Sundhedsprofilen 2021 blev gennemført.

Tabel 10.2.2 Borgere, som på en typisk hverdag samlet har megen stillesiddende tid hhv. har megen skærmtid i fritiden

	Samlet stillesiddende tid - mere end 8 timer pr. dag		Samlet skærmtid i fritiden - mindst 4 timer pr. dag	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	49,9 	347.500	34,4 	239.600
Region Sjælland 2017	53,1 	364.900	32,0 	219.600
Køn				
Mand	52,1 	178.800	36,5 	125.500
Kvinde	47,7 	168.700	32,3 	114.100
Alder				
16-24 år	74,7 	59.300	50,9 	40.800
25-34 år	62,6 	52.400	34,3 	29.100
35-44 år	55,2 	52.500	25,7 	24.500
45-54 år	56,1 	71.600	24,4 	31.400
55-64 år	48,1 	60.500	28,8 	36.000
65-79 år	27,8 	41.100	42,5 	62.000
80+	26,8 	10.100	42,7 	15.800
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	40,6 	40.100	44,8 	43.600
Kort uddannelse	40,5 	112.000	34,2 	94.100
Kort videregående	56,4 	37.900	32,4 	22.000
Mellemlang videregående	50,8 	72.300	27,4 	39.300
Lang videregående	67,8 	41.600	19,5 	12.100
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	58,4 	210.400	23,4 	84.600
Arbejdsløse	35,4 	5.100	46,8 	6.600
Førtidspensionister	42,0 	12.300	55,8 	16.300
Efterlønsmodtagere	21,9 	1.100	45,7 	2.300
Alderspensionister	27,6 	51.800	42,5 	78.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	40,0 	15.500	50,9 	19.800
Under uddannelse	86,5 	53.700	51,6 	32.400
Samlivsstatus				
Samlevende	48,6 	212.100	28,3 	124.000
Ikke samlevende	52,0 	135.400	44,7 	115.600
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	59,4 	111.000	22,6 	42.500
Bor ikke med børn	48,3 	246.400	39,1 	199.200
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	50,2 	317.800	34,6 	219.500
Anden vestlig baggrund	47,4 	11.600	34,7 	8.600
Ikke-vestlig baggrund	46,4 	18.100	30,1 	11.500

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Halvdelen af borgerne (49,9 pct.) er samlet stillesiddende mere end otte timer dagligt på en typisk hverdag, svarende til 347.500 personer. Det er 3,3 procentpoint lavere end i 2017. Andelen af borgere med mindst fire timers skærmtid i fritiden pr. dag er derimod steget med 2,4 procentpoint fra 2017 til 34,4 pct. (239.600 personer) i 2021. Dermed bruger omkring hver tredje borger i regionen mindst fire timer af fritiden pr. dag foran en skærm.

Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder er stillesiddende. Det gælder både for den samlede stillesiddende tid på mere end otte timer pr. dag og for mindst fire timers skærmtid i fritiden. Siden 2017 er der sket et fald i andelen af både mænd og kvinder, som har mere end otte timers samlet stillesiddende tid pr. dag, mens andelen af kvinder, der bruger mindst fire timer af deres fritid pr. dag foran en skærm, er steget.

Hvad angår sammenhængen mellem alder og stillesiddende tid, er billedet forskelligt for samlet stillesiddende tid og skærmtid i fritiden. Andelen af borgere, der samlet er stillesiddende mere end otte timer pr. dag, falder med stigende alder. Blandt 16-24-årige har tre ud af fire dagligt mere end otte timers stillesiddende tid, mens det kun er tilfældet for mellem hver tredje og fjerde borger over 65 år. Det skal ses i lyset af, at mange borgere inden pensionsalderen alene i deres hovedbeskæftigelse kan have mange stillesiddende timer dagligt. Mindst fire timers skærmtid i fritiden er derimod mest udbredt blandt unge under 25 år (50,9 pct.) og ældre over 65 år (godt 40 pct.).

Fra 2017 til 2021 er der blandt 45-79-årige sket et fald i andelen af borgere, der har mere end otte timers samlet stillesiddende tid pr. dag, mens andelen af borgere, som har mindst fire timers skærmtid i fritiden, er steget blandt 35-44-årige og 65-79-årige i samme periode (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en markant tendens til, at jo kortere uddannelseslængde borgerne har, desto større en andel bruger mindst fire timer af deres fritid pr. dag foran en skærm. Andelen er steget blandt borgere med kort uddannelse fra 2017 til 2021. Tendensen er modsat rettet for andelen af borgere, som samlet har mindst otte timers stillesiddende tid på en almindelig hverdag. Her er forekomsten størst blandt borgere med en lang videregående uddannelse og lavest blandt borgere, som udelukkende har grundskole/gymnasial

uddannelse samt blandt borgere med kort uddannelse, hvor forekomsten er faldet fra 2017 til 2021. Dette skal ses i lyset af, at visse typer uddannelse leder til arbejde, der er mere stillesiddende end andre, hvilket påvirker den samlede stillesiddende tid i hverdagen.

Den tid, borgerne sidder ned på hverdage, hænger tæt sammen med deres erhvervstilknytning. En markant højere andel af borgere under uddannelse (86,5 pct.) og borgere i beskæftigelse (58,4 pct.) sidder ned mere end otte timer pr. dag end borgere, som ikke er i arbejde eller under uddannelse (fra 20 pct. til godt 40 pct.). Modsat tilbringer en lavere andel af de beskæftigede mere end fire timer af deres fritid foran en skærm. Det skal ses i lyset af den mængde tilgængelig fritid, som borgere hhv. i og uden for beskæftigelse har.

Andelen, der sidder ned mere end otte timer om dagen samlet set er faldet fra 2017 til 2021 blandt borgere i beskæftigelse og alderspensionister, mens andelen af borgere, der tilbringer mindst fire timer dagligt foran en skærm, er steget i de to grupper (data ikke vist).

Samlivsstatus og børn

Blandt borgere uden en samboende partner er både megen samlet stillesiddende tid og stillesiddende skærmtid i fritiden mere udbredt end blandt samlede borgere. Andelen af borgere med børn i hjemmet, der er stillesiddende mere end otte timer om dagen (59,4 pct.), er højere end blandt borgere uden børn i hjemmet (48,3 pct.). Omvendt tilbringer en større andel af borgere uden børn i hjemmet (39,1 pct.) end borgere med børn i hjemmet (22,6 pct.) mindst fire timer af deres fritid foran en skærm.

Fra 2017 til 2021 er andelen af borgere med mere end otte timers stillesiddende tid faldet blandt både samlevende og ikke samlevende samt blandt borgere, der ikke bor med børn, mens andelen med mindst fire timers skærmtid i fritiden er steget blandt borgere, der ikke bor sammen med børn (data ikke vist).

Etnisk baggrund

Megen stillesiddende tid er ikke tydeligt relateret til borgernes etniske baggrund. Fra 2017 til 2021 er andelen af borgere, der er stillesiddende mere end otte timer pr. dag, faldet 3,1 procentpoint blandt borgere med dansk baggrund, mens andelen af borgere med mindst fire timers skærmtid i fritiden er steget 2,6 procentpoint. Ændringer fra 2017 til 2021 er ikke signifikante for borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund (data ikke vist).

Tabel 10.2.3 Borgere, som på en typisk hverdag samlet har megen stillesiddende tid hhv. har megen skærmtid i fritiden, opgjort på kommuner

	Samlet stillesiddende tid - mere end 8 timer pr. dag		Samlet skærmtid i fritiden - mindst 4 timer pr. dag	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	49,9	347.500	34,4	239.600
Guldborgsund	49,7	25.400	38,1	19.400
Kalundborg	47,8	19.400	34,9	14.100
Lolland	40,2	13.600	38,1	12.800
Odsherred	41,8	11.900	33,5	9.500
Slagelse	47,4	30.500	34,6	22.300
Vordingborg	42,0	16.100	36,3	14.000
Faxe	47,8	14.800	31,8	9.800
Holbæk	52,4	30.800	38,1	22.400
Næstved	49,4	34.600	32,9	22.800
Ringsted	50,3	14.300	36,8	10.500
Sorø	47,9	12.000	35,5	9.000
Stevns	46,7	9.200	30,2	6.000
Greve	56,0	22.500	35,3	14.400
Køge	53,4	27.100	33,3	16.900
Lejre	51,2	11.900	27,2	6.400
Roskilde	57,5	42.900	30,9	23.100
Solrød	57,1	10.400	34,1	6.300

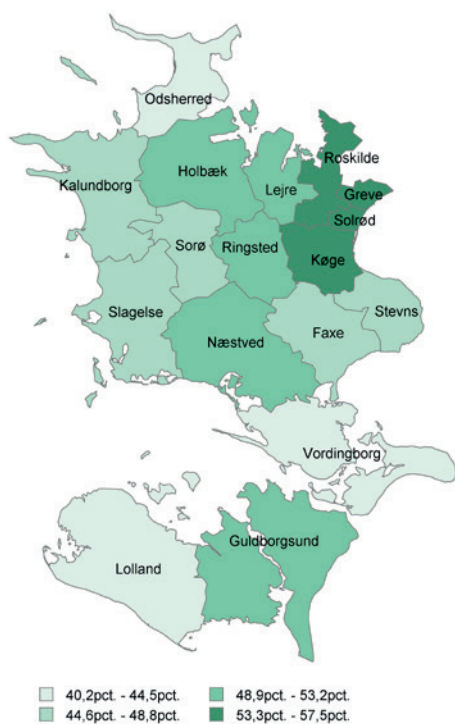
- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

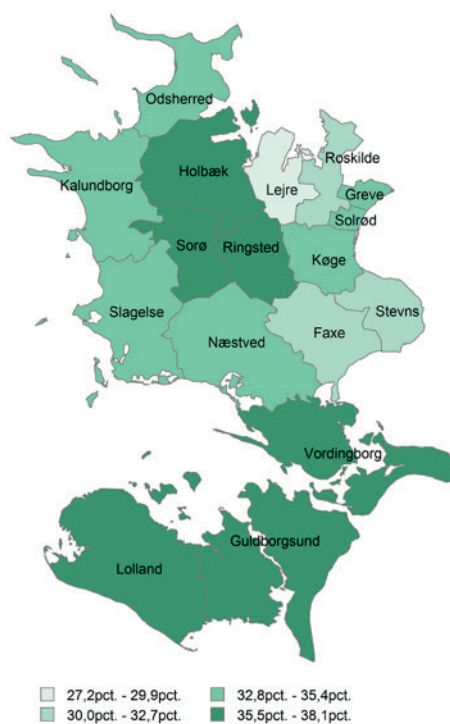
Andelen af borgere, der samlet sidder ned mere end otte timer på en typisk hverdag, varierer mellem regionens kommuner fra 40,2 pct. i Lolland Kommune til 57,5 pct. i Roskilde Kommune. Andelen er signifikant større end regionsgennemsnittet i alle de socioøkonomisk bedre stillede kommuner, undtagen Lejre Kommune, mens andelen i tre af de socioøkonomisk udfordrede kommuner er mindre end regionsgennemsnittet. Denne omvendte sociale ulighed i stillesiddende tid slår således også igennem på kommuneniveau. Geografisk ses det, at kommunerne i nærheden af hovedstadsområdet og på Midtsjælland har de højeste andele af meget stillesiddende borgere.

Andelen af borgere med megen skærmtid i fritiden varierer mindre mellem kommunerne, og det socioøkonomiske mønster er mindre tydeligt end for den samlede stillesiddende tid. Andelen af borgere, der bruger mindst fire timer om dagen i fritiden foran en skærm, varierer fra 27,2 pct. til 38,1 pct. mellem regionens kommuner, og der ses en tendens til, at lang skærmtid i fritiden er mest udbredt i de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner. Geografisk er udbredelsen af lang skærmtid størst i de tre sydligste kommuner, Guldborgsund, Lolland og Vordingborg kommuner, samt tre nabokommuner på Midtsjælland, Holbæk, Ringsted og Sorø kommuner.

Kort 10.2.4 Borgere, der samlet er stillesiddende mere end otte timer på en typisk hverdag



Kort 10.2.5 Borgere, der har mindst fire timers skærmtid i fritiden på en typisk hverdag



10.3 Sammenhæng mellem fysisk aktivitet i fritiden og øvrig sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer

I gennem de senere år har en række undersøgelser, heriblandt tidligere nationale sundhedsprofiler og Sundhedsprofilen 2017 for Region Sjælland, vist, at der er sammenhænge mellem et lavt niveau af fysisk aktivitet og bl.a. forekomsten af anden u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder daglig rygning og usundt kostmønster, samt ringere mentalt og fysisk helbred (11) (12) (13). De fleste sundheds- og trivselsudfordringer har en social slagside. Og med de sammenhængende mønstre rammes udsatte grupper ekstra hårdt af for eksempel multiforekomst af de livsstilssygdomme, som følger af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd eller sygdom og samtidig dårlig trivsel. Ifølge Sundhedsstyrelsen kan fysisk aktivitet også have betydning for følelsen af socialt fællesskab, hvis den fysiske aktivitet dyrkes sammen med andre (3).

I dette afsnit ses der nærmere på sammenhængen mellem borgernes fysiske aktivitetsniveau og udbredelsen af en række andre parametre for sundhed, helbred og trivsel. Som mål for den fysiske aktivitet i disse sammenligninger er valgt den fysiske aktivitet i fritiden og ved transport på en typisk uge. Niveauerne er opdelt i tre ud fra efterlevelsen af WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og WHO's udvidede anbefaling. Det er ikke muligt at følge udviklingen over tid, da resultaterne fra 2021, på grund af justering af de anvendte spørgsmål, ikke kan sammenlignes med resultaterne fra tidligere år. Se nærmere beskrivelse i afsnit 10.1.

Den fysiske aktivitet bliver først sammenholdt med udvalgte parametre for den øvrige sundhedsadfærd, heriblandt særligt KRAM-faktorerne (usund kost, daglig rygning og tegn på problematisk alkoholforbrug) og som noget nyt også stillesiddende tid ved en skærm i fritiden ("skærmtid"). Dernæst ses på sammenhængen mellem den fysiske aktivitet og udvalgte trivselsparametre, herunder mentalt og fysisk helbred, stress og tilfredshed med livet. Herefter holdes den fysiske aktivitet op mod tre parametre for borgernes sociale relationer og endelig belastning relateret til økonomi.

Blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ses især en høj andel:

- Dagligrygere
- Med usundt kostmønster
- Borgere med mindst fire timers skærmtid i fritiden dagligt
- Med lav score på den fysiske helbredsskala
- Med lav score på den mentale helbredsskala
- Med høj score på stressskalaen
- Som er utilfredse med livet
- Ensomme borgere
- Med tegn på social isolation
- Med sjælden kontakt med andre i forbindelse med fritidsaktiviteter

Tabel 10.3.1 Sundhedsadfærd samt skærmtid i fritiden blandt borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i fritiden

	Daglig rygning Pct.	Tegn på problematisk alkoholforbrug Pct.	Usundt kostmønster Pct.	Samlet skærmtid i fritiden - mindst 4 timer pr. dag Pct.
Region Sjælland 2021	16,1	13,4	18,9	34,4
Fysisk aktivitet i fritiden				
Lever ikke op til minimumsanbefaling	19,0	14,2	22,9	38,8
Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling	12,2	12,3	14,0	29,4
Lever op til udvidet anbefaling	10,9	12,5	11,7	26,5

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Tegn på problematisk alkoholforbrug er vurderet ved Cage-C (se afsnit 9.1).

Borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet er i højere grad dagligrygere, har i højere grad et usundt kostmønster og bruger i større omfang mindst fire timer pr. dag foran en skærm sammenlignet med borgere, der lever op til WHO's minimums- eller udvidede anbefaling. Andelen af borgere med tegn på problematisk alkohol-

forbrug varierer ikke nævneværdigt med niveauet af fysisk aktivitet, men er blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, signifikant højere end regionsgennemsnittet. Målt med alle parametre for sundhedsadfærd har borgere, der ikke lever op til minimumsanbefalingen, således også en mere usund adfærd på andre områder.

Tabel 10.3.2 Helbred og trivsel blandt borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i fritiden

	Lav score på mental helbredsskala Pct.	Lav score på fysisk helbredsskala Pct.	Høj score på stressskala Pct.	Utilfreds med livet Pct.
Region Sjælland 2021	16,8	13,2	28,7	21,4
Fysisk aktivitet i fritiden				
Lever ikke op til minimumsanbefaling	20,0	17,9	32,0	24,4
Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling	12,6	7,6	24,0	18,8
Lever op til udvidet anbefaling	11,2	5,0	20,5	15,8

















- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit


Note: En lav score på den mentale hhv. fysiske helbredsskala (SF12) angiver et ringere mentalt/fysisk helbred (se grænseværdier i afsnit 3.4). En høj score på stressskalaen (PSS) angiver et højere stressniveau (se afsnit 3.5).

Jf. tabel 10.3.2 har borgere, der ikke lever op til minimumsanbefalingen, en ringere trivsel målt på de tre angivne trivselsparametre. Blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er der en højere andel, som har en lav score på hhv. den mentale og fysiske helbredsskala, en høj score på stressskalaen, og som er utilfredse med livet, sammenlignet med borgere, som lever op til WHO's minimums- eller udvidede anbefaling.

Sammenlignet med borgere, som lever op til den udvidede anbefaling, er der blandt borgere, som udelukkende lever op til minimumsanbefalingen, en højere andel, som scorer lavt på den fysiske helbredsskala og højt på stressskalaen. At være utilfreds med livet og at have en lav score på den mentale helbredsskala varierer ikke i udpræget grad på tværs af borgere som hhv. lever op til minimums- og den udvidede anbefaling.

Tabel 10.3.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt borgerne med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i fritiden

	Ensomhed Pct.	Tegn på social isolation Pct.	Mødes sjældent med andre ifm. fritidsaktiviteter Pct.	Belastet af økonomi Pct.
Region Sjælland 2021	12,7 	8,0 	44,9 	32,3 
Fysisk aktivitet i fritiden				
Lever ikke op til minimumsanbefaling	14,6 	9,9 	54,5 	33,4 
Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling	10,5 	5,2 	33,5 	28,8 
Lever op til udvidet anbefaling	9,2 	4,1 	27,9 	31,1 

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Med sjældent menes sjældnere end én gang om måneden eller aldrig.

Sammenlignet med borgere, som lever op til WHO's minimums- eller udvidede anbefaling, er der blandt borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, en større andel, som er ensomme, som har tegn på social isolation, og som sjældent har kontakt med andre ifm. fritidsaktiviteter. Sammenlignet med borgere, som lever op til minimumsanbefalingen, men ikke den udvidede anbefaling, er andelen af borgere, som de seneste 12 måneder har følt sig belastet af økonomien (lidt, en del eller meget), desuden større blandt dem, som ikke lever op til minimumsanbefalingen. Forskellene, hvad angår belastning fra økonomien, er dog meget begrænsede.

