



# Sundhedsprofil 2017

## **Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«**

### **Forfattere fra PFI, Region Sjælland:**

Anne Leonora Blaakilde, Bodil Helbech Hansen, Lærke Steenberg Olesen og Anne Wingstrand

### **Publikationen citeres således:**

Blaakilde, AL; Eiriksson, SD; Hansen, BH; Olesen, LS; Wingstrand, A. Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«. Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation, 2018.

### **Datahåndtering og analyse:**

Ekstern konsulent Simon Daniel Eiriksson og Anne Wingstrand

### **Øvrige bidragsydere:**

Professor emeritus, Lars Iversen.

Lektor Rikke Lund, Afdeling for Social Medicin ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Videnskabelig assistent Jimmi Mathisen, Afdeling for Social Medicin ved Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.

Udviklingskonsulent Maria Bjerring Petersen fra Center for Sundhed og Ældre, Slagelse Kommune.

Ekstern konsulent, Janne Refnov.

Fra Region Sjælland: Mette Holm Augustesen, Carina Bruun Henriksen, Laura Elise Høffner, Mette Lundsby Jensen, Anja Olesen, Gitte Grønkvist Olsen, Britta Ortiz, Erling Samdahl, følgegruppen og studentermedarbejdere.

### **Bidragsydere til kommunale initiativer:**

Kapitel 3: Maria Bjerring Petersen, Slagelse Kommune

Kapitel 4: Anita Lykke Larsen, Roskilde Kommune

Kapitel 5: Gitte Piil Petersen, Lolland Kommune og Hanne Reimann fra Dansk Folkehjælp

Kapitel 7: Gitte Bülow fra Lejre Kommune

Kapitel 8: Jytte Larsen og Karen Hemmingsen, henholdsvis Kalundborg og Vordingborg kommuner

Kapitel 9: Gitte Brønnum Busk, Holbæk Kommune

Kapitel 10: Stine Rodenberg, Køge Kommune

Kapitel 11: Enheden for forebyggelse og sundhedsfremme, Næstved Kommune

### **Korrektur:**

Ekstern konsulent, Hugo Høffner

### **Forside:**

Grafiker Vibeke Storgaard, Imagine2.dk

### **Layout og tryk:**

Grafiker Stine Juul-Mortensen, Sangill Grafisk

### **Udgiver:**

Region Sjælland, Produktion, Forskning og Innovation (PFI), Regionshuset, Alleen 15, 4180 Sorø.

[www.regionsjaelland.dk](http://www.regionsjaelland.dk)

[rs-pfi@regionsjaelland.dk](mailto:rs-pfi@regionsjaelland.dk)

**Udgivelse:** 2. udgave, juli 2018

**ISBN:** 978-87-92026-98-9

# Sundhedsprofil 2017



Sundhedsprofil 2017 for Region Sjælland og kommuner

"Hvordan har du det?"

Udarbejdet af: Region Sjælland, februar 2018



---

# Forord

Region Sjælland præsenterer her sin Sundhedsprofil 2017 med et overblik over trivsel, sundhed og sygdom i regionen og de 17 kommuner. Denne sundhedsprofil er den tredje i Region Sjælland.

En stor tak skal der lyde til de 19.134 borgere, der har brugt tid på at deltage i undersøgelsen. 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.

Vi takker også kommunerne for værdifulde input til arbejdet med sundhedsprofilen.

Med den indsigt, som Sundhedsprofilen giver i borgernes trivsel, fysiske og psykiske velbefindende, kan vi målrette forebyggelses- og sundhedstilbuddene, så man som patient og borger oplever et sammenhængende og koordineret sundhedsvæsen. Det er målet, at den enkelte borger inddrages i tilrettelæggelsen af de relevante sundhedstilbud.

Vi arbejder hele tiden på at udligne den sociale ulighed i sundhed, og med dette værktøj kan vi afdække, hvor den sociale ulighed er størst og dermed handle velbegrunder og effektivt, så de borgere, der har størst behov, også ydes en ekstra støtte.

Sundhedsprofil 2017 viser, at det på flere områder går bedre end i 2013. For eksempel er der i 2017 færre borgere i regionen, som udsættes for passiv rygning, og færre borgere har en problematisk alkoholadfærd end i 2013. Det er indsatsområder, der fortsat skal være i fokus og arbejdes målrettet med i kommunerne, så vi kan fastholde den positive udvikling.

Desværre viser sundhedsprofilens resultater også, at den positive udvikling med færre rygere, som vi så fra 2010 til 2013, er gået i stå, og at vi i 2017 er blevet flere med kronisk sygdom og svær overvægt. Udviklingen viser også, at flere borgere har dårlige sociale relationer, ligesom søvnproblemer og dårligt mentalt helbred er blevet mere udbredt.

Region Sjælland og de 17 kommuner har et godt samarbejde om sundhed og forebyggelse, men den seneste udvikling kalder på, at vi skal blive endnu bedre til at samarbejde på tværs.

I løbet af 2018 skal der indgås nye sundhedsaftaler og udvikles nye sundhedspolitikker og -initiativer, og med Sundhedsprofilen får de nyvalgte kommunal- og regionsrådspolitikere et værktøj til brug for deres politiske arbejde. Det er vores håb, at den viden, der her præsenteres om Region Sjællands borgeres trivsel, sundhed og sygdom, vil blive inddraget i dette arbejde.

*Heino Knudsen*  
Regionsrådsformand  
Region Sjælland

*Mahad Huniche*  
Direktør for Produktion, Forskning og Innovation  
Region Sjælland

---

# Indhold

## Sammenfatning

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

## Kapitel 1

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

1.1 Baggrund.....	14
1.2 Spørgeskemaundersøgelsen .....	15
1.3 Metode.....	19
1.4 Demografi i Region Sjælland .....	26

## Kapitel 2

Læsevejledning.....	33
---------------------	----

Læsevejledning .....	34
----------------------	----

## Kapitel 3

Helbred og trivsel .....	37
--------------------------	----

3.1 Tilfredshed med livet .....	40
3.2 Selvvurderet helbred.....	45
3.3 Fysisk og mentalt helbred.....	50
3.4 Dagligdagens stress.....	58
3.5 Belastninger i livet .....	63
3.6 Trivsel og sundhedsadfærd.....	68
3.7 Initiativ fra Slagelse Kommune: ABC-modellen .....	70

## Kapitel 4

Langvarige sygdomme og multisygdom .....	75
--	----

4.1 Langvarige sygdomme .....	80
4.2 Samlet opgørelse af sygdom og multisygdom .....	104
4.3 Langvarig sygdom og sundhedsadfærd .....	110
4.4 Sundhedskompetencer blandt borgere med én eller flere langvarige sygdomme .....	113
4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud.....	116
4.6 Initiativ fra Roskilde Kommune: Smertehåndteringskurser med tolk.....	120

---

## Kapitel 5

### Sociale relationer og ensomhed ..... 125

5.1	Kontakt med familie, venner og andre .....	130
5.2	Borgere, som er uønsket alene eller mangler nogen at tale med.....	137
5.3	Ensomhedsfølelse .....	142
5.4	Sammenhæng mellem sociale aktiviteter og svage sociale relationer.....	148
5.5	Sammenhæng mellem helbred, livstilfredshed, boligsituation og økonomi og svage sociale relationer .....	149
5.6	Sammenhæng mellem sundhedsadfærd og svage sociale relationer .....	150
5.7	Transportmæssige begrænsninger for deltagelse i aktiviteter.....	152
5.8	Initiativ fra Lolland og Guldborgsund kommuner: Det gode måltid .....	157

## Kapitel 6

### Kost ..... 161

6.1	Borgernes kostmønster.....	165
6.2	Slik, snacks, kager og sodavand.....	170
6.3	Frugt, grønt og fisk.....	174
6.4	Motivation og hjælp til ændring af kostmønster.....	177
6.5	Helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med forskellige kostmønstre .....	184
6.6	Holdninger til salg af usund mad og drikkevarer .....	186

## Kapitel 7

### Vægt ..... 189

7.1	Overvægt og undervægt.....	192
7.2	Motivation og hjælp til at tabe sig .....	198
7.3	Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere .....	204
7.4	Initiativ fra Lejre Kommune: Vægttabshold .....	206

## Kapitel 8

### Rygning ..... 211

8.1	Rygning .....	216
8.2	Passiv rygning .....	225
8.3	Rygning indendørs i hjemmet .....	230
8.4	Brug af E-cigaretter.....	233
8.5	Motivation og hjælp til rygestop blandt dagligrygere .....	237
8.6	Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere.....	243
8.7	Initiativer fra Kalundborg og Vordingborg kommuner: Sammen kvitter vi tobakken og 100 % frisk luft .....	246

---

## Kapitel 9

### Alkohol og euforiserende stoffer ..... 251

9.1	Borgernes alkoholvaner .....	256
9.2	Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner .....	268
9.3	Helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd.....	274
9.4	Holdninger til forbud mod alkohol .....	276
9.5	Euforiserende stoffer .....	277
9.6	Initiativ fra Holbæk Kommune: Den tværgående rusmiddelindsats .....	281

## Kapitel 10

### Fysisk aktivitet og stillesiddende tid..... 283

10.1	Fysisk aktivitet i fritiden .....	288
10.2	Stillesiddende tid .....	295
10.3	Motivation og hjælp til bedre motionsvaner .....	302
10.4	Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt fysisk aktive og fysisk inaktive borgere .....	312
10.5	Transportmæssige begrænsninger for motionsaktiviteter .....	314
10.6	Initiativ fra Køge Kommune: Seniorfitness.....	319

## Kapitel 11

### Søvn ..... 325

11.1	Søvnlængde på hverdage .....	330
11.2	Søvnkvalitet.....	335
11.3	Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet.....	340
11.4	Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd og borgernes søvnkvalitet .....	341
11.5	Initiativ fra Næstved Kommune: Søvnkurser .....	344

## Bilag

### Bilag ..... 347

Bilag 1.....	348
Bilag 2 .....	349
Bilag 3 .....	350
Bilag 4 .....	351



# Sammenfatning

- 19 pct. har dårligt selv vurderet helbred mod 16 pct. i 2013
- 37 pct. har multisygdom mod 33 pct. i 2013
- 12 pct. har sjælden kontakt med venner mod 9,1 pct. i 2013
- 17 pct. har et usundt kostmønster mod 14 pct. i 2013
- 21 pct. er svært overvægtige mod 17 pct. i 2013
- 19 pct. ryger dagligt, hvilket er samme andel som i 2013
- 7,6 pct. af ikke-rygere er udsat for passiv rygning mod 9,9 pct. i 2013
- 19 pct. har problematisk alkoholadfærd mod 21 pct. i 2013
- 33 pct. er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden
- 13 pct. sover dårligt mod 9,3 pct. i 2013

Sundhedsprofilen 2017 er dannet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen ”Hvordan har du det? 2017”. I alt 19.134 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 2017 et helt unikt billede af sundhedstilstanden hos Region Sjællands borgere.

Denne rapport indeholder ni kapitler om sundheds- og sygdomstilstanden blandt borgerne i Region Sjælland, både fysisk og mentalt samt om den generelle trivsel. Da mange emner går igen fra sundhedsprofilerne i 2010 og 2013, kan man i denne rapport samtidig få et unikt billede af udviklingen i sundheds- og sygdomstilstanden over tid. I det følgende opsamles hovedkonklusionerne fra hvert kapitel.

## Helbred og trivsel

### Kapitel 3

- *Fire ud af fem borgere er tilfredse med livet, og samme andel har et godt selv vurderet helbred*
- *Siden 2013 er der sket en stigning, både i andelen af borgere, der oplever dårligt fysisk helbred, og andelen, der oplever dårligt mentalt helbred.*

I 2017 ses der en større polarisering i helbred og trivsel mellem borgere i henholdsvis socioøkonomisk udfordrede kommuner og bedre stillede kommuner end i 2013 i Region Sjælland.

Flere mænd end kvinder er tilfredse med livet og vurderer deres helbred som både fysisk og mentalt godt. En større andel af kvinder end mænd føler sig derimod stressede og belastet af forskellige sociale faktorer.

En større andel af de ældre borgere end yngre borgere er tilfredse med livet. Ligeledes har en større andel af de ældre et godt mentalt helbred, og en mindre andel har et højt stressniveau eller føler sig belastet af deres økonomiske situation, arbejds-situation, boligsituation og deres forhold til venner og familie. Omvendt er godt selv vurderet helbred mest udbredt blandt de yngre borgere, især hvad angår det fysiske helbred.

Der er generelt social ulighed i helbred og trivsel. Dårligt helbred og trivsel er hyppigst blandt kortuddannede, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Blandt borgere, som har anden etnisk baggrund end dansk, er en langt mindre andel tilfredse med livet end blandt borgere med dansk baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er dårligt mentalt helbred og højt stressniveau langt hyppigere end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

## Langvarige sygdomme og multisygdom

### Kapitel 4

- *To ud af tre borgere har mindst én langvarig sygdom, og mere end hver tredje har mindst to sygdomme (multisyge)*
- *Siden 2013 er andelen af borgere med mindst én sygdom og andelen med multisygdom steget*

De mest udbredte sygdomme i Region Sjælland er slidgigt, allergi, forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine og rygsygdomme. Næsten hver femte borger har enten KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft, som alle relaterer sig til forløbsprogrammer i regionen.

Forekomsten af især migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, psykiske lidelser, diabetes, grå stær, kræft og knogleskørhed er større i 2017 end i 2013.

Mænd har en hyppigere forekomst af diabetes end kvinder, der til gengæld hyppigere end mænd har slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma. Forekomsten af psykiske lidelser er især steget blandt kvinder siden 2013.

Forekomsten af de fleste langvarige sygdomme øges markant med stigende alder. Nogle sygdomme er dog mest udbredt blandt de yngre borgere, nemlig psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma. Psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine er i 2017 blevet mere udbredt blandt unge under 25 år, end i 2013.

Jo længere uddannelse borgerne har, desto lavere er sygdomsforekomsten. Dette gælder især for forekomsten af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, 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 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.

Borgernes etniske baggrund har varierende betydning for forekomsten af forskellige sygdomme. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er der f.eks. en mindre forekomst af KOL, kræft, slidgigt og forhøjet blodtryk end blandt borgere med dansk baggrund.

## Sociale relationer

### Kapitel 5

- *Tre ud af fire borgere har kontakt med familie uden for hjemmet mindst en gang om ugen, og to ud af tre har kontakt med venner ugentligt*
- *Borgernes kontakt med andre er blevet mindre hyppig end i 2013*

En mindre del af borgerne i Region Sjælland føler sig ofte uønsket alene eller ensomme. Størstedelen af regionens borgere har jævnligt kontakt med venner og familie, men blandt de unge og blandt dem under uddannelse føler mere end hver tiende sig ensom.

Socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af borgere med ringe sociale relationer sammenlignet med bedre stillede kommuner.

---

Flere mænd end kvinder har sjældent kontakt med familien, og flest mænd mangler nogen at snakke med, når de har problemer.

Kontakt med venner er mest udbredt blandt de unge borgere, mens kontakt med familie er mest udbredt blandt borgere over 25 år. Borgere under 35 år føler sig oftere uønsket alene eller ensomme, og ligesom borgerne over 80 år oplever de i højere grad transportmæssige begrænsninger i forbindelse med sociale kontakter end de øvrige borgere.

Borgernes sociale relationer hænger i høj grad sammen med deres uddannelsesniveau. Jo højere uddannelsesniveau, desto færre udfordringer i de sociale relationer.

Blandt borgere, som har anden etnisk baggrund end dansk, er de sociale relationer generelt dårligere, og en langt større andel føler sig ofte uønsket alene eller ensomme, end borgere med dansk baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund har det generelt sværere end borgere med anden vestlig baggrund end dansk med hensyn til sociale relationer og ensomhed.

## Kost

### Kapitel 6

- *Langt størstedelen af borgerne efterlever ikke kostanbefalingerne vedrørende frugt, grønt og fisk*
- *Borgerne spiser mere usundt i 2017 end i 2013*

Størstedelen af borgerne i Region Sjælland har et kostmønster med både usunde og sunde elementer. Mellem otte og ni ud af ti borgere lever ikke op til Fødevarestyrelsens anbefalinger vedrørende henholdsvis indtag af frugt, grønt og fisk. Omtrent hver tiende borger drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen. Omtrent halvdelen af borgere med usundt kostmønster vil gerne spise mere sundt, og hver femte ønsker at få hjælp til at spise sundere.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med et usundt kostmønster er større i 2017 end i 2013, mens andelen af borgere med et sundt kostmønster er mindre i 2017 end i 2013.

Kvinder har generelt et sundere kostmønster end mænd. Kvinder spiser mere frugt og grønt og drikker mindre sodavand end mænd. Mænd lever dog i højere grad op til anbefalingerne vedrørende indtag af fisk og fuldkorn og spiser sjældnere slik og chokolade end kvinder. Kvinder ønsker i højere grad hjælp til at spise sundere.

Borgere under 35 år har generelt det mest usunde kostmønster, mens borgere i alderen 55-79 år har det sundeste kostmønster. Motivationen til at spise sundere er størst blandt yngre borgere med et usundt kostmønster, og de unge ønsker også i højere grad hjælp til det.

Der er generelt social ulighed i borgernes kostmønster. Kostmønstret følger uddannelsesniveauet på den måde, at jo længere uddannelsen er, desto større en andel af borgerne har et sundt kostmønster. Borgere med kortere uddannelser spiser dog mere fisk, og mindre slik og chokolade end borgere med længere uddannelse.

Sundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, mens usundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund lever i højere grad op til anbefalingerne vedrørende indtag af frugt, grønt og fisk end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

## Vægt

### Kapitel 7

- *Mere end halvdelen af borgerne er overvægtige*
- *Hver femte borger er svært overvægtig, og andelen er steget siden 2013*

Knap ni ud af ti overvægtige borgere i Region Sjælland vurderer selv, at deres vægt er for høj. Mere end hver tredje overvægtige borger ønsker hjælp til at tabe sig. Knap hver syvende overvægtige borger er blevet rådet af egen læge til at tabe sig. Siden 2010 er andelen af overvægtige, der er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, faldet.

Andelen af overvægtige er større blandt mænd end kvinder, men blandt de overvægtige er der en større andel af kvinderne, som selv vurderer, at deres vægt er for høj, som ønsker at tabe sig, og som ønsker hjælp til det.

Overvægt er mest udbredt blandt borgere over 35 år og under 80 år. Andelen af overvægtige, der ønsker hjælp til at tabe sig, er derimod størst blandt borgere under 35 år.

Forekomsten af svær overvægt er større blandt borgere med kortere uddannelse sammenlignet med borgere med længere uddannelse. Det er især overvægtige borgere med kort uddannelse, som er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, og som har fået information om muligheden for hjælp til det. Det er derimod især de overvægtige med lange uddannelser, som er motiveret for at tabe sig.

Svær overvægt er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund og mindst udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Blandt overvægtige er borgere med ikke-vestlig baggrund mindst motiveret for at tabe sig. Det er imidlertid især borgere med ikke-vestlig baggrund, som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at tabe sig.

## Ryging

### Kapitel 8

- *Knap hver femte borger ryger dagligt. Andelen af dagligrygere falder ikke længere*
- *Passiv rygning og rygning indendørs i hjemmet er langt mindre udbredt i 2017 end i 2010*

Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland er rygere eller tidligere rygere. I alt 18,6 pct. er dagligrygere, og halvdelen af dem er storrygere (ryger dagligt 15 cigaretter eller mere). Andelen af dagligrygere faldt fra 2010 til 2013, men faldet er ikke fortsat fra 2013 til 2017. Ikke-rygerne udsættes sjældnere for passiv rygning end tidligere, og andelen af borgere, der bor i hjem med indendørs rygning, er halveret siden 2010. Der ryges dog fortsat indendørs i omtrent hver tiende borgers hjem, men kun i hvert tyvende hjem med børn.

Knap tre ud af fire dagligrygere ønsker at holde op med at ryge, og knap hver tredje dagligryger ønsker at få hjælp til et rygestop. Knap halvdelen af dagligrygerne har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop, men kun én ud af seks har fået information fra deres egen læge.

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 e-cigaretter dagligt.

Andelen af dagligrygere og storrygere er mest udbredt blandt borgere i alderen 45-64 år, mens andelen af tidligere rygere er mest udbredt blandt borgere over 65 år. Andelen af borgere, som aldrig har røget, er størst blandt borgere under 25 år, men det er samtidig især dem under 25 år, som ryger lejlighedsvist. Daglig, passiv rygning er også mest udbredt blandt unge under 25 år. Ønske om rygestop er mest udbredt blandt dagligrygere under 55 år.

Der er en meget markant social ulighed i forekomsten af rygning. Både daglig rygning og passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse end blandt borgere med videregående uddannelser.

Den sociale ulighed i rygning viser sig også på tværs af kommuner med forskellige socioøkonomiske vilkår.

## Alkohol og euforiserende stoffer

### Kapitel 9

- *Hver femte borger har en problematisk alkoholadfærd*
- *Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er faldet siden 2013*

Knap hver tredje borger i Region Sjælland med en problematisk alkoholadfærd vurderer selv, at deres alkoholvaner er ufornuftige. Hver femte ønsker også at nedsætte sit forbrug, mens kun 4,4 pct. også ønsker at få hjælp til det. Blandt borgere med

problematisk alkoholadfærd er 7,1 pct. blevet rådet af egen læge til at nedsætte forbruget i løbet af det seneste år. Motivationen til at ændre alkoholadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er blevet større siden 2010.

Hver fjerde borger har prøvet hash på et tidspunkt, og knap hver tiende har prøvet andre euforiserende stoffer.

Flere mænd end kvinder har en problematisk alkoholadfærd. Siden 2013 er problematisk alkoholadfærd dog især faldet blandt mænd. Der er mere end dobbelt så mange mænd som kvinder, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned.

Tegn på alkoholafhængighed er mest udbredt blandt borgere i alderen 55-79 år, mens ugentligt rusdrikkeri er mest udbredt blandt unge under 25 år. Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt unge under 25 år (især pga. fald i ugentligt rusdrikkeri). Andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen er derimod især faldet blandt 55-64 årige.

Tegn på alkoholafhængighed og alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen er mere udbredt blandt borgere med lang videregående uddannelse end blandt dem med en grundskoleuddannelse. Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse.

Andelen af borgere med alkoholforbrug over højrisikogrænsen er fire til fem gang større blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

## Fysisk aktivitet

### Kapitel 10

- *En tredjedel af borgerne lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling om fysisk aktivitet*
- *I 2017 er en større andel af borgerne stillesiddende i deres fritid end i 2013*

To ud af tre borgere i Region Sjælland er tilstrækkeligt eller optimalt fysisk aktive i deres fritid og lever dermed op til WHO's minimumsanbefaling om at være fysisk aktiv. Samtidigt sidder halvdelen af borgerne ned mere end otte timer om dagen, og tre ud af fire borgere sidder ned mindst fire timer dagligt i deres fritid. Sammenlignet med tallene i 2013 dyrker en mindre del af borgerne nu lettere motion i fritiden, mens en større andel er stillesiddende i fritiden. Omkring halvdelen af dem, der gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker at få hjælp til det.

Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af fysisk inaktive borgere end de øvrige kommuner.

Der er en større polarisering blandt mænd, når man ser på deres fysiske aktivitet i fritiden, end blandt kvinder. Både fysisk inaktivitet og efterlevelse af WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder. Blandt dem, som ikke bevæger sig nok, er en større andel af mænd end kvinder blevet rådet af egen læge til at ændre motionsvaner.

Borgere under 25 år er den aldersgruppe, som rummer den største andel, der lever op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet, og den mindste andel som er fysisk inaktive. Samtidig sidder en meget stor del af denne gruppe stille i mange timer om dagen. Andelen, der sidder ned mere end otte timer om dagen, er mindst blandt de ældste.

Der er social ulighed i fysisk aktivitet i fritiden. Borgere uden uddannelse over grundskoleniveau er i højere grad fysisk inaktive og stillesiddende i deres fritid end borgere med længere uddannelse. Omvendt sidder en større andel af borgere med videregående uddannelser ned mere end otte timer dagligt end borgere med kortere uddannelse.

---

## Søvn

### Kapitel 11

- *Omkring hver tiende borger sover mindre end seks timer i døgn*
- *Andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet er steget siden 2013*

Omkring halvdelen af borgerne i Region Sjælland sover alt i alt godt eller virkeligt godt. Andelen af borgere, som har dårlig søvnkvalitet, er steget med ca. 30 pct. siden 2013.

Der er ingen kønsforskelle i andelen af borgere, der sover under seks timer, men en større andel af kvinder end mænd sover dårligt. Siden 2013 er søvnkvaliteten især blevet ringere blandt kvinder.

Borgere over 65 år har generelt bedre søvnkvalitet end yngre borgere. Kun 7 pct. af borgere over 65 år føler sig ikke udhvilet, mens andelen er to til tre gange større blandt yngre borgere. Siden 2013 er problemer med søvnkvaliteten især blevet mere udbredt blandt borgere under 45 år, mens andelen af borgere, der sover dårligt, er størst blandt 45-64 årige. Andelen, der ikke føler sig udhvilet, er størst i de yngste aldersgrupper.

Udbredelsen af søvnlængde under seks timer og dårlig søvnkvalitet falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Søvnlængde under seks timer er to til tre gange mere udbredt blandt borgere med lange videregående uddannelser end blandt borgere, som højst har fuldført grundskolen.

Borgere med ikke-vestlig baggrund sover generelt mindre og har ringere søvnkvalitet end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er det næsten hver fjerde borger, der sover under seks timer dagligt, mens det blandt borgere med dansk baggrund kun er hver tiende.

# Kapitel 1

## Baggrund, metode og demografi

### 1.1 Baggrund

### 1.2 Spørgeskemaundersøgelsen

### 1.3 Metode

### 1.4 Demografi i Region Sjælland



---

## 1.1 Baggrund

Dette er den tredje Sundhedsprofil for Region Sjælland og de 17 kommuner i regionen. De to første Sundhedsprofiler udkom i 2010 og 2013. De regionale Sundhedsprofiler følger sundhedsaftaleprocessen og vil også fremover blive udarbejdet hvert fjerde år.

Sundhedsprofilen 2017 bygger på spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017* og er en del af en national aftale, hvor både undersøgelsens indhold, dataindsamling via udsendelse af spørgeskemaer og databearbejdning følger nationale standarder. Dette muliggør sammenligning på tværs af regioner og kommuner i hele landet. Tal for hele landet kan findes i Den Nationale Sundhedsprofil 2017 og vil også være tilgængelige på [www.danskernessundhed.dk](http://www.danskernessundhed.dk). Ud over de fælles nationale dele indgår en række spørgsmål og emner, som er særlige for Region Sjælland.

Sundhedsprofilen giver et indblik i borgernes trivsel, sundhed og sundhedsadfærd i Region Sjælland som helhed og i de enkelte kommuner. Sundhedsprofilen kan desuden vise udvikling over tid for mange af de undersøgte emner, idet undersøgelsen er foretaget i både 2010, 2013 og 2017.

Formålet med Sundhedsprofilen er at give et datagrundlag, der kan bruges som planlægningsværktøj i regionen og kommunerne. Oplysningerne i rapporten er rettet mod både primær- og sekundærsektoren og kan f.eks. 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

Målrettet planlægning af indsatser inden for sundhedsområdet er en nødvendighed på grund af stigende udgifter. Befolkningens behov for sundhedsydelser ændrer sig i takt med ændrede livsstilsvaner og befolkningssammensætning, herunder aldersfordelingen. Samtidig medfører den teknologiske og medicinske udvikling et stigende antal behandlingsmuligheder og dermed også øgede forventninger til behandling og forebyggelse. Her spiller Sundhedsprofilens oplysninger en vigtig rolle som grundlag for planlægning og samarbejde mellem region og kommuner.

Som supplement til resultaterne fra spørgeskemaundersøgelsen præsenteres i slutningen af hvert kapitel også et eksempel på et kommunalt initiativ på det pågældende område. Formålet er at give et indblik i, hvordan der arbejdes med forebyggelse i kommunerne i Region Sjælland. De kommunale initiativer er ikke udvalgt efter, hvorvidt kommunerne er særligt udfordrede eller vellykkede i forhold til det pågældende sundhedsproblem. Vurdering af effekten af de enkelte initiativer er heller ikke inddraget i udvælgelsen. Vedrørende anbefalinger til konkrete forebyggelsesindsatser henvises til Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker (<https://www.sst.dk/da/planlaegning/kommuner/forebyggelsespakker>).

I de følgende afsnit vil spørgeskemaundersøgelsen *Hvordan har du det? 2017* samt databearbejdning og analyser til Sundhedsprofilen 2017 blive beskrevet.



## 1.2 Spørgeskemaundersøgelsen

Dette afsnit rummer en redegørelse for dataindsamlingen, hvor spørgeskemaer blev sendt til en stikprøve af regionens befolkning. Derudover præsenteres indholdet af spørgeskemaet og en opgørelse af borgernes deltagelse i undersøgelsen.

### 1.2.1 Udsendelsesprocedure

Spørgeskemaet *Hvordan har du det? 2017* blev sendt til et tilfældigt udsnit af borgere på 16 år og derover i Region Sjællands kommuner. Ligesom i 2010 og 2013 har det i 2017 været muligt at besvare spørgeskemaet enten i papirform eller elektronisk via internettet. Alle de inviterede har haft mulighed for at vælge mellem de to svarmetoder.

Undersøgelsen startede 3. februar 2017. Som noget nyt blev de borgere, der ikke var undtaget fra elektronisk post fra det offentlige (89,5 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 23, 47 og 68 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 mellem 3. og 4. maj 2017.

De øvrige 10,5 pct. af de inviterede borgere var undtaget fra elektronisk post fra det offentlige og fik første henvendelse og et papirskema med brev 3. februar 2017. De, som endnu ikke havde besvaret skemaet, modtog to påmindelser efter henholdsvis 30 dage og 58 dage - sidste gang med endnu et papirskema vedlagt. Papirbesvarelser, som blev modtaget til og med 5. maj 2017, blev inkluderet i undersøgelsen.

### 1.2.2 Spørgeskemaindhold

Spørgeskemaet består af en kerne af 53 fælles, nationale spørgsmål, som er anvendt af alle fem regioner. Disse spørgsmål udgør desuden datagrundlaget for Den Nationale Sundhedsprofil.

Derudover har Region Sjælland i samarbejde med kommunerne besluttet at inkludere yderligere 43 regionale spørgsmål. Disse spørgsmål er valgt dels for at videreføre regionale spørgsmål fra de tidligere sundhedsprofiler i 2010 og 2013 og dels for at afdække områder af lokal interesse, som afspejler fokuspunkter i sundhedsarbejdet og det sundhedspolitiske arbejde i kommunerne og i Region Sjælland.

Der er i 2017 kommet nye, nationale spørgsmål med i undersøgelsen. Det drejer sig blandt andet om spørgsmål vedrørende ugentlig fysisk aktivitet opgjort i timer og minutter, hvilket gør det muligt at vurdere, om borgerne efterlever WHO's anbefalinger på området. Desuden er der kommet nye nationale spørgsmål om stillesiddende tid. Regionalt er det blandt andet besluttet i 2017 at tilføje spørgsmål, som giver nye, validerede mål for borgernes ensomhedsfølelse og sundhedskompetencer, ligesom der er tilføjet en række spørgsmål om borgernes egne ønsker om at ændre sundhedsvaner og om at få støtte og hjælp til det.

Spørgeskemaet *Hvordan har du det? 2017* kan ses og downloades via følgende link:  
[www.regionsjaelland.dk/hvordanhardudet](http://www.regionsjaelland.dk/hvordanhardudet).

I tabel 1.2.2.1 ses en oversigt over de emner og spørgsmål, der indgår i spørgeskemaet til Sundhedsprofilen 2017 med angivelse af, om spørgsmålene er valgt nationalt eller regionalt. Af pladshensyn afrapporteres alle emner ikke i denne rapport.

**Tabel 1.2.2.1 Oversigt over spørgsmål og emner i spørgeskemaet til Region Sjællands Sundhedsprofil 2017**

Emne	Spørgsmål
Helbred og trivsel	3-9
Belastninger og dagligdagens stress	10, 11
Tilfredshed med livet	96
Smerter, ubehag, sygdom og spiseforstyrrelser	12-14, 15
Rygning og e-cigaretter	16-19, 20, 21, 22-23
Alkohol og euforiserende stoffer	26-34, 35, 36, 37-38, 24-25
Mad	39-44, 45, 46, 47-49
Bevægelse i dagligdagen	50-51, 52, 53, 54, 55, 56
Søvn	57-59
Højde og vægt (BMI)	60-63, 64
Unge og sexliv	65-69
Sociale relationer og ensomhed	70-72, 73-76
Dyr	82
Børn og graviditet	84-85
Kontakt til sundhedsvæsenet	77-78, 79-81
Arbejde	90-92
Transport	93-95
<b>Baggrundsvariable</b>	
Køn og alder	1-2
Samlivsstatus og samboende med børn u. 16 år	83
Uddannelse	86-88
Erhvervstilknytning	89

Nationale spørgsmål  
Regionale spørgsmål

### 1.2.3 Stikprøve og svarprocenter

I alt 34.000 borgere på 16 år eller derover med bopæl i Region Sjælland blev inviteret til at deltage i undersøgelsen. Der blev inviteret 2.000 borgere fra hver af de 17 kommuner i regionen.

Stikprøven blev udtrukket af Sundhedsdatastyrelsen på baggrund af en tilfældig udvælgelse, hvilket vil sige, at alle borgere inden for den samme kommune har haft den samme sandsynlighed for at blive udtrukket.

Samme udtræksmetode og stikprøvestørrelse blev anvendt i 2010 og 2013 med den undtagelse, at forskerbeskyttelsen i CPR-registret 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 stikprøven i 2017 er taget fra en større del af befolkningen end i 2013. Med den anvendte vægtning (se afsnit 1.3.1) er effekten af ændringen dog sandsynligvis begrænset.

I alt 19.134 af de 34.000 adspurgte borgere valgte at deltage i spørgeskemaundersøgelsen i 2017. Det giver en svarprocent på 56,3 pct. Svarprocenten var 48,8 pct. i 2013 og 55,0 pct. i 2010. Svarprocenten er således steget med 7,5 procentpoint siden 2013. I de øvrige regioner er svarprocenten steget mellem 1 og 9 procentpoint fra 2013 til 2017.

**Tabel 1.2.3.1 Svarprocenter og antal besvarelser i spørgeskemaundersøgelsen, opgjort på kommuner**

	Svarprocent	Antal besvarelser
Region Sjælland	56,3	19.134
Faxe	53,5	1.069
Greve	60,0	1.199
Guldborgsund	57,0	1.139
Holbæk	57,2	1.143
Kalundborg	56,9	1.137
Køge	51,8	1.035
Lejre	54,9	1.097
Lolland	57,2	1.143
Næstved	60,5	1.209
Odsherred	53,0	1.060
Ringsted	51,4	1.027
Roskilde	58,3	1.166
Slagelse	57,3	1.145
Solrød	58,4	1.168
Sorø	55,2	1.104
Stevns	54,2	1.084
Vordingborg	60,5	1.209

Svarprocenten varierer mellem 51,4 pct. og 60,5 pct. i de kommuner, der har henholdsvis den laveste og den højeste svarprocent.

### Kort 1.2.3.2 Svarprocenter i spørgeskemaundersøgelsen



Svarprocenten varierer også på tværs af forskellige befolkningsgrupper. Der er ligesom de foregående år en større andel af kvinder end mænd, som har valgt at besvare spørgeskemaet. Svarprocenten er 60 pct. for kvinder og 52 pct. for mænd. De ældste aldersgrupper har den højeste svarprocent med 66 pct. blandt de 55-64 årige og 71 pct. blandt de 65-79 årige. Den laveste svarprocent ses hos de 16-34 årige (ca. 40 pct.). Svarprocenten er også forskellig for borgere med forskellig etnisk baggrund. Blandt borgere med dansk baggrund har 58 pct. besvaret spørgeskemaet, mens kun 33 pct. og 40 pct. af borgere med henholdsvis ikke-vestlig og anden vestlig baggrund end dansk har besvaret spørgeskemaet (se afsnit 1.3.5 med definition af etnisk baggrund). I bilag 1 ses antallet af besvarelser i forskellige befolkningsgrupper.

## 1.3 Metode

I dette afsnit beskrives metodevalg vedrørende vægtning, sammenlignelighed mellem undersøgelsesårene samt dannelsen af analysevariable og baggrundsva-riable m.m. Til sidst i afsnittet forklares det, hvordan der ud fra socioøkonomiske faktorer er foretaget en inddeling af kommunerne i regionen i såkaldte ”kom-munesocialgrupper”.

### 1.3.1 Vægtning

For at begrænse skævheden som følge af forskelle i svarprocent på tværs af befolkningsgrupper vægtes besvarelsenerne 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 2017. Vægtningen foretages ud fra en række baggrundsva-riable fra registerdata.

Vægtningen gør, at hver deltager kommer til at repræ-sentere et varierende antal personer. Ved vægtningen bliver besvarelsener 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”. Væg-tene tager også højde for den skævhed, det giver, at spørgeskemaet er udsendt til samme antal borgere (2.000) i alle kommuner, uanset forskelle i kommu-nernes størrelse. Sandsynligheden for at modtage et spørgeskema har f.eks. været 2,9 pct. for en borger i Næstved Kommune og 11,4 pct. for en borger i Solrød Kommune, men med vægtningen vil en besvarelse i Næstved kommune tælle for et større antal personer end en besvarelse i Solrød kommune.

Vægtene, som anvendes, er beregnet af Danmarks Statistik. Følgende socioøkonomiske og demografiske registervariable samt oplysninger om borgernes brug af sundhedsvæsenet indgår i beregningen af vægte:

- Køn
- Alder
- Højeste afsluttede uddannelse
- Personindkomst
- Socioøkonomisk gruppering
- Familietype
- Etnicitet
- Antal lægebesøg i 2016
- Indlæggelse på sygehus i 2015
- Ejerforhold
- Kommune

**Tabel 1.3.1.1 Effekt af vægtning: Køns- og aldersfordeling i befolkningen i Region Sjælland samt blandt personer i stikprøven og svarpersoner før og efter vægtning**

	Befolkningen i Region Sjælland (pct.)	Bruttostikprøve (pct.)	Besvarelser (pct.)	Besvarelser vægtet (pct.)
<b>Køn</b>				
Mænd	49,5	49,6	46,2	49,5
Kvinder	50,5	50,4	53,8	50,5
<b>Alder</b>				
16-24 år	12,7	12,1	8,8	12,7
25-34 år	11,2	10,6	7,4	11,1
35-44 år	14,8	14,7	13,0	14,9
45-54 år	18,6	18,7	19,4	18,5
55-64 år	16,3	16,7	19,5	16,3
65-79 år	20,9	21,4	26,8	20,9
80+	5,6	5,8	5,2	5,6

Note: Befolkningen i Region Sjælland er omfatter her borgere over 16 år (Statistikbanken, tabel FOLK1A, første kvartal, 2017)

I tabel 1.3.1.1 ses det med køn og alder som eksempler, at der efter vægtningen i 2017 er opnået en demografisk fordeling, som er repræsentativ for regionen. For eksempel er 50,5 pct. af borgerne i Region Sjælland kvinder. I den tilfældige stikprøve er andelen stort set den samme (50,4 pct.). Blandt borgere, der har besvaret spørgeskemaet, er det derimod 53,8 pct., som er kvinder, men efter vægtningen er andelen igen 50,5 pct. som i hele regionens befolkning. Data fra sundhedsprofilerne i 2010 og 2013 er vægtet med tilsvarende vægte beregnet ud fra baggrundsdata de pågældende år for at opnå sammenlignelighed.

### 1.3.2 Udvikling over tid

Så vidt det er muligt, præsenteres resultater fra både 2010, 2013 og 2017, således at det kan ses, hvordan de enkelte parametre har udviklet sig i regionen. Da der er tale om tre tilfældige stikprøver, er det ikke de samme personer, der er spurgt alle år, men tallene beskriver sundhedstilstanden i *befolkningen* i henholdsvis 2010, 2013 og i 2017. Ændringer over år kan således både skyldes, at der er sket ændringer i borgernes adfærd eller helbred, og at befolkningssammensætningen i regionen, den enkelte kommune eller befolkningsgruppe har ændret sig (f.eks. pga. døde, fødte, til- og fraflytning og ind- og udvandring).

### 1.3.3 Sammenlignelighed

Det er tilstræbt at skabe sammenlignelighed mellem resultaterne i Sundhedsprofilerne fra Region Sjælland fra 2010, 2013 og 2017, 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. Med hensyn til sammenligning med Den Nationale Sundhedsprofil skal det bemærkes, at den nationale undersøgelse er baseret på en større stikprøve af borgere fra Region Sjælland end den regionale sundhedsprofil, idet den er suppleret med data fra en parallel undersøgelse foretaget af Statens Institut for Folkesundhed. Derfor kan resultaterne variere lidt mellem den nationale og den regionale rapport.

Der er desuden i denne rapport anvendt en forbedret metode til at estimere antallet af borgere i tabellerne i forhold til de tidligere sundhedsprofiler fra Region Sjælland. Derfor kan antallet af borgere ikke sammenlignes på tværs af rapporterne.

I nærværende rapport præsenteres kun resultater, som er defineret og analyseret ens på tværs af år og vurderet at være sammenlignelige. Enkelte forhold, som der ikke kan tages højde for, kan dog også påvirke sammenligneligheden af rapportens resultater over år i mindre grad. Særligt skal nævnes, at leverandøren af de digitale spørgeskemaer i 2017 blev ramt af servernedbrud på undersøgelsens første dag. Dette kan have påvirket antallet af personer, der har besvaret de enkelte spørgsmål, men effekten på resultaterne kendes ikke.

### 1.3.4 Generelt om analysevariable

Datasættet er blevet fejlrettet og gjort klar til analyse efter nationale retningslinjer. For eksempel vurderes svar som ugyldige, hvis der sat kryds i både ”ja” og ”nej” svarmuligheden til et spørgsmål. Efter fejlretningen dannes analysevariable på baggrund af svar på ét eller flere spørgsmål. Analysevariable er de parametre for borgernes trivsel, sundhed og sundhedsadfærd, som bliver opgjort og præsenteret i rapportens tabeller. Eksempelvis er ”tilfredshed med livet” en analysevariabel, som anvendes 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 nye variable er dannet på baggrund af mere end ét spørgsmål, har hovedreglen været, at den nye variabel også er vurderet som uoplyst, hvis bare ét af de indgående spørgsmål har været ubesvaret. Dog er der afvejet fra denne regel i en del tilfælde. Et eksempel på en sådan 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.

### 1.3.5 Baggrundsvariable

I rapportens tabeller bliver resultaterne om trivsel, sundhed og sundhedsadfærd 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 i hvilke befolkningsgrupper, der er størst potentiale for at forbedre sundheden. I det følgende gives en kort beskrivelse af definitionen af de enkelte baggrundsvariable.