10.4 Motivation og hjælp til bedre motionsvaner

I dette afsnit vises først opgørelser af borgernes egen vurdering af deres motionsvaner (selvvurderet motion), deres motivation til at blive mere fysisk aktive, og om de ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktive. Dernæst opgøres andelen af borgere, som er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, og andelen, som har modtaget information om, at man kan få hjælp i forbindelse med motionsvaner.

I afsnittet er der hovedsageligt fokus på borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, målt ud fra deres fysiske aktivitet i fritiden og ved transport (se afsnit 10.1). På grund af justering af de bagvedliggende spørgsmål i 2021 kan udviklingen ikke opgøres, ligesom resultaterne ikke kan sammenlignes med tilsvarende resultater fra Region Sjællands tidligere sundhedsprofil-rapporter.

Til opgørelsen af borgernes motionsvaner er de blevet spurgt, hvordan de selv vurderer deres motionsvaner. Svarmulighederne er "Virkelig gode", "Gode", "Nogenlunde", "Mindre gode" og "Dårlige". I opgørelserne omfatter "Vurderer egne motionsvaner som dårlige" de to sidstnævnte svarkategorier. Borgerne er også blevet spurgt, om de gerne vil være mere fysisk aktive. Dette spørgsmål bruges som mål for, hvorvidt de er motiveret til at øge deres fysiske aktivitetsniveau. De borgere, som har svaret "Ja" til dette, er efterfølgende blevet spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til at blive mere fysisk aktive.

Regionens borgere er endvidere blevet spurgt, om de inden for det seneste år har været hos egen læge, og om de er blevet rådet af lægen til at dyrke motion. Andelen, som er rådet af lægen til at dyrke motion, er opgjort blandt borgere, som har svaret "Ja" til, at de har været hos lægen (i alt 74 pct. af alle borgere i regionen, se også kapitel 1).

Endelig vises opgørelser af, om borgerne har fået information fra hhv. kommunens personale (f.eks. sundhedsplejerske, hjemmehjælp, sygeplejerske m.v.), egen læge, sygehus, arbejdet/uddannelsen eller andre om, at man kan få hjælp til at ændre sine motionsvaner.













Motivation til at være mere fysisk aktiv er især udbredt blandt:




- Kvinder
- De 16-54-årige
- Borgere med længere uddannelser
- Borgere i beskæftigelse, under uddannelse samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der er samlevende
- Borgere, der bor med børn i hjemmet

Ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv er især udbredt blandt:

- Kvinder
- De 80+-årige
- Borgere med kortere uddannelser
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke er samlevende
- Borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund

Tabel 10.4.1 Vurdering af egne motionsvaner samt motivation og ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet i fritiden

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige		Vil gerne være mere fysisk aktiv		Ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv (blandt de, der vil være mere aktive)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	38,1 	265.600	66,1 	460.800	35,2 	162.700
Fysisk aktivitet i fritiden						
Lever ikke op til minimumsanbefaling	56,5 	232.800	70,8 	292.100	40,5 	117.100
Lever op til minimumsanbefaling men ikke udvidet anbefaling	18,0 	24.800	66,7 	90.900	29,2 	26.900
Lever op til udvidet anbefaling	5,7 	8.500	53,6 	79.300	22,1 	17.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: Vurdering af egne motionsvaner som dårlige omfatter i tabellen både besvarelserne: "Dårlige" og "Mindre gode" motionsvaner.

Mere end hver anden af de borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, vurderer deres egne motionsvaner som dårlige (56,5 pct. svarende til 232.800 personer). Blandt borgere, som lever op til minimumsanbefalingen (men ikke lever op til WHO's udvidede anbefaling) er det knap hver femte (18,0 pct.). Selv blandt borgere, som lever op til den udvidede anbefaling, vurderer nogle borgere deres egne motionsvaner som dårlige (5,7 pct.)

Både blandt borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, og blandt borgere, som lever op til hhv. minimums- og den udvidede anbefaling, ønsker mere end halvdelen af borgerne at være mere fysisk aktive. Andelen er størst blandt borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen (70,8 pct. svarende til 292.100 personer). Blandt dem, som gerne vil være mere fysisk aktive, er andelen, som ønsker hjælp, størst blandt borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen (40,5 pct.), mens andelen, som ønsker hjælp, er lavest blandt dem, som lever op til den udvidede anbefaling (22,1 pct.).

Tabel 10.4.2 Vurdering af egne motionsvaner samt motivation og ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige		Vil gerne være mere fysisk aktiv		Ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv (blandt de, der vil være mere aktive)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	56,5	233.200	70,8	292.700	40,5	117.500
Køn						
Mand	57,6	112.000	68,0	132.900	36,9	48.700
Kvinde	55,5	121.100	73,3	159.800	43,5	68.700
Alder						
16-24 år	55,5	21.200	78,7	31.300	43,0	13.000
25-34 år	66,5	31.000	87,8	41.200	43,1	17.500
35-44 år	62,9	32.800	85,3	44.800	42,0	18.800
45-54 år	60,8	41.800	80,0	54.800	40,3	22.000
55-64 år	57,7	43.500	70,0	53.000	37,9	19.900
65-79 år	46,1	44.800	54,3	52.700	36,7	19.400
80+	53,2	18.100	45,1	14.900	47,7	6.900
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	56,6	39.400	61,2	41.900	48,6	20.400
Kort uddannelse	57,1	100.000	67,0	118.700	39,5	45.500
Kort videregående	56,0	20.500	75,7	27.600	41,3	11.300
Mellemlang videregående	55,6	43.300	80,5	61.800	37,4	23.200
Lang videregående	58,5	16.900	85,0	25.400	33,1	8.100
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	59,4	112.600	81,1	156.100	37,2	57.200
Arbejdsløse	65,0	5.800	77,6	6.900	50,1	3.500
Førtidspensionister	65,8	15.000	69,0	14.500	57,9	9.000
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	47,9	63.600	52,0	68.300	39,0	26.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	68,3	17.500	76,1	20.200	54,4	10.600
Under uddannelse	56,2	16.900	81,1	24.300	42,1	10.200
Samlivsstatus						
Samlevende	54,9	139.200	72,0	185.800	36,3	66.300
Ikke samlevende	59,2	94.000	68,7	106.900	47,7	51.200
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	61,0	61.800	85,8	89.500	39,8	34.000
Bor ikke med børn	56,6	176.100	67,2	207.600	41,3	84.600
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	57,1	213.300	70,8	266.400	39,2	102.800
Anden vestlig baggrund	58,4	8.200	71,3	10.300	49,9	5.000
Ikke-vestlig baggrund	47,0	11.700	70,8	16.000	54,1	9.700

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Vurdering af egne motionsvaner som dårlige omfatter i tabellen både besvarelserne: "Dårlige" og "Mindre gode" motionsvaner.

Generelt

Mere end hver anden borger, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, vurderer selv, at deres motionsvaner er dårlige (dvs. angiver motionsvanerne som "Dårlige" eller "Mindre gode"), det svarer til 233.200 personer. Syv ud af ti borgere, som ikke efterlever minimumsanbefalingen, vil gerne være mere fysisk aktiv (70,8 pct.), heraf ønsker 40,5 pct. hjælp til det, svarende til 117.500 personer.

Køn og alder

Blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ønsker en større andel af kvinderne (73,3 pct.) end mændene (68,0 pct.) at være mere fysisk aktive, og blandt disse er der ligeledes en større andel af kvinder (43,5 pct.) end mænd (36,9 pct.), som ønsker hjælp til det. Blandt borgere, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, ses der ingen kønsforskel i andelen af borgere, som vurderer deres motionsvaner som dårlige.

Især borgere i alderen 25-54 år, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, vurderer selv, at deres motionsvaner er dårlige (60,8-66,5 pct.). Andelen er lavest blandt de 65-79-årige, hvor mindre end halvdelen (46,1 pct.) blandt dem, som ikke lever op til minimumsanbefalingen, vurderer egne motionsvaner som dårlige.

Tilsvarende er det især blandt 16-54-årige borgere, der ikke lever op til minimumsanbefalingen, at en stor del gerne vil være mere fysisk aktive (mellem 78,7 pct. til 87,8 pct.). Andelen, som ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktive blandt dem, som gerne vil være det, er derimod størst blandt de 80+-årige (47,7 pct.).

Uddannelse og erhvervstilknytning

På tværs af uddannelsesniveauer er der stort set ikke forskel på, hvor mange af de borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, der vurderer deres egne motionsvaner som dårlige (56,0-58,5 pct.). Derimod er der en tydelig tendens til stigende andel, som ønsker at være mere fysisk aktive, med stigende uddannelseslængde, og andelen spænder fra 61,2 pct. blandt borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse, til 85,0 pct. blandt borgere med lange videregående uddannelser. Andelen, som ønsker hjælp, blandt de borgere, som gerne vil være mere fysisk aktive, falder derimod med stigende uddannelseslængde og spænder fra en tredjedel af borgerne med en lang videregående uddannelse til næsten halvdelen af de borgere, som udelukkende har en grundskole/gymnasial uddannelse.

Selvurderet dårlige motionsvaner blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, er mest udbredt i erhvervstilknytningsgrupperne beskæftigede, førtidspensionister, arbejdsløse samt den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive (59,4-68,3 pct.). Blandt borgere, som ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive, er andelen, som er motiveret til at blive mere fysisk aktiv, højest blandt beskæftigede, borgere under uddannelse og øvrige ikke-erhvervsaktive. Andelen heraf, som ønsker hjælp til det, er ligeledes højest blandt øvrige ikke-erhvervsaktive (54,4 pct.), men også blandt førtidspensionister er andelen høj (57,9 pct.).

Samlivsstatus og børn

Andelen blandt utilstrækkeligt fysisk aktive borgere, som vurderer egne motionsvaner som dårlige, er større blandt ikke-samlevende end blandt samlevende, mens andelen af borgere, som ønsker at blive mere fysisk aktiv, er større blandt samlevende (72,0 pct.) end blandt dem, som ikke bor sammen med en partner (67,2 pct.). Omvendt er andelen, som gerne vil have hjælp til det, størst blandt borgere, som ikke bor med en partner.

Borgere, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og som bor sammen med børn, ser i højere grad egne motionsvaner som dårlige og ønsker i højere grad at blive mere fysisk aktive end borgere uden børn i hjemmet. Andelen, som ønsker hjælp til det, er ikke afhængig af, om man bor med børn eller ej.

Etnisk baggrund

Blandt de borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, vurderer en højere andel af borgere med dansk baggrund end ikke-vestlig baggrund, at deres egne motionsvaner er dårlige, mens andelen i gruppen med anden-vestlig baggrund ikke afviger signifikant fra andelen i de to andre grupper. Blandt dem, som gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker en højere andel af borgere med anden- eller ikke-vestlig baggrund hjælp til det (omkring halvdelen) end borgere med dansk baggrund (39,2 pct.).

Tabel 10.4.3 Vurdering af egne motionsvaner samt motivation og ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, opgjort på kommuner

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige		Vil gerne være mere fysisk aktiv		Ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv (blandt de, der vil være mere aktive)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	56,5	233.200	70,8	292.700	40,5	117.500
Guldborgsund	57,1	18.300	67,8	21.900	38,0	8.200
Kalundborg	56,8	13.500	66,1	15.600	41,9	6.600
Lolland	56,3	12.600	63,8	14.300	41,6	5.900
Odsherred	56,6	10.100	66,6	11.800	39,0	4.600
Slagelse	58,2	23.000	70,8	28.600	39,4	11.100
Vordingborg	52,5	12.100	68,7	15.700	34,9	5.400
Faxe	60,8	11.500	70,7	13.400	43,3	5.700
Holbæk	57,4	19.500	71,0	24.200	44,4	10.600
Næstved	55,3	24.200	71,0	31.100	38,8	12.100
Ringsted	60,1	10.300	70,9	12.100	42,2	5.100
Sorø	53,7	7.800	69,8	10.200	41,4	4.200
Stevns	58,5	6.800	71,5	8.300	41,5	3.400
Greve	54,9	12.800	72,8	16.600	39,3	6.600
Køge	56,1	15.800	73,2	20.900	45,7	9.300
Lejre	55,2	7.000	77,1	10.000	43,3	4.300
Roskilde	55,8	22.300	76,2	30.400	37,7	11.500
Solrød	56,9	5.500	77,2	7.400	41,9	3.100







- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Vurdering af egne motionsvaner som dårlige omfatter i tabellen både besvarelserne: "Dårlige" og "Mindre gode" motionsvaner.

Kommunevariation

Andelen med selv vurderet dårlige motionsvaner blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, varierer kun meget lidt mellem kommunerne i Region Sjælland, og kun i Faxe Kommune er andelen højere end regionsgennemsnittet. Andelen blandt borgere, som ikke efterlever anbefalingerne, der gerne vil være mere fysisk aktive, varierer mellem kommuner fra 63,8 pct. i Lolland Kommune til 77,2 pct. i Solrød Kommune. Der er en tendens til, at andelen af motiverede borgere er størst i de socioøkonomisk bedre stillede kommuner som Lejre, Roskilde og Solrød kommuner, og mindst i mere udfordrede kommuner som Kalundborg, Lolland og Odsherred kommuner. Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv (blandt dem, som ønsker dette) varierer mindre på tværs af kommuner, og kun i Vordingborg Kommune er andelen lavere end regionsgennemsnittet.

Tabel 10.4.4 Information om mulighed for hjælp til at ændre motionsvaner til borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, fra forskellige kilder og samlet (har modtaget information fra mindst en kilde)

	Pct.
Egen læge	6,3 
Kommunens personale	2,3 
Sygehus	2,0 
Arbejde/uddannelse	2,1 
Andre	13,7 
Alle kilder	24,5 

I alt 24,5 pct. af de borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har fået information fra en eller flere kilder om, at der er mulighed for at få hjælp til at ændre motionsvaner. Det er kun få procent, der er blevet informeret af kommunens personale eller sygehuset, mens 6,3 pct. har fået information fra egen læge. Størstedelen er dog blevet informeret om muligheden for hjælp fra andre, uspecificerede kilder (13,7 pct.).



Lejre Kommune har i 2021, i samarbejde med DGI og to af kommunens lokale idrætsforeninger, opstartet Jump4fun. Jump4fun er et foreningstilbud til børn og unge, som er ramt af overvægt, mistroivsel eller endnu ikke har fundet plads i en traditionel idrætsforening. I Jump4fun er der fokus på leg, bevægelsesglæde og venskaber. Foto: Rikke Hjulmand

Tabel 10.4.5 Borgere, som er rådet af egen læge til at dyrke motion hhv. informeret om mulighed for hjælp til at ændre motionsvaner (alle kilder), blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

	Rådet af egen læge til at dyrke motion (blandt de som har været ved egen læge)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	22,6	70.000	24,5	101.200
Køn				
Mand	27,2	36.900	24,9	48.500
Kvinde	19,0	33.100	24,2	52.700
Alder				
16-24 år	19,6	5.400	34,3	13.100
25-34 år	25,2	8.500	23,0	10.800
35-44 år	20,6	7.700	20,7	10.900
45-54 år	24,1	11.400	24,8	17.100
55-64 år	23,7	13.400	25,5	19.300
65-79 år	23,3	18.500	23,9	23.100
80+	18,3	5.000	20,7	6.800
Uddannelsesmæssig baggrund				
Grundskole/gymnasial	25,7	13.200	24,6	17.000
Kort uddannelse	23,8	31.300	24,6	43.100
Kort videregående	22,0	6.100	24,7	9.100
Mellemlang videregående	19,6	11.700	21,4	16.700
Lang videregående	16,3	3.500	21,4	6.200
Erhvervstilknytning				
Beskæftigede	21,5	28.600	22,5	42.900
Arbejdsløse	28,6	1.900	23,5	2.100
Førtidspensionister	26,0	4.300	32,7	7.500
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	22,0	23.700	23,1	30.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	31,0	6.600	29,6	7.700
Under uddannelse	19,4	4.200	32,2	9.800
Samlevsstatus				
Samlevende	21,6	42.000	22,7	57.700
Ikke samlevende	24,2	28.000	27,5	43.500
Samboende med børn u. 16 år				
Bor sammen med børn	21,3	16.300	21,6	22.000
Bor ikke med børn	23,2	54.200	25,4	78.900
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	22,2	63.000	24,1	89.900
Anden vestlig baggrund	22,4	2.300	23,3	3.400
Ikke-vestlig baggrund	28,9	4.600	32,4	7.900

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 10.4.6 Borgere, som er rådet af egen læge til at dyrke motion hhv. informeret om mulighed for hjælp til at ændre motionsvaner (alle kilder), blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, opgjort på kommuner

	Rådet af egen læge til at dyrke motion (blandt de som har været ved egen læge)		Informeret om mulighed for hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	22,6	70.000	24,5	101.200
Guldborgsund	20,5	5.100	24,1	7.800
Kalundborg	19,6	3.500	21,4	5.100
Lolland	27,5	4.400	21,3	4.700
Odsherred	24,6	3.200	24,3	4.400
Slagelse	20,8	5.900	25,6	10.100
Vordingborg	22,2	3.900	24,9	5.800
Faxe	25,7	3.700	23,8	4.500
Holbæk	25,0	6.500	24,7	8.400
Næstved	23,4	7.500	24,4	10.700
Ringsted	20,5	2.600	25,6	4.400
Sorø	18,9	2.000	26,7	3.900
Stevns	22,2	1.900	24,1	2.800
Greve	21,1	3.900	25,4	5.900
Køge	21,8	4.700	24,0	6.800
Lejre	25,4	2.500	25,0	3.200
Roskilde	23,9	7.300	25,5	10.100
Solrød	19,3	1.400	28,1	2.700

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Tabel 10.4.5 og tabel 10.4.6 viser opgørelser blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Tabellerne viser dels andelen, som er rådet af lægen til at dyrke motion, blandt borgere, som har været hos egen læge de seneste 12 måneder, og dels andelen, som er informeret om, at man kan få hjælp til at ændre motionsvaner (alle kilder, se tabel 10.4.4).

Blandt borgere, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, er andelen, som har fået rådgivning fra egen læge om at dyrke motion, højere blandt mænd end blandt kvinder, og der ses en tendens til, at andelen falder med stigende uddannelseslængde. Desuden er en stor andel borgere rådgivet om at dyrke motion i den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Blandt borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling, er andelen, som er informeret om, at man kan få hjælp til at ændre motionsvaner (alle kilder), højere blandt 16-24-årige end de øvrige aldersgrupper. Andelen er også højere blandt ikke-samlevende end samlevende borgere og højere blandt borgere med ikke-vestlig oprindelse end blandt borgere med dansk oprindelse. Endelig er andelen, som har fået information, høj blandt førtidspensionister, blandt den blandede gruppe af øvrige ikke-erhvervsaktive borgere og blandt borgere under uddannelse.