#### Køn og alder

Oplysninger om borgernes køn og alder kommer fra CPR-registret. Borgernes alder er inddelt i syv aldersgrupper (se f.eks. tabel 1.3.1.1)

## Uddannelse

Borgernes uddannelsesbaggrund er baseret på spørgeskemaets spørgsmål 87 ("Har du fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse?") og spørgsmål 88 ("Er du under uddannelse?").

Borgernes uddannelsesbaggrund er opdelt i følgende kategorier:

- Under uddannelse: Borgere, der har svaret, at de ikke har fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse (spørgsmål 87) men er under uddannelse (spørgsmål 88)
- Grundskole: Borgere, der har svaret, at de hverken har fuldført en uddannelse udover skole- eller ungdomsuddannelse eller er under uddannelse. "Grundskoleuddannelse" indeholder således både personer med grundskole og (gymnasiale) ungdomsuddannelser 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 har svaret, at de har en anden type uddannelse end ovennævnte, indgår ikke i den del af undersøgelsens opgørelser, der er fordelt på uddannelsesbaggrund

## Erhvervstilknytning

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 vedrørende dagpengeydelse og andre overførsler i 2016 (DREAM).

Borgernes erhvervstilknytning er opdelt i følgende seks kategorier:

- Beskæftigede: Borgere mellem 16 og 64 år, der angiver at være i arbejde
- Arbejdsløse: Borgere mellem 16 og 64 år, der angiver ikke at være i arbejde eller under uddannelse, og som har modtaget én af følgende ydelser på et tidspunkt i løbet af 2016: Arbejdsløshedsdagpenge, kontanthjælp for jobparate, uddannelseshjælp, særlig uddannelsesydelse, arbejdsmarkedsydelse eller seks ugers selvvalgt uddannelse
- Førtidspensionister: Borgere mellem 16 og 64 år, der modtager førtidspension eller er i skånejob
- Efterlønsmodtagere: Borgere mellem 60 og 64 år, der modtager efterløn
- Alderspensionister: Borgere på 65 år og derover
- Øvrige ikke-erhvervsaktive: Borgere mellem 16-64 år, der angiver ikke at være i arbejde eller under uddannelse, og som ikke har modtaget nogen af ovenstående ydelser til arbejdsløse

Borgere, der har angivet, at de er under uddannelse i spørgsmål 88, indgår ikke i opgørelsen af erhvervstilknytning, med mindre de er på efterløn eller førtidspension eller er mindst 25 år og samtidigt i beskæftigelse. Derfor er det samlede antal af personer i kategorierne under overskriften "Erhvervstilknytning" ikke det samlede befolkningstal.



### Samlivsstatus

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

### Samboende med børn

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

### Etnisk baggrund

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.

Etnisk baggrund opdeles i følgende tre kategorier:

- Dansk baggrund: Danmark, Færøerne og Grønland
- Anden vestlig baggrund: Alle 28 EU-lande samt Andorra, Island, Liechtenstein, Monaco, Norge, San Marino, Schweiz, Vatikanstaten, Canada, USA, Australien og New Zealand
- Ikke-vestlig baggrund: Alle øvrige lande

### 1.3.6 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 inddeles i tre kommunesocialgrupper på baggrund af følgende tre udvalgte socioøkonomiske parametre:

- Andel af 16-89-årige, der har grundskole som deres højst fuldførte uddannelse i 2016
- Andel af 16-64-årige, der står uden for arbejdsmarkedet i 2015, dvs. som enten er:
  - Arbejdsløse i mindst et halvt år
  - Modtagere af dagpenge (aktivering og lign., sygdom, barsel og orlov)
  - Førtidspensionister
  - Kontanthjælpsmodtagere
- Gennemsnitlig bruttoindkomst i 2016 for personer på 16 år og derover

Opgørelserne af de tre parametre er foretaget af Danmarks Statistik på baggrund af registerdataoplysninger om uddannelse, erhvervstilknytning og indkomst for hele befolkningen i regionen. 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.

**Tabel 1.3.6.1 Inndeling af kommunerne i Region Sjælland i kommunesocialgrupper ud fra borgernes uddannelsesnivea, arbejdsmarkedstilknytning 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
Ringsted	2	2	2	6	2
Stevns	2	2	2	6	2
Næstved	2	2	3	7	2
Kalundborg	3	3	2	8	3
Guldborgsund	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

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.

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 points, udgør kommunesocialgruppe 3. De seks kommuner, som ligger imellem, udgør kommunesocialgruppe 2. Kommuner med samme pointsum er opstillet alfabetisk i tabellerne alfabetisk. Se tabel 1.3.6.1 og kort 1.3.6.2 med en oversigt over den endelige fordeling af kommunesocialgrupper. Der er siden 2013 ikke sket ændringer i placeringen af kommunerne i kommunesocialgrupper.

### Kort 1.3.6.2 Kommunesocialgrupper i Region Sjælland



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

---

## 1.4 Demografi 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 dette afsnit præsenteres variationen i befolkningssammensætningen kommunerne imellem vedrørende alder, uddannelsesniveau, erhvervstilknytning og etnisk baggrund.

I denne rapport er det af pladshensyn besluttet *ikke* at angive alders- og kønsjusterede resultater for kommunerne, som det er blevet gjort i tidligere rapporter. Det er derfor ekstra vigtigt, at de kommunale forskelle, 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 baggrundsvariablene, som i resten af rapportens tabeller.

### 1.4.1 Alder

Alderdom er ingen sygdom, men med stigende alder får mennesker ofte flere sygdomme (1). Alderen skal derfor tages i betragtning, når den generelle sundhedstilstand sammenlignes på tværs af kommuner.

#### Generelt

I Region Sjælland er 26,5 pct. af borgerne over 64 år, mens 23,8 pct. af borgerne er i mellem 16 og 34 år. De resterende knapt 50 pct. er mellem 35 og 64 år.

Siden 2010 har andelen af borgere i Region Sjælland i aldersgruppen 16-34 år været næsten uændret på 23-24 pct., mens andelen af borgere på 65 år og derover er steget med 4 pct. point og andelen af borgere i aldersgruppen 35-64 år er faldet med 5 pct. point.

#### Kommunevariation

Andelen af borgere over 64 år varierer kommunerne imellem. Andelen af borgere over 64 år er 33,9 pct. i Odsherred Kommune og 21,6 pct. Ringsted Kommune. Andelen af borgere i aldersgruppen 16-34 år er omvendt mindst i Odsherred og Lolland kommuner (henholdsvis 18,8 pct. og 18,9 pct.) og størst i Roskilde Kommune (27,6 pct.). Der er en generel tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af borgere i de ældre aldersgrupper end de øvrige kommuner.

**Tabel 1.4.1.1 Borgere på 16 år og derover fordelt på alder, opgjort på kommuner**

	16-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-79	Pct. 80+	Personer i alt
	Pct. år	Pct. år	Pct. år	Pct. år	Pct. år	Pct. år		
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	11,5 ■	10,7 ■	13,0 ■	16,9 ■	17,8 ■	23,1 ■	7,1 ■	51.900
Kalundborg	11,9 ■	10,4 ■	14,5 ■	18,2 ■	17,3 ■	21,8 ■	5,8 ■	40.300
Lolland	9,9 □	9,0 □	12,3 □	16,6 ■	19,2 ■	25,4 ■	7,5 ■	36.300
Odsherred	10,3 □	8,5 □	11,9 □	17,1 ■	18,2 ■	27,2 ■	6,7 ■	28.200
Slagelse	14,3 ■	12,9 ■	14,5 ■	17,5 ■	15,6 ■	19,5 ■	5,7 ■	65.500
Vordingborg	11,8 ■	9,5 ■	12,7 ■	17,3 ■	18,0 ■	24,2 ■	6,5 ■	38.800
Faxe	12,1 ■	10,2 ■	15,0 ■	19,6 ■	17,1 ■	20,6 ■	5,4 ■	29.700
Holbæk	13,0 ■	11,8 ■	15,5 ■	18,8 ■	16,5 ■	19,2 ■	5,3 ■	57.700
Næstved	13,3 ■	12,4 ■	15,1 ■	18,0 ■	16,3 ■	19,5 ■	5,4 ■	68.000
Ringsted	13,2 ■	12,8 ■	17,7 ■	19,4 ■	15,3 ■	16,8 □	4,8 ■	27.900
Sorø	11,9 ■	10,4 ■	15,7 ■	19,8 ■	17,1 ■	19,6 ■	5,5 ■	24.100
Stevns	10,5 ■	9,8 ■	14,5 ■	19,1 ■	17,4 ■	22,8 ■	5,9 ■	18.700
Greve	12,5 ■	10,5 ■	16,3 ■	20,5 ■	14,5 ■	21,3 ■	4,4 □	40.200
Køge	13,7 ■	12,0 ■	16,2 ■	19,8 ■	14,3 ■	19,4 ■	4,6 ■	48.700
Lejre	11,6 ■	8,3 □	16,7 ■	20,2 ■	16,5 ■	21,7 ■	5,0 ■	22.100
Roskilde	15,4 ■	12,2 ■	15,6 ■	19,0 ■	14,4 ■	18,2 □	5,2 ■	70.900
Solrød	12,8 ■	10,0 ■	17,3 ■	20,7 ■	14,9 ■	20,2 ■	4,1 □	17.600

□ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

### 1.4.2 Uddannelsesmæssig baggrund

En af de vigtigste indikatorer, der anvendes for at måle social ulighed i sundhed, er borgernes uddannelsesniveau (2).

#### Generelt

I Region Sjælland har 14,4 pct. af borgerne udelukkende grundskoleuddannelse, svarende til 98.600 personer, mens andelen af borgere med en lang videregående uddannelse er 7,3 pct., svarende til 50.000 personer.

Siden 2013 har andelen af borgere i Region Sjælland med grundskoleuddannelse alene og andelen med lang videregående uddannelse ikke ændret sig.

#### Kommunevariation

Andelen af borgere, der udelukkende har gennemført grundskolen, varierer mellem 8,5 pct. i Solrød Kommune og 19,4 pct. i Lolland Kommune. Andelen af borgere, der har en lang videregående uddannelse, varierer mellem 3,4 pct. i Lolland Kommune og 15,3 pct. i Roskilde Kommune. Andelen af borgere udelukkende med grundskoleuddannelse er større i de socioøkonomisk udfordrede 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 1.4.2.1 Uddannelsesmæssig baggrund, opgjort på kommuner

	Pct. Grundskole alene	Personer	Pct. Lang videregående	Personer
Region Sjælland	14,4	98.600	7,3	50.000
Guldborgsund	16,8	8.500	5,6	2.800
Kalundborg	16,8	6.800	5,6	2.300
Lolland	19,4	7.000	3,4	1.200
Odsherred	15,3	4.500	5,8	1.700
Slagelse	17,4	11.600	4,9	3.200
Vordingborg	15,5	6.100	6,3	2.500
Faxe	17,3	5.200	5,0	1.500
Holbæk	14,1	8.200	6,0	3.500
Næstved	13,2	9.000	5,9	4.000
Ringsted	16,0	4.200	6,0	1.600
Sorø	12,7	3.000	9,6	2.300
Stevns	12,8	2.400	5,7	1.100
Greve	12,1	5.000	9,0	3.700
Køge	12,7	6.100	7,6	3.700
Lejre	10,6	2.300	11,8	2.600
Roskilde	10,3	7.200	15,3	10.700
Solrød	8,5	1.600	9,2	1.700

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

### 1.4.3 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.

#### Generelt

I Region Sjælland er 46,6 pct. af borgerne fra 16 år og opefter i beskæftigelse, svarende til 320.300 personer, mens 12,5 pct. af borgerne er i den erhvervsaktive alder, men ikke i beskæftigelse, svarende til 86.100 personer. Andelen af borgere, som er efterlønsmodtagere eller alderspensionister, er 31,0 pct., svarende til 213.000 personer.




#### Kommunevariation

Andelen af borgere i beskæftigelse varierer fra 36,9 pct. i Lolland Kommune til 54,4 pct. i Greve Kommune. Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, der ikke er i beskæftigelse, varierer fra 7,4 pct. i Solrød Kommune til 17,4 pct. i Lolland Kommune. Andelen af borgere, som er efterlønsmodtagere og alderspensionister, varierer fra 27,1 pct. i Ringsted Kommune til 39,2 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 også 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 1.4.3.1 Erhvervstilknytning, opgjort på kommuner**

	Pct. Beskæftigede	Personer	Ikke-beskæftigede i den erhvervsaktive alder		Efterlønsmodtagere og alderspensionister		Personer
			Pct.	Personer	Pct.	Personer	
Region Sjælland	46,6	320.300	12,5	86.100	31,0	213.000	
Guldborgsund	40,3	21.100	15,0	7.900	35,3	18.500	
Kalundborg	43,5	18.000	15,3	6.300	32,0	13.200	
Lolland	36,9	13.600	17,4	6.400	37,4	13.800	
Odsherred	38,0	10.900	15,2	4.400	39,2	11.300	
Slagelse	45,6	30.300	13,7	9.100	29,4	19.500	
Vordingborg	41,4	16.300	13,8	5.400	35,2	13.900	
Faxe	49,0	14.400	13,3	3.900	31,1	9.100	
Holbæk	48,3	27.800	13,1	7.600	29,2	16.900	
Næstved	48,7	32.900	12,6	8.500	29,7	20.100	
Ringsted	49,8	13.200	13,9	3.700	27,1	7.200	
Sorø	49,2	11.900	12,0	2.900	29,3	7.100	
Stevns	49,1	9.000	11,1	2.000	33,4	6.100	
Greve	54,4	22.500	8,7	3.600	28,6	11.800	
Køge	50,0	23.300	8,8	4.100	28,5	13.300	
Lejre	52,5	11.300	7,6	1.600	32,2	6.900	
Roskilde	48,6	34.300	10,3	7.300	27,3	19.300	
Solrød	53,3	9.400	7,4	1.300	28,6	5.100	

-  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. Andelen på tværs af erhvervs-kategorierne summer ikke til 100 pct., da ”under uddannelse” ikke er inkluderet.

#### 1.4.4 Etnisk baggrund

Borgere med forskellige etnisk baggrund har forskellige vilkår, også sundhedsmæssigt (3). Nationale og internationale undersøgelser viser, at visse grupper af indvandrere har en større sygdomsbelastning og et dårligere selv vurderet helbred end borgere uden indvandrerbaggrund (4) (5).

#### Generelt

I Region Sjælland har 90,6 pct. af borgerne dansk baggrund. Der er 3,7 pct. af borgerne, som har anden vestlig baggrund, og 5,8 pct. har ikke-vestlig baggrund, svarende til henholdsvis 25.300 borgere og 39.500 borgere.


































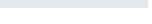








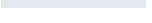











#### Kommunevariation


Andelen af borgere, der har dansk baggrund, varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 85,7 pct. i Greve Kommune til 92,8 pct. i Stevns Kommune.

Andelen af borgere med anden vestlig baggrund varierer fra 2,7 pct. i Roskilde Kommune til 5,9 pct. i Greve Kommune. Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund varierer i kommunerne fra 2,7 pct. i Vordingborg Kommune til 8,9 pct. i Ringsted Kommune.


Siden 2013 er andelen af borgere med dansk baggrund i Region Sjælland faldet med 2 procentpoint (data ikke vist). Det største fald er sket i Ringsted Kommune, hvor andelen er faldet med 5 procentpoint. Andelen af borgere med anden vestlig baggrund end dansk i Region Sjælland er steget med 1,0 procentpoint. Den største stigning er sket i Ringsted og Køge kommuner, hvor andelen er steget med 2,0 procentpoint siden 2013. Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund i Region Sjælland er steget med 1,2 procentpoint. Den største stigning er også her sket i Ringsted Kommune med 2,7 procentpoint (data ikke vist).

Tabel 1.4.4.1 Etnisk baggrund, opgjort på kommuner

	Dansk		Anden vestlig		Ikke-vestlig	
	Pct. baggrund	Personer	Pct. baggrund	Personer	Pct. baggrund	Personer
Region Sjælland	90,6 	621.800	3,7 	25.300	5,8 	39.500
Guldborgsund	91,9 	47.700	3,9 	2.000	4,2 	2.200
Kalundborg	92,1 	37.100	3,3 	1.300	4,5 	1.800
Lolland	92,0 	33.300	3,3 	1.200	4,7 	1.700
Odsherred	92,2 	26.000	4,1 	1.200	3,7 	1.000
Slagelse	89,5 	58.600	3,2 	2.100	7,3 	4.800
Vordingborg	92,5 	35.900	4,8 	1.900	2,7 	1.100
Faxe	92,6 	27.400	3,8 	1.100	3,6 	1.100
Holbæk	90,9 	52.500	3,3 	1.900	5,8 	3.400
Næstved	89,3 	60.800	3,2 	2.200	7,4 	5.100
Ringsted	87,2 	24.300	3,8 	1.100	8,9 	2.500
Sorø	92,0 	22.200	3,5 	800	4,5 	1.100
Stevns	92,8 	17.400	3,5 	700	3,7 	700
Greve	85,7 	34.500	5,9 	2.400	8,5 	3.400
Køge	89,7 	43.700	4,1 	2.000	6,2 	3.000
Lejre	91,8 	20.300	4,0 	900	4,3 	900
Roskilde	90,4 	64.100	2,7 	1.900	6,9 	4.900
Solrød	91,4 	16.100	3,3 	600	5,3 	900

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit



---

## Referencer

1. **WHO.** Fact file: Misconceptions on ageing and health. [Online] 2017. [Cited: ] <http://www.who.int/ageing/features/misconceptions/en/>.
2. **Diderichsen, F, Andersen, I and Manuel, C.** *Ulighed i sundhed- årsager og indsatser*. Sundhedsstyrelsen. 2011.
3. **Europe, WHO.** *Health 2020: Multisectoral action. Synergy between sectors: fostering the health of migrants through government joint actions*. September 2016.
4. **Marmot, M.** Health in an unequal world: social circumstances, biology, and disease. *Clinical Medicine*. 2006, 6, 559-72.
5. **Folman, NB and Jørgensen, T.** *Etniske minoriteter - sygdom og brug af sundhedsvæsenet*. Sundhedsstyrelsen. 2006.



## Kapitel 2

# Læsevejledning



---

# Læsevejledning

Sundhedsprofilen er bygget op omkring tabeller og regionskort, som beskriver forekomsten af en lang række parametre for trivsel, sundhed og sundhedsadfærd i befolkningen. Der anvendes forskellige typer af standardtabeller, herunder *regionstabeller* og *kommunetabeller*. Regionstabellerne viser resultater opgjort på udvalgte demografiske og socioøkonomiske baggrundsvARIABLE. Kommunetabellerne præsenterer resultater opgjort for hver kommune og indeholder i visse tilfælde data fra tidligere sundhedsprofiler. Af pladshensyn beskrives udviklingen over tid dog ofte kun i teksten. Resultaterne er ikke justeret for køn og alder. Det vil sige, at det ikke kan udelukkes, at forskelle mellem befolkningsgrupperne i tabellerne kan være påvirket af underliggende forskelle i køns- og aldersfordelingen. Se bilag 2 og 3 med køns- og aldersfordeling i alle de anvendte demografiske og socioøkonomiske grupper.

For at visualisere variationen mellem kommunerne er kommuneresultaterne ofte også præsenteret som *regionskort*. Her er kommunerne, på baggrund af forekomsten af det pågældende parameter, inddelt i fire kategorier, som hver dækker en fjerdedel af intervallet mellem den laveste og højeste forekomst. Der er derfor ikke nødvendigvis lige mange kommuner i hver kategori. Hver kategori er tildelt en farve, som er mørkere, jo højere andelen er. Det er ikke altid muligt at sammenligne kort fra tidligere sundhedsprofiler med kortene fra 2017, da intervalinddelingen kan være ændret. Det vil kunne ses i farveforklaringen, som findes under alle kort.

Ud over de nævnte typer af standardtabeller og kort indeholder rapporten udvalgte *krydstabeller*, som belyser særlige vinkler på temaerne i de enkelte kapitler. Krydstabellerne kan anvendes til at vise sammenhænge mellem forekomst af flere af rapportens mål for sundhed og sundhedsadfærd. Krydstabellerne er ikke justeret for andre forhold, der kan medvirke til at forklare sammenhænge, og der kan derfor ikke udledes årsagssammenhænge af disse tabeller.

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 2017. Der er anvendt et 95% 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. Farveforklaringen ses under tabellerne.

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 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. konfidensintervalerne for resultaterne fra to sammenlignede år ikke overlapper. Ikke signifikante tendenser er dog nævnt i enkelte tilfælde, hvor udviklingen er understøttet af flere resultater.

I tabellerne vises både de vægtede andele angivet i procent og det vægtede antal personer, som andelen svarer til i hele regionen. Se afsnit 1.3.1 med 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.

I befolkningsgrupper med under 100 spørgeskemabesvarelser er resultatet ikke vist, men erstattet af en vandret streg. Dette er gjort for at undgå fejlslutninger ud fra usikre resultater baseret på et meget lille datagrundlag.

I tabel 2.1 er vist et eksempel på en standardtabel med en beskrivelse af, hvordan den læses og er sammensat.

Tabel 2.1 Læsevejledning. Eksempel tabel 3.1.2 Borgere, som er tilfredse eller utilfredse med livet

Tallet angiver, at 72 pct. af de 16-24 årige borgere i Region Sjælland er tilfredse med livet.

En visuel præsentation af de 72 pct. 16-24 årige borgere, som er tilfredse med livet.

Tallet angiver, at de 72 pct. svarer til, at ca. 58.400 borgere i alderen 16-24 år i Region Sjælland er tilfredse med livet. Tallet er afrundet til nærmeste 100. I enkelte tabeller er antallet undladt.

	Pct. Tilfreds med livet	Personer	Pct. Utilfreds med livet	Personer
Region Sjælland 2017	79	545.700	17	119.600
Region Sjælland 2013	83	551.800	17	110.600
<b>Køn</b>				
Mand	81	271.000	16	53.400
Kvinde	78	274.700	19	66.200
<b>Alder</b>				
16-24 år	72	58.400	25	19.900
25-34 år	73	50.600	24	16.300
35-44 år	80	79.800	18	18.200
45-54 år	79	101.700	19	24.200
55-64 år	80	92.800	18	20.500
65-79 år	87	131.200	10	15.200
80+	78	31.200	13	5.300
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	71	39.700	26	14.400
Grundskole	68	67.100	24	23.700
Kort uddannelse	82	236.700	16	45.100
Kort videregående	83	51.400	15	9.300
Mellemlang videregående	86	112.900	13	17.300
Lang videregående	86	43.200	13	6.400
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	85	279.500	13	43.700
Arbejdsløse	57	9.200	41	6.600
Førtidspensionister	53	15.800	40	11.800
Efterlønsmodtagere	88	12.000	10	1.300
Alderspensionister	85	162.600	11	20.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	47	18.000	45	17.300
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	84	368.300	13	58.800
Ikke samlevende	71	177.400	24	60.800
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	82	172.700	16	33.800
Bor ikke med børn	79	374.200	18	85.900
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	81	507.200	17	104.700
Anden vestlig baggrund	77	18.500	20	4.800
Ikke-vestlig baggrund	60	20.100	30	10.000

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

Farverne på søjlerne indikerer, hvorvidt forekomsten af tilfredshed med livet i de enkelte grupper er signifikant højere, lavere eller ikke forskellig fra gennemsnittet i Region Sjælland (79 pct.).



## Kapitel 3

# Helbred og trivsel

3.1 Tilfredshed med livet

3.2 Selvvurderet helbred

3.3 Fysisk og mentalt helbred

3.4 Dagligdagens stress

3.5 Belastninger i livet

3.6 Trivsel og sundhedsadfærd

3.7 Initiativ fra Slagelse kommune: ABC-modellen



# Helbred og trivsel

- Fire ud af fem borgere i regionen er tilfredse med livet, og samme andel har et godt selvvrurderet helbred
- Både mentalt og fysisk oplever en større andel af borgerne i regionen i 2017 end i 2013, at de har et dårligt selvvrurderet helbred
- Sammenlignet med de ældre borgere har de yngre et dårligere mentalt helbred og føler sig mere stressede og belastet af deres økonomiske og arbejdsmæssige situation
- Sammenlignet med 2013 er der en større social ulighed i sundhed i regionen i 2017. Der er ringest helbred og trivsel blandt de socioøkonomisk dårligt stillede grupper

Formålet med dette kapitel er at beskrive den generelle sundhedstilstand i regionen gennem befolkningens vurdering af eget helbred og generelle trivsel. Svarene kan give et pejlemærke for målrettet forebyggelse og sundhedsfremme blandt særligt udsatte befolkningsgrupper i Region Sjælland.

Ifølge WHO er sundhed er ikke kun et spørgsmål om fravær af sygdom, men også om borgernes tilfredshed med livet (1). Den enkelte borgers trivsel beror på mange faktorer, f.eks. fysisk og mentalt helbred, sociale relationer samt påvirkninger fra omverdenen, herunder familie, arbejde, økonomi og bolig (2) (3) (4). Alt dette har betydning for, hvordan vi klarer os i dagligdagen, håndterer hverdagens udfordringer og vurderer eget helbred. I dette afsnit dækker begrebet trivsel over borgernes overordnede tilfredshed med livet samt deres selvvrurderede fysiske og mentale helbred.

Der er tæt sammenhæng mellem tilfredshed med livet, selvvrurderet helbred og risiko for sygdom (5) (6) (7). Ikke bare fysisk, men især mentalt helbred har i de seneste år fået opmærksomhed som en vigtig del af den generelle trivsel. Et godt mentalt helbred betragtes som en tilstand, hvor man kan udvikle og udfolde sine evner, håndtere dagligdagens udfordringer og stress, arbejde produktivt samt indgå i positive sociale relationer og bidrage til fællesskabet (1).

Antallet af personer med stress, depression og øvrige psykiske lidelser har været støt stigende over en årrække, og på verdensplan anslås dårligt mentalt helbred, iberegnet bivirkninger af alkohol- og stofmisbrug, at ud-

gøre den største sygdomsbyrde, når man ser på funktionsnedsættelse (8). I alt 23 pct. af sygdomsbyrden målt som YLD (*Years Lived with Disability*) skyldes psykiske lidelser og misbrug, hvilket er mere end for HIV, tuberkulose, diabetes, hjertekarsygdom, kræft, infektionssygdomme og trafikuheld tilsammen (8). Dårligt mentalt helbred er både for den enkelte og for samfundet en stor belastning. Estimeret koster dårligt mentalt helbred det danske samfund 29 mia. kr. årligt alene i tabt produktion. Dertil kommer ekstraomkostninger på 7,1 mia. kr. til behandling og pleje (9). Imidlertid udgør psykiske sygdomme som angst, depression og demenssygdomme en mindre del af den danske sygdomsbyrde sammenlignet med situationen i de nordiske og europæiske lande (10).

Kapitlet indledes med at vise befolkningens overordnede tilfredshed med livet, og derefter følger et afsnit med information om borgernes selvvrurderede helbred. Tredje afsnit går dybere ind i spørgsmål om fysisk og mentalt helbred, baseret på spørgsmål fra SF-12 (12-Item Short Form Health Survey) (11), mens fjerde afsnit behandler borgernes oplevelse af stress ud fra det validerede mål, PSS (Perceived Stress Scale) (12). Afsnit fem fokuserer på belastninger, som skyldes borgerens økonomi, boligsituation, arbejdssituation og familieforhold. I afsnit seks relateres tilfredsheden med livet, selvvrurderet helbred og stress hos borgere i Region Sjælland til forskellige sundhedsvaner.

Kapitel 3 om helbred og trivsel afsluttes med et kommuneinitiativ fra Slagelse, som er den kommune i regionen, der har den største andel af borgere med dårligt mentalt helbred.



## Hovedresultater

### Forekomst

Langt størstedelen af borgerne i Region Sjælland er tilfredse med livet og vurderer samlet set deres eget helbred som godt. Omkring en tredjedel er dog generet af smerter i bevægeapparatet, ligesom en del føler sig belastet af deres økonomiske situation, arbejdssituation eller af sygdom og dødsfald blandt de nærmeste. Siden sidste sundhedsprofilundersøgelse i 2013 er andelen af borgere, der er tilfredse med livet, og andelen med godt selv vurderet helbred blevet mindre, mens andelen af borgere med dårligt fysisk helbred, dårligt, mentalt helbred og højt stressniveau er blevet større. I 2017 ses der nu en endnu større polarisering i helbred og trivsel mellem borgere i henholdsvis socioøkonomisk udfordrede kommuner og bedre stillede kommuner, end i 2013.

### Køn

Flere mænd end kvinder er tilfredse med livet og vurderer deres helbred som både fysisk og mentalt godt. En større andel af kvinder end mænd føler sig derimod stressede og belastet af forskellige sociale faktorer.

### Alder

En større andel af de ældre borgere end yngre borgere er tilfredse med livet. Ligeledes har en større andel af de ældre et godt mentalt helbred, og en mindre andel har et højt stressniveau eller føler sig belastet af deres økonomiske situation, arbejdssituation, boligsituation og deres forhold til venner og familie. Omvendt er godt selv vurderet helbred mest udbredt blandt de yngre borgere, især hvad angår det fysiske helbred.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er generelt social ulighed i helbred og trivsel. Dårligt helbred og trivsel er hyppigst blandt kortuddannede, arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.

Arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive føler sig også langt mere belastet af deres økonomi og boligsituation end andre borgere, mens arbejdssituationen også belaster borgere i beskæftigelse.

### Samlivsstatus

Blandt dem, der ikke bor sammen med en partner, er der en større andel, som har dårligt fysisk og mentalt helbred og føler sig belastet af deres økonomiske situation og boligsituation, men de er samtidig i mindre grad belastet af deres forhold til venner og familie, end borgere der bor sammen med en partner.

### Etnisk baggrund

Blandt borgere, som har anden etnisk baggrund end dansk, er en langt mindre andel tilfredse med livet end blandt borgere med dansk baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er dårligt mentalt helbred og højt stressniveau langt hyppigere end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. I gruppen af borgere, som ikke har dansk baggrund, føler en stor andel sig belastet af især deres økonomiske situation, deres boligsituation og af deres forhold til familie og venner.

### Sundhedsadfærd

Dårligt helbred og trivsel, målt som ringe tilfredshed med livet, dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau er især udbredt blandt de borgere i regionen, som har søvnproblemer, eller som tager stoffer.

### 3.1 Tilfredshed med livet

Trivsel hænger tæt sammen med den overordnede tilfredshed med livet. Man kan dog godt være tilfreds med livet og have et dårligt helbred på samme tid, og omvendt kan man have et godt helbred, men være utilfreds med livet (1). Graden af tilfredshed med livet afspejler en mental tilstand, som kan påvirke det enkelte individs helbred og handlemuligheder i negativ eller positiv retning (1).

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?" Svarfordelingen fremgår af tabel 3.1.1. Størstedelen af borgerne i regionen svarer i den tilfredse ende af skalaen. Borgere, der er tilfredse med livet, defineres ud fra værdierne 7-10 på svarskalaen, mens "utilfreds med livet" defineres ud fra værdierne 1-6, ligesom det var tilfældet i Sundhedsprofilen 2013. Andelen af borgere, der har svaret "ved ikke", er steget fra 0,3 pct. i 2013 til 3,1 pct. i 2017.

Tabel 3.1.1 Graden af tilfredshed med livet i Region Sjælland

	Pct.
10 Meget tilfreds	22,7
9	21,8
8	23,7
7	11,3
6	4,8
5	4,7
4	2,8
3	2,4
2	1,4
1 Meget utilfreds	1,3
Ved ikke	3,1








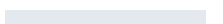





















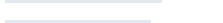
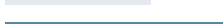


















Tilfredshed med livet er mest udbredt blandt:




- Borgere over 35 år
- Borgere med en uddannelse over grundskoleniveau
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

Siden 2013 er andelen, der er tilfredse med livet især blevet mindre blandt (data ikke vist):

- De 16-34-årige
- Borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskoleuddannelse eller en kort uddannelse
- Borgere med ikke-vestlig baggrund
- Borgere i socioøkonomisk udfordrede kommuner

Tabel 3.1.2 Borgere, som er tilfredse eller utilfredse med livet

	Pct. Tilfreds med livet	Personer	Pct. Utilfreds med livet	Personer
Region Sjælland 2017	79 	545.700	17 	119.600
Region Sjælland 2013	83 	551.800	17 	110.600
<b>Køn</b>				
Mand	81 	271.000	16 	53.400
Kvinde	78 	274.700	19 	66.200
<b>Alder</b>				
16-24 år	72 	58.400	25 	19.900
25-34 år	73 	50.600	24 	16.300
35-44 år	80 	79.800	18 	18.200
45-54 år	79 	101.700	19 	24.200
55-64 år	80 	92.800	18 	20.500
65-79 år	87 	131.200	10 	15.200
80+	78 	31.200	13 	5.300
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	71 	39.700	26 	14.400
Grundskole	68 	67.100	24 	23.700
Kort uddannelse	82 	236.700	16 	45.100
Kort videregående	83 	51.400	15 	9.300
Mellemlang videregående	86 	112.900	13 	17.300
Lang videregående	86 	43.200	13 	6.400
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	85 	279.500	13 	43.700
Arbejdsløse	57 	9.200	41 	6.600
Førtidspensionister	53 	15.800	40 	11.800
Efterlønsmodtagere	88 	12.000	10 	1.300
Alderspensionister	85 	162.600	11 	20.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	47 	18.000	45 	17.300
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	84 	368.300	13 	58.800
Ikke samlevende	71 	177.400	24 	60.800
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	82 	172.700	16 	33.800
Bor ikke med børn	79 	374.200	18 	85.900
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	81 	507.200	17 	104.700
Anden vestlig baggrund	77 	18.500	20 	4.800
Ikke-vestlig baggrund	60 	20.100	30 	10.000

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

Note: Andelen, som er tilfredse, og andelen, som er utilfredse med livet, summer ikke til 100 pct., da personer, som har svaret "ved ikke", ikke er inkluderet (3,1 procent i 2017 mod 0,3 pct. i 2013).

---

## Generelt

I Region Sjælland er 79 pct. af borgerne i 2017 tilfredse med livet, svarende til 545.700 borgere. Andelen af borgere, som er tilfredse med livet, er mindre i 2017 end i 2013, hvor andelen af tilfredse borgere var 83 pct. Andelen af borgere, der angiver, at de er utilfredse med livet, er dog i afrundede tal uændret siden 2013 (17 pct. i begge år).

## Køn og alder

Tilfredshed med livet er lidt mere udbredt blandt mænd end kvinder og mere udbredt blandt borgere over 34 år end blandt yngre borgere. Andelen af borgere, der er tilfredse med livet, er 72-73 pct. blandt de 16-34-årige og højest (87 pct.) blandt de 65-79-årige. Blandt de 16-34-årige er andelen, der er tilfredse med livet, faldet med 7-8 procentpoint siden 2013 (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er stor forskel på, hvor tilfredse borgerne i Region Sjælland er med livet, alt efter om de har en uddannelse over grundskoleniveau eller ej. 68 pct. af borgerne med udelukkende grundskoleuddannelse er tilfredse med livet, mens andelen blandt borgere med længere uddannelse er på mellem 82 og 86 pct.

Den lave tilfredshed med livet blandt personer under uddannelse 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 angivet den laveste tilfredshed med livet.

Borgernes tilfredshed med livet varierer også med deres tilknytning til arbejdsmarkedet. Tilfredshed med livet er mest udbredt blandt borgere i beskæftigelse samt personer på efterløn eller alderspension, og mindst udbredt blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. I førstnævnte gruppe er mellem otte og ni ud af ti tilfredse med livet, mens det i sidstnævnte gruppe kun er omkring halvdelen af borgerne.

## 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.

## Etnisk baggrund

Der er store forskelle i livstilfredsheden på tværs af borgere med forskellig etnisk baggrund. Især blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen, som er tilfredse med livet, lille. Næsten hver tredje (30 pct.) er utilfreds med livet, mens det samme kun gælder 17 pct. af borgere med dansk baggrund. Siden 2013 er andelen af borgere, der er tilfredse med livet, især faldet blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (data ikke vist).

Tabel 3.1.3 Borgeres tilfredshed med livet, opgjort på kommuner

	Pct. 2017 Tilfreds med livet	Personer 2017	Pct. 2013
Region Sjælland	79	545.700	83
Guldborgsund	77	40.300	83
Kalundborg	79	32.500	82
Lolland	78	28.400	82
Odsherred	76	21.900	84
Slagelse	75	50.200	81
Vordingborg	77	30.300	83
Faxe	80	23.400	83
Holbæk	79	45.100	84
Næstved	80	54.500	83
Ringsted	78	20.800	82
Sorø	83	20.000	84
Stevns	83	15.200	83
Greve	82	33.800	88
Køge	82	38.100	83
Lejre	86	18.300	85
Roskilde	82	57.900	82
Solrød	83	15.000	83

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden. Desuden er andelen, som har svaret "ved ikke" i regionen, steget fra 0,3 til 3,1 procent fra 2013 til 2017.

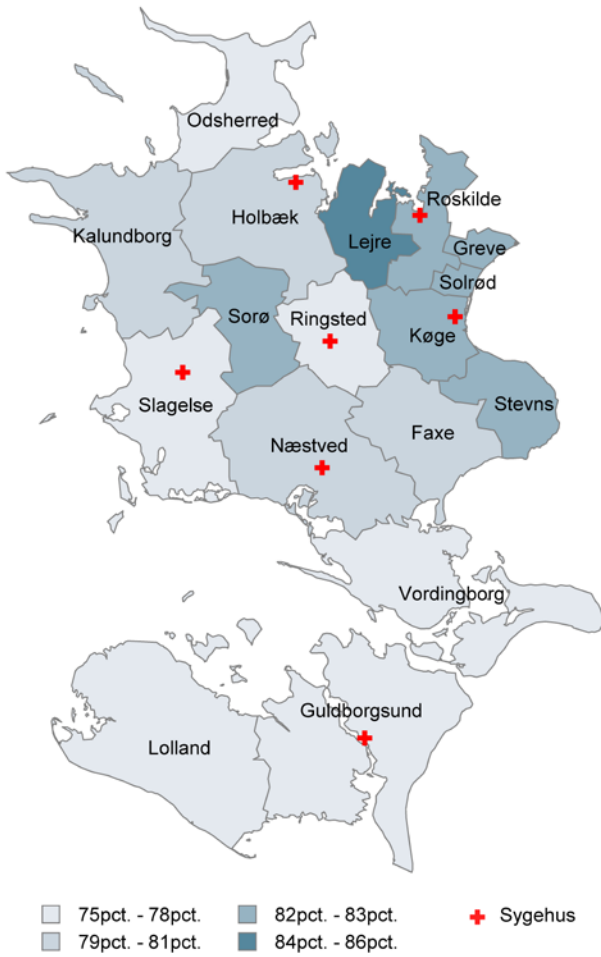
### Kommunevariation

Andelen af borgere, der er tilfredse med livet, varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 75 pct. til 86 pct. Lejre Kommune har den største andel af tilfredse borgere, mens Slagelse og Odsherred har den mindste andel. Størstedelen af kommunerne afviger dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 79 pct.

Der er en generel tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en mindre andel af borgere, der er tilfredse med livet end de øvrige kommuner. Kommuner med de største andele af tilfredse borgere er de bedre stillede kommuner tæt på København.

Siden 2013 er andelen af borgere, der er tilfredse med livet, blevet mindre i næsten alle kommuner. Ændringerne varierer mellem kommunerne. Det største fald er på otte procentpoint i Odsherred Kommune, og signifikante fald på seks procentpoint ses også i Slagelse, Greve og Vordingborg kommuner. Der er en tendens til, at andelen af tilfredse borgere især er blevet mindre i socioøkonomisk udfordrede kommuner sammenlignet med de bedre stillede kommuner. Ændringerne har således betydet en øget polarisering i livstfredshed mellem kommunerne.

### Kort 3.1.4 Borgere, som er tilfredse med livet



## 3.2 Selvvurderet helbred

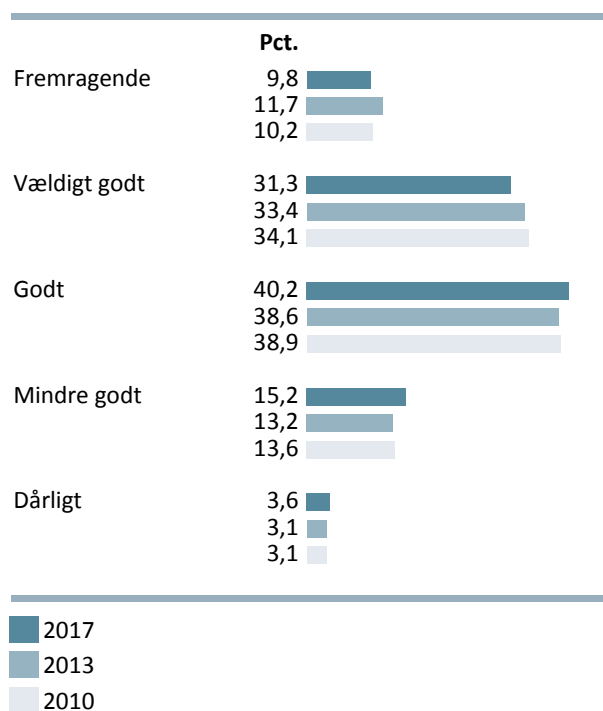
Selvvurderet helbred består af en persons samlede vurdering af egen helbredstilstand og mulige fysiske eller mentale begrænsninger for udfoldelse i dagliglivet (6).

Personer med dårligt selvvurderet helbred har højere risiko for funktionstab, sygelighed og kortere levetid (6) (13). Selvvurderet helbred er derfor en vigtig indikator for befolkningens fremtidige sundhedstilstand.

Som mål for det generelle, selvvurderede helbred anvendes ét af de 12 spørgsmål i spørgsmålspanelet SF-12 (12-Item Short Form Health Survey) (11). Spørgsmålet lyder: ”Hvordan synes du, at dit helbred er alt i alt?” Som ”godt selvvurderet helbred” regnes svarmulighederne ”fremragende”, ”vældig godt” og ”godt”, mens ”mindre godt” og ”dårligt” betragtes som ”dårligt selvvurderet helbred”. Langt de fleste borgere i regionen synes, at de har et godt eller vældig 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. Siden 2013 er andelen af borgere, som vurderer, at de har et fremragende eller vældig godt helbred, blevet mindre. Andelen af borgere, som vurderer, at de har et godt, mindre godt eller dårligt helbred, er blevet større. Andelen af borgere, som har et godt selvvurderet helbred, er næsten uforandret, selv om fordelingen er ændret mellem de tre svarmuligheder i denne kategori.