Både hvad angår andelen af borgere, som har fået rådgivning fra egen læge om at dyrke motion, og andelen, som har fået information om, at man kan få hjælp til at ændre motionsvaner, er der kun meget begrænset variation mellem kommunerne i Region Sjælland. For øvrige detaljer henvises til tabellerne.

Referencer

1. **Sundhedsstyrelsen.** *Fysisk aktivitet: Håndbog om forebyggelse og behandling.* København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
2. **Posadzki, Pawel, et al.** Exercise/physical activity and health outcomes: an overview of Cochrane systematic reviews. *BMC Public Health.* 2020.
3. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet.* København : Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. **Eriksen, L, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* s.l. : Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2016.
5. **Overgaard, Kristian, et al.** *Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko.* København: Vidensråd for forebyggelse, 2012.
6. **WHO.** Physical Activity (health risks of sedentary behavior). [Online] 2020. [Citeret: 13. September 2021.] Physical activity (who.int).
7. **Ekelund, Ulf, et al.** *Do the associations of sedentary behaviour with cardiovascular disease mortality and cancer mortality differ by physical activity level? A systematic review and harmonised meta-analysis of data from 850 060 participants.* s.l. : British Journal of Sports Medicine, 2018.
8. **Toftager, Mette og Brønd, Jan Christian.** *Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15 årige - National monitorering med objektive målinger.* København : Sundhedsstyrelsen, 2019.
9. **WHO.** *WHO Guidelines on Physical Activity and Sedentary behaviour.* 2020.
10. **Ekelund, Ulf, et al.** Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *The Lancet (British Edition).* 2016, 388(10051).
11. **Blaakilde, Anne Leonora, et al.** *Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner - Hvordan har du det?* Sorø : Region Sjælland, Produktion Forskning og Innovation (PFI), 2018.
12. **Christensen, Anne Illemann, et al.** *Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013.* København: Sundhedsstyrelsen, 2014.
13. **Udesen, Caroline Holt, et al.** *Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017.* København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
14. **World Health Organisation.** Physical activity. [Online] 26. 11 2020. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>.

Kapitel 11

Søvn

11.1 Søvnlængde på hverdage

11.2 Søvnkvalitet og information om mulighed for
hjælp til søvnvaner

11.3 Sammenhæng mellem søvnlængde og
søvnkvalitet

11.4 Sammenhæng mellem søvnproblemer
og sundhedsadfærd

11.5 Sammenhæng mellem søvnproblemer og helbred,
trivsel og belastninger



Søvn

- Både søvnlængden og søvnkvaliteten er overordnet set uændret siden 2017
- En større andel af kvinder end mænd sover under 6 timer dagligt i 2021, og ligesom i 2017 har en større andel af kvinder end mænd dårlig søvnkvalitet
- Andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet er større blandt yngre borgere end blandt ældre
- Andelen af borgere med kort søvnlængde og dårlig søvnkvalitet er større blandt borgere med lav uddannelse og borgere udenfor arbejdsmarkedet end blandt borgere med anden uddannelse og erhvervstilknytning
- Der ses en tæt sammenhæng mellem søvnproblemer og sundhedsadfærd og mentalt helbred og trivsel

Søvn er afgørende for vores velbefindende, helbred og trivsel. Når man sover, restituerer kroppen, og hjernens funktioner vedligeholdes. Blandt andet er både udskillelsen og reguleringen af forskellige hormoner som f.eks. væksthormon og ”stresshormonet” kortisol samt dannelsen af antistoffer i vores immunsystem afhængig af søvn (1) (2).

Modsat kan problemer med søvn have negativ indflydelse på helbredet og trivslen, og søvnproblemer bør ses som en risikofaktor for helbredet på lige fod med f.eks. usund kost og/eller manglende motion. Uden tilstrækkelig søvn nedsættes hjernens funktionsevne, man får sværere ved at huske og koncentrere sig, og man bliver lettere irriteret (1). Står det på over længere tid, kan det have mere alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred, f.eks. ved at bidrage til overvægt, forværring af stresssymptomer samt udviklingen af en række alvorlige sygdomme, herunder hjertekarsygdom og diabetes. Der er ligeledes påvist en højere dødelighed blandt folk med søvnproblemer (1).

Søvnproblemer omfatter både for kort søvn (mindre end seks timer), for lang søvn (mere end ni timer) samt mere kvalitetsmæssige aspekter af søvnen, hvor man trods et tilstrækkeligt antal timers søvn ikke oplever at sove godt, har problemer med at falde i søvn, vågner mange gange i løbet af natten osv. (1). Dertil kommer egentlige søvnsygdomme som f.eks. søvnapnø. Sammenhængen mellem søvnproblemer og helbredsudfordringer er kompleks og synes tit at gå begge veje og virke selvforstærkende (3) som f.eks. for overvægt (4) og stress (1).

Knap 46 pct. af danskerne angav i 2017, at de havde været lidt eller meget generet af søvnproblemer indenfor de seneste 14 dage (5), og søvnløshed vurderes at være en af de mest hyppige helbredsproblemer i befolkningen (6). Søvnproblemer har af samme grund store samfundsmæssige omkostninger bl.a. i form af nedsat effektivitet, fravær fra arbejdet, flere ulykker og et forhøjet medicinforbrug (1).

Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2017 viste, at der er stor alders- og kønsforskel på årsagerne til, at borgerne ikke får nok søvn til at føle sig udhvilet. Mænd svarer oftest (på tværs af aldersgrupper), at årsagen er, at de ”kommer for sent i seng pga. underholdning fra mobiltelefon, tablet, computer, spillekonsol eller tv”, mens kvinder hyppigst angiver ”tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer” som årsagen (3). Undersøgelser har vist, at COVID19-pandemien har givet anledning til flere bekymringer og dårligere trivsel blandt mange (7) (8), og særligt derfor er det interessant at følge søvnmønstret over tid.

Andre faktorer, der er fundet at kunne påvirke søvnlængde og kvalitet, er bl.a. arbejdsmiljø og skifteholdsarbejde, fysisk aktivitet og kost, herunder indtagelse af koffein og alkohol, samt fysiske forhold som lys, værelsestemperatur, støj eller andre forstyrrelser (1). Endelig spiller alder en vigtig rolle for både søvnlængde og søvnkvalitet (2) (1).

Kapitlet indledes med et afsnit om søvnlængden blandt borgerne i Region Sjælland. Afsnit 11.2 fokuserer på søvnkvalitet samt information om mulighed for hjælp til bedre søvnvaner. I afsnit 11.3 vises sammenhængen mellem søvnlængde og søvnkvalitet, og i kapitlets fjerde og femte afsnit er der fokus på sammenhængen mellem søvnproblemer og hhv. sundhedsadfærd og helbred, trivsel samt belastninger i livet.

Hovedresultater

Forekomst

Fire ud af fem borgere sover over seks timer, men under ni timer. Det svarer til andelen i 2017. Omkring halvdelen af borgerne i regionen føler sig som regel udhvilede og ikke generet af søvnproblemer. Der er dog også en del borgere, som har dårlig søvnkvalitet. Omkring hver ottende borger får næsten aldrig søvn nok til at føle sig udhvilet, mens cirka hver sjette borger er meget generet af søvnproblemer. Udviklingen over tid med en øget forringelse i søvnkvaliteten blandt regionens borgere fra 2010 til 2017 er ikke fortsat i 2021.

Køn

Det er sket en udvikling siden 2017, så der i 2021 er en større andel af kvinder end mænd, der sover under seks timer dagligt. Der er som tidligere år også en større andel med dårlig søvnkvalitet blandt kvinder end blandt mænd. En lidt større andel af kvinderne oplever dog i 2021 sammenlignet med 2017 at få søvn nok til at føle sig udhvilet.

Alder

Borgere over 65 år har generelt bedre søvnkvalitet end yngre borgere. Andelen af borgere, der ikke føler sig udhvilet, er størst i de yngste aldersgrupper, og blandt de 16-24-årige er mere end hver femte meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær. Kun omkring 6 pct. af borgere over 65 år føler sig ikke udhvilet, mens andelen er to til tre gange større blandt yngre borgere.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af borgere med søvnlængde under seks timer og dårlig søvnkvalitet falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Søvnkvalitet under seks timer er mere end dobbelt så udbredt blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse end blandt borgere med en lang videregående uddannelse. Der er også en tydelig sammenhæng mellem borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og deres søvnlængde og søvnkvalitet. Blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive sover godt hver femte borger under seks timer, og mere end hver tredje er meget generet af søvnproblemer, mens det samme kun er tilfældet for hhv. hver tiende og hver ottende borger i beskæftigelse.

Samlivsstatus

Både søvnlængde på under seks timer og dårlig søvnkvalitet er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere, som bor sammen med en partner.

Børn i hjemmet

Andelen af borgere, som ikke føler sig udhvilet, er større blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn i hjemmet. Andelen, der er meget generet af søvnproblemer, er til gengæld større blandt borgere uden børn i hjemmet.

Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund sover generelt mindre og har ringere søvnkvalitet end borgere med dansk baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sover omkring hver femte borger under seks timer dagligt, mens det kun er godt hver tiende blandt borgere med både dansk og anden vestlig baggrund.

Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet

Der er en meget tydelig sammenhæng mellem søvnlængde og oplevet søvnkvalitet. Borgere, der sover syv til otte timer, har den bedste søvnkvalitet, mens mere end halvdelen af de borgere, der sover under seks timer, oplever at være meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær. Dårlig søvnkvalitet synes desuden at være lidt mere udbredt blandt borgere, der sover ni timer eller længere.

Sammenhæng mellem sundhedsadfærd, helbred og trivsel og søvnproblemer

Der ses generelt en tæt sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og deres søvnkvalitet. Jo mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd desto større en andel oplever samtidigt at have søvnproblemer eller søvnbesvær. Sammenhængen er mest markant for hhv. stoffer, daglig rygning, undervægt og skærmtid i fritiden. Sammenhængen er endnu mere markant, når det kommer til borgernes generelle helbred og trivsel, hvor især de mentale trivselsparametre slår ud. F.eks. er 43,1 pct. af dem, der scorer lavt på den mentale helbredsskala, også meget generet af søvnproblemer.

11.1 Søvn­længde på hverdage

Der er mange faktorer, der har indflydelse på, hvor længe vi sover, herunder alder, køn og årstid. Ifølge en omfattende undersøgelse af danskernes søvn­længde fra 2008/2009 sover vi i gennemsnit et kvarter læn­gere om vinteren end om sommeren og ca. tre kvarter læn­gere i weekenden end til hverdag. Kvinder sover i gennemsnit lidt læn­gere end mænd i hverdagene. Un­dersøgelsen viste også, at danskernes gennemsnitlige søvn­længde overordnet set har ligget nogenlunde sta­bilt siden slutfirserne, hvor vi efter nogle år med ud­sving fandt ca. samme niveau som i 1960'erne (9) (1).

Der findes ingen officielle anbefalinger for søvn­længde for voksne i Danmark. Der er dog enighed om, at voksne generelt har behov for at sove mindst seks og højst ni timer i døgnet (1). Søvn­længder udenfor disse grænser, dvs. enten for lang eller for kort søvn­længde, er forbundet med forøget risiko for tidlig død og udvikling af forskellige sygdomme (3). Det er dog hovedsageligt for kort søvn­længde, at en direkte års­agssammenhæng kan dokumenteres, mens der med hensyn til lang søvn­længde er tvivl om, hvorvidt sam­menhængen med f.eks. den højere dødelighed nær­mere skyldes underliggende sygdom, som påvirker både dødelighed og søvn (1).

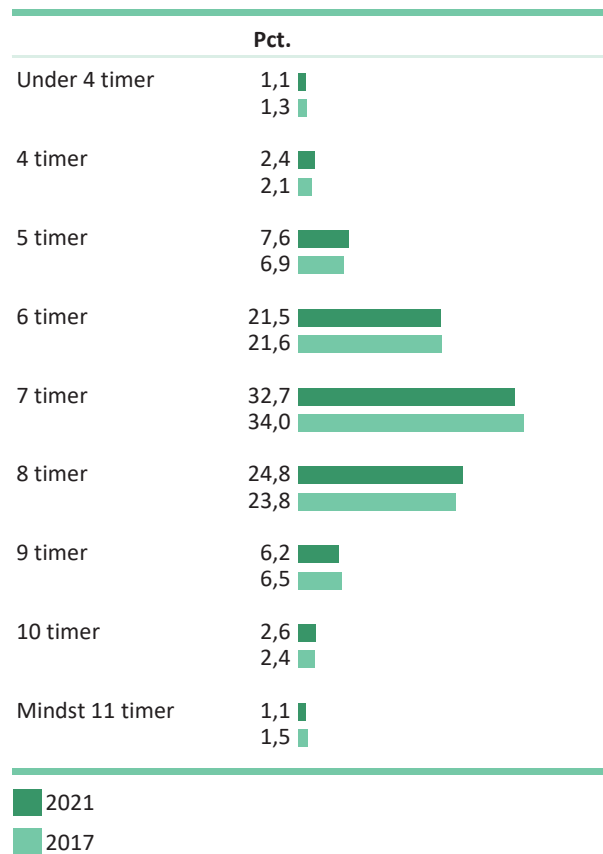
Søvn­længden blandt Region Sjællands borgere er målt ved spørgsmålet: "Hvor mange timer og minuter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn? (medtag en evt. middagslur)".

Søvn­længde under seks timer er især udbredt blandt:

- Borgere med udelukkende grundskole/gymna­sial uddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Søvn­længde under seks timer er siden 2017 især blevet mere udbredt blandt kvinder.

Tabel 11.1.1. Dagligt antal timers søvn på hverdage



Note: Hver timekategori omfatter personer, som sover mindst det pågældende antal timer og op til 59 minutter derover. Dvs. at "7 timer" omfatter borgere, der sover mindst syv timer, men under otte timer.

Spørgsmålet er afgrænset til at vedrøre de seneste fire uger. Fordelingen af antal timers søvn er opgjort, og derudover er andelen af borgere, der sover under seks timer, opgjort, svarende til den nedre grænse for det generelle søvnbehov blandt voksne.

Det mest almindelige blandt regionens voksne bor­gere er at sove mindst syv timer, men under otte timer dagligt på hverdage. Fire ud af fem borgere sover mindst seks timer, men under ni timer dagligt. Godt hver tiende borger sover mindre end seks timer dagligt, mens hver tyvende borger (4,8 pct. - data ikke vist) sover mere end ni timer dagligt. Der er overord­net set ikke sket store ændringer siden 2017.

Tabel 11.1.2 Borgere, der sover under seks timer dagligt på hverdage

	Sover under seks timer		
	Pct. 2021		Personer 2021 Pct. 2017
Regionen Sjælland	11,1		77.100 10,4
Køn			
Mand	10,2		34.900 10,4
Kvinde	11,9		42.200 10,3
Alder			
16-24 år	11,9		9.100 9,6
25-34 år	11,7		9.300 11,0
35-44 år	10,3		9.400 11,2
45-54 år	12,3		15.400 10,7
55-64 år	11,8		14.500 11,6
65-79 år	9,1		14.200 8,9
80+	11,5		5.200 9,3
Uddannelsesmæssig baggrund			
Grundskole/gymnasial	15,7		16.100 13,0
Kort uddannelse	11,3		31.600 10,2
Kort videregående	8,0		5.300 8,8
Mellemlang videregående	8,7		12.200 8,9
Lang videregående	6,4		3.800 5,1
Erhvervstilknytning			
Beskæftigede	9,2		31.700 9,1
Arbejdsløse	16,9		2.300 15,2
Førtidspensionister	24,9		7.600 21,0
Efterlønsmodtagere	5,5		300 7,8
Alderspensionister	9,6		19.500 9,0
Øvrige ikke-erhvervsaktive	20,7		8.100 18,5
Under uddannelse	12,4		7.400 10,4
Samlivsstatus			
Samlevende	9,6		41.600 9,1
Ikke samlevende	13,6		35.600 12,5
Samboende med børn u. 16 år			
Bor sammen med børn	10,6		19.400 9,9
Bor ikke med børn	11,0		56.600 10,5
Etnisk baggrund			
Dansk baggrund	10,5		66.600 9,6
Anden vestlig baggrund	11,9		3.000 11,9
Ikke-vestlig baggrund	19,8		7.600 23,9

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen i de forskellige grupper øger usikkerheden. Signifikante ændringer er angivet i teksten.

Generelt

Godt hver tiende borger i regionen (11,1 pct. - svarende til 77.100 borgere) sover under seks timer dagligt på hverdage. Det er ikke signifikant forskelligt fra tallet i 2017.

Køn og alder

Andelen af kvinder, der sover under seks timer dagligt, er steget fra 2017 til 2021, og er i 2021 større end andelen blandt mænd. Andelen varierer ikke meget på tværs af aldersgrupper. Dog er andelen af borgere, der sover mindre end seks timer dagligt, lidt mindre blandt 65-79-årige end i regionen samlet set og særligt lavere end blandt de 45-64-årige.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Som i 2017 er der stor variation i andelen af borgere, der sover under seks timer dagligt, på tværs af uddannelsesgrupper og erhvervstilknytning. Blandt borgere med lang videregående uddannelse er der 6,4 pct., der sover under seks timer dagligt. Andelen blandt borgere udelukkende med grundskole/gymnasial uddannelse er mere end dobbelt så stor (15,7 pct.).

Blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive sover godt hver femte borger under seks timer dagligt, mens det kun er tilfældet for ca. hver tiende borger i beskæftigelse eller på alderspension. Andelen er ikke ændret signifikant for nogen af grupperne siden 2017.

Samlivsstatus og børn

Blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, sover en større andel under seks timer dagligt end blandt borgere med en samboende partner. Der er ikke forskel på andelen af borgere, hhv. med og uden børn i hjemmet, der sover under seks timer dagligt.

Etnisk baggrund

Der er en tydelig sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og omfanget af søvn. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sover næsten hver femte borger under seks timer dagligt, mens det blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund kun er godt hver tiende.