**Tabel 3.2.1** Hvordan synes du, dit helbred er, alt i alt?



Godt selvvurderet helbred er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 45 år
- Borgere med videregående uddannelser
- Borgere, der bor sammen med en partner, og borgere der har børn i hjemmet
- Borgere med anden vestlig baggrund end dansk

Siden 2013 er andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred især blevet større blandt (data ikke vist):

- De 35-64-årige
- Borgere under uddannelse
- Borgere med kort uddannelse

**Tabel 3.2.2. Borgere, som har godt eller dårligt selv vurderet helbred**

	Godt selv vurderet		Dårligt selv vurderet	
	Pct. helbred	Personer	Pct. helbred	Personer
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
<b>Køn</b>				
Mand	83,8	284.700	16,2	54.900
Kvinde	78,7	273.000	21,3	74.100
<b>Alder</b>				
16-24 år	91,7	80.400	8,3	7.300
25-34 år	86,1	65.600	13,9	10.600
35-44 år	83,3	85.100	16,7	17.100
45-54 år	80,0	101.900	20,0	25.600
55-64 år	75,8	85.000	24,2	27.100
65-79 år	80,1	114.600	19,9	28.500
80+	66,2	25.200	33,8	12.900
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	89,5	50.200	10,5	5.900
Grundskole	70,6	69.600	29,4	28.900
Kort uddannelse	79,8	230.400	20,2	58.200
Kort videregående	83,6	51.800	16,4	10.200
Mellemlang videregående	86,2	113.200	13,8	18.100
Lang videregående	91,4	45.800	8,6	4.300
<b>Erhvervstilknøytning</b>				
Beskæftigede	89,0	285.600	11,0	35.300
Arbejdsløse	67,5	10.700	32,5	5.100
Førtidspensionister	41,7	13.800	58,3	19.400
Efterlønsmodtagere	84,2	11.700	15,8	2.200
Alderspensionister	77,2	153.000	22,8	45.200
Øvrige ikke-erhvervsaktive	53,1	19.700	46,9	17.400
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	83,7	351.900	16,3	68.400
Ikke samlevende	77,3	205.800	22,7	60.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	87,0	183.800	13,0	27.500
Bor ikke med børn	78,8	374.700	21,2	100.600
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	81,4	506.100	18,6	115.900
Anden vestlig baggrund	84,6	21.300	15,4	3.900
Ikke-vestlig baggrund	76,7	30.200	23,3	9.200

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



### Generelt

I Region Sjælland vurderer 81,2 pct. af borgerne i 2017, at de har et godt helbred. Dette svarer til 557.700 borgere. Siden 2013 er andelen af regionens borgere, som har et godt selv vurderet helbred, blevet lidt mindre (83,7 pct. i 2013).

### Køn og alder

Godt selv vurderet helbred er mere udbredt blandt mænd end kvinder, men det selv vurderede helbred varierer mere med alder end med køn. Den yngre del af befolkningen har et markant bedre selv vurderet helbred end den ældre del af befolkningen, hvilket kan ses i lyset af, at mange sygdomme forekommer oftere med stigende alder. Andelen af borgere med godt selv vurderet helbred er 91,7 pct. blandt de 16-24-årige, men kun 66,2 pct. blandt borgere på 80 år eller derover.

Aldersgruppen af 65-79-årige afviger fra alderssammenhængen for selv vurderet helbred, idet en større andel vurderer deres helbred som godt (80,1 pct.) end blandt de yngre 55-64-årige (75,7 pct.). Dette kan måske hænge sammen med, at ældre mennesker i en vis udstrækning indstiller forventninger til eget helbred til et realistisk niveau (6) (14) (15).

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i borgernes selv vurderede helbred, både set ud fra uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Andelen af borgere med godt selv vurderet helbred stiger med højere uddannelsesniveau. Kun 70,6 pct. af borgere med udelukkende grundskoleuddannelse har et godt selv vurderet helbred, mens andelen af borgere med en lang videregående uddannelse er 91,4 pct. Godt selv vurderet helbred er desuden langt mere udbredt blandt borgere i beskæftigelse (89,0 pct.) end blandt borgere på førtidspension (41,7 pct.), arbejdsløse (67,5 pct.) og øvrige ikke-erhvervsaktive (53,1 pct.).

Det selv vurderede helbred er generelt højt blandt borgere under uddannelse, hvilket skal ses i lyset af, at denne gruppe fortrinsvis er unge. Dog er andelen af borgere under uddannelse med dårligt selv vurderet helbred næsten dobbelt så stor i 2017 (10,5 pct.) som i 2013 (5,4 pct., data ikke vist).

### Samlivsstatus og børn

Borgere, der bor sammen med en partner, har generelt et bedre selv vurderet 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 kan ses i lyset af, at personer med børn i hjemmet ikke omfatter ret mange ældre og dermed sandsynligvis har færre aldersrelaterede helbredsproblemer end borgere uden børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Andelen af borgere med godt selv vurderet helbred er mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (76,7 pct.), og størst blandt borgere med anden vestlig baggrund end dansk (84,6 pct.).

**Tabel 3.2.3 Borgere med godt selvvruderet helbred, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017	Godt selvvruderet helbred	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	81		557.700	84	83
Guldborgsund	80		41.700	82	81
Kalundborg	78		31.100	81	83
Lolland	76		27.700	79	79
Odsherred	76		21.400	83	79
Slagelse	79		52.100	82	84
Vordingborg	80		31.200	82	82
Faxe	82		24.500	84	83
Holbæk	80		46.000	85	85
Næstved	83		56.800	84	84
Ringsted	82		22.600	83	83
Sorø	82		19.700	84	84
Stevns	81		15.200	85	83
Greve	85		33.800	87	86
Køge	83		40.500	85	83
Lejre	85		18.700	87	88
Roskilde	84		59.400	86	84
Solrød	86		15.100	86	85

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

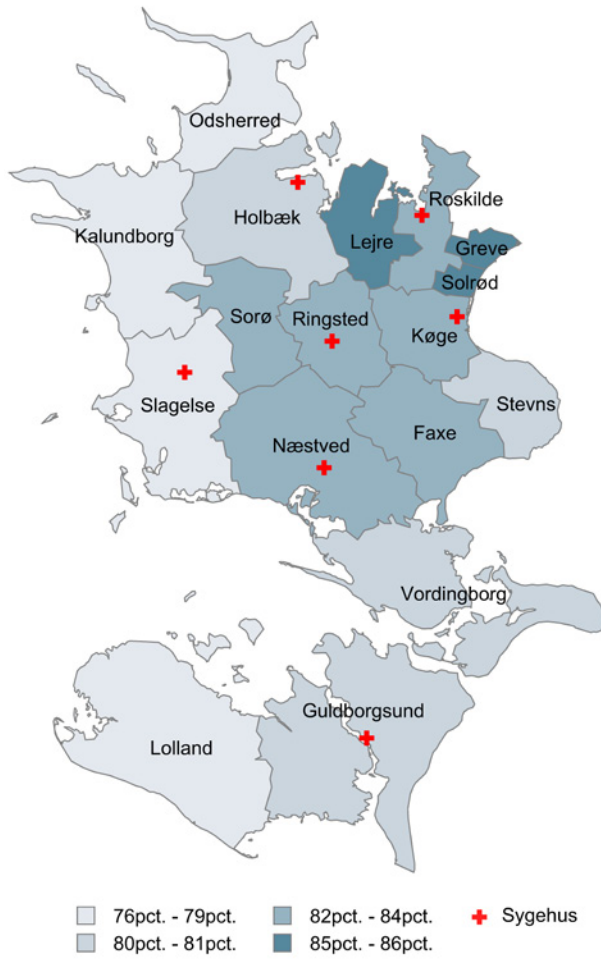
Andelen af borgere med godt selvvruderet helbred varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 76 pct. i Lolland og Odsherred Kommune til 86 pct. i Solrød Kommune. Omkring halvdelen af kommunerne afviger dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 81 pct.

Der er en meget klar tendens til, at der er en mindre andel af borgere med godt selvvruderet helbred i socioøkonomisk udfordrede kommuner end i bedre stillede kommuner, hvilket også ses geografisk ved, at de vestligste og sydligste kommuner i regionen har en mindre andel af borgere med godt selvvruderet helbred end kommunerne på Midt- og Østsjælland og tæt på hovedstadsområdet.

Der er en tendens til, at andelen af borgere med et godt selvvruderet helbred i alle kommuner er mindre i 2017 sammenlignet med 2013; mellem et og syv procentpoint mindre. De største fald ses i Odsherred og Holbæk kommuner, hvor andelen af borgere med godt selvvruderet helbred er faldet med henholdsvis syv og fem procentpoint. I Odsherred Kommune var andelen af borgere med godt selvvruderet helbred dog steget markant i den foregående periode fra 2010 til 2013. I Kalundborg Kommune er andelen af borgere med godt selvvruderet helbred faldet støt i hele perioden fra 2010 til 2017.

Der er en tendens til en øget polarisering mellem kommunerne, idet den i forvejen mindre andel af borgere med godt selvvruderet helbred i socioøkonomisk udfordrede kommuner er faldet mere, end tilfældet er i andre kommuner.

### Kort 3.2.4 Borgere med godt selvvurderet helbred



### 3.3 Fysisk og mentalt helbred

Fysisk og mentalt helbred er tæt sammenhængende faktorer med betydning for trivsel i dagligdagen. Svækket fysisk helbred giver dårligere funktionsevne, som kan præge det mentale helbred (16). Desuden er det på baggrund af tal fra 2013 anslået, at borgere med dårlig mental sundhed har 1,1 mio. ekstra lægekontakter årlig og 3,6. mio. ekstradage med kortvarigt sygefravær i Danmark sammenlignet med forbruget blandt borgere uden dårlig mental sundhed (9).

I dette afsnit undersøges fysisk og mentalt helbred blandt borgerne i regionen ud fra spørgestandarden SF-12 (12-Item Short Form Health Survey). I spørgsmålspanelet indgår 12 spørgsmål, som fokuserer på forskellige former for begrænsninger i funktionsevnen i dagligdagen. Spørgsmålene drejer sig f.eks. om at gå op ad trapper, om man synes, man har nået mindre, end man gerne ville, og om man har følt sig trist til mode inden for de sidste fire uger. Ud af svarene i de 12 spørgsmål beregnes to scorere for henholdsvis fysisk og mentalt helbred med værdier fra 0-100 point, hvor 100 udgør den bedste helbredssituation. De 10 pct. af befolkningen i hele Danmark, som i 2010 scorede lavest på skalaen, definerer værdigrænsen for ”dårligt fysisk” (højest 35,37 point) og ”dårligt mentalt” helbred (højest 35,76 point). Grænserne er beregnet af Statens Institut for Folkesundhed i forbindelse med udarbejdelse af Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (17).

Til at beskrive det fysiske og mentale helbred er der ud over SF-12 anvendt en række spørgsmål om, hvorvidt borgerne har været generet af forskellige smerter og ubehag inden for de seneste 14 dage. Spørgsmålene angår smerter i skulder eller nakke, smerter i lemmer, smerter i ryg eller lænd, træthed, hovedpine, søvnbesvær eller søvnproblemer, nedtrykthed/deprimeret/ulykkelig og endelig ængstelse/nervøsitet/uro/angst. Svarmulighederne er her: ”Ja, meget generet”, ”ja, lidt generet” eller ”nej”. Borgere, der har svaret ”Ja, meget generet”, er opgjort i det følgende. Andelen af borgere, som har været meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet (enten skuldre, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd), er desuden opgjort samlet. Endelig er andelen af borgerne, som aktuelt har været meget generet af psykiske gener (nedtrykthed/deprimeret/ulykkelig, ængstelse/nervøsitet/uro og angst), opgjort samlet.

Dårligt fysisk helbred og smerter er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere over 80 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse eller med kort uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere uden hjemmeboende børn

Andelen af borgere med smerter i bevægeapparatet er især blevet større blandt (data ikke vist):

- 35-54-årige
- Borgere med kort eller mellemlang videregående uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Dårligt mentalt helbred og psykiske gener er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Yngre borgere
- Borgere, som udelukkende har grundskoleuddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Andelen af borgere med dårligt mentalt helbred og psykiske gener er især blevet større blandt (data ikke vist):

- De 16-24-årige og de 35-44-årige
- Borgere med kort eller kort videregående uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere i socioøkonomisk udfordrede kommuner

Tabel 3.3.1 Borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred

	Pct. Dårligt fysisk helbred	Personer	Pct. Dårligt mentalt helbred	Personer
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
<b>Køn</b>				
Mand	11,5	39.000	10,7	36.300
Kvinde	15,6	53.900	16,5	57.200
<b>Alder</b>				
16-24 år	3,5	3.100	19,0	17.100
25-34 år	6,7	5.200	19,1	14.700
35-44 år	9,8	10.300	15,5	16.400
45-54 år	11,8	15.600	14,1	18.600
55-64 år	17,7	19.900	11,3	12.800
65-79 år	19,1	26.400	6,9	9.600
80+	39,9	12.500	14,2	4.400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	2,6	1.500	20,9	12.200
Grundskole	24,4	22.700	19,7	18.400
Kort uddannelse	15,6	44.700	11,7	33.600
Kort videregående	11,4	7.200	11,4	7.200
Mellemlang videregående	10,1	13.400	9,9	13.200
Lang videregående	3,8	1.900	7,8	4.000
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	5,7	19.400	9,2	31.000
Arbejdsløse	20,8	3.500	31,0	5.300
Førtidspensionister	49,7	15.000	32,8	9.900
Efterlønsmodtagere	11,5	1.500	5,7	800
Alderspensionister	22,9	41.300	8,3	14.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	32,0	12.000	41,3	15.500
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	11,8	50.600	9,8	42.300
Ikke samlevende	16,5	42.300	20,0	51.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	7,2	15.700	13,2	28.700
Bor ikke med børn	16,4	76.800	13,4	62.800
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	13,7	85.600	13,0	81.700
Anden vestlig baggrund	10,1	2.500	13,5	3.300
Ikke-vestlig baggrund	13,5	4.900	23,7	8.500

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

## Generelt

I Region Sjælland har 92.900 borgere i 2017 et dårligt fysisk helbred, og 93.500 borgere har et dårligt mentalt helbred. Begge dele svarer i afrundede tal til 14 pct. af regionens befolkning. I alt 3 pct. af regionens borgere har både et dårligt mentalt helbred og et dårligt fysisk helbred. Det svarer til, at omkring hver fjerde borger med dårligt mentalt helbred også har dårligt fysisk helbred - og omvendt.

I de seneste år er både det fysiske og det mentale helbred i regionen blevet ringere. Især andelen af borgere med dårligt mentalt helbred er steget. I 2013 var andelen med dårligt mentalt helbred 11 pct.

## Køn og alder

I forhold til mænd har en større andel af kvinder et dårligt helbred, både fysisk og mentalt. Også på tværs af aldersgrupper varierer det fysiske og mentale helbred, men på forskellig måde. Mens andelen af borgere med dårligt fysisk helbred bliver større med højere alder, er andelen af borgere med dårligt mentalt helbred størst blandt de unge.

Aldersforskellene er størst, hvad angår fysisk helbred, hvor kun 3,5 pct. af borgerne i alderen 16-24 år har et dårligt fysisk helbred, mens dette gælder 39,9 pct. af borgerne over 80 år. Andelen af borgere med dårligt mentalt helbred varierer fra 6,9 pct. i alderen 65-79 år til 19 pct. i aldersgrupperne under 35 år. I aldersgruppen over 80 år er andelen med dårligt mentalt helbred dog på niveau med regionsgennemsnittet på 14 pct. Ser man isoleret på psykiske gener, som nedtrykthed eller ængstelse, ses den laveste forekomst blandt de ældste borgere over 80 år (data ikke vist).

Siden 2013 er andelen af borgere med dårligt mentalt helbred eller dårligt fysisk helbred især steget blandt de 16-24-årige og blandt de 35-44-årige (data ikke vist). Stigningerne er dog størst for dårligt mentalt helbred.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er tydelige forskelle både i udbredelsen af dårligt mentalt helbred og dårligt fysisk helbred blandt borgere med forskellig uddannelsesmæssig baggrund. Jo højere uddannelse, desto mindre andel af borgerne har dårligt helbred. Tendensen er tydeligst for fysisk helbred. Andelen af borgere, der har dårligt fysisk helbred, er omtrent seks gange så stor blandt borgere med udelukkende grundskoleuddannelse som blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Tilsvarende er der en tydelig forskel på det mentale helbred hos de borgere, der udelukkende har en grundskoleuddannelse, sammenlignet med dem med længere uddannelser. Det mentale helbred varierer mindre i forhold til graden af uddannelse over grundskoleniveau.

Siden 2013 er andelen af borgere med dårligt fysisk helbred især steget blandt borgere med kort uddannelse, mens andelen med dårligt mentalt helbred især er steget blandt borgere med kort- eller kort videregående uddannelse (data ikke vist).

Borgere under uddannelse er den gruppe, hvor andelen med dårligt fysisk helbred er mindst (2,6 pct.), og samtidig repræsenterer de den gruppe, der har den største andel med dårligt mentalt helbred (20,9 pct.).

Det fysiske og mentale helbred varierer også med borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Både blandt borgere i beskæftigelse og efterlønsmodtagere er andelen med fysiske såvel som mentale problemer lille, mens arbejdsløse, efterlønsmodtagere og øvrige ikke-erhvervsaktive generelt har en langt større andel med dårligt helbred, både fysisk og mentalt. En stor andel af alderspensionisterne har et godt mentalt helbred, men en del har fysiske helbredsproblemer.

## Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere med dårligt mentalt eller fysisk helbred er mindre blandt borgere, som bor sammen med en partner end blandt andre borgere. Forskellen er mest markant for det mentale helbred. Siden 2013 er andelen af borgere med dårligt fysisk eller mentalt helbred især steget blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner (data ikke vist).

---

Børn i hjemmet giver ikke udslag for dårligt mentalt helbred, mens andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er højest blandt borgere uden hjemmeboende børn. Forskellene mellem borgere med og uden børn i hjemmet skal dog ses i lyset af, at borgere med børn i hjemmet kun omfatter få i de ældre aldersgrupper, som har en relativt højere forekomst af sygdomme.

### **Etnisk baggrund**

Sammenhængen mellem etnisk baggrund og helbred er forskellig for fysisk og mentalt helbred. Mens andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er den samme blandt borgere med dansk baggrund og borgere med ikke-vestlig baggrund, er andelen med dårligt mentalt helbred størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. I denne gruppe har 23,7 pct. dårligt mentalt helbred, mens det samme gælder 13-14 pct. af borgerne med dansk eller anden vestlig baggrund.

**Tabel 3.3.2 Borgere med dårligt fysisk og mentalt helbred, opgjort på kommuner**

	Pct. Dårligt fysisk helbred	Personer	Pct. Dårligt mentalt helbred	Personer
Region Sjælland	13,5	92.900	13,6	93.500
Guldborgsund	15,5	8.000	14,0	7.200
Kalundborg	16,1	6.500	13,5	5.500
Lolland	19,5	7.000	12,8	4.600
Odsherred	18,5	5.100	16,3	4.500
Slagelse	14,4	9.700	16,5	11.100
Vordingborg	15,5	6.000	14,8	5.700
Faxe	13,5	4.100	13,2	4.000
Holbæk	15,9	9.200	15,1	8.700
Næstved	10,7	7.200	13,5	9.000
Ringsted	13,1	3.600	14,5	4.000
Sorø	13,8	3.300	11,9	2.900
Stevns	12,6	2.300	12,3	2.300
Greve	9,5	3.800	11,6	4.700
Køge	11,8	5.800	12,8	6.300
Lejre	11,5	2.500	9,5	2.000
Roskilde	10,0	7.100	12,9	9.200
Solrød	9,6	1.700	10,3	1.900

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred varierer fra knap 10 pct. til næsten 20 pct. mellem kommunerne i Region Sjælland. Der er en tydelig tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en højere andel af borgere med dårligt fysisk helbred end bedre stillede kommuner. Særligt ligger andelen af borgere med dårligt fysisk helbred over regionsgennemsnittet i Lolland og Odsherred kommuner, mens andelen i tre af fem bedre stillede kommuner nær hovedstadsområdet samt Næstved Kommune ligger under regionsgennemsnittet.

Andelen af kommunernes borgere med dårligt mentalt helbred varierer mellem knap 10 pct. og knap 17 pct., men i 14 af regionens 17 kommuner afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Dårligt

mentalt helbred er mest udbredt i Slagelse Kommune og mindst udbredt i Lejre og Solrød kommuner, men der er kommuner med relativt små andele i alle dele af regionen.

Siden 2013 er der i de fleste kommuner en tendens til, at andelen af borgere med dårligt fysisk helbred og andelen med dårligt mentalt helbred er steget (data ikke vist). I nogle kommuner er ændringerne dog mere markante end andre. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er især steget i Lolland Kommune, mens andelen af borgere med dårligt mentalt helbred især er steget i Odsherred og Vordingborg kommuner (data ikke vist). Der er således en tendens til, at ændringerne har ført til en øget polarisering mellem socioøkonomisk udfordrede og bedre stillede kommuner.



### Kort 3.3.3 Borgere med dårligt fysisk helbred



### Kort 3.3.4 Borgere med dårligt mentalt helbred



**Tabel 3.3.5 Borgere, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af fysiske smerter, ubehag og psykiske gener**

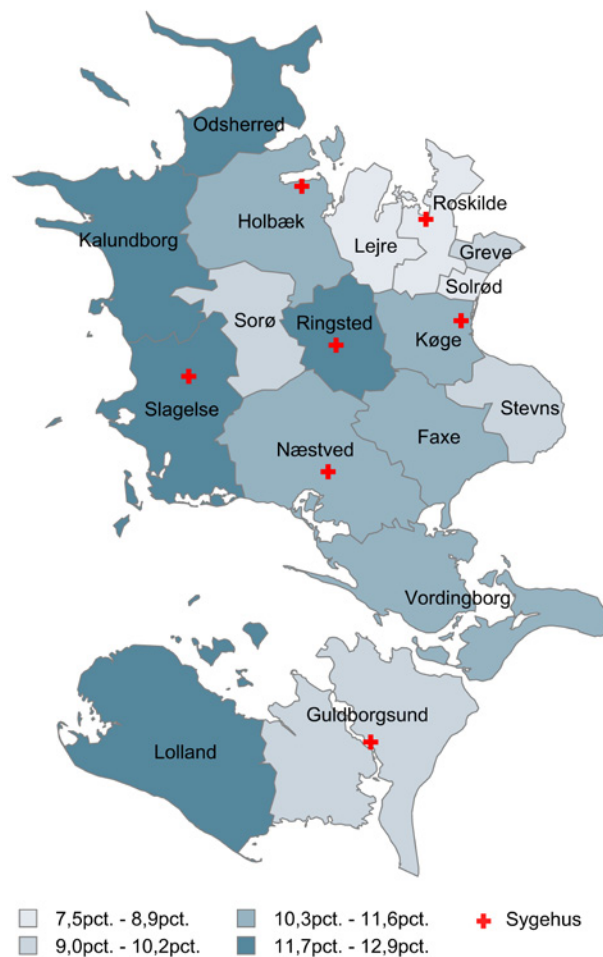


Hver femte borger i Region Sjælland (21,8 pct.) har været meget generet af træthed i løbet af de seneste 14 dage, mens hver tredje (33,7 pct.) har været meget generet af smerter eller ubehag fra en eller flere dele af bevægeapparatet (skulder, nakke, knæ, arme, hænder, ben, hofter, knæ, led, ryg eller lænd), svarende til 231.400 borgere (data ikke vist). Hver tiende (10,6 pct.) har været meget generet af psykiske gener som ængstelse eller nedtrykthed, svarende til 73.100 borgere (data ikke vist). Smerter i forskellige dele af bevægeapparatet er således den mest udbredte form for gener i befolkningen. Alle de udvalgte fysiske og psykiske gener er blevet mere udbredt i befolkningen siden 2013.

### Kort 3.3.6 Borgere med smerter i bevægeapparatet



### Kort 3.3.7 Borgere med psykiske gener



#### Kommunevariation

Andelen af borgere med smerter i bevægeapparatet og med psykiske gener varierer mellem kommunerne i regionen. Kommunernes andel af borgere med smerter i bevægeapparatet varierer fra 29,6 pct. til 38,4 pct., og andelen med psykiske gener varierer fra 7,5 pct. til 12,9 pct. (data ikke vist). Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner, f.eks. Lolland Kommune, har en større andel af borgere med smerter i bevægeapparatet og psykiske gener end bedre stillede kommuner, f.eks. Solrød Kommune. De vestligste kommuner i regionen, Odsherred, Kalundborg, Slagelse og Lolland kommuner, har desuden en relativt stor andel borgere med smerter og psykiske

gener. For både smerter fra bevægeapparatet og psykiske gener afviger størstedelen af kommunerne dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

Siden 2013 er der i næsten alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med smerter i bevægeapparatet er steget (data ikke vist). Stigningen er størst i Lolland og Holbæk kommuner. Andelen af borgere med psykiske gener er steget mindre end andelen med smerter og langt fra i alle kommuner. Andelen af borgere med psykiske gener er steget mest i Faxe og Odsherred kommuner (data ikke vist).

### 3.4 Dagligdagens stress

Stress er et stigende problem i befolkningen i Danmark (18) (17). Vedvarende stress kan karakteriseres som fysiologiske reaktioner på langvarige ukontrollable belastninger og kan resultere i en tilstand af ulyst og anspændthed (19) (20). Tilstanden er skadelig ved langvarig påvirkning. Højt stressniveau associeres i et dansk studie især til usund levevis, lav social aktivitet, lavt uddannelsesniveau og højere sygdomsrisiko. Forskerne foreslår, at påvirkninger fra disse faktorer kan gå begge veje, dvs. at højt stressniveau kan påvirke helbred m.m. og omvendt (21).

Stress kan måles ved hjælp af ”Cohens Perceived Stress Scale” (12), der handler om, hvorvidt borgere oplever livet som uforudsigeligt, ukontrollerbart og belastende (18) (19). Disse tre faktorer belyses ved hjælp af ti spørgsmål, som alle relaterer sig til dagligdagens stress. Spørgsmålene handler om følelser og tanker inden for de seneste fire uger, f.eks.: ”Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv? ”, eller: ”Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?”. Ud fra borgernes svar udregnes en stressscore på en skala mellem 0 og 40. En score på 18 eller derover definerer de 20 pct. af befolkningen i hele Danmark, som i 2010 scorede højest på skalaen, dvs. som tilhører de mest stressede (herefter kaldet ”højt stressniveau”). Grænsen er beregnet af Statens Institut for Folkesundhed i forbindelse med udarbejdelse af Den Nationale Sundhedsprofil 2013 (17).

Højt stressniveau er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Yngre borgere
- Borgere med kortere uddannelse
- Borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2013 er højt stressniveau især blevet mere udbredt blandt (data ikke vist):

- Yngre borgere
- Borgere under uddannelse
- Borgere med kort- eller kort videregående uddannelse
- Borgere, som ikke bor sammen med en partner

Tabel 3.4.1 Borgere med højt stressniveau

	Pct. Højt stressniveau	Personer
Region Sjælland 2017	27	182.700
Region Sjælland 2013	23	153.600
Region Sjælland 2010	23	152.600
<b>Køn</b>		
Mand	22	75.400
Kvinde	31	107.300
<b>Alder</b>		
16-24 år	35	29.800
25-34 år	34	24.600
35-44 år	29	29.300
45-54 år	27	34.900
55-64 år	24	27.600
65-79 år	18	26.600
80+	27	9.900
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	37	20.800
Grundskole	37	36.100
Kort uddannelse	25	71.500
Kort videregående	21	13.000
Mellemlang videregående	19	25.300
Lang videregående	13	6.300
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	20	65.300
Arbejdsløse	51	8.200
Førtidspensionister	58	18.000
Efterlønsmodtagere	14	2.000
Alderspensionister	20	38.200
Øvrige ikke-erhvervsaktive	60	22.500
<b>Samlivsstatus</b>		
Samlevende	22	95.200
Ikke samlevende	34	87.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	26	55.400
Bor ikke med børn	26	122.800
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	25	158.300
Anden vestlig baggrund	28	6.700
Ikke-vestlig baggrund	49	17.600

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

Note: Højt stressniveau er defineret som de 10 pct. af befolkningen i hele Danmark, der i 2010 scorede højest på skalaen (score på 18 eller derover).

---

## Generelt

I Region Sjælland har 27 pct. af borgerne i 2017 et højt stressniveau, svarende til 182.700 borgere. Andelen af regionens borgere med højt stressniveau er større i 2017 end i 2013 (23 pct.).

## Køn og alder

Højt stressniveau er langt mere udbredt blandt kvinder end mænd. I alt 31 pct. af kvinderne har et højt stressniveau mod 22 pct. af mændene.

Andelen af borgere med højt stressniveau er størst blandt de unge 16-24-årige og falder med stigende alder. Andelen af borgere med højt stressniveau er 35 pct. blandt de 16-24-årige mod 18 pct. blandt borgere i alderen 65-79 år. Borgere over 80 år har dog et højere stressniveau end andre ældre. Siden 2013 er andelen af borgere med højt stressniveau især steget i aldersgruppen 16-24 år og 35-44 år (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er tydelig uddannelsesmæssig ulighed i forekomsten af højt stressniveau i befolkningen. Jo lavere uddannelsesniveau, desto større andel borgere med højt stressniveau. Blandt dem med udelukkende grundskoleuddannelse er andelen af borgere med højt stressniveau næsten tre gange så stor (37 pct.) som blandt borgere med en lang videregående uddannelse (13 pct.). Forskellene er endnu større, hvis man sammenligner borgere med forskellig tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt borgere i beskæftigelse, på efterløn eller på alderspension har højst hver femte borger et højt stressniveau. Blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive har over halvdelen af borgerne et højt stressniveau.

Blandt borgere, som er under uddannelse, har 37 pct. et højt stressniveau, hvilket er markant over regionsgennemsnittet. Det skal ses i lyset af, at mange under uddannelse er unge, og i de unge aldersgrupper er stressniveauet generelt højt. Siden 2013 er andelen af borgere under uddannelse med højt stressniveau steget markant (data ikke vist).












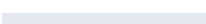






## Samlivsstatus og børn




Der er en markant forskel på stressniveauet blandt borgere, der henholdsvis bor eller ikke bor sammen med en partner. Andelen af borgere med højt stressniveau blandt borgere, der bor sammen med en partner, er 22 pct., mens den blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er 34 pct. Siden 2013 er andelen af borgere med højt stressniveau især steget blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner (data ikke vist). Der er ikke forskel i andelen af borgere med højt stressniveau blandt borgere henholdsvis med og uden børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund er den mest stressede gruppe i befolkningen. Næsten halvdelen (49 pct.) har et højt stressniveau. Det er næsten dobbelt så mange som blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 3.4.2 Borgere med højt stressniveau, opgjort på kommuner

	Pct. 2017 Højt stressniveau	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	27 	182.700	23	23
Guldborgsund	27 	14.300	25	27
Kalundborg	29 	11.900	25	25
Lolland	29 	10.400	26	25
Odsherred	28 	8.000	22	24
Slagelse	28 	18.600	26	26
Vordingborg	29 	11.300	21	24
Faxe	25 	7.600	20	22
Holbæk	27 	15.600	23	21
Næstved	26 	17.700	23	23
Ringsted	29 	7.800	21	22
Sorø	23 	5.500	23	20
Stevns	24 	4.400	24	23
Greve	25 	10.100	20	22
Køge	26 	12.600	24	25
Lejre	22 	4.800	20	18
Roskilde	25 	17.900	22	21
Solrød	24 	4.300	21	19

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

Andelen af borgere med højt stressniveau varierer mellem kommunerne i regionen fra 22 pct. til 29 pct. I to kommuner er andelen af borgere med højt stressniveau mindre end i regionen som helhed. Det gælder Lejre og Sorø kommuner, hvor 22-23 pct. af borgerne har et højt stressniveau. Der er en tendens til, at en del af de socioøkonomisk udfordrede kommuner i den vestlige og sydlige del af regionen har en større andel af borgere med højt stressniveau end de øvrige kommuner.

Mellem 2010 og 2013 ændrede stressniveauet sig stort set ikke i kommunerne, men fra 2013 til 2017 har andelen af borgere med højt stressniveau vist en stigende tendens i næsten alle kommuner. De største stigninger i andelen af borgere med højt stressniveau siden 2013 er sket i Vordingborg og Ringsted kommuner, hvor andelen er steget med ca. otte procentpoint.

### Kort 3.4.3 Borgere med højt stressniveau





### 3.5 Belastninger i livet

Helbred og trivsel påvirkes både af fysiske, mentale og sociale faktorer. Dette afsnit handler om de belastninger, som den enkelte borger kan møde via sociale relationer, f.eks. familie og venner. Det handler også om belastninger fra strukturelle faktorer, f.eks. arbejde, økonomi eller boligsituation, der kan påvirke den enkeltes fysiske og mentale trivsel og mulighed for at leve et liv uafhængigt af andres hjælp (22) (21) (20) (23).

Regelmæssig deltagelse i sociale aktiviteter øger chancerne for et stærkt socialt netværk, hvilket er et vigtigt parameter for at vedligeholde både mental og fysisk sundhed (24). I kapitel 6 uddybes sociale relationers betydning for helbredet i et bredere sundhedsmæssigt perspektiv.

Borgerne er blevet stillet syv spørgsmål om deres oplevelse af forskellige belastninger i dagligdagen, der stammer fra sociale og strukturelle forhold. Spørgsmålet er formuleret således: ”Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig belastet af nogle af følgende ting? ”, og svarmulighederne er: ”Nej”, ”ja, lidt”, ”ja, en del” og ”ja, meget”. Alle, der svarer ”ja” (lidt, en del eller meget), regnes med til belastninger i tabellerne.

De forskellige belastningstyper fordeler sig enten i en social eller en strukturel kategori. Kategorien af sociale forhold drejer sig om: ”Forholdet til familie og venner”, ”sygdom hos partner, familie eller nære venner” og ”dødsfald blandt dine nærmeste”. Kategorien af strukturelle forhold vedrører ”økonomi”, ”boligsituation”, og ”arbejdssituation”. Der er desuden stillet et spørgsmål om ”andre belastninger”. I de følgende tabeller vises først belastninger af sociale årsager og dernæst belastninger af strukturelle årsager.

Sociale belastninger er mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Yngre borgere, hvad angår forhold til familie og venner
- Ældre borgere, hvad angår sygdom og dødsfald blandt de nærmeste
- Borgere under uddannelse, hvad angår forholdet til familie og venner
- Borgere, der ikke bor med partner, hvad angår forholdet til familie og venner
- Borgere, der bor sammen med en partner, hvad angår sygdom og død blandt de nærmeste
- Borgere med ikke-dansk baggrund

Siden 2013 er andelen, der er belastet af forholdet til familie og venner, især faldet blandt (data ikke vist):

- 65-79-årige
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med mellemlang videregående uddannelse

Strukturelle belastninger er mest udbredt blandt:

- Yngre borgere
- Kvinder, hvad angår arbejdssituationen
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med hjemmeboende børn
- Borgere med ikke-dansk baggrund
- Borgere med lange uddannelser, hvad angår arbejdssituationen

Siden 2013 er andelen af borgere, der er belastet af deres økonomiske situation, især faldet blandt (data ikke vist):

- Borgere i aldersgruppen 35-79 år
- Borgere med længere uddannelser
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med dansk baggrund

**Tabel 3.5.1 Borgere, der har følt sig belastet de seneste 12 måneder af sociale og strukturelle årsager**

	Pct.
Arbejdssituation	44
Økonomi	42
Sygdom hos partner, familie eller nære venner	41
Forhold til familie og venner	32
Boligsituation	24
Dødsfald blandt nærmeste	18
Andre belastninger	33

Region Sjællands borgere føler sig mest belastet af strukturelle forhold vedrørende deres økonomiske situation og arbejdssituation samt af sygdom hos de nærmeste. De mest udbredte belastninger er arbejdssituation, økonomi og sygdom hos partner, familie eller nære venner, som hver især belaster over 40 pct. af befolkningen.

### Generelt

Belastninger, som skyldes sygdom og dødsfald blandt de nærmeste, er mere udbredt end belastninger, der skyldes forholdet til familie eller venner. En tredjedel (32 pct.) af borgerne i Region Sjælland har følt sig belastet af forholdet til familie og venner det seneste år, mens næsten halvdelen (46 pct.) har følt sig belastet på grund af sygdom eller død hos de nærmeste.

### 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.

Det varierer med alderen, hvilke type af social belastning, der er mest udbredt. Den yngre del af voksenbefolkningen føler sig mere belastet af deres forhold til familie og venner end de ældre, mens den ældre del af befolkningen føler sig mest belastet af sygdom og dødsfald blandt de nærmeste. Blandt borgere i alderen 16-44 år er andelen, der føler sig belastet af deres forhold til familie og venner, omtrent dobbelt så stor som blandt ældre over 65 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er ingen entydig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og følelsen af at være belastet pga. sociale årsager. Blandt borgere under uddannelse føler en relativt stor andel sig belastet af deres forhold til familie og venner, mens andelen, der føler sig belastet af sygdom og død blandt de nærmeste, er relativt lille. Dette skal ses i lyset af, at borgere under uddannelse i høj grad er sammenfaldende med gruppen af unge mellem 16 og 24 år, hvor mønsteret er det samme.

Tilknytning til arbejdsmarkedet ser heller ikke ud til at hænge tæt sammen med belastning pga. sygdom og død blandt de nærmeste. Blandt efterlønsmodtagere og alderspensionister er andelen af borgere, der føler sig belastet af deres forhold til venner og familie, mindre end blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Forskellene skal ses i lyset af de generelle aldersforskelle, hvor denne type belastning er langt mindre udbredt blandt ældre end i den øvrige del af befolkningen.

### Samlivsstatus og børn




















































Alt efter om borgerne bor sammen med en partner, og om de har hjemmeboende børn, ses forskellige andele med de to typer af sociale belastninger. Borgere, som bor sammen med en partner, oplever i højere grad belastninger på grund af sygdom og dødsfald blandt de nærmeste end andre borgere. Borgere, som ikke bor sammen med en partner, oplever derimod i højere grad belastninger på grund af forholdet til familie og venner. Derimod oplever borgere med hjemmeboende børn i højere grad belastninger på grund af forholdet til familie og venner end borgere uden børn i hjemmet. Til gengæld oplever borgere, der bor sammen med børn, i mindre grad belastninger på grund af sygdom og dødsfald blandt de nærmeste.




Andelen af borgere, som bor sammen med en partner og føler sig belastet af forholdet til familie og venner, er mindre end i 2013 (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 halvdelen (50 pct.) at være belastet pga. deres forhold til familie eller venner, mens det samme gør sig gældende for 30 pct. af borgerne med dansk baggrund.

Tabel 3.5.2 Borgere, som er belastet af sociale årsager

	Belastet pga. forhold til		Belastet pga. sygdom eller død blandt	
	Pct. familie/venner	Personer	Pct. nærmeste	Personer
Region Sjælland 2017	32 	216.400	46 	318.300
Region Sjælland 2013	33 	221.000		
<b>Køn</b>				
Mand	30 	100.700	44 	148.300
Kvinde	33 	115.800	49 	170.000
<b>Alder</b>				
16-24 år	39 	33.600	38 	32.300
25-34 år	42 	30.700	44 	32.700
35-44 år	39 	39.400	44 	44.400
45-54 år	36 	46.200	48 	61.700
55-64 år	28 	32.300	49 	56.400
65-79 år	19 	27.700	49 	71.200
80+	17 	6.500	52 	19.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	39 	22.200	36 	20.500
Grundskole	33 	32.000	46 	45.000
Kort uddannelse	28 	81.100	47 	137.100
Kort videregående	30 	18.500	49 	30.200
Mellemlang videregående	30 	38.800	48 	62.800
Lang videregående	30 	15.300	45 	22.800
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	31 	100.600	45 	145.200
Arbejdsløse	54 	8.600	54 	8.600
Førtidspensionister	53 	16.700	55 	17.500
Efterlønsmodtagere	24 	3.300	43 	6.000
Alderspensionister	19 	36.300	50 	96.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	50 	18.800	52 	19.600
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	28 	121.300	48 	206.800
Ikke samlevende	37 	95.100	43 	111.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	37 	78.100	44 	93.400
Bor ikke med børn	29 	138.300	47 	224.400
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	30 	187.800	46 	286.000
Anden vestlig baggrund	40 	10.000	49 	12.200
Ikke-vestlig baggrund	50 	18.600	54 	20.000

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

**Tabel 3.5.3 Borgere, som er belastet af strukturelle forhold**

	Pct. Økonomi	Personer	Bolig- Pct. situation	Personer	Arbejds- Pct. situation	Personer
Region Sjælland 2017	42	288.800	24	165.000	44	301.200
Region Sjælland 2013	47	311.300	24	162.500	44	295.300
<b>Køn</b>						
Mand	42	141.100	24	81.700	42	143.000
Kvinde	43	147.700	24	83.200	46	158.200
<b>Alder</b>						
16-24 år	60	51.000	34	29.300	49	42.200
25-34 år	67	49.400	41	30.200	64	48.100
35-44 år	54	54.700	28	28.200	60	61.300
45-54 år	46	58.800	23	29.300	54	70.800
55-64 år	33	37.700	18	20.800	44	51.000
65-79 år	21	30.700	14	20.800	13	18.700
80+	17	6.400	17	6.400	26	9.000
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	59	33.200	32	17.900	44	24.700
Grundskole	43	42.000	27	26.100	41	39.900
Kort uddannelse	39	112.000	21	61.000	41	119.000
Kort videregående	36	22.500	20	12.600	44	27.600
Mellemlang videregående	36	47.300	20	26.100	46	60.500
Lang videregående	34	17.100	20	9.900	47	24.000
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	42	137.300	21	69.800	55	182.300
Arbejdsløse	85	13.500	45	7.200	88	14.400
Førtidspensionister	57	18.200	37	11.900	31	9.600
Efterlønsmodtagere	24	3.300	15	2.000	12	1.700
Alderspensionister	20	39.400	15	28.800	16	29.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	73	27.400	45	16.900	70	26.300
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	37	156.800	19	81.800	43	186.100
Ikke samlevende	51	132.000	32	83.200	45	115.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	54	115.000	27	56.700	56	119.300
Bor ikke med børn	37	176.900	23	108.200	39	185.600
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	40	250.700	22	139.600	43	267.400
Anden vestlig baggrund	54	13.500	33	8.200	52	13.000
Ikke-vestlig baggrund	66	24.500	46	17.100	55	20.700

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

### Generelt

I Region Sjælland oplever en større andel af borgerne belastning fra deres økonomi og arbejdssituation end fra deres boligsituation. I alt 44 pct. har følt sig belastet af deres arbejdssituation inden for de seneste 12 måneder, 42 pct. har følt sig belastet af deres økonomi, og 24 pct. har følt sig belastet af deres boligsituation.

Siden 2013 er andelen af regionens borgere, der føler sig belastet af deres økonomiske situation, faldet. Andelen af borgere, der føler sig belastet af deres boligsituation eller arbejdssituation, har ikke ændret sig siden 2013.