Tabel 11.1.3 Borgere, der sover under seks timer dagligt på hverdage, opgjort på kommuner

	Sover under seks timer		Personer 2021	Pct. 2017
	Pct. 2021			
Region Sjælland	11,1		77.100	10,4
Guldborgsund	11,8		6.200	11,3
Kalundborg	13,0		5.300	11,6
Lolland	14,0		4.900	10,6
Odsherred	10,8		3.100	13,3
Slagelse	11,8		7.500	11,7
Vordingborg	10,9		4.300	9,2
Faxe	10,1		3.100	10,3
Holbæk	12,0		7.000	11,5
Næstved	12,8		9.000	10,7
Ringsted	12,5		3.500	11,4
Sorø	9,7		2.400	9,0
Stevns	8,9		1.700	9,3
Greve	9,4		3.800	9,8
Køge	10,6		5.300	8,2
Lejre	9,2		2.100	7,5
Roskilde	8,3		6.200	9,1
Solrød	9,7		1.800	9,1

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

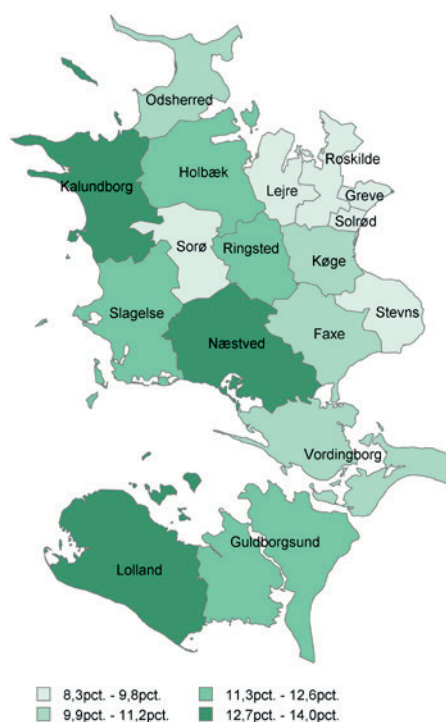
Note: Udviklingen over tid skal fortolkes med forsigtighed, da opdelingen på kommuneniveau øger usikkerheden. Signifikante ændringer er angivet i teksten.

Kommunevariation

Andelen af borgere, der sover under seks timer dagligt på hverdage, varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 8,3 pct. og 8,9 pct. i hhv. Roskilde og Stevns kommuner til 14 pct. i Lolland Kommune. I størstedelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 11,1 pct., og der er ingen signifikante ændringer siden 2017.

Der er en generel tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner i den vestlige og sydlige del af regionen har en større andel af borgere, der sover under seks timer dagligt end de bedre stillede kommuner i nærheden af hovedstadsområdet.

Kort 11.1.4 Borgere, der sover under seks timer dagligt på hverdage



11.2 Søvnkvalitet og information om mulighed for hjælp til søvnvaner

Søvnkvaliteten, dvs. hvor godt man sover, kan i sig selv, uafhængigt af søvnlængden, have stor betydning for både det fysiske og psykiske helbred (3). Borgernes søvnkvalitet beskrives i dette afsnit ud fra to spørgsmål. Borgerne er først blevet spurgt, om de har været generet af søvnbesvær eller søvnproblemer de seneste 14 dage med følgende svarmuligheder: ”Ja, meget generet”, ”Ja, lidt generet” eller ”Nej”. Andelen af borgere, der har svaret, at de er meget generet af søvnproblemer, er opgjort på regions- og kommuneniveau.

Derudover er borgerne blevet spurgt, om de i de seneste fire uger har fået søvn nok til at føle sig udhvilede med svarmulighederne: ”Ja, som regel”, ”Ja, men ikke tit nok” eller ”Nej, aldrig (næsten aldrig)”. Her er andelen, som har svaret, at de aldrig/næsten aldrig har fået søvn nok til at føle sig udhvilet, opgjort.

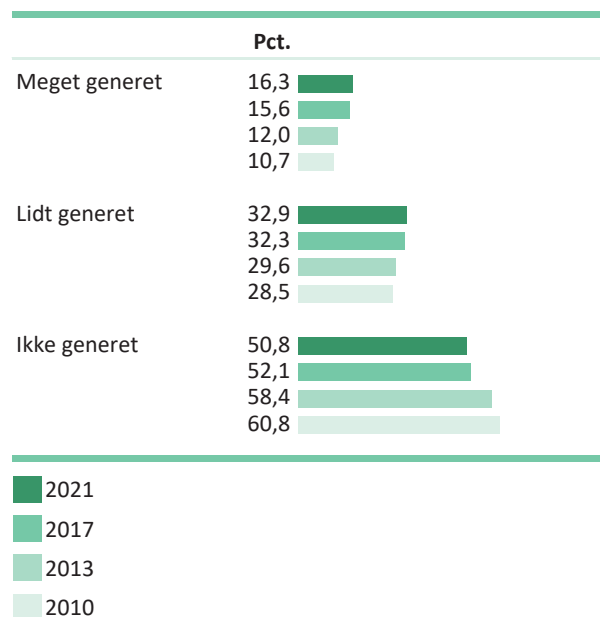
Udover disse spørgsmål er borgerne blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har modtaget information om, at man kan få hjælp i forbindelse med søvnvaner fra hhv. kommunens personale, egen læge, sygehus, arbejdet/uddannelsen og andre. Svarene på dette er i afsnittet opgjort for de borgere, som har svaret, at de er meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær.

Dårlig søvnkvalitet er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Yngre borgere
- Borgere med udelukkende grundskole/ gymnasial uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

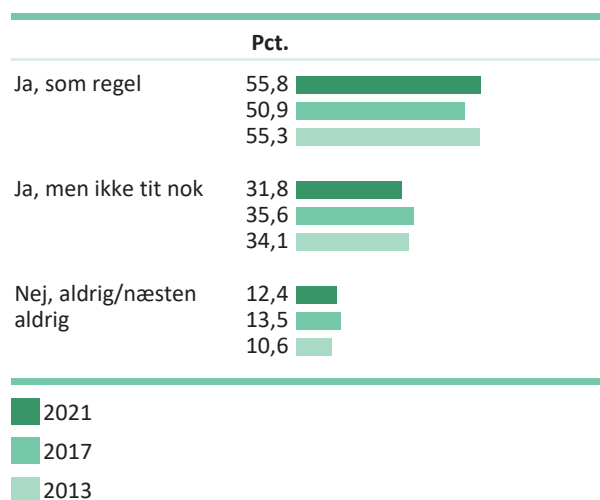
Siden 2017 er søvnkvaliteten blevet lidt bedre blandt kvinder og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Tabel 11.2.1 Generet af søvnbesvær eller søvnproblemer indenfor de seneste 14 dage



Omkring halvdelen af borgerne i regionen føler sig som regel udhvilede og er ikke generet af søvnproblemer. Der er dog også en del borgere, som har dårlig søvnkvalitet. Som i 2017 er knap halvdelen af borgerne (49,2 pct.) enten lidt eller meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær. Sammenlignet med 2017 svarer en større andel i 2021, at de som regel får søvn nok til at føle sig udhvilede, mens færre ikke tit nok føler sig udhvilede.

Tabel 11.2.2 Søvn nok til at føle sig udhvilet



Tabel 11.2.3 Borgere, som hhv. aldrig/næsten aldrig har sovet nok til at føle sig udhvilet, er meget generet af søvnproblemer/søvnbesvær, samt information blandt sidstnævnte om mulighed for hjælp i forbindelse med søvnvaner

	Aldrig/næsten aldrig udhvilet		Meget generet af søvnproblemer		Informeret om mulighed for hjælp (blandt borgere med søvnproblemer)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	12,4	86.600	16,3	113.200	27,3	31.900
Region Sjælland 2017	13,5	92.900	15,6	106.800	26,2	28.000
Region Sjælland 2013	10,6	70.300	12,0	79.800		
Region Sjælland 2010			10,7	70.000		
Køn						
Mand	11,2	38.200	12,7	43.600	26,2	11.700
Kvinde	13,6	48.300	19,7	69.600	28,0	20.200
Alder						
16-24 år	17,8	13.500	21,8	17.000	33,5	5.800
25-34 år	18,6	14.700	16,9	13.800	27,2	3.700
35-44 år	16,1	14.700	15,6	14.300	24,9	3.800
45-54 år	13,4	16.700	17,2	21.400	26,7	6.000
55-64 år	12,1	14.900	16,8	20.600	26,1	5.700
65-79 år	5,9	9.400	13,0	20.000	26,7	5.500
80+	5,9	2.700	13,9	6.200	24,9	1.500
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	13,8	14.200	23,3	23.600	27,8	7.000
Kort uddannelse	12,0	33.300	15,1	42.500	24,7	11.000
Kort videregående	9,8	6.400	13,2	8.700	24,9	2.300
Mellemlang videregående	12,0	16.800	14,0	19.400	25,1	5.300
Lang videregående	11,5	6.800	9,3	5.700	27,9	1.500
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	12,0	41.200	12,2	42.200	22,1	9.700
Arbejdsløse	23,2	3.200	28,3	3.900	—	—
Førtidspensionister	28,8	9.000	41,5	12.300	29,0	3.800
Efterlønsmodtagere	6,6	300	6,8	400	—	—
Alderspensionister	5,9	12.100	13,2	27.100	26,3	7.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	24,7	9.700	35,0	13.700	40,0	5.800
Under uddannelse	18,2	10.900	22,6	13.200	31,8	4.400
Samlivsstatus						
Samlevende	11,0	47.600	13,7	59.300	24,6	15.200
Ikke samlevende	14,7	39.000	20,5	53.900	30,3	16.700
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	16,2	29.500	14,3	26.600	23,3	6.400
Bor ikke med børn	11,5	59.200	16,8	85.900	28,3	25.300
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	12,3	77.800	15,6	99.200	26,6	27.200
Anden vestlig baggrund	13,1	3.200	18,8	4.600	—	—
Ikke-vestlig baggrund	14,2	5.500	25,7	9.500	37,6	3.400

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Omkring hver ottende borger føler sig næsten aldrig udhvilet (12,4 pct.), og omkring hver sjette borger er meget generet af søvnproblemer (16,3 pct.). Det svarer til hhv. 86.600 borgere og 113.200 borgere.

Tidligere års sundhedsprofiler frem til 2017 har vist en gradvis forringelse i søvnkvaliteten blandt regionens borgere. Denne forringelse er ikke fortsat fra 2017 til 2021. Overordnet er både andelen af borgere, som næsten aldrig/aldrig føler sig udhvilet, og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, omtrent som i 2017.

Godt hver fjerde borger (27,3 pct.), der er meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær, har modtaget information om mulighed for hjælp. Den mest hyppige kilde til informationen er egen læge (12,3 pct.) efterfulgt af "andre" (11,4 pct.), mens kun 1,7 pct. har fået information fra kommunen (data ikke vist).

Køn og alder

Kvinder har generelt dårligere søvnkvalitet end mænd. Både hvad gælder andelen af kvinder, som aldrig/næsten aldrig føler sig udhvilet, og andelen, som er meget generet af søvnproblemer. Efter en stigning fra 12,0 pct. i 2013 til 15,8 pct. i 2017 (data ikke vist) er andelen af kvinder, som aldrig eller næsten aldrig føler sig udhvilet, dog igen faldet i 2021 med over 2 procentpoint.

Set ud fra begge mål for søvnkvalitet har borgere over 65 år generelt en bedre søvnkvalitet end borgere under 65 år. Andelen af borgere, der ikke føler sig udhvilet, er størst i de yngste aldersgrupper (op til 44 år), og mere end hver femte i aldersgruppen 16-24 år er meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær, hvilket er en markant større andel end i de øvrige aldersgrupper. Tilsvarende er der en tendens til, at andelen blandt de 16-24-årige med søvnproblemer, som har modtaget information om hjælp i forbindelse med søvnvaner, ligger markant over andelen i alle øvrige aldersgrupper og i regionen samlet.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet falder generelt med uddannelsesniveaue. Blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse

er 23,3 pct. meget generet af søvnproblemer, mens det kun gælder 9,3 pct. blandt borgere med lang videregående uddannelse. Forskellen mellem grupperne er mindre for spørgsmålet om, hvorvidt borgerne føler sig udhvilet, hvor borgere med kort videregående ligger lavest.

Der er en endnu mere markant sammenhæng mellem borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og deres søvnkvalitet. Omkring hver fjerde eller mere blandt de arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive er meget generet af søvnproblemer, mens det kun gælder for omkring hver ottende borger eller færre blandt borgere i beskæftigelse, på efterløn eller alderspension. Samme mønster ses for andelen af borgere, som ikke føler sig udhvilet, hvor der dog er sket et fald på 25 pct. blandt de øvrige ikke-erhvervsaktive siden 2017 (data ikke vist). Blandt borgere, der er meget generet af søvnproblemer, ligger øvrige ikke-erhvervsaktive desuden markant over regionsgennemsnittet med hensyn til at have modtaget information om hjælp i forbindelse med søvnvaner.

Samlivsstatus og børn

Søvnkvaliteten er generelt bedre blandt borgere, der bor sammen med en partner, end blandt dem, der ikke gør. Andelen af borgere, som ikke oplever at få søvn nok til at føle sig udhvilet, er større blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn i hjemmet. Omvendt er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer størst blandt borgere uden børn i hjemmet. Borgere, der bor sammen med en partner og er meget generet af søvnproblemer, har i mindre grad modtaget information om mulighed for hjælp i forbindelse med søvnvaner end i regionen samlet.

Etnisk baggrund

Der er en 65 pct. større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund, der er meget generet af søvnproblemer end borgere med dansk baggrund. Samme forskel findes ikke for borgere, som ikke får søvn nok til at føle sig udhvilet. Andelen af borgere med søvnproblemer, som har modtaget information om hjælp i forbindelse med søvnvaner, ligger for etnisk ikke-vestlige borgere markant over andelen blandt borgere med dansk oprindelse, men forskellen er ikke signifikant.

Tabel 11.2.4 Borgere, som hhv. aldrig/næsten aldrig har sovet nok til at føle sig udhvilet, er meget generet af søvnproblemer/søvnbesvær, samt information blandt sidstnævnte om mulighed for hjælp i forbindelse med søvnvaner, opgjort på kommuner

	Aldrig/næsten aldrig udhvilet		Meget generet af søvnproblemer		Informeret om mulighed for hjælp (blandt borgere med søvnproblemer)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	12,4	86.600	16,3	113.200	27,3	31.900
Guldborgsund	11,9	6.300	16,6	8.500	21,8	1.900
Kalundborg	13,7	5.600	16,7	6.700	23,8	1.700
Lolland	10,2	3.600	17,4	6.100	21,7	1.300
Odsherred	12,4	3.600	16,5	4.700	27,5	1.300
Slagelse	12,7	8.100	16,3	10.600	32,4	3.500
Vordingborg	11,0	4.300	17,0	6.600	29,2	1.900
Faxe	10,9	3.300	15,9	4.900	26,7	1.200
Holbæk	13,6	8.000	17,8	10.500	30,8	3.300
Næstved	14,9	10.400	17,1	12.000	25,8	3.300
Ringsted	11,8	3.400	14,1	4.000	29,9	1.200
Sorø	12,7	3.100	15,9	3.900	27,1	1.100
Stevns	9,3	1.800	17,2	3.300	27,3	900
Greve	12,3	5.000	16,0	6.600	29,1	2.000
Køge	14,1	7.100	16,5	8.300	24,4	2.100
Lejre	11,1	2.500	14,3	3.300	23,9	800
Roskilde	11,4	8.300	14,6	10.700	30,8	3.400
Solrød	12,0	2.200	14,2	2.600	28,9	800

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

Udbredelsen af dårlig søvnkvalitet varierer mellem kommunerne i regionen, men i næsten alle kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Andelen af borgere, der aldrig/næsten aldrig har fået søvn nok til at føle sig udhvilet, er størst i Næstved Kommune (14,9 pct.) og mindst i Stevns Kommune (9,3 pct.) og i Lolland Kommune (10,2 pct.). Andelen, der er meget generet af søvnproblemer, spænder fra 14,1 pct. i Ringsted Kommune til 17,8 pct. i Holbæk Kommune.

I alle kommuner er søvnkvaliteten i 2021 af samme størrelsesorden som i 2017, både hvad angår andelen af borgere, der oplever ikke at få nok søvn til at føle

sig udhvilet, og borgere, der er meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær (data ikke vist).

Andelen af borgere med søvnproblemer, der har modtaget information om mulighed for hjælp, varierer fra knap 22 pct. i Lolland Kommune og Guldborgsund Kommune til godt 32 pct. i Slagelse Kommune, men ingen kommuner afviger signifikant fra regionsgennemsnittet.

Geografisk er kommuner med de laveste andele af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, overvejende lokaliseret i den nordøstlige del af regionen.

Kort 11.2.5 Borgere, som er meget generet af søvnproblemer



11.3 Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet













Til trods for at danskernes søvnlængde er fundet at være stort set uændret siden 1960'erne (10), finder Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen fra 2017, som går tilbage til 1987, en gradvis stigning i antallet af borgere, som oplever ikke at få nok søvn til at føle sig udhvilet (3). Det kan derfor være relevant at se på sammenhængen mellem hhv. antal timers søvn og oplevelsen af søvnkvaliteten.


I tabel 11.3.1 vises sammenhængen mellem antal timers søvn på hverdage og søvnkvaliteten målt ud fra spørgsmålene, om borgerne hhv. har fået nok søvn til at føle sig udhvilet indenfor de seneste fire uger, og om de har været meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær indenfor de seneste 14 dage.

Der er en meget tydelig sammenhæng mellem, hvor meget søvn borgerne i Region Sjælland får, og hvordan søvnkvaliteten opleves. Overordnet er andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet langt højere ved kort end ved længere søvnlængde, dog stiger andelen med søvnproblemer igen ved mindst ni timers søvn. Mønsteret er tydeligt for begge mål for søvnkvalitet, omend andelen af borgerne, som er meget generet af søvnproblemer, generelt er højere end andelen, der ikke er udhvilet, uanset søvntid.

Over halvdelen (54,5 pct.) af de borgere, der sover under seks timer, er samtidig meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær, mens andelen er under 10 pct. for borgere, der dagligt sover mindst syv timer, men under ni timer. Kun blandt borgere, der har længst søvnlængde (mindst ni timer), er andelen, som er meget generet af søvnproblemer, ændret fra 10,4 pct. i 2017 til 14,8 pct. i 2021 (data ikke vist).

Tabel 11.3.1 Søvnkvalitet blandt borgere med forskellig søvnlængde på hverdage

	Aldrig/næsten aldrig udhvilet		Meget generet af søvnproblemer	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	12,4 	86.600	16,3 	113.200
Antal timers søvn				
Under 6 timer	47,7 	36.800	54,5 	41.900
6 timer	16,4 	24.600	21,8 	32.800
7 timer	5,5 	12.500	8,3 	19.000
8 timer	3,8 	6.600	6,5 	11.200
Mindst 9 timer	8,2 	5.600	14,8 	10.100

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Timeinddelingen er foretaget således, at f.eks. "6 timer" omfatter borgere, der sover mindst seks timer, men under syv timer.