### Køn og alder

Der er generelt ikke stor forskel på, i hvor høj grad mænd og kvinder føler sig belastet af deres 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: To ud af tre borgere på 25-34 år (67 pct.) har følt sig belastet af deres økonomi inden for de seneste 12 måneder, mens det samme kun gælder hver sjette af borgerne over 80 år (17 pct.). Siden 2013 er andelen af borgere, der er belastet af deres økonomiske situation, især faldet blandt borgere i alderen 35-79 år, mens andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, der føler sig belastet på grund af deres arbejdssituation, især er steget blandt de 55-64-årige (data ikke vist).

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Oplevelsen af de udvalgte strukturelle belastninger knytter sig også til uddannelsesniveaet i befolkningen, men på forskellig måde på tværs af belastningstyper. Økonomi og boligsituation opleves oftere som en belastning blandt borgere med lavt uddannelsesniveau end blandt borgere med højt uddannelsesniveau, mens borgere med højt uddannelsesniveau hyppigere oplever deres arbejdssituation som belastende, end tilfældet er blandt borgere med lavt uddannelsesniveau. Siden 2013 er andelen af borgere, der er belastet af deres økonomiske situation, især faldet blandt borgere med længere uddannelser (data ikke vist).

Oplevelsen af strukturelle belastninger ser også ud til at hænge sammen med borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Især arbejdsløse føler sig meget belastede. Næsten ni ud af ti arbejdsløse føler sig belastet af deres arbejdssituation, og samme andel føler sig belastet af deres økonomiske situation. Blandt beskæftigede er det nærmere omkring halvdelen af borgerne. Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive føler sig i høj grad belastet af deres økonomiske situation og boligsituation.

### 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. Andelen af borgere, der er belastet af deres økonomiske situation, er siden 2013 især faldet blandt dem, der bor sammen med en partner (data ikke vist). Arbejdssituationen opleves derimod stort set lige belastende for de to grupper.

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 deres økonomi og arbejdssituation.

### Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund oplever i højere grad belastninger pga. både økonomi, boligsituation og arbejdssituation end borgere med dansk baggrund og borgere med anden vestlig baggrund. Især økonomi og boligsituation opleves som en belastning for borgere med ikke-vestlig baggrund. Andelen af borgere, der er belastet af deres økonomiske situation, er siden 2013 især faldet blandt borgere med dansk baggrund (data ikke vist).

---

## 3.6 Trivsel og sundhedsadfærd

Tidligere undersøgelser har vist en vis sammenhæng mellem trivsel og sundhedsadfærd, navnlig hvad angår dårligt fysisk og mentalt helbred relateret til stillesiddende adfærd og overvægt, og i nogen grad usundt kostmønster, alkoholvaner og dagligrygning (25).

Utilfredshed med livet, dårligt selv vurderet helbred og højt stressniveau er generelt mest udbredt blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, herunder dagligrygere, borgere med usunde kostvaner, borgere, som ikke er tilstrækkeligt fysisk aktive og desuden blandt overvægtige og undervægtige borgere, jf. tabel 3.6.1.

Den stærkeste sammenhæng ses dog mellem trivsel og søvnproblemer. Blandt borgere, som ikke sover godt, er både andelen af borgere, der er utilfredse med livet, andelen, der har dårligt selv vurderet helbred, og andelen med højt stressniveau ca. tre gange større end blandt borgere, der sover godt.

Der er også en meget stærk sammenhæng mellem utilfredshed med livet og højt stressniveau på den ene side og indtag af stoffer på den anden. Blandt dem, som har taget stoffer den seneste måned, er 41,1 pct. utilfredse med deres liv, og 51,8 pct. har et højt stressniveau, mens det blandt resten af borgerne kun er henholdsvis 16,9 pct. og 25,6 pct.

Tabel 3.6.1 Sammenhæng mellem sundhedsadfærd og trivsel

	Utilfreds		Dårligt selvvurderet		Højt	
	Pct. med livet	Personer	Pct. helbred	Personer	Pct. stressniveau	Personer
Region Sjælland 2017	17,4	119.600	18,8	128.900	26,6	182.700
<b>Kostmønstre</b>						
Usundt kostmønster	24,4	27.800	26,1	29.700	32,3	36.700
Kostmønstre med sunde og usunde elementer	16,4	74.100	17,8	80.700	25,5	115.500
Sundt kostmønster	13,7	16.500	13,9	16.600	23,0	27.500
<b>Ryging</b>						
Daglig ryger	25,9	32.500	27,3	34.900	37,7	48.500
Lejlighedsvis ryger	21,5	5.400	13,5	3.400	33,6	8.500
Tidligere ryger	15,1	32.800	21,0	45.200	23,3	50.100
Aldrig ryger	15,3	48.700	13,9	44.300	23,5	74.600
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>						
Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv	23,1	52.200	28,6	64.700	32,5	73.500
Optimalt eller tilstrækkeligt fysisk aktiv	14,4	66.400	13,1	60.300	22,2	102.000
<b>Stillesiddende dagligt</b>						
Mere end otte timer	18,3	67.100	16,7	61.000	26,5	96.700
Højst otte timer	15,9	50.600	19,6	62.900	24,6	79.200
<b>Alkoholadfærd</b>						
Problematiske	19,3	24.800	19,2	25.000	27,6	35.900
Ikke problematiske	16,7	93.400	18,3	102.000	25,8	143.600
<b>Stoffer seneste måned</b>						
Har taget stoffer	41,1	5.900	26,3	3.800	51,8	7.600
Har ikke taget stoffer	16,9	113.500	18,4	123.400	25,6	172.200
<b>Søvn</b>						
Sover nogenlunde/dårligt	28,3	86.600	30,7	94.100	41,4	126.800
Sover godt/virkeligt godt	8,7	33.100	9,0	34.100	14,0	53.100
<b>BMI</b>						
Undervægt	30,5	5.000	31,8	5.300	41,4	6.800
Normal vægt	15,8	45.100	14,2	40.600	24,3	69.500
Moderat overvægt	15,6	38.000	17,3	42.100	23,1	56.300
Svær overvægt	22,3	31.400	28,5	40.200	33,0	46.700

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

Note: Stoffer inkluderer hash og andre euforiserende stoffer. Hashbrugere udgør 88 pct. af alle borgere, der har taget stoffer. Samme BMI-kategorisering anvendes på hele befolkningen uanset alder (se kapitel 7).

## 3.7 Initiativ fra Slagelse Kommune

### ABC-modellen

Sundhedsprofilen for Region Sjælland 2013 viste, at dårligt mentalt helbred i form af stress og psykiske gener var et stort problem i Slagelse Kommune, idet andelen af borgere med højt stressniveau og andelen med psykiske gener var blandt de største i regionen (26 pct. med højt stressniveau, og 18 pct. med psykiske gener). Endvidere lå Slagelse over regionsgenemsnittet med en andel på 7,1 pct., der ofte følte sig uønsket alene. Dette er en af grundene til, at mental sundhed er ét af indsatsområderne i kommunens Sundhedspolitik for 2015-2025.

Tallene i Sundhedsprofil 2017 viser, at Slagelse Kommune stadig har noget at arbejde med, hvad angår mental sundhed og stress. Kommunen har den mindste andel af borgere, som angiver, at de er tilfredse med livet, og antallet er endvidere faldet fra 81 pct. i 2013 til 75 pct. i 2017 (tabel 3.1.3). Med hensyn til udbredelsen af dårligt mentalt helbred har Slagelse Kommune også en førsteplads med 17 pct. (tabel 3.3.2.); Tallet er siden 2013 steget fra 14 pct. Andelen af borgere med psykiske gener i Slagelse Kommune er på 12,9 pct. (tabel 3.3.7). Dette er også det største i regionen og er steget fra 8,9 pct. i 2013. Ser man på andelen af borgere med højt stressniveau, er procentdelen steget i Slagelse Kommune fra 26 pct. i 2013 til 28 pct. i 2017 (tabel 3.4.2). Men da andelen af borgere med højt stressniveau er steget mere i flere andre kommuner, indtager Slagelse Kommune ikke længere som i 2013 en "førsteplads i regionen".

#### **ABC for mental sundhed – en forståelsesramme**

Slagelse Kommune indgik i 2016 i et partnerskab med *ABC for mental sundhed* ved Statens Institut for Folkesundhed (SIF). *ABC for mental sundhed* er den danske version af en mentalt sundhedsfremmende indsats fra Australien, som retter sig mod syge, såvel som raske, og har til hensigt at fremme mental sundhed på befolkningsniveau.

**ABC** for mental sundhed skal primært ses som en forståelsesramme. Budskaberne bag A, B og C er:

**A:** Act – At gøre noget aktivt

**B:** Belong – At gøre noget sammen

**C:** Commit – At gøre noget meningsfuldt

Forskningen viser, at mental sundhed styrkes og vedligeholdes ved, at vi gør noget aktivt, engagerer os i fællesskaber og føler, at livet er meningsfuldt (26).

#### **ABC for mental sundhed i Slagelse Kommune**

I Slagelse Kommune realiseres arbejdet med *ABC for mental sundhed* gennem en ABC-koordinator ansat i kommunens Folkesundhedsteam. Denne ABC-koordinator fungerer som lokal tovholder og brobygger internt i organisationen, men også eksternt, f.eks. mellem kommunen og Statens Institut for Folkesundhed. ABC-koordinatorens fornemste rolle er at understøtte forskellige lokale organisationers arbejde med mental sundhedsfremme, f.eks. idrætsforeninger, skoler og interesseorganisationer.

*ABC for mental sundhed* i Slagelse Kommune har blandt andet taget form som en række event-prægede arrangementer, såsom en fritidsmesse for børn og unge, morgensang på en folkeskole, fællesspisning, foredrag om ensomhed og en "Velkommen-i-klubben" weekend, hvor lokale idrætsforeninger åbnede dørene til deres aktiviteter med oplæg om foreningsliv. Det banebrydende ved at give disse arrangementer mærkatet *ABC for mental sundhed* er, at man som arrangør og/eller deltager bliver bevidst om betydningen af at deltage i sociale arrangementer, lave frivilligt arbejde og gøre noget, der giver glæde og mening med livet. *ABC for mental sundhed* har derfor gjort det meget nemmere at italesætte emnet mental sundhed og sætte ord på, hvad vi som individer kan gøre for os selv og ikke mindst hinanden for at øge og vedligeholde den mentale trivsel. Mistrivsel smitter, men det gør trivsel også!



### ***ABC for mental sundhed*** **som indsats i et lokalområde**

*ABC for mental sundhed* har været en ramme for en længerevarende indsats i et udvalgt lokalområde i Slagelse Kommune. Sammen med målet om at skabe et stærkere og sundere lokalsamfund blev der i området arbejdet på at sætte borgernes ressourcer i spil og skabe nye fællesskaber på tværs. Dette er sket gennem åbne dialogmøder mellem interesserede borgere og 1:1-møder med disse og en konsulent fra kommunen, workshops om lokalområdets ressourcer, idéer til nye tiltag og ikke mindst drømme for lokalområdet. Blandt deltagerne var bl.a. den lokale brugsuddelel, frivillige fra idrætsforeningen, forældre fra daginstitutionen, pædagoger og lærere fra den lokale skole, friske ældre, f.eks. fra menighedsrådet, en pensioneret lokalhistoriker, folkeskoleelever.

Deltagerne fandt nye fællesskaber, opdagede værdien af hinandens ressourcer og kunne drage nytte af dem på kryds og tværs. Bl.a. gav 90 % af deltagerne udtryk for, at de havde mod på aktivt at være med til at gøre en forskel for lokalområdet. Ligeledes gav 87 % af deltagerne udtryk for, at de ikke følte sig alene om de bekymringer, der måtte være for lokalområdet, men at de her havde fundet et fællesskab, hvor man kunne dele både bekymringer og håb.

Indsatsen startede i efteråret 2016 og er stadig i gang. Dog er kommunens rolle aftaget markant efter det første halve år, og forandringerne i lokalområdet drives nu primært af områdets borgere og interessenter.

Yderligere information om initiativet, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Maria Bjerring Petersen, mapet@slagelse.dk.

Eksempler på events i Slagelse Kommune knyttet til ABC for mental sundhed:

- Fritidsmesse
- Morgensang
- Idrætsweekend
- Sundhedsuge

---

## Referencer

1. **Eplov LF, Lauridsen S.** *Fremme af mental sundhed – baggrund, begreb og determinanter.* Sundhedsstyrelsen. 2008.
2. **Kirkwood TBL, Bond J, May C, et al.** *Foresight mental capital and wellbeing project. Mental capital through life: Future challenges.* London: The Government Office for Science. 2008.
3. **Evans GW, Wells NM, Moch A.** Housing and mental health: a review of the evidence and a methodological and conceptual critique. *Journal of Social Issues.* 2003, 59 (3), 475-500.
4. **Penedo FJ, Dahn JR.** Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry.* 2005, 16 (2), 189-93.
5. **Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K.** *Mental sundhed blandt voksne danskere.* Sundhedsstyrelsen. 2010.
6. **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.
7. **Sundhedsstyrelsen.** *Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark. Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre.* 2010.
8. **Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al.** Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the global burden of disease study 2010. *The Lancet.* 2013, 382 (9904), 1575-86.
9. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2016.
10. **Flachs EM, Eriksen L, Koch MB et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2015.
11. **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.
12. **Cohen S, Kamack T, Mermelstein R.** A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior.* 1983, 24 (4), 385-96.
13. **Sundhedsstyrelsen.** *Ulighed i Sundhed – årsager og indsatser.* 2011.
14. **Erikson I, Undén A, Elofsson S.** Self-rated health. Comparisons between different measures. Results from a population study. *International Journal of Epidemiology.* 2001, 30 (1), 326-333.
15. **Statens Institut for Folkesundhed.** *Folkesundhedsrapporten Danmark.* 2007.
16. **Fagerström C, Borglin G.** Mobility, functional ability and health-related quality of life among people of 60 years or older. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2010, 2 (5-6), 387-394.
17. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes sundhed, den nationale sundhedsprofil.* 2013.
18. **Nielsen L, Curtis T, Grønbæk M et al.** *Forebyggelse og behandling af stress i Danmark.* Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2007.
19. **Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M et al.** *Sundhed og sygelighed i Danmark & udviklingen siden 1987.* Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2010.
20. **Netterstrøm, B.** Stress og belastning eller effekt. *Ugeskrift for Læger.* 2012, 174 (4), 192-4.
21. **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.
22. **WHO.** *Constitution of the world health organization.* Basic Documents, Forty-fifth edition, Supplement, October 2006.

- 
23. **Netterstrøm, B.** *Stress og arbejde – nyeste viden om årsager, konsekvenser, forebyggelse og behandling.* Hans Reitzels Forlag. 2014.
24. **Cohen S, Janicki-Deverts D.** Can we improve our physical health by altering our social networks? *Perspectives on Psychological Science.* 2009, 4 (4), 375-8.
25. **Hvass, LR (red.).** *Danskernes Sundhed - den nationale sundhedsprofil.* Sundhedsstyrelsen. 2013.
26. **Koushede V, Nielsen L.** *ABC for mental sundhed: Fra retorik til handling.* Statens Institut for Folkesundhed. 2015.
27. **Fisher J, Yarwood G.** Connecting not competing with others: raising awareness of wellbeing. *The Journal of the Royal Society for Promotion of Health.* 2008, 128 (3).110-1.



## Kapitel 4

# Langvarige sygdomme og multisygdom

4.1 Langvarige sygdomme

4.2 Samlet opgørelse af sygdom og multisygdom

4.3 Langvarig sygdom og sundhedsadfærd

4.4 Sundhedskompetencer blandt borgere med én eller flere langvarige sygdomme

4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud

4.6 Initiativ fra Roskilde Kommune: Smertehåndteringskurser med tolk

# Langvarige sygdomme og multisygdom

- To ud af tre borgere i Region Sjælland har mindst én langvarig sygdom, og mere end hver tredje har mindst to sygdomme (multisyge)
- Næsten hver femte borger har enten KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft, dvs. sygdomme omfattet af forløbsprogrammer i regionen
- Sygdomsforekomsten er højere i 2017 end i 2013. Det gælder f.eks. forekomsten af diabetes, kræft, knogleskørhed og psykiske lidelser
- Forekomsten af de fleste langvarige sygdomme øges markant med stigende alder. Psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma er dog mest udbredt blandt de yngre borgere
- Der er social ulighed i sygdomsforekomsten. Jo længere uddannelse, desto lavere sygdomsforekomst. Allergi er som en undtagelse mest udbredt blandt borgere med længere uddannelser

Dette kapitel handler om en række langvarige eller kroniske sygdomme og multisygdom. Kronisk sygdom defineres af Sundhedsstyrelsen som sygdom, der har et langvarigt forløb eller er konstant tilbagevendende. Der er stor forskel på sygdommenes sværhedsgrad og konsekvenser, og mange mennesker, der lever med kroniske sygdomme, har en udmærket livskvalitet og funktionsevne i hverdagen (1). Multisygdom defineres som samtidig forekomst af mindst to kroniske sygdomme hos én borger (2).

Antallet af langvarigt syge danskere er vokset dels på grund af sygdommenes udvikling, dels på grund af befolkningsmæssig tilvækst og øget levealder (3). Kroniske sygdomme og multisygdom koster samfundet mange ressourcer både på grund af udgifter til sundhedsvæsenet og påvirkning af patienternes dagligliv, arbejdsliv og sociale liv (4). Udbredelsen af en eller flere samtidige, kroniske sygdomme stiller krav om sammenhængende patientforløb og tæt samarbejde mellem pårørende, patienter og sundhedsvæsenet i region og kommuner (1).

Alvorlige og kroniske sygdomme som hjerte-kar-sygdomme, kræft, psykiske lidelser, diabetes, kroniske luftvejslidelser og muskel-og skelet sygdomme tegner

sig samlet set for 87 pct. af alle dødsfald i EU (5). Næsten en tredjedel af danskerne lider af en eller flere kroniske sygdomme (1) (6), og blandt de multisyge har næsten en fjerdedel både en fysisk og en psykisk lidelse (7). Forekomsten af multisygdom varierer med køn, alder og social baggrund, idet antallet af borgere med kroniske lidelser og multisygdom øges med højere alder og er højere blandt kvinder og borgere med grunduddannelse, sammenlignet med borgere med længere uddannelse (8) (7) (9) (3) (4). I løbet af livet ses der dog også et fald i forekomsten af visse sygdomme, såsom allergi, der falder med alderen for begge køn, mens forekomsten af ryg sygdom falder blandt kvinder, og forekomsten af bl.a. hovedpine og migræne falder blandt mænd (3).

Ifølge Sundhedsstyrelsens rapport fra 2015 om sygdomsbyrden i Danmark er diabetes den sygdom, der hvert år rammer flest nye borgere, mens iskæmisk hjertesygdom er årsag til flest dødsfald, og lungekræft repræsenterer årsagen til flest tabte, gode leveår. Lænderygsmerter er den mest udbredte sygdom, som også kræver flest lægebesøg og sygedage. Psykisk sygdom som f.eks. angst er årsag til flest nye tildelinger af førtidspension og udgør derfor den største omkostning i tabt produktion på grund af sygedage og tidlig

tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, mens skizofreni er den kroniske sygdom, der giver anledning til de største udgifter til behandling og pleje.

Mange mennesker, der lever med en eller flere kroniske sygdomme, har en god livskvalitet og funktions-evne i hverdagen (3), men multisygdom kan forbindes med 44 pct. større dødelighed, hvor hver ekstra sygdom forøger denne overdødelighed med 20 pct. (10).

Kvalitative studier, herunder et dansk, har vist, at livet med flere kroniske sygdomme påvirker patienternes selvopfattelse og sociale identitet og kan give brud på de sociale bånd (11) (12) (13). Multisygdom forbindes med fysisk funktionssvækkelse (14) (15) og højere niveau af stress (15) (16), ligesom et studie har fundet, at depression optræder oftere hos personer med flere kroniske lidelser (17). En dansk undersøgelse har vist, at øget niveau af stress hos multisyge kan være medvirkende årsag til den øgede dødelighed i denne patientgruppe (16), og et amerikansk forløbsstudie har vist, at ældre personer med multisygdomme havde 38 pct. øget risiko for at udvikle kognitiv svækkelse eller demens (18). Flere studier har påvist sammenhæng mellem multisygdom og nedsat livskvalitet (8) (15) (19).

Endvidere er det påvist, at multisygdom medfører øget brug af sundhedsydelser, herunder besøg hos egen læge, hospitalsindlæggelser og medicinforbrug (15) (20), mens et dansk studie har vist, at borgere med hjertesygdomme, KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) og diabetes har markant større problemer end andre med at forstå sundhedsinformation og kommunikere med sundhedspersonalet (21).

For at sikre en tværfaglig og tværsektoriel koordineret indsats for borgere med kronisk sygdom har regionerne efter Sundhedsstyrelsen retningslinjer udarbejdet forløbsprogrammer for en række udvalgte kroniske sygdomme. Region Sjælland har pt. forløbsprogrammer for borgere med KOL, diabetes, hjertekar-sygdomme, rygproblemer, skizofreni, demens og kræftrehabilitering. Desuden er der i 2017 udviklet et nyt forløbsprogram for borgere, der både har psykiske lidelser og misbrug (se regionens hjemmeside).

I kapitel 4 findes først to afsnit vedrørende udbredelsen af sygdomme i befolkningen. Sygdomsforekomsten opgøres dels for enkelte, udvalgte sygdomme (afsnit 4.1), dels som andelen af borgere, der lider af en eller flere udvalgte sygdomme; såkaldt ”multisyge” (afsnit 4.2). Herefter opgøres sundhedsadfærd blandt borgere med udvalgte kroniske sygdomme samt deres sundhedskompetence, dvs. den enkeltes evne til at få adgang til, forstå, vurdere og anvende information om sundhed (21). I sidste afsnit opgøres desuden borgerne oplevelse af transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud.