11.4 Sammenhæng mellem søvnproblemer og sundhedsadfærd


Søvnen både påvirker og påvirkes af vores livsstil og adfærd. F.eks. er det veldokumenteret, at der er større sygelighed og risiko for svær overvægt knyttet til søvnforstyrrelser (11) (12) (13) (14). Mekanismen går begge veje; ved søvnmangel vil man f.eks. have tendens til at spise mere fed og sukkerholdig mad med ”hurtige kalorier” for at kompensere for den manglende energi (4). Den usunde kost kan igen påvirke søvnen og andre helbreds faktorer i negativ retning og dermed skabe en ond spiral. Omvendt er det kendt, at regelmæssig fysisk aktivitet kan bidrage til at forbedre både søvnlængde og kvalitet (1). I de senere år har betydningen af skærmbrug for søvnen desuden fået stigende opmærksomhed, herunder ikke mindst brug af mobiltelefon inden sengetid blandt børn og unge (15) (1).

I tabel 11.4.1 er andelen, som har været meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær de seneste 14 dage, opgjort blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd. Der ses generelt en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og deres søvnkvalitet. Den største andel med søvnproblemer findes blandt borgere med den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd. Særligt blandt borgere, der har taget stoffer den seneste måned, er dårlig søvnkvalitet udbredt (27,9 pct. med søvnproblemer).

Forskellen i andelen, der oplever søvnproblemer blandt dem med hensigtsmæssig og uhensigtsmæssig adfærd, er især markant for borgere, som ryger dagligt (vs. aldrig ryger), som har mindst fire timers skærmtid i fritiden, som har indtaget stoffer den seneste måned samt for undervægtige (vs. er normalvægtige eller moderat overvægtige). I disse grupper har mere end 20 pct. af borgerne søvnproblemer. Til sammenligning er andelen med søvnproblemer typisk 13-15 pct. ved mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd.

Tabel 11.4.1 Søvnproblemer blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd

	Meget generet af søvnproblemer	
	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	16,3 	113.200
Kostmønster		
Usundt kostmønster	20,3 	26.600
Kostmønster med sunde og usunde elementer	15,3 	71.000
Sundt kostmønster	14,7 	15.100
Rygning		
Dagligrygere	23,6 	26.500
Ryger lejlighedsvist	17,6 	4.200
Har tidligere røget	16,7 	37.900
Har aldrig røget	13,4 	44.700
Fysisk aktivitet i fritiden		
Lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling	18,2 	75.000
Lever op til WHO's minimumsanbefaling	13,3 	37.600
Samlet stillesiddende tid (hverdage)		
Mere end otte timer	17,7 	61.700
Højst otte timer	15,3 	53.200
Skærmtid i fritiden (hverdage)		
Mindst fire timer	22,3 	53.500
Under fire timer	13,3 	61.000
Tegn på problematisk alkoholforbrug		
Ja	19,7 	18.400
Nej	16,4 	98.700
Stoffer seneste måned		
Har taget stoffer	27,9 	4.300
Har ikke taget stoffer	16,5 	112.200
BMI		
Undervægt	24,7 	3.700
Normalvægt	14,6 	41.000
Moderat overvægt	14,1 	34.900
Svær overvægt	21,6 	33.200

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Note: Stoffer inkluderer borgere, der bruger hash og/eller andre euforiserende stoffer, hvoraf godt to ud af tre dog udelukkende har brugt hash (se kapitel 9). Samme BMI-kategorisering er anvendt på hele befolkningen uanset borgernes alder (se kapitel 7).






















11.5 Sammenhæng mellem søvnproblemer og helbred, trivsel og belastninger




Vores trivsel og helbred har stor betydning for, hvordan vi sover, lige som søvnen også påvirker vores generelle trivsel og helbred (1). Belastninger, f.eks. fra krav på arbejdet eller ens økonomi, kan medføre bekymringer og stressreaktioner, som leder til dårligere søvn, som igen forværrer stresstilstanden (1). Mange borgere, ikke mindst kvinder, angiver tanker og bekymringer relateret til familiemæssige eller personlige problemer, som en af de primære årsager til, at de ikke får sovet nok til at føle sig udhvilet (3). I tabel 11.5.1 er andelen, som har været meget generet af søvnproblemer eller søvnbesvær de seneste 14 dage, opgjort blandt borgere med forskellig trivsel, helbred, tegn på social isolation og belastninger i livet.

Der ses en meget markant sammenhæng mellem borgernes helbred og trivsel og borgernes søvnproblemer. Sammenhængen er tydeligst for to af de mentale trivselsparametre; lav score på den mentale helbredsskala (SF-12) og stress. Blandt borgere, som scorer lavt på den mentale helbredsskala (SF-12), er 43,1 pct. meget generet af søvnproblemer/søvnbesvær, hvilket er fire gange så mange som blandt borgere, der scorer højt på skalaen. Sammenhængen er desuden meget tydelig for dårligt selv vurderet helbred, utilfredshed med livet og lav score på den fysiske helbredsskala (SF-12), hvor mere end hver tredje er meget generet af søvnproblemer.

Sammenhængen mellem forskellige strukturelle og sociale belastninger indenfor de seneste 12 måneder og søvnproblemer er også tydelig. Sammenhængen er mest udtalt for belastninger relateret til hhv. økonomi og forholdet til familie og venner. Blandt borgere, der har følt sig lidt, en del eller meget belastet af deres økonomi, er 27,4 pct. meget generet af søvnproblemer, mens det kun gælder for 12 pct. af dem, der ikke har været belastet af deres økonomi. Andelen med søvnproblemer blandt borgere med økonomisk belastning har tilmed været stigende siden 2013 med størst stigning fra 15,8 pct. i 2013 til 22,6 pct. i 2017. Fra 2017 til 2021 er der desuden en stigning på knap 3 procentpoint i andelen med søvnproblemer blandt borgere, der er belastet af sygdom hos deres nærmeste (data ikke vist).

Tabel 11.5.1 Søvnproblemer blandt borgere med forskellig trivsel, helbred, tegn på social isolation og belastninger i livet

	Meget generet af søvnproblemer	
	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	16,3 	113.200
Tilfredshed med livet		
Utilfreds	35,6 	54.500
Tilfreds	10,7 	58.300
Selv vurderet helbred		
Dårligt	39,4 	51.700
Godt	10,8 	61.300
Score på mental helbredsskala		
Lav (ringere mentalt helbred)	43,1 	50.400
Høj (bedre mentalt helbred)	10,6 	61.500
Score på fysisk helbredsskala		
Lav (ringere fysisk helbred)	35,1 	32.600
Høj (bedre fysisk helbred)	13,1 	79.300
Score på stressskala		
Høj (højere stressniveau)	35,5 	70.900
Lav (lavere stressniveau)	8,5 	42.200
Tegn på social isolation		
Ja	28,5 	15.700
Nej	15,1 	96.600
Belastet af økonomi		
Ja	27,4 	61.500
Nej	11,5 	54.500
Belastet af arbejdssituation		
Ja	22,9 	63.600
Nej	12,3 	51.600
Belastet af forhold til familie og venner		
Ja	26,0 	64.200
Nej	11,5 	51.900
Belastet af sygdom hos partner, familie eller nære venner		
Ja	22,0 	57.600
Nej	13,5 	58.500

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lav score på den mentale helbredsskala er defineret ved højst 35,76 point på SF-12 mental helbredsskala, og en lav score på den fysiske helbredsskala er defineret ved en SF-12 fysisk helbredsscore på højst 35,37. En høj score på stressskalaen er defineret ved en PSS-score på 18 eller derover (se kapitel 3).

Referencer

1. **Jennum, Poul, et al.** *Søvn og sundhed*. København Ø : Vidensråd for forebyggelse, 2015.
2. **Ovesen, Jan.** *Den normale søvn*. Patienthåndbogen, Sundhed.dk. [Online] 3. juli 2020. <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/sundhedsoplysning/soevn/den-normale-soevn/>.
3. **Jensen, Heidi Amalie Rosendahl, et al.** *Søvn. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017*. København K: Statens Institut for Folkesundhed,, 2018.
4. **Taheri, Shahradsad, et al.** *Short sleep duration is associated with reduced leptin, elevated ghrelin, and increased body mass index*. *PLoS Med.* 7. Dec 2004, s. 1: e62.
5. **Jensen, Heidi Amalie Rosendahl, et al.** *Danskernes Sundhed - Den nationale Sundhedsprofil 2017*. København S : Sundhedsstyrelsen, 2018.
6. **Christensen, Kaj Sparle, et al.** *Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis*. Sundhedsstyrelsen. [Online] 22. Oktober 2018. <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/rational-farmakoterapi-8-2018/h%C3%A5ndtering-af-insomni-hos-voksne-i-almen-praksis>.
7. **V Varga, T., Bu, F., Dissing, A. S., Elsenburg, L. K., Herranz Bustamante, J. J., Matta, J., van Zon, S. K. R.,.** Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and. *The Lancet Regional Health - Europe.* 2, 2021.
8. **Thygesen, Lau Caspar , et al.** Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. *Journal of Psychiatric Research.* 144, 2021, s. 151-157.
9. **Bonke, Jens.** *Søvn - ægteskab, indkomst og helbred*. s.l. : Gyldendal, 2011.
10. **Bonke, Jens.** Trends in short and long sleep in Denmark from 1964 to 2009, and the associations with employment, SES (socioeconomic status) and BMI. *Sleep Med.* 16. Mar 2015, s. 385-90.
11. **Clark JA, Jørgensen TS, Bonke J, et al.** Dårlig søvn er en trussen mod helbredet. *Ugeskrift for læger.* 2016, 178 (17), 2-6.
12. **Laposky AD, Van Cauter E, Diez-Roux AV.** Reducing health disparities: the role of sleep deficiency and sleep disorders. *Sleep Med.* 2016, 18, 3-6.
13. **Broussard JL, Van Cauter E.** Disturbances of sleep and circadian rhythms: novel risk factors for obesity. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes.* 2016, 23 (5), 353-9.
14. **Clark AJ, Salo P, Lange T, et al.** Onset of Impaired Sleep and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Longitudinal Study. *Sleep.* Sep 1, 2016, 39 (9), 1709-18.
15. **Sundhedsstyrelsen.** Er skærme forklaringen på, at børn og unge sover og bevæger sig mindre? sst.dk. [Online] 8. Sep. 2020. https://www.sst.dk/da/nyheder/2020/er-skaerme-forklaringen-paa_-at-boern-og-unge-sover-og-bevaeger-sig-mindre_.

Kapitel 12

Sundhedskompetence og digital parathed

12.1 Sundhedskompetence

12.2. Digital sundhedskompetence



Sundhedskompetence og digital parathed

- Der er social ulighed i niveauet af både sundhedskompetence og digital sundhedskompetence
- Flere ældre end yngre borgere har udfordringer på kompetenceområderne "brug" og "gavn" af teknologi og digitale løsninger
- Mere end hver femte blandt unge og højtuddannede udtrykker usikkerhed på området "tillid til håndteringen af deres sundhedsdata"
- Sundhedskompetencen er faldet på området "føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle" men er ellers uændret siden 2017
- Borgere med psykiske lidelser og mentale trivselsudfordringer har i højere grad et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence, ikke mindst på området "føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle"

Begrebet sundhedskompetence kan grundlæggende forstås som en persons viden, motivation og sociale evner, der gør vedkommende i stand til opsøge, forstå og handle på informationer og dermed kunne bevare eller udvikle et godt helbred og opnå bedst mulig trivsel og livskvalitet (tilpasning af definitioner foreslået af WHO 1998 og det europæiske Health Literacy Consortium 2012) (1) (2).

I dette kapitel følger vi op på målinger af sundhedskompetence blandt regionens borgere ud fra spørgsmåls, som første gang var med i Region Sjællands sundhedsprofil i 2017. Derudover præsenterer vi for første gang resultaterne af en række nye spørgsmål, der særligt afdækker digital sundhedskompetence eller med andre ord, hvor digitalt parate borgerne er.

Forebyggelse og behandling af sygdom er i dag en fælles indsats, der kræver aktiv deltagelse af borgeren selv. Det forventes i stigende grad, at borgeren er informeret om eget helbred f.eks. ved at følge med i blodprøvesvar og journalnotater eller ved aktivt at opsøge viden om egen sygdom og sundhed samt muligheder for at opnå bedre helbred og trivsel. Vi lever således i en tid, hvor det er stadig mere vigtigt at kende og forstå den enkelte borgers muligheder for at involvere sig aktivt i egen sundhed og sygdom. Kendskab til borgernes sundhedskompetence kan hjælpe til at forstå disse vigtige aspekter.

Forskellige undersøgelser gennem de sidste 20 år har vist en sammenhæng mellem sundhedskompetence og selvrapporteret helbred, ligesom personer med utilstrækkelig sundhedskompetence både har en lavere deltagelse i forebyggende undersøgelser og vaccinationsprogrammer samt flere ikke-planlagte kontakter til sundhedsvæsenet end dem med en høj sundhedskompetence (3). Der er også påvist en sammenhæng mellem sundhedskompetence og en kortere levetid hos ældre (4), samt med parametre som svær overvægt og fysisk aktivitet (5).

Når en persons sundhedskompetence øges, vil vedkommende få bedre forudsætning for at tage ansvar for at leve sundere og dermed kunne opnå et bedre helbred. Samtidig peger flere studier på, at sundhedskompetence kan være med til at udligne den sociale ulighed i sundhedsadfærd, som ses ved forskellige uddannelsesniveauer (6). Viden om, hvilke samfundsgrupper der har et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence, kan således anvendes til at beslutte, hvor der kan sættes ind med flere forskellige former for information, støtte og tilbud, hvilket ultimativt kan være med til at højne sundheden.

Udviklingen er i de senere år gået i retning af mere digitalisering, hvilket i sundhedsvæsenet bl.a. ses ved øget brug af skærmskultationer, udbredelsen af apps og andre digitale værktøjer til at følge egen sundhed og sygdom samt i form af portaler som

sundhed.dk, hvor borgeren selv kan følge med og interagere. Desuden har borgere også selv i langt højere grad mulighed for at søge viden om sundhed, sygdom og mulig behandling på internettet.

En forudsætning for at kunne drage nytte af et mere og mere digitalt sundhedsunivers er, at borgerne kan anvende de teknologiske løsninger til at tilgå og håndtere informationer om deres helbred. Det er desuden vigtigt, de har tillid til, at de data, de f.eks. sender ind, eller de informationer, de giver, opbevares sikkert og kun tilgås af dem, som bør have adgang til dem. Endvidere er det vigtigt, at borgerne er motiveret til at anvende de mange digitale muligheder, f.eks. ved at de oplever dem som nyttige.

Viden om borgernes digitale sundhedskompetence – eller med andre ord deres digitale parathed – kan hjælpe til bedre at forstå, hvor teknologi og digitale løsninger kan anvendes til at støtte borgerne i at opnå et sundere liv og øget trivsel, og hvordan løsningerne kan introduceres uden at skabe nye barrierer for forskellige grupper.

Afdækningen af borgernes digitale parathed tager afsæt i begrebet eHealth Literacy, som først kom frem i 2006 (7). Begrebet blev i 2015 videreudviklet til at omfatte ikke blot den enkeltes evne til at finde og omsætte information om sundhed fra digitale kilder, men også aspekter som tillid og motivation samt samspil og erfaringer med teknologi og digitale systemer (8) (9). Det er fortsat sparsomt, hvad der findes af viden om betydningen af sociodemografi, helbred og trivsel for en persons digitale sundhedskompetence (10) (11) (12) (13).

Kapitlets første afsnit omhandler sundhedskompetence, og det andet afsnit digital sundhedskompetence. Begge måles ved hjælp af udvalgte dele af eksisterende, validerede spørgsmålspaneler hhv. HLQ (Health Literacy Questionnaire) (14) og eHLQ (eHealth Literacy Questionnaire) (15).

Under afsnittet om sundhedskompetence belyses borgernes niveau af sundhedskompetence indenfor tre områder: Hvorvidt de føler sig forstået og støttet af de sundhedsprofessionelle, de har kontakt til (HLQ1), hvorvidt de føler, at de har viden nok til at håndtere eget helbred (HLQ2) og endelig om de kan forstå information og følge vejledning (HLQ9).

Under afsnittet om digital sundhedskompetence ses der også på tre kompetenceområder: Hvorvidt borgerne bruger teknologi til at håndtere information om deres helbred (eHLQ1), om de har tillid til håndteringen (dvs. andres håndtering) af deres sundhedsdata (eHLQ4) og endeligt hvorvidt de har gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af deres helbred (eHLQ5).

Fokus er i begge afsnit primært på at afdække grupper med et utilstrækkeligt kompetenceniveau. I begge afsnit ses der - ud over opgørelser på sociodemografi og geografi - desuden på sammenhængen mellem sundhedskompetence og udvalgte parametre for øvrig sundhedsadfærd, trivsel, helbred og langvarig sygdom.

Hovedresultater

Forekomst

Størstedelen af borgerne i Region Sjælland har antageligt et tilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence. Andelen med et utilstrækkeligt niveau er størst på kompetenceområdet ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” med 37,1 pct., hvilket er en stigning på godt 4 procentpoint siden 2017. På kompetenceområderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”forstå information og følge vejledning” har hhv. 20 pct. og 16 pct. et utilstrækkeligt niveau, hvilket er meget lig niveauet i 2017.

Mht. digital sundhedskompetence er der færrest (17,7 pct.) med et utilstrækkeligt niveau inden for området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”, mens knap hver tredje (hhv. 31,3 pct. og 33,2 pct.) har et utilstrækkeligt niveau på områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” og ”gavn af digitale løsninger i håndteringen af eget helbred”.

Køn

En større andel af mænd end kvinder har et utilstrækkeligt kompetenceniveau på områderne ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle”, ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata” og ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred”.

Alder

En større andel af de yngre end de ældre borgere har et utilstrækkeligt kompetenceniveau på områderne ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” og ”viden nok til at håndtere eget helbred”. Til gengæld er der en større andel med udfordringer blandt borgere over 65 år, herunder ikke mindst 80+, på området ”forstå information og følge vejledning”. Der er også markant flere ældre, der har et utilstrækkeligt niveau, hvad angår ”brug af teknologi” og ”gavn af digitale løsninger”, mens der omvendt er en større andel blandt de unge med et utilstrækkeligt niveau på området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”.

Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er social ulighed i borgernes niveau af sundhedskompetencer og digitale sundhedskompetencer. Det er især tydeligt mht. uddannelsesniveau. På fem ud af seks kompetenceområder er der en højere andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse. Undtagelsen er på det digitale kompetenceområde ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”, hvor andelen med udfordringer er højest blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Samlivsstatus

Der er for alle områder en større andel med et utilstrækkeligt niveau af både sundhedskompetence og digitale sundhedskompetencer blandt borgere, der ikke er samlevende.

Etnisk baggrund

Der er en markant højere andel med et utilstrækkeligt sundhedskompetenceniveau blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Forskellen er mest udtalt for området ”forstå information og følge vejledning”. For to ud af tre områder inden for digital sundhedskompetence er andelen med et utilstrækkeligt niveau derimod højere blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Sundhedsadfærd, helbred og trivsel

Et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence og digital sundhedskompetence er generelt mere udbredt blandt borgere med usunde vaner samt ringere helbred og trivsel end blandt borgere med mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd og dem med bedre helbred og trivsel.

Langvarig sygdom og specifikke sygdomme

Med undtagelse af området ”føler sig støttet og forstået af sundhedsprofessionelle” samt for enkelte specifikke sygdomme er andelen med et utilstrækkeligt niveau af både sundhedskompetence og digital sundhedskompetence højere blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden sygdom.

12.1 Sundhedskompetence

Der er flere måder at vurdere personers sundhedskompetence på. En hyppigt anvendt metode er spørgsmålspanelet Health Literacy Questionnaire (HLQ) (14), der belyser ni forskellige områder, som tilsammen beskriver en persons evne til at håndtere information, interagere med sundhedsprofessionelle og navigere i og vurdere forhold om eget helbred. Som i 2017 er der i 2021-spørgeskemaet anvendt tre af de ni områder fra HLQ til at belyse, hvorvidt borgerne:

- føler sig forstået og støttet af de sundhedsprofessionelle, de har kontakt til (HLQ1)
- føler, at de har viden nok til at håndtere eget helbred (HLQ2)
- kan forstå information og følge vejledning (HLQ9)

Sundhedsprofessionelle skal forstås bredt og betegnes i andre sammenhænge som sundhedspersoner, dvs. både praktiserende læger, andre læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister og andre professionelle, som borgerne møder i sundhedsvæsenet eller får råd fra om sundhed.

Hvert af de tre områder er i spørgeskemaet dækket af fire eller fem spørgsmål, som besvares på en skala fra ”meget uenig” til ”meget enig” (HLQ1 og HLQ2) eller fra ”meget svært” til ”meget let” (HLQ9). F.eks. hvor enig eller uenig borgeren er i udsagnet: ”Jeg føler mig godt informeret om sundhed” (HLQ1), eller hvor let eller svært borgeren finder det at ”udfylde skemaer med sundhedsoplysninger korrekt” (HLQ9). Svaret på hvert spørgsmål tildes 1 til 4 point, hvor 1 point svarer til det laveste niveau (meget uenig/meget svært). Inden for hvert område beregnes en score som gennemsnittet af de tildelte point.

Der er i afsnittet særligt fokus på borgere, der har en områdescore på 2,5 eller derunder. Der findes ikke en standard for, hvilken score der definerer et lavt eller højt niveau af sundhedskompetence på det enkelte område, og der mangler fortsat forskning i, hvad et bestemt niveau er udtryk for. Grænsen på 2,5 er besluttet i dialog med de forskere, som har udviklet spørgsmålspanelet, og skal ses som et redskab til at sammenligne niveauet over tid og mellem grupper. En områdescore på højst 2,5 omfatter langt hovedparten af de svar-kombinationer, hvor borgeren besvarer flest spørgsmål med ”uenig”/”meget uenig” eller ”svært”/”meget svært” og dermed udtrykker overordnet usikkerhed på det pågældende område.

Inden for de undersøgte områder er et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence mest udbredt blandt:

Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle:

- Yngre borgere
- Borgere under uddannelse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, og borgere, som ikke har været ved egen læge det seneste år
- Borgere med hhv. lav mental trivsel og tegn på social isolation
- Borgere med psykiske lidelser

Viden nok til at håndtere eget helbred:

- De yngste borgere
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Borgere med hhv. lav fysisk og mental trivsel samt tegn på social isolation
- Borgere med langvarig sygdom, især psykiske lidelser

Forstå information og følge vejledning:

- De ældste borgere
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Borgere med hhv. lav fysisk og mental trivsel samt tegn på social isolation
- Borgere med langvarig sygdom, især hjerte-kar-sygdom

Siden 2017 er et utilstrækkeligt kompetenceniveau især blevet mere udbredt blandt borgere over 65 år/alderspensionister, hvad angår ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle” og ”viden nok til at håndtere eget helbred”.

Borgere med et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence kan således - alt efter kompetenceområde - f.eks. have udfordringer i forhold til at forstå informationer om sundhed fra bl.a. medier, deres egen læge og deres omgangskreds eller have et behov for mere støtte til at håndtere egen sundhed.

Ligesom i Region Sjællands Sundhedsprofil 2017 (16) er en score på 2 eller derunder her fortolket som et udtryk for, at sundhedskompetencen på det pågældende område er så utilstrækkelig, at det er problematisk for borgeren at håndtere egen sundhed. Borgere, der har en områdescore over 2,5, anses i opgørelsen for at have et tilstrækkeligt kompetenceniveau. De udtrykker sig overvejende ”enige”/”meget enige” i spørgsmålene eller finder situationer ”lette”/”meget lette” inden for det enkelte område, og de antages derfor bedre at kunne medvirke i håndteringen af egen sundhed.

Tabel 12.1.1 Opdeling af borgernes niveau af sundhedskompetence efter områdescore

Niveau af sundhedskompetence	Områdescore
Tilstrækkeligt	Over 2,5 - 4
Utilstrækkeligt	Over 2 - højst 2,5
Utilstrækkeligt (problematisk)	1-2

Knap 63 pct. af borgerne i regionen har antageligt et tilstrækkeligt kompetenceniveau på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle”. Det er godt 4 procentpoint lavere end i 2017. Det betyder samtidigt en stigning i andelen med et utilstrækkeligt niveau på området. Stigningen er primært sket i det midterste kompetenceniveau (score over 2 til 2,5).

På de to andre områder af sundhedskompetence er der ikke sket nævneværdig udvikling siden 2017. Firs procent af borgerne har antageligt tilstrækkelig kompetence på området ”viden nok til at håndtere eget helbred”, og 84 pct. har tilstrækkelig kompetence på området ”forstå information og følge vejledning”.

Tabel 12.1.2 Niveau af sundhedskompetence på området: Føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle (HLQ1)

	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	62,9 67,1
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	17,8 15,0
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	19,3 17,9

2021

2017

Tabel 12.1.3 Niveau af sundhedskompetence på området: Har viden nok til at håndtere eget helbred (HLQ2)

	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	80,0 80,9
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	12,6 12,3
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	7,4 6,9

2021

2017










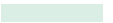














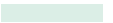

































































Tabel 12.1.4 Niveau af sundhedskompetence på området: Finder det let at forstå information og følge vejledning (HLQ9)


	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	84,0 83,9
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	8,7 8,9
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	7,3 7,2

2021


2017

Tabel 12.1.5 Borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder)

	Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)		Viden til at håndtere eget helbred (HLQ2)		Forstå information og følge vejledning (HLQ9)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	37,1 	258.700	20,0 	139.400	16,0 	111.400
Region Sjælland 2017	32,9 	226.100	19,1 	131.300	16,1 	110.500
Køn						
Mand	39,0 	133.300	20,3 	69.400	16,6 	56.600
Kvinde	35,3 	125.400	19,7 	70.000	15,4 	54.800
Alder						
16-24 år	48,6 	37.700	26,8 	20.700	15,4 	11.800
25-34 år	45,4 	36.800	21,0 	17.000	15,3 	12.300
35-44 år	41,6 	38.400	19,1 	17.600	11,9 	10.900
45-54 år	38,5 	48.100	20,5 	25.500	11,8 	14.700
55-64 år	35,2 	43.700	20,2 	25.100	14,5 	18.000
65-79 år	28,3 	43.700	16,6 	25.800	18,7 	29.100
80+	24,3 	10.400	18,1 	7.800	33,7 	14.600
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	41,6 	42.400	28,6 	29.100	31,2 	31.700
Kort uddannelse	36,0 	100.100	19,8 	55.100	16,8 	46.900
Kort videregående	39,0 	25.700	18,9 	12.500	11,9 	7.800
Mellemlang videregående	32,1 	45.500	13,3 	18.800	7,1 	10.000
Lang videregående	32,6 	19.300	13,4 	8.000	4,7 	2.800
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	39,3 	136.800	17,7 	61.500	10,8 	37.600
Arbejdsløse	42,8 	6.000	25,8 	3.600	12,2 	1.700
Førtidspensionister	38,3 	12.000	32,9 	10.200	33,6 	10.500
Efterlønsmodtagere	31,8 	1.600	14,1 	700	11,2 	500
Alderspensionister	27,5 	54.500	17,0 	33.900	22,0 	44.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	46,3 	18.300	35,8 	14.100	21,1 	8.300
Under uddannelse	48,5 	29.400	25,0 	15.200	14,1 	8.500
Samlivsstatus						
Samlevende	34,7 	150.400	17,6 	76.300	13,8 	59.800
Ikke samlevende	41,2 	108.300	24,0 	63.100	19,6 	51.700
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	39,2 	72.000	18,0 	32.900	10,4 	18.900
Bor ikke med børn	37,0 	189.800	20,9 	107.600	17,3 	88.800
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	36,6 	231.700	19,2 	121.700	15,3 	96.800
Anden vestlig baggrund	40,0 	9.900	21,7 	5.300	13,1 	3.200
Ikke-vestlig baggrund	43,9 	17.200	31,7 	12.400	29,3 	11.400

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Mere end hver tredje borger i Region Sjælland (37,1 pct. svarende til 258.700 personer) har et utilstrækkeligt niveau af sundhedskompetence på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle”. Det er en stigning på knap 13 pct. i forhold til 2017. Stigningen på området ses bredt, men er især sket i de ældste aldersgrupper. Stigningen på området skal ses i lyset af, at der i forbindelse med COVID-19-nedlukningen i perioder har været anbefalet eller selvvalgt begrænsning af de mere opsættelige og rutinemæssige kontakter til de sundhedsprofessionelle.

Andelen af borgere med et utilstrækkeligt kompetenceniveau er lavere for de to andre områder og har ikke udviklet sig betydeligt siden 2017. For området ”viden nok til at håndtere eget helbred” gælder det hver femte borger (20 pct.), og for ”forstå information og følge vejledning” omkring hver sjette borger (16 pct.).

Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder har et utilstrækkeligt kompetenceniveau, når det gælder ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle”. Samme kønsforskel ses ikke på de to andre områder.

Hvad angår alder, er billedet forskelligt for de tre områder. For området ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle” er der en markant tendens til, at andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau falder med alderen. Knap hver anden af de 16-24-årige har et utilstrækkeligt niveau, mens det kun gælder for omkring hver tredje til fjerde borger over 55 år. Det skal ses i lyset af, at de yngre borgere generelt har lavere sygdomsforekomst (se kapitel 4) og dermed sjældnere egentlige forløb i sundhedsvæsenet. De er derfor formentlig mere tilbøjelige til at svare ”uenig” på området. Andelen blandt borgere over 55 år er steget med 20-50 pct. (mest blandt de ældste) siden 2017 (data ikke vist).

For området ”forstå information og følge vejledning” ses den største andel borgere med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere over 65 år, og især blandt 80+årige. Aldersforskellen er mindre udtalt på området ”viden nok til at håndtere eget helbred”. Her skiller de helt unge (16-24 år) sig dog markant ud, idet mere end hver fjerde har et utilstrækkeligt kompetenceniveau. Andelen med udfordringer blandt de 65-79-årige ligger lavere end regionsgennemsnittet, men er steget siden 2017 (data ikke vist).

Uddannelse og erhvervstilknytning

For alle tre områder er der en tendens til, at andelen af borgere med et utilstrækkeligt kompetenceniveau falder med stigende uddannelsesniveau. Sammenhængen er meget markant på området ”forstå information og følge vejledning”, hvor omtrent hver tredje borger med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse har udfordringer, mens det kun gælder hver tyvende borger med lang videregående uddannelse. For de to andre områder har hhv. omkring 30 pct. og 40 pct. af borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse et utilstrækkeligt kompetenceniveau.

Hvad angår erhvervstilknytning er billedet mindre entydigt. For områderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”forstå information og følge vejledning” er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau især højt blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Andelen er desuden høj blandt alderspensionister på området ”forstå information og følge vejledning”. På området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” er andelen med et utilstrækkeligt niveau højest blandt borgere i beskæftigelse og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere. På alle tre områder svarer andelen med udfordringer blandt borgere under uddannelse i høj grad til andelen blandt de yngste aldersgrupper.

Siden 2017 er andelen især steget på området ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle” blandt borgere med grundskole/gymnasial- og mellemlang videregående uddannelse og blandt alderspensionister (med hhv. ca. 20 pct. og 30 pct.) (data ikke vist).

Samlevsstatus og børn




For alle tre områder er der en større andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, sammenlignet med de borgere, der bor sammen med en partner. Der er en højere andel med et utilstrækkeligt niveau blandt borgere, der ikke bor sammen med børn, for området ”viden nok til at håndtere eget helbred” og særligt for området ”kan forstå information og følge vejledning”.

Etnisk baggrund

Der er for alle tre områder en markant højere andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund. Forskellen er mest udtalt for området ”forstå information og følge vejledning”, hvor næsten hver tredje borger med ikke-vestlig baggrund har udfordringer sammenlignet med kun ca. hver sjette borger med dansk baggrund.

Tabel 12.1.6 Borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) opgjort på kommuner

	Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)		Viden til at håndtere eget helbred (HLQ2)		Forstå information og følge vejledning (HLQ9)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	37,1	258.700	20,0	139.400	16,0	111.400
Guldborgsund	37,1	19.400	21,2	11.100	18,5	9.600
Kalundborg	40,8	16.500	21,5	8.700	18,5	7.500
Lolland	44,9	15.600	26,1	9.100	21,0	7.200
Odsherred	37,7	10.800	19,6	5.600	18,0	5.200
Slagelse	36,5	23.100	20,7	13.100	18,5	11.800
Vordingborg	36,7	14.300	21,0	8.200	15,7	6.100
Faxe	36,5	11.200	21,3	6.600	17,0	5.200
Holbæk	36,1	21.200	18,9	11.100	15,9	9.400
Næstved	36,4	25.700	19,4	13.700	16,6	11.700
Ringsted	40,6	11.600	23,0	6.600	17,2	4.900
Sorø	37,3	9.300	20,0	5.000	16,0	4.000
Stevns	36,5	7.000	18,5	3.600	13,9	2.700
Greve	35,7	14.400	17,6	7.100	12,0	4.800
Køge	38,3	19.100	21,9	10.900	14,3	7.100
Lejre	32,6	7.400	17,4	4.000	13,9	3.200
Roskilde	34,6	25.600	16,5	12.200	11,8	8.700
Solrød	34,4	6.300	16,3	3.000	11,7	2.200

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

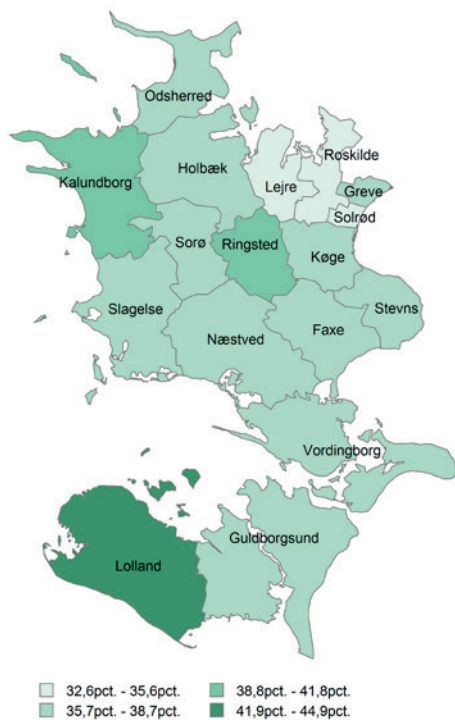
Kommunevariation

Andelen af borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau varierer på tværs af kommunerne. Der er særligt for områderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”forstå information og følge vejledning” en tendens til en større andel af borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau i de socioøkonomisk udfordrede kommuner. Variationen er størst for området ”forstå information og følge vejledning”, som varierer fra 11,7 pct. i Solrød Kommune til 21,0 pct. i Lolland Kommune.

For alle tre områder ses den laveste andel af borgere med udfordringer lokaliseret i regionens nordøstlige kommuner, og særligt på området ”forstå information og følge vejledning” er der en tendens til en stigende andel jo længere vest og sydpå i regionen, kommunen ligger.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til stigning fra 2017 til 2021 i andelen af borgere med udfordringer på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle”. Det gælder særligt i Vordingborg Kommune, hvor andelen er steget godt 7 procentpoint (næsten 25 pct.) i perioden.

Kort 12.1.7 Borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)



Kort 12.1.8 Borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Viden nok til at håndtere eget helbred (HLQ2)



Kort 12.1.9 Borgere med sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Forstå og følge information og vejledning (HLQ9)



Tabel 12.1.10 Sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd

	Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)		Viden til at håndtere eget helbred (HLQ2)		Forstå information og følge vejledning (HLQ9)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	37,1	258.700	20,0	139.400	16,0	111.400
Kostmønster						
Usundt kostmønster	45,3	58.800	25,9	33.600	22,7	29.300
Kostmønster med sunde og usunde elementer	36,2	167.300	19,0	87.700	14,2	65.700
Sundt kostmønster	31,4	32.800	16,6	17.400	12,5	13.100
Rygning						
Daglig ryger	42,3	48.300	25,2	28.700	19,9	22.600
Lejlighedsvis ryger	45,4	10.800	21,3	5.000	15,0	3.500
Tidligere ryger	34,6	79.000	20,1	45.900	16,0	36.600
Aldrig ryger	36,5	120.800	18,1	59.800	14,4	47.600
Fysisk aktivitet i fritiden						
Lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling	38,8	159.400	22,5	92.200	18,7	76.800
Lever op til WHO's minimumsanbefaling	34,7	99.500	16,2	46.300	11,4	32.600
Tegn på problematisk alkoholforbrug						
Ja	39,5	36.700	19,5	18.100	17,8	16.600
Nej	36,8	222.300	20,1	121.300	15,5	93.700
BMI						
Undervægt	46,0	7.000	31,2	4.800	20,2	3.000
Normalvægt	35,7	100.400	16,7	46.800	13,5	37.800
Moderat overvægt	35,5	87.400	18,7	45.800	15,2	37.500
Svær overvægt	40,8	63.100	26,6	41.300	20,8	32.000
Ved egen læge det seneste år						
Nej	47,1	85.600	17,6	32.000	13,6	24.700
Ja	33,6	172.800	20,9	107.400	16,7	86.000

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Samme BMI-kategorisering anvendes på hele befolkningen uanset alder (se kapitel 7).

Sammenhængen mellem sundhedskompetence og sundhedsadfærd er tydelig. For alle tre kompetenceområder er andelen af borgere med et utilstrækkeligt niveau højere blandt borgere med usundt kostmønster, daglig rygning, mindre fysisk aktivitet i fritiden, samt både svær overvægt og undervægt end blandt borgere med den sundeste adfærd. Sammenhængen er generelt tydeligst på områderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”forstå information og følge vejledning”.

Den tidligere omtalte stigning fra 2017 til 2021 i andelen af borgere med udfordringer på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” er størst for borgere, som er tidligere rygere og borgere med tegn på problematisk alkoholforbrug (data ikke vist).

Hvad angår ”været ved egen læge det seneste år”, varierer mønsteret mellem de tre kompetenceområder. Knap halvdelen af de borgere, der ikke har været ved egen læge det seneste år, har et utilstrækkeligt

kompetenceniveau på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” mod en tredjedel af de borgere, som har været ved egen læge. For de to øvrige områder derimod er andelen med udfordringer højere blandt dem, som har været ved egen læge, end blandt dem, som ikke har. Resultatet skal ses i lyset af, at en del af dem, som ikke har været ved egen læge, forventes at være unge. De er mindre syge og har derfor færre forløb i sundhedsvæsenet, og de vil derfor formentlig være mere tilbøjelige til at svare ”uenig” på området ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle”.

Overordnet set er der en tydelig sammenhæng mellem sundhedskompetence og trivsel og helbred samt tegn på social isolation (tabel 12.1.11). På områderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”forstå information og følge vejledning” er der for alle de viste parametre en næsten dobbelt så stor andel med et

utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere, der trives dårligere, end blandt borgere, der trives bedre.

Sammenhængen er mindre tydelig på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle”. Her ses sammenhængen tydeligst for de mentale trivselsskore (tilfredshed med livet og mentalt helbreds-score) og desuden for tegn på social isolation. Sammenlignet med 2017 er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau på dette område steget blandt borgere med god trivsel som f.eks. borgere, der er tilfredse med livet, eller som overordnet vurderer deres helbred som godt (data ikke vist). Det skal ses i lyset af, at der i forbindelse med Covid-19-nedlukningen i perioder bredt i befolkningen har været anbefalet eller selvvalgt begrænsning i de mere opsættelige og rutinemæssige kontakter til de sundhedsprofessionelle.














Tabel 12.1.11 Sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) blandt borgere med forskel i trivsel, helbred og med eller uden tegn på social isolation




	Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)		Viden til at håndtere eget helbred (HLQ2)		Forstå information og følge vejledning (HLQ9)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	37,1	258.700	20,0	139.400	16,0	111.400
Tilfredshed med livet						
Utilfreds	48,6	74.700	35,8	54.800	23,7	36.200
Tilfreds	33,7	183.100	15,1	82.300	13,0	70.600
Selvurderet helbred						
Dårligt	40,8	54.000	39,6	52.300	28,9	38.400
Godt	36,2	204.600	15,4	86.900	12,9	72.700
Score på mental helbredsskala						
Lav (ringere mentalt helbred)	47,5	55.800	38,1	44.700	27,4	32.100
Høj (bedre mentalt helbred)	35,5	205.600	16,1	93.000	12,9	75.000
Score på fysisk helbredsskala						
Lav (ringere fysisk helbred)	35,8	33.200	33,4	31.000	29,5	27.400
Høj (bedre fysisk helbred)	37,8	228.200	17,7	106.700	13,2	79.600
Tegn på social isolation						
Ja	48,6	26.900	33,8	18.700	30,9	17.100
Nej	36,3	232.700	18,8	120.900	14,4	92.200

- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: En lav score på den mentale helbredsskala er defineret ved et SF-12 mental helbreds-score på højst 35,76, og en lav score på den fysiske helbredsskala er defineret ved et SF-12 fysisk helbreds-score på højst 35,37 (se kap. 3).

Tabel 12.1.12 Sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) blandt borgere med eller uden langvarig sygdom, borgere med multisygdom hhv. psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke sygdomme/helbredsudfordringer eller eftervirkninger heraf

	Følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle (HLQ1)		Viden til at håndtere eget helbred (HLQ2)		Forstå information og følge vejledning (HLQ9)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	37,1 	258.700	20,0 	139.400	16,0 	111.400
Ingen langvarig sygdom	39,8 	166.200	16,1 	67.200	12,2 	50.700
Langvarig sygdom	33,2 	92.700	25,8 	72.100	21,3 	59.500
Multisygdom	35,6 	84.400	26,4 	62.700	22,8 	54.000
Psykisk lidelse	41,7 	39.000	34,4 	32.100	25,2 	23.500
KOL	36,4 	15.900	30,5 	13.400	25,4 	11.100
Diabetes	26,0 	12.700	23,0 	11.200	28,2 	13.700
Hjerte-kar-sygdom	35,0 	14.100	30,6 	12.400	32,9 	13.400
Kræft	26,9 	8.300	21,3 	6.600	23,6 	7.300
Slidgigt	33,2 	63.200	24,1 	45.900	21,6 	41.500
Leddegigt	36,9 	27.500	29,0 	21.700	28,4 	21.100
Diskusprolaps/rygsygdom	36,3 	40.600	28,0 	31.300	20,7 	23.100
Knogleskørhed	29,2 	9.400	24,5 	7.900	25,4 	8.200
Depression	45,0 	41.600	37,8 	34.800	27,0 	24.900
Angstlidelse	45,9 	37.800	38,7 	31.800	26,3 	21.500
Spiseforstyrrelse	50,0 	13.000	40,0 	10.400	26,7 	6.900
Forhøjet blodtryk	28,9 	47.900	21,5 	35.600	22,0 	36.500
Migræne/hyppig hovedpine	40,1 	53.900	27,6 	37.100	19,0 	25.400
Allergi	39,1 	64.000	22,6 	37.000	14,9 	24.300
Astma	39,2 	23.000	27,0 	16.000	19,1 	11.200
Tinnitus	37,9 	47.000	24,7 	30.600	19,0 	23.500
Grå stær	30,7 	11.600	24,2 	9.100	28,9 	11.000

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Langvarig sygdom: borgere, der har svaret ja til at have en langvarig sygdom, eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse (mindst 6 mdr.) (se afsnit 4.1). Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3).

For kompetenceområderne ”viden nok til at håndtere eget helbred” og ”kan forstå information og følge vejledning” er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau højere i alle sygdomsgrupper end blandt både borgere uden langvarig sygdom og regionens borgere samlet set. De eneste undtagelser er borgere med kræft hhv. allergi, hvor andelen af borgere med udfordringer ligger tæt på regionstallet. Andelen er især høj blandt borgere med specifikke psykiske lidelser på området ”viden nok” og for borgere med hjertekar-sygdom på området ”forstå information og følge vejledning”.

På kompetenceområdet ”følelse af støtte fra sundhedsprofessionelle” er andelen med udfordringer lavere blandt borgere med langvarig sygdom end blandt borgere uden langvarig sygdom. Andelen af borgere med et utilstrækkeligt niveau er overordnet set højere, og variationen blandt sygdommene større end for de to øvrige kompetenceområder (”viden nok” og ”forstå information og følge vejledning”). Andelen er især høj blandt borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke psykiske lidelser. For en række sygdomme, som bl.a. diabetes og kræft, er andelen med udfordringer dog mindre end regionsgennemsnittet.

For alle sygdomsgrupper samt blandt borgere uden langvarig sygdom ses en tendens til en stigning fra 2017 til 2021 i andelen med udfordringer på dette kompetenceområde (”følelse af støtte”) (data ikke vist). De største stigninger ses for borgere med multisygdom, slidgigt og borgere uden langvarig sygdom. Det skal ses i lyset af, at der i forbindelse med Covid-19-nedlukningen i perioder bredt i befolkningen har været anbefalet eller selvvalgt begrænsning i de mere opsættelige og rutinemæssige kontakter til de sundhedsprofessionelle.

Resultaterne skal desuden ses i lyset af, at både forekomsten af en række sygdomme og sundhedskompetence er tæt knyttet til borgernes alder (se kapitel 4 og tabel 12.1.5). F.eks. er andelen af borgere med et utilstrækkeligt kompetenceniveau på området ”føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle” høj for psykisk lidelse (overvejende yngre borgere), mens udfordringer på området ”kan forstå information og følge vejledning” er mest udbredt blandt borgere med hjertekar-sygdom og grå stær (overvejende ældre borgere).

12.2. Digital sundhedskompetence

Den stigende brug af teknologi og digitale ydelser og services både i sundhedsvæsenet og på forebyggelsesområdet – offentligt som privat – forudsætter en digital parathed hos borgerne. Det kaldes også digital sundhedskompetence, som bl.a. omfatter både evner, tillid og motivation til at kunne bruge løsningerne. Til at belyse borgernes digitale sundhedskompetence bruges spørgsmålspanelet eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ) (15). eHLQ er valideret på dansk i 2018 (15) og er anvendt til undersøgelser på lokalt, regionalt og nationalt plan i mere end 14 lande herunder Danmark. Fra det fulde eHLQ-spørgsmålspanel, der dækker syv områder af digital sundhedskompetence, er der til Sundhedsprofilen udvalgt tre områder, der handler om, hvorvidt borgerne hhv.:

- bruger teknologi til at håndtere information om deres helbred (eHLQ1)
- har tillid til håndteringen (dvs. andres håndtering) af deres sundhedsdata (eHLQ4)
- har gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af deres helbred (eHLQ5)

Hvert af de tre områder måles ved besvarelse af fem udsagn, som besvares på en 4-trinsskala fra ”meget uenig” til ”meget enig”. Udsagnene omhandler f.eks., hvorvidt teknologi har betydning for, at borgeren føler sig engageret i sin sundhed, eller hvorvidt borgeren er sikker på, at hans/hendes sundhedsdata kun bruges af dem, de er tiltænkt. Svaret på hvert spørgsmål tildeles 1 til 4 point, hvor 1 point svarer til det laveste niveau (”meget uenig”). Inden for hvert område beregnes en score som gennemsnittet af de tildelte point. Scoren på et område kan ligge mellem 1 og 4.

Som i det foregående afsnit er der også her særligt fokus på borgere, der har et utilstrækkeligt niveau af digital sundhedskompetence, dvs. en score på 2,5 eller derunder på de tre ovennævnte områder. Som med HLQ (se afsnit 12.1), findes der ikke en standard for, hvilken områdescore der definerer et lavt eller højt niveau af digital sundhedskompetence på det enkelte område. Grænsen på 2,5 er besluttet i dialog med de forskere, der har udviklet spørgsmålspanelet, og skal ses som et redskab til at sammenligne niveauet over tid og mellem grupper.

En områdescore på højst 2,5 omfatter langt hovedparten af de svarkombinationer, hvor borgeren besvarer flest spørgsmål med ”uenig”/”meget uenig” og dermed

Inden for de undersøgte områder er et utilstrækkeligt niveau af digital sundhedskompetence mest udbredt blandt:

Brug af teknologi til at håndtere information om helbred:

- De ældste borgere/alderspensionister
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Borgere med hhv. tegn på social isolation, dårligt helbred og fysisk sygdom, især grå stær og KOL

Tillid til håndteringen af deres sundhedsdata:

- De yngre borgere
- Mænd
- Borgere med lang videregående uddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, og borgere, som ikke har været ved egen læge det seneste år
- Borgere med hhv. lav mental trivsel og tegn på social isolation
- Borgere med psykiske lidelser

Gavn af digitale løsninger i håndteringen af helbred:

- De ældre borgere/alderspensionister
- Borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse
- Førtidspensionister
- Borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd
- Borgere med hhv. lav trivsel og tegn på social isolation
- Borgere med langvarig sygdom, bl.a. grå stær, KOL og hjerte-kar-sygdom

udtrykker overordnet usikkerhed på det pågældende område. De vil med stor sandsynlighed have udfordringer på området og have brug for ekstra hjælp og støtte. Det kan bl.a. være til at bruge teknologi til at håndtere information, til at få bedre forståelse for hvordan sundhedsdata anvendes, samt til at få indsigt i, hvordan teknologi i hverdagen kan gavne deres mulighed for at opnå bedre helbred og trivsel.

En score på 2 og derunder tolkes som et udtryk for, at den digitale sundhedskompetence på det pågældende område er så utilstrækkelig, at det er problematisk. Borgere, der har en områdescore over 2,5 anses i opgørelsen for at have et tilstrækkeligt kompetenceniveau. De udtrykker sig overvejende ”enige”/”meget enige” i spørgsmålene inden for det enkelte område, og de forventes derfor bedre at kunne udnytte digitale muligheder og teknologiske løsninger.

Tabel 12.2.1 Opdeling af borgernes niveau af digital sundhedskompetence efter områdescore

Niveau af sundhedskompetence	Områdescore
Tilstrækkeligt	Over 2,5 - 4
Utilstrækkeligt	Over 2 - højst 2,5
Utilstrækkeligt (problematisk)	1-2

Det er første gang, at spørgsmålene om digital sundhedskompetence er med i Region Sjællands Sundhedsprofil, og der kan derfor ikke vises udvikling over tid for de tre eHLQ-områder.

Opgørelserne viser, at godt to ud af tre borgere i regionen angiveligt har et tilstrækkeligt kompetenceniveau på områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” (68,7 pct.) og ”gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred” (66,8 pct.). På området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata” har en betydeligt større andel, godt 80 pct. af borgerne, et tilstrækkeligt kompetenceniveau.

Tabel 12.2.2 Niveau af digital sundhedskompetence for området: Brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ 1)

	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	68,7
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	15,7
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	15,7
























































































Tabel 12.2.3 Niveau af digital sundhedskompetence for området: Tillid til håndteringen af deres sundhedsdata (eHLQ4)


	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	82,3
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	8,8
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	8,9

Tabel 12.2.4 Niveau af digital sundhedskompetence for området: Gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred


	Pct.
Tilstrækkeligt: score over 2,5	66,8
Utilstrækkeligt: score over 2 til 2,5	17,9
Utilstrækkeligt (problematisk): score højst 2	15,3

Tabel 12.2.5 Borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder)

	Brugen af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)		Tilliden til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)		Gavnen af digitale løsninger i håndtering af helbred (eHLQ5)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	31,3 	218.400	17,7 	123.200	33,2 	231.200
Køn						
Mand	34,2 	117.500	20,8 	71.400	32,4 	111.100
Kvinde	28,5 	100.900	14,6 	51.800	33,9 	120.100
Alder						
16-24 år	30,5 	23.600	22,4 	17.200	31,6 	24.600
25-34 år	23,7 	19.200	22,8 	18.400	29,8 	24.200
35-44 år	22,1 	20.600	18,9 	17.600	27,1 	25.300
45-54 år	26,8 	33.800	17,0 	21.400	29,4 	37.200
55-64 år	31,4 	39.000	16,6 	20.600	33,7 	41.900
65-79 år	38,9 	60.000	14,0 	21.700	37,6 	57.700
80+	54,3 	22.200	15,2 	6.300	50,6 	20.400
Uddannelsesmæssig baggrund						
Grundskole/gymnasial	42,2 	42.700	19,5 	19.800	42,1 	42.500
Kort uddannelse	33,3 	92.700	15,8 	44.000	34,8 	96.800
Kort videregående	27,6 	18.200	18,1 	11.900	28,6 	18.900
Mellemlang videregående	25,4 	35.900	16,6 	23.500	29,4 	41.700
Lang videregående	20,6 	12.300	20,3 	12.200	24,9 	14.900
Erhvervstilknytning						
Beskæftigede	24,8 	87.000	18,0 	63.000	28,3 	99.600
Arbejdsløse	31,7 	4.500	19,8 	2.800	38,2 	5.400
Førtidspensionister	39,5 	12.100	23,0 	7.100	43,0 	13.200
Efterlønsmodtagere	34,7 	1.700	10,1 	500	32,8 	1.600
Alderspensionister	42,1 	82.800	14,3 	28.200	40,3 	78.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	33,7 	13.300	23,3 	9.200	37,9 	14.900
Under uddannelse	27,9 	16.900	20,1 	12.200	29,0 	17.700
Samlevsstatus						
Samlevende	28,2 	122.800	16,3 	71.000	29,9 	130.700
Ikke samlevende	36,6 	95.600	20,0 	52.200	38,6 	100.500
Samboende med børn u. 16 år						
Bor sammen med børn	20,9 	38.500	17,0 	31.300	26,6 	49.000
Bor ikke med børn	34,8 	178.200	17,9 	92.100	35,2 	180.200
Etnisk baggrund						
Dansk baggrund	32,0 	202.500	17,9 	113.200	33,5 	212.200
Anden vestlig baggrund	27,2 	6.600	16,3 	4.000	35,2 	8.800
Ikke-vestlig baggrund	23,8 	9.300	15,7 	6.100	26,3 	10.300

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Generelt

Andelen af Region Sjællands borgere, som har digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt kompetenceniveau, varierer på tværs af de tre kompetenceområder. Næsten hver tredje borger har et utilstrækkeligt niveau på områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” (31,1 pct.) og ”gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred” (33,2 pct.). Kun godt halvt så mange (17,7 pct.) har udfordringer på området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”.

Køn og alder

Hver femte mand (20,8 pct.) har et utilstrækkeligt kompetenceniveau, når det gælder ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”. Det er markant højere end blandt kvinderne, hvor kun hver syvende (14,6 pct.) har udfordringer. Forskellen mellem kønnene er lidt mindre på området ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred”, hvor 34,2 pct. af mændene og 28,5 pct. af kvinderne har et utilstrækkeligt kompetenceniveau.

Området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata” skiller sig ud, når det drejer sig om sammenhængen med alder. Blandt borgere under 35 år har godt hver femte et utilstrækkeligt kompetenceniveau på området, mens det kun gælder omkring hver syvende blandt de ældste aldersgrupper. Omvendt er det hyppigst de ældre, der har udfordringer på de to andre områder. På områderne ”gavn af digitale løsninger i håndtering af eget helbred” og ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” er der således markant flere i aldersgruppen 65-79 år (knap 40 pct.) og blandt borgere over 80 år (mere end 50 pct.), der har et utilstrækkeligt kompetenceniveau end i de yngre aldersgrupper.

Uddannelse og erhvervstilknytning

På områderne ”brug” og ”gavn” af teknologi og digitale løsninger er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau større blandt borgere med udelukkende grundskole/gymnasial uddannelse end i regionen samlet. På disse to områder ses desuden en tydelig tendens til, at andelen af borgere med udfordringer falder med stigende uddannelsesniveau. Billedet er mindre tydeligt på området ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata”. Her findes den højeste andel med et utilstrækkeligt niveau (hver femte) blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Hvad angår erhvervstilknytning, så er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau generelt højere blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse eller under uddannelse – undtagen for området ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata”. Her har knap hver fjerde blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive udfordringer mod 10,1 pct. hhv. 14,3 pct. blandt efterlønsmodtagere og alderspensionister.

Samlivsstatus og børn

For alle tre områder er der en større andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere, der ikke er samlevende, sammenlignet med borgere, der bor sammen med en partner.

Der er en højere andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere, der ikke bor sammen med børn på områderne ”brug” og ”gavn” af digitale løsninger og teknologi. Forskellen ses ikke på området ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata”. Resultaterne skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet er ældre end borgere med børn i hjemmet.

Etnisk baggrund




Der er for områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” og ”gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred” en lavere andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (omkring hver fjerde) end blandt borgere med dansk baggrund (hver tredje). Samme forskel ses ikke for området ”tillid til håndteringen af sundhedsdata”. Resultaterne skal ses i lyset af, at borgere med ikke-vestlig baggrund har en lavere gennemsnitsalder end borgere med dansk baggrund.



I PreCare-projektet er Region Sjælland og Odsherred Kommune gået sammen om at udvikle og teste en ny service til kronikere, der skal øge den enkeltes egenomsorg og tryghed i hverdagen. Udstyret med diverse måleapparater sender borgerne målinger ind til en klinik, som bl.a. tilbyder rådgivning, omsorg og behandling i tide – både virtuelt og fysisk. Projektet har vist, at mange akutte indlæggelser på den måde kan undgås samtidigt med, at borgerne oplever større tryghed. Som en del af indsatsen kigges der bl.a. på borgernes digitale kompetencer, som er medbestemmende for, hvorledes de skal lære at mestre deres sygdom. På billedet taler Ester, som lider af KOL, med en af projektets sygeplejersker om dagens målinger.

Tabel 12.2.6 Borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) opgjort på kommuner

	Brugen af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)		Tilliden til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)		Gavnen af digitale løsninger i håndtering af helbred (eHLQ5)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	31,3	218.400	17,7	123.200	33,2	231.200
Guldborgsund	34,2	17.800	18,6	9.700	36,6	19.000
Kalundborg	34,8	14.100	17,1	6.900	35,3	14.300
Lolland	38,4	13.300	18,3	6.300	38,9	13.400
Odsherred	33,0	9.500	16,8	4.800	34,0	9.700
Slagelse	28,7	18.300	17,8	11.300	30,5	19.300
Vordingborg	34,3	13.300	17,0	6.600	35,4	13.800
Faxe	34,2	10.500	18,0	5.500	33,5	10.200
Holbæk	31,0	18.100	17,0	10.000	33,5	19.800
Næstved	34,2	23.900	17,0	11.900	34,7	24.400
Ringsted	31,4	9.000	18,5	5.300	35,3	10.100
Sorø	33,0	8.200	16,2	4.000	34,8	8.600
Stevns	31,7	6.200	20,5	4.000	33,4	6.500
Greve	26,3	10.700	18,4	7.500	28,8	11.700
Køge	26,0	13.100	17,4	8.700	28,1	14.100
Lejre	30,1	6.900	18,5	4.300	34,4	7.900
Roskilde	27,8	20.500	18,2	13.400	30,9	22.900
Solrød	27,0	5.000	16,3	3.000	29,6	5.400

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Kommunevariation

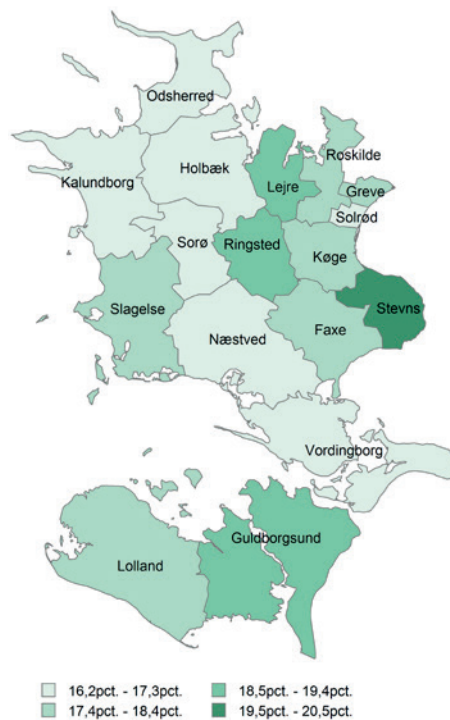
Andelen af borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau varierer på tværs af kommunerne. Variationen er størst for områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” og ”gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred”. Her spænder andelen med udfordringer fra hhv. 26,0 pct. og 28,1 pct. i Køge Kommune til hhv. 38,4 pct. og 38,9 pct. i Lolland Kommune. Der er for begge kompetenceområder en tendens til en større andel af borgere med et utilstrækkeligt kompetenceniveau i de mere socioøkonomisk udfordrede kommuner end i bedre stillede kommuner. Geografisk er udfordringer på disse to kompetenceområder med få undtagelser mest udbredt i de vestligste og sydligste kommuner.

Samme mønster ses ikke for området ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata”, hvor andelen med udfordringer er størst blandt borgere i regionens nordøstlige og sydlige del. Variationen på tværs af kommunerne er også mindre for dette område, hvor det kun er Stevns Kommune, der med 20,5 pct. afviger fra regionsgennemsnittet på 17,7 pct.

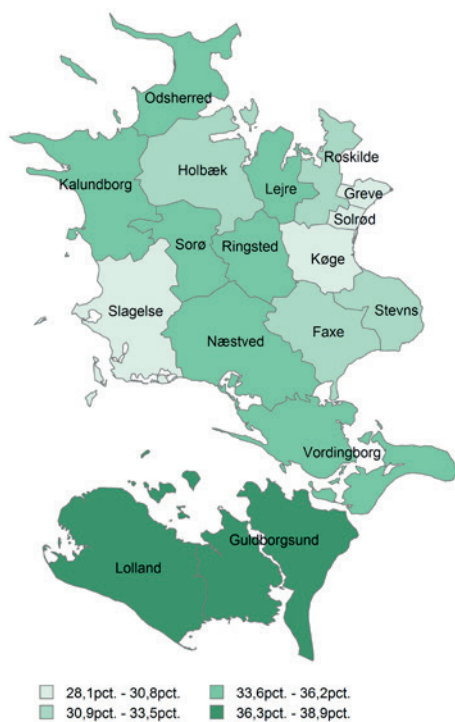
Kort 12.2.7 Borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)



Kort 12.2.8 Borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Tillid til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)






Kort 12.2.9 Borgere med digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (HLQ-områdescore på 2,5 eller derunder): Gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred (eHLQ5)



Tabel 12.2.10 Digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd

	Brugen af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)		Tilliden til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)		Gavnen af digitale løsninger i håndtering af helbred (eHLQ5)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	31,3	218.400	17,7	123.200	33,2	231.200
Kostmønster						
Usundt kostmønster	38,8	50.200	20,2	26.200	40,4	52.400
Kostmønster med sunde og usunde elementer	30,4	140.700	17,2	79.700	32,2	149.000
Sundt kostmønster	24,5	25.600	16,2	17.000	27,9	29.100
Ryging						
Daglig ryger	39,6	45.200	21,3	24.400	42,8	48.800
Lejlighedsvis ryger	28,5	6.800	21,1	5.000	33,6	8.000
Tidligere ryger	30,0	68.700	17,6	40.200	32,2	73.400
Aldrig ryger	29,5	97.400	16,3	53.800	30,4	100.700
Fysisk aktivitet i fritiden						
Lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling	34,3	140.500	17,6	72.200	36,5	149.400
Lever op til WHO's minimumsanbefaling	26,9	77.100	17,8	51.000	28,2	81.000
Tegn på problematisk alkoholforbrug						
Ja	36,3	33.900	20,6	19.200	37,0	34.600
Nej	30,3	182.800	17,3	104.300	32,5	196.200
BMI						
Undervægt	33,8	5.100	24,1	3.600	36,4	5.500
Normalvægt	29,0	81.200	17,1	47.800	31,2	87.500
Moderat overvægt	31,5	77.800	17,4	43.100	31,2	77.000
Svær overvægt	34,0	52.500	17,9	27.600	38,5	59.500
Ved egen læge det seneste år						
Nej	32,9	60.100	20,2	36.800	32,8	60.000
Ja	30,6	157.600	16,8	86.500	33,2	170.400


































-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: Samme BMI-kategorisering anvendes på hele befolkningen uanset alder (se kapitel 7).

Sammenhængen mellem digital sundhedskompetence og sundhedsadfærd er tydeligst på områderne ”brug af teknologi til at håndtere information om eget helbred” og ”gavn af digitale løsninger og teknologi i håndteringen af eget helbred”. På disse områder er forskellen mest markant for hhv. kostmønster, rygning og fysisk aktivitet. Blandt borgere med et usundt kostmønster er der f.eks. en knap 60 pct. større andel, der har et utilstrækkeligt kompetenceniveau på området ”brug af teknologi”, end blandt borgere med et sundt kostmønster.

Sammenhængen er generelt mindre udtalt på området ”tillid til håndtering af deres sundhedsdata”. For dette område ses den mest markante forskel mellem borgere med undervægt og normalvægtige borgere. Blandt undervægtige borgere har knapt hver fjerde udfordringer på området, mens det kun gælder omkring hver sjette normalvægtige borger. Det ses også, at der blandt borgere, som ikke har været hos egen læge det seneste år, er en højere andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau på området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata” end blandt borgere, som har været hos egen læge.

Tabel 12.2.11 Digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller derunder) blandt borgere med forskel i trivsel, helbred og med eller uden tegn på social isolation

	Brugen af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)		Tilliden til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)		Gavnen af digitale løsninger i håndtering af helbred (eHLQ5)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	31,3 	218.400	17,7 	123.200	33,2 	231.200
Tilfredshed med livet						
Utilfreds	34,5 	53.000	27,3 	41.800	41,5 	63.900
Tilfreds	29,8 	161.800	14,6 	79.500	30,3 	164.400
Selvurderet helbred						
Dårligt	39,5 	52.100	24,3 	32.100	44,8 	59.000
Godt	29,3 	165.600	16,1 	90.700	30,3 	171.300
Score på mental helbredsskala						
Lav (ringere mentalt helbred)	35,4 	41.400	27,2 	31.800	41,0 	48.000
Høj (bedre mentalt helbred)	29,9 	173.500	15,8 	91.700	31,0 	180.000
Score på fysisk helbredsskala						
Lav (ringere fysisk helbred)	42,7 	39.100	20,9 	19.300	45,7 	41.900
Høj (bedre fysisk helbred)	29,0 	175.800	17,2 	104.300	30,8 	186.200
Tegn på social isolation						
Ja	47,7 	26.200	25,4 	14.000	50,2 	27.500
Nej	29,8 	191.200	16,9 	108.600	31,5 	202.600

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit




Note: En lav score på den mentale helbredsskala er defineret ved en SF-12 mental helbredsscore på højst 35,76, og en lav score på den fysiske helbredsskala er defineret ved en SF-12 fysisk helbredsscore på højst 35,37 (se kap. 3).

Ligesom for sundhedskompetence er der overordnet en tydelig sammenhæng mellem digital sundhedskompetence og generel trivsel og helbred. Et utilstrækkeligt kompetenceniveau er på alle tre kompetenceområder mest udbredt blandt borgere med dårligere trivsel og helbred. Mønsteret er meget ens for områderne ”brug af teknologi” og ”gavn af digitale løsninger”, hvor sammenhængen begge steder er tydeligst for hhv. selvvurderet helbred, fysisk helbred og tegn på social isolation. Det skal ses i lyset af, at udfordringer på disse to områder er mest udbredt blandt ældre, som også oftere har fysisk sygdom, og hvor kontakten til venner og bekendte er blevet mindre.

Modsat ses det på området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata”, at sammenhængen er tydeligst for de mentale trivselsparametre som tilfredshed med livet og score på den mentale helbredsskala. Blandt borgere, der er utilfredse med livet, er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau på området således 87 pct. højere end blandt borgere, der er tilfredse med livet.

Tabel 12.2.12 Digital sundhedskompetence på et utilstrækkeligt niveau (eHLQ-områdescore på 2,5 eller der- under) blandt borgere med eller uden langvarig sygdom, borgere med multisygdom hhv. psykisk lidelse (kort eller langvarig) og borgere med specifikke sygdomme/helbredsudfordringer eller eftervirkninger heraf

	Brugen af teknologi til at håndtere information om eget helbred (eHLQ1)		Tilliden til håndtering af deres sundhedsdata (eHLQ4)		Gavnen af digitale løsninger i håndtering af helbred (eHLQ5)	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2021	31,3	218.400	17,7	123.200	33,2	231.200
Ingen langvarig sygdom	28,6	119.400	16,5	69.100	29,8	124.100
Langvarig sygdom	35,2	98.300	19,4	54.200	38,0	106.400
Multisygdom	35,9	84.900	19,1	45.000	38,7	91.200
Psykisk lidelse	33,4	31.100	24,2	22.500	40,2	37.300
KOL	42,4	18.200	20,7	8.900	42,3	18.100
Diabetes	38,5	18.500	15,4	7.400	36,9	17.700
Hjerte-kar-sygdom	40,7	16.300	21,2	8.600	41,6	16.600
Kræft	33,7	10.400	15,4	4.800	34,3	10.600
Slidgigt	37,3	70.600	17,1	32.400	39,4	74.300
Leddegigt	40,3	29.800	21,0	15.500	41,3	30.400
Diskusprolaps/rygsygdom	34,5	38.400	19,6	21.900	38,0	42.300
Knogleskørhed	40,9	13.100	16,3	5.200	39,4	12.600
Depression	34,2	31.700	26,6	24.600	41,1	38.100
Angstlidelse	32,1	26.300	25,2	20.600	40,1	32.900
Spiseforstyrrelse	26,2	6.800	25,8	6.700	37,0	9.700
Forhøjet blodtryk	36,7	60.400	15,8	25.900	37,4	61.200
Migræne/hyppig hovedpine	28,7	38.500	20,0	26.900	36,2	48.500
Allergi	27,8	45.500	19,3	31.500	32,6	53.400
Astma	33,1	19.100	21,6	12.500	37,3	21.600
Tinnitus	32,4	40.200	19,9	24.700	35,5	43.900
Grå stær	45,2	16.700	18,4	6.800	43,4	16.000

-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Langvarig sygdom: borgere, der har svaret ja til at have en langvarig sygdom, eftervirkning efter skade, handicap eller anden langvarig lidelse (mindst 6 mdr.) (se afsnit 4.1). Multisygdom: minimum to af en række udvalgte sygdomme (se afsnit 4.3)

Udfordringer med digital sundhedskompetence blandt borgere med og uden langvarig sygdom varierer både mellem sygdomme og mellem de tre kompetenceområder. For området ”gavn af digitale løsninger” er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau med enkelte undtagelser højere for alle sygdomsgrupper end både regionsgennemsnittet og andelen blandt borgere uden langvarig sygdom. Andelen med udfordringer er højest blandt borgere med hhv. grå stær og KOL, som begge bliver hyppigere med alderen.

Billedet er lidt mere blandet, hvad angår området ”brug af teknologi”. Også her har borgere med grå stær

og KOL den største andel med et utilstrækkeligt kompetenceniveau (hhv. 45,2 pct. og 42,4 pct.), mens hhv. andelen blandt borgere med spiseforstyrrelse, allergi og migræne/hyppig hovedpine ligger under regionsgennemsnittet. De tre lidelser er alle hyppigst blandt de yngre borgere.

På området ”tillid til håndteringen af deres sundhedsdata” er andelen med et utilstrækkeligt kompetenceniveau især høj blandt borgere med psykisk lidelse (kort eller langvarig) og udvalgte specifikke psykiske lidelser, hvorimod det ligger under regionsgennemsnittet for borgere med hhv. diabetes og forhøjet blodtryk.

Referencer

1. **(HLS-EU) Consortium Health Literacy Project Europe.** Health Literacy and Public Health: A Systematic Review and Integration of Definitions and Models. *BMC Public Health.* 12 1, 2012.
2. **Nutbeam, Don.** Health Promotion Glossory. *Health Promotion International.* 13 4, 1998, pp. 349-64.
3. **Berkman, Nancy D. et al.** Low Health Literacy and Health Outcomes: An Updated Systematic Review. *Annals of Internal Medicine.* 2011, p. 155(2): 97.
4. **Friis, Karina, et al.** Low Health Literacy and Mortality in Individuals with Cardiovascular Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Diabetes, and Mental Illness: A 6-Year Population-Based Follow-Up Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020, p. 17 (24): 9399.
5. **Svendsen, Majbritt Tang, et al.** Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. *BMC Public Health.* 20:565 2020.
6. **Maindal, Helle Terkildsen.** Sundhedskompetence (Health Literacy) i sundhedsfremme og forebyggelse. [book auth.] Bjarne Bruun Jensen, Morten Grønbaek and Susanne Reventlow. *Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave.* København : Munksgaard, 2021.
7. **Norman, Cameron D and Skinner, Harvey A .** EHealth Literacy: Essential Skills for Consumer Health in a Networked World. *Journal of Medical Internet Research.* 8(2): e9. 2006.
8. **Norgaard, Ole et al.** The E-Health Literacy Framework: A Conceptual Framework for Characterizing e-Health Users and Their Interaction with e-Health Systems. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal (KM&EL).* 2015, pp. 7(4): 522-40.
9. **Osborne, Richard and Kayser, Lars.** Skills and Characteristics of the E-Health Literate Patient. *BMJ.* 2018, p. k1656.
10. **Holt, Kamilla Adellund et al.** Differences in the Level of Electronic Health Literacy Between Users and Nonusers of Digital Health Services: An Exploratory Survey of a Group of Medical Outpatients. *Interactive Journal of Medical Research.* 2019, p. 8(2): e8423.
11. **Holt, Kamilla Adellund, et al.** Health Literacy, Digital Literacy and EHealth Literacy in Danish Nursing Students at Entry and Graduate Level: A Cross Sectional Study. *BMC Nursing.* 2020, p. 19(1): 22.
12. **Karloe, Astrid and Kayser, Lars.** How Is EHealth Literacy Measured and What Do the Measurements Tell Us? A Systematic Review. *Knowledge Management & E-Learning: An International Journal (KM&EL).* 2015, pp. 7(4): 576-600.
13. **Villadsen, Sarah Fredsted et al.** Ehealth Literacy and Health Literacy among Immigrants and Their Descendants Compared with Women of Danish Origin: A Cross-Sectional Study Using a Multidimensional Approach among Pregnant Women. *BMJ Open.* 2020, p. 10(5): e037.
14. **Osborne, RH, et al.** The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2013, p. 13: 658.
15. **Kayser, L, et al.** A multidimensional tool based on the eHealth Literacy Framework: Development and initial validity testing of the eHealth Literacy Questionnaire (eHLQ). *J Med Internet Res.* 2018, p. 20 (2): e36.
16. **Blaakilde, AL, et al.** *Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner "Hvordan har du det?".* Sorø: Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation, 2018.