Kapitlet afsluttes med et initiativ fra Roskilde Kommunes smertehåndteringskursus for borgere med smerter fra langvarig sygdom, *Lære at tackle*. Det pågældende kommuneinitiativ drejer sig om et særligt tilbud med inddragelse af tolk for borgere med anden etnisk baggrund end vestlig.

## Hovedresultater

### Forekomst

To ud af tre borgere i Region Sjælland har en eller flere langvarige sygdomme, og mere end hver tredje har mindst to sygdomme (multisyge). De mest udbredte sygdomme er slidgigt, allergi, forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine og rygsygdomme. Næsten hver femte borger har enten KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft, som alle relaterer sig til forløbsprogrammer i regionen.

Forekomsten af især migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, psykiske lidelser, diabetes, grå stær, kræft og knogleskørhed er større i 2017, end den var i 2013. Også andelen af borgere med mindst én sygdom og andelen med multisygdom er steget.

### Køn

Mænd har en hyppigere forekomst af diabetes end kvinder, der til gengæld hyppigere end mænd har slidgigt, knogleskørhed, psykiske lidelser, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma. Forekomsten af psykiske lidelser er desuden især steget 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 psykiske lidelser migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma. Psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine er mere udbredt blandt unge under 25 år i 2017, end de var 2013.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Jo længere uddannelse borgerne har, desto lavere er sygdomsforekomsten. Dette mønster er særligt tydeligt for forekomsten af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, psykiske lidelser og forhøjet blodtryk samt for forekomsten af 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.

For de fleste sygdomme er forekomsten meget lav 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 psykiske lidelser.

### Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund har varierende betydning for forekomsten af forskellige sygdomme. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er der f.eks. en mindre forekomst af KOL, kræft, slidgigt og forhøjet blodtryk end blandt borgere med dansk baggrund. Siden 2013 er andelen af borgere med knogleskørhed, slidgigt og psykiske lidelser især blevet større blandt borgere med dansk baggrund.



### **Sundhedsadfærd**

Blandt borgere med langvarige sygdomme er uhensigtsmæssig sundhedsadfærd generelt lidt mere udbredt end i regionen samlet, men billedet varierer meget mellem de forskellige sygdomme. Borgere med KOL har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd, både hvad angår rygning, alkohol, fysisk aktivitet og kost. Dagligrygning er desuden meget udbredt blandt borgere med psykiske lidelser og leddegigt, mens problematisk alkoholadfærd er særligt udbredt blandt borgere med gigtsygdomme, forhøjet blodtryk, tinnitus og hjerte-kar-sygdomme. Nogle sygdomsgrupper har dog mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd end befolkningen generelt.

### **Sundhedskompetence**

Borgere med en eller flere af de udvalgte langvarige sygdomme har lidt ringere sundhedskompetence end befolkningen generelt, når det drejer sig om at have viden nok til at håndtere egen sygdom og at kunne forstå og følge vejledninger. Blandt borgere med f.eks. diabetes, kræft og forhøjet blodtryk føler en større andel sig forstået og støttet af sundhedspersonalet end befolkningen generelt.

### **Transportmæssige udfordringer for brug af sundhedstilbud**

I alt 6 pct. af regionens borgere har så store transportmæssige udfordringer, at det har været årsag til, at de i løbet af det seneste år har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud. Det gælder især borgere over 80 år, borgere udelukkende med grundskoleuddannelse, førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive samt borgere med ikke-vestlig baggrund.

## 4.1 Langvarige sygdomme

I dette afsnit vises forekomsten af udvalgte, langvarige sygdomme og eftervirkninger heraf i befolkningen i Region Sjælland. Borgerne er blevet bedt om at svare på, om de for hver af 19 udvalgte sygdomme 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 bliver borgerne desuden spurgt, om de stadig har eftervirkninger af sygdommen. Svarmulighederne er her: ”Ja” eller ”nej”.

Opgørelserne omfatter andelen af borgere, der lider af de enkelte sygdomme, dem, som har sygdommen nu, samt dem, som har haft sygdommen tidligere og stadig har eftervirkninger af den.

I opgørelsen af sygdomsforekomsten slås nogle sygdomskategorier sammen. Det gælder hjerte-kar-sygdom, som både indeholder iskæmisk hjertesygdom (blodprop i hjertet og hjertekrampe) samt blodprop i hjernen/hjerneblødning. Desuden omfatter psykiske lidelser både længerevarende og korterevarende psykisk sygdom.

Kræft omfatter en stor, varieret gruppe af kræftformer, som har forskelligt forløb og udbredelse i befolkningen. Her opgøres alle kræfttilfælde samlet, hvilket betyder, at eventuelle forskelle mellem forskellige kræftformer udviskes.

Forekomsten af sygdomme, som er opgjort i dette kapitel, er baseret på selvrapportering. Derfor afspejler tallene borgernes subjektive opfattelse af egne sygdomme, som ikke nødvendigvis stemmer overens med forekomsten af objektivt stillede diagnoser eller den faktiske udbredelse af sygdomme i befolkningen. Det betyder, at forekomsten af de enkelte sygdomme i dette kapitel kan være både over- eller underestimerede. Dertil kommer, at udviklingen i den selvrapporterede sygdomsforekomst er påvirket af en række faktorer, som ikke nødvendigvis handler om selve udbredelsen af sygdommene, f.eks. screeningsprogrammer, oplysningskampagner, tabuer, stigmatisering eller mediefokus. Rapporten går ikke ind i en vurdering af sådanne påvirkninger, men de bør tages i betragtning, når tallene anvendes i de enkelte tilfælde.

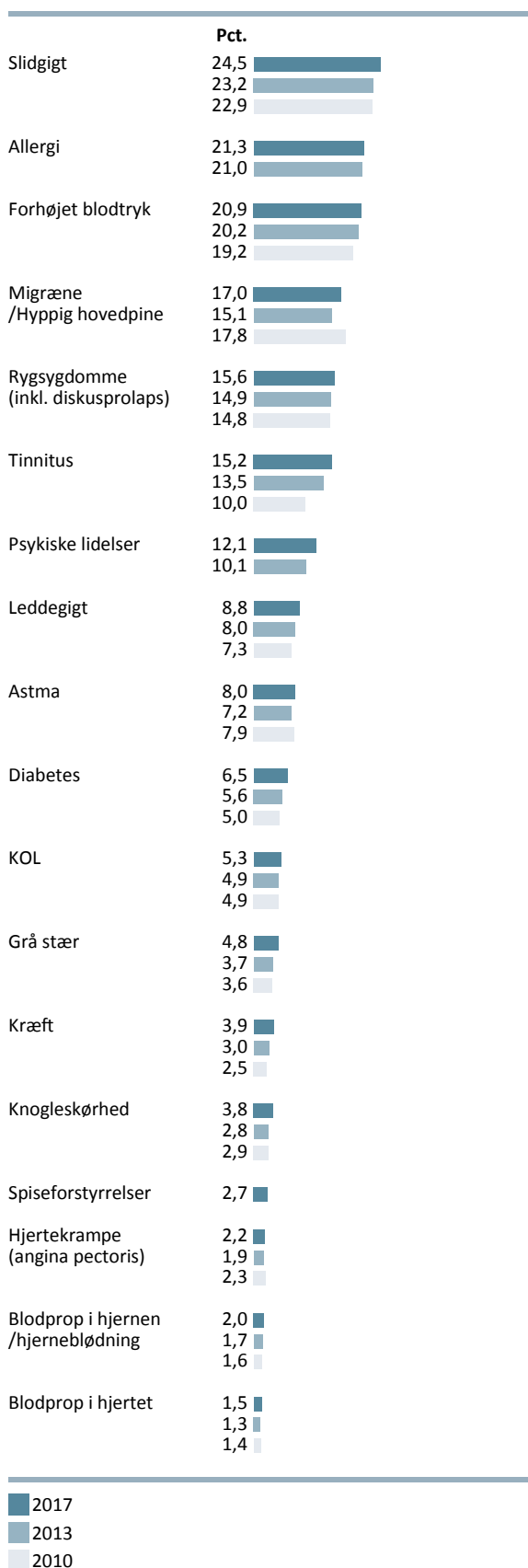
Langvarige sygdomme er i 2017 især udbredt blandt:

- Mænd, hvad angår diabetes og leddegigt
- Kvinder, hvad angår psykiske lidelser, slidgigt, allergi og migræne/hyppig hovedpine
- Ældre borgere, hvad angår de fleste langvarige sygdomme, særligt KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom, kræft og slidgigt
- Yngre borgere, hvad angår psykiske lidelser, astma, allergi og migræne/hyppig hovedpine
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse – alle sygdomme bortset fra kræft og allergi
- Borgere, der er varigt uden for arbejdsmarkedet (førtids- og alderspensionister)
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner – især hvad angår psykiske lidelser, KOL og hjerte-kar-sygdom

Siden 2013 er langvarige sygdomme især blevet mere udbredt blandt (data ikke vist):

- Kvinder, hvad angår psykiske lidelser
- Unge under 25 år, hvad angår psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine
- Borgere under uddannelse, hvad angår psykiske lidelser
- Borgere, der bor sammen med en partner, hvad angår diabetes
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner hvad angår kræft, migræne/hyppig hovedpine og psykiske lidelser
- Borgere med dansk baggrund, hvad angår knogleskørhed, slidgigt og psykiske lidelser




**Tabel 4.1.1 Forekomst af udvalgte, langvarige sygdomme og helbredsproblemer**



Blandt borgerne i Region Sjælland er de mest udbredte sygdomme slidgigt og allergi, mens de mindst udbredte sygdomme er blodprop i hjerte eller hjerne samt hjertekrampe. Næsten hver fjerde borger i regionen har slidgigt, og mere end hver femte har allergi. Hver femte borger har desuden forhøjet blodtryk, og mellem hver sjette og hver syvende borger har henholdsvis migræne/hyppig hovedpine, rygsygdomme eller tinnitus. Forekomsten af især migræne/hyppig hovedpine, tinnitus, psykiske lidelser, diabetes, grå stær, kræft og knogleskørhed er blevet højere siden 2013. Relativt set er særligt forekomsten af grå stær, kræft og knogleskørhed blevet markant højere, hvilket kan ses i lyset af den stigende andel af ældre i befolkningen i Region Sjælland (jf. kapitel 1, afsnit 1.4).

Tabel 4.1.2 Forekomst af KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom og kræft

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

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

### Generelt

I alt 18 pct. af borgerne i Region Sjælland har én af følgende sygdomme, som er omfattet af pakkeforløb eller forløbsprogrammer: KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft (se også afsnit 4.2). Diabetes er den mest udbredte, og kræft er den mindst udbredte af disse sygdomme. I alt 6,5 pct. af borgerne i regionen har diabetes, svarende til 44.800 borgere, mens 3,9 pct. af borgerne har kræft, svarende til 26.600 borgere.

Forekomsten af diabetes og kræft er højere i 2017 end i både 2013 og i 2010. Mellem 2013 og 2017 er forekomsten af diabetes steget fra 5,6 pct. til 6,5 pct., og forekomsten af kræft er steget fra 3,0 pct. til 3,9 pct.

### Køn og alder

Flere mænd end kvinder har diabetes, mens forekomsten af KOL, hjerte-kar-sygdom og kræft ikke varierer mellem kønnene.

Der er en stærk sammenhæng mellem alder og forekomsten af sygdommene. Efter ca. 35-års alderen stiger sygdomsforekomsten markant. Andelen af borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom og kræft er 10-15 gange større blandt borgere over 80 år end blandt borgere under 35 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

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

Tilsvarende er forekomsten af KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdomme langt mindre blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Blandt førtidspensionister og alderspensionister er andelen af borgere med disse sygdomme således omtrent tre gange så stor som regionsgennemsnittet. Udbredelsen af kræft viser et lignende mønster, som dog adskiller sig for førtidspensionisterne, hvor forekomsten af kræft ligger tæt på regionsgennemsnittet. Alderspensionister, der også er gruppen med højest alder, har den største forekomst af kræft.

### Samlivsstatus og børn

Forekomsten af KOL og hjerte-kar-sygdom er mindre udbredt blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden en samboende partner. Samlivsstatus er derimod ikke relateret til forekomsten af 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 sammenhæng med, at borgere uden børn i hjemmet har en langt højere gennemsnitsalder end borgere med børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Borgernes etniske baggrund er ikke entydigt relateret til forekomsten af de fire sygdomme. Dog er forekomsten af KOL og kræft markant lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt andre. Der er ingen forskel på forekomsten af diabetes og hjerte-karsygdom blandt borgere med henholdsvis dansk og ikke-dansk baggrund.

**Tabel 4.1.3 Forekomst af KOL, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 KOL	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	5,3	36.600	4,9	4,9
Guldborgsund	6,6	3.500	5,1	5,8
Kalundborg	6,1	2.500	7,1	7,0
Lolland	7,6	2.700	6,5	6,8
Odsherred	6,9	1.900	7,2	5,3
Slagelse	6,2	4.100	5,0	6,0
Vordingborg	6,7	2.600	4,5	5,6
Faxe	5,5	1.600	4,1	4,2
Holbæk	5,4	3.100	4,9	4,7
Næstved	4,8	3.300	4,8	5,1
Ringsted	4,7	1.300	4,7	3,7
Sorø	4,2	1.000	4,1	4,4
Stevns	3,8	700	6,2	5,4
Greve	3,7	1.500	3,4	4,3
Køge	3,8	1.800	4,2	4,8
Lejre	4,4	900	3,8	2,2
Roskilde	4,5	3.200	3,9	3,2
Solrød	4,5	800	3,8	3,5

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation










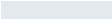





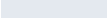

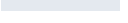
Andelen af borgere med KOL varierer mellem regionskommuner fra 3,7 pct. til 7,6 pct. Forekomsten af KOL er langt højere i socioøkonomisk udfordrede kommuner, f.eks. Lolland Kommune, end i bedre stillede, f.eks. Greve og Køge kommuner. Desuden er andelen af borgere med KOL mindst i kommuner tæt på hovedstadsområdet og i midtsjællandske kommuner.




Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med KOL er større i 2017 end i 2013 og 2010, men nogle kommuner viser tendens til fald i andelen. Ændringerne over tid er dog ikke signifikante. En undtagelse er Lejre Kommune, hvor andelen af borgere med KOL er signifikant højere i 2017 (4,4 pct.) end i 2010 (2,2 pct.).

#### Kort 4.1.4 Forekomst af KOL



**Tabel 4.1.5 Forekomst af diabetes, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Diabetes	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	6,5 	44.800	5,6	5,0
Guldborgsund	6,4 	3.300	6,8	5,1
Kalundborg	7,2 	2.900	5,6	5,9
Lolland	10,0 	3.500	6,1	6,0
Odsherred	8,4 	2.400	7,6	5,7
Slagelse	7,4 	4.900	6,3	5,3
Vordingborg	7,2 	2.800	6,2	6,7
Faxe	5,8 	1.700	6,0	5,2
Holbæk	6,7 	3.800	5,3	4,0
Næstved	5,2 	3.600	6,6	3,5
Ringsted	7,0 	1.900	5,0	5,2
Sorø	5,6 	1.400	4,9	5,9
Stevns	6,0 	1.100	4,7	5,0
Greve	5,3 	2.200	4,5	6,1
Køge	5,7 	2.700	4,8	4,3
Lejre	4,4 	900	5,3	6,0
Roskilde	6,7 	4.800	4,0	3,2
Solrød	4,9 	900	4,8	5,8

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

Andelen af borgere med diabetes varierer mellem regionens kommuner fra 4,4 pct. til 10 pct. Forekomsten af diabetes er således mere end dobbelt så stor i Lolland Kommune, som har den største andel, sammenlignet med Lejre Kommune, der har den mindste andel. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner generelt har en højere forekomst af diabetes end bedre stillede kommuner. 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 2017 end i 2010. Navnlig i Lolland Kommune er andelen markant større i 2017 end i 2013 og 2010. Forekomsten af diabetes er dog også blevet lavere i enkelte kommuner, men ændringerne er ikke signifikante.






### Kort 4.1.6 Forekomst af diabetes



**Tabel 4.1.7 Forekomst af hjerte-kar-sygdom, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Hjerte-kar-sygdom	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	4,8 	33.000	4,2	4,5
Guldborgsund	6,1 	3.200	4,7	5,6
Kalundborg	4,8 	1.900	4,4	5,0
Lolland	6,6 	2.300	5,9	6,9
Odsherred	6,9 	1.900	5,7	5,2
Slagelse	4,3 	2.900	5,0	4,7
Vordingborg	5,5 	2.100	6,1	4,6
Faxe	4,8 	1.400	3,9	4,6
Holbæk	4,8 	2.700	3,7	3,4
Næstved	5,8 	4.000	3,4	4,1
Ringsted	4,4 	1.200	4,2	3,8
Sorø	3,8 	900	4,0	4,9
Stevns	4,3 	800	5,0	5,0
Greve	4,1 	1.700	3,4	3,0
Køge	4,8 	2.300	3,3	4,4
Lejre	3,9 	800	3,4	4,4
Roskilde	3,2 	2.300	3,5	3,3
Solrød	2,6 	500	2,6	3,8

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation



















Andelen af borgere med hjerte-kar-sygdom varierer mellem regionens kommuner fra 2,6 pct. til 6,9 pct. Det vil sige, at forekomsten af hjerte-kar-sygdom er mere end dobbelt så stor i Odsherred Kommune, som har den højeste forekomst, sammenlignet med Solrød Kommune, der har den laveste forekomst. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner generelt har en højere forekomst af hjerte-kar-sygdom end bedre stillede kommuner. Desuden er der et geografisk mønster i forekomsten af hjerte-kar-sygdom. Den største andel er i de sydlige kommuner samt i Odsherred Kommune, og den mindste er i et øst-vest-gående bånd hen over Midtsjælland.




Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med hjertekarsygdom i 2017 er større end i 2013. Ændringerne er dog ikke signifikante.

### Kort 4.1.8 Forekomst af hjerte-kar-sygdom



**Tabel 4.1.9 Forekomst af kræft, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Kræft	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	3,9 	26.600	3,0	2,5
Guldborgsund	3,3 	1.700	3,6	2,4
Kalundborg	3,6 	1.500	2,7	2,0
Lolland	3,3 	1.200	3,3	2,5
Odsherred	3,9 	1.100	3,6	2,9
Slagelse	4,5 	3.000	3,2	2,8
Vordingborg	3,8 	1.500	3,3	2,5
Faxe	4,1 	1.200	2,6	2,3
Holbæk	4,0 	2.300	2,6	2,2
Næstved	4,2 	2.900	3,2	2,3
Ringsted	4,1 	1.100	2,8	3,1
Sorø	3,9 	900	2,2	2,6
Stevns	3,7 	700	4,1	2,7
Greve	3,2 	1.300	4,1	2,7
Køge	4,9 	2.300	2,6	2,7
Lejre	3,5 	700	2,8	2,9
Roskilde	3,5 	2.500	2,0	2,6
Solrød	3,1 	600	3,4	2,7

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

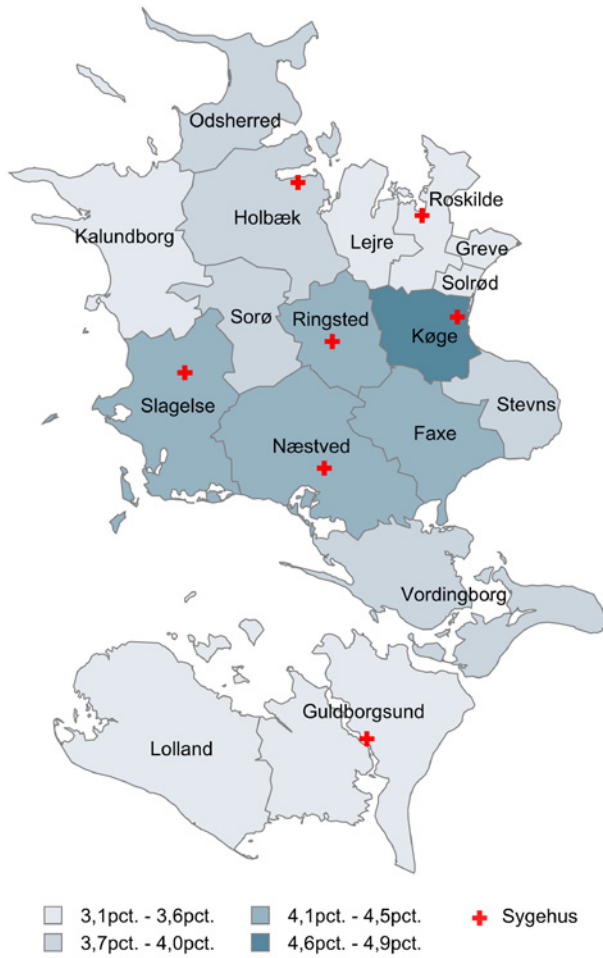
Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### 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 3,1 pct. og 4,9 pct., og der er ingen kommuner, hvor forekomsten af kræft afviger signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er dog en tendens til, at forekomsten af kræft er højest i de midt- og sydsjællandske kommuner og lavest i de nordligste og sydligste kommuner i regionen.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til at andelen af borgere med kræft i 2017 er større end i 2013 og 2010, men ændringerne er ikke signifikante.

#### Kort 4.1.10 Forekomst af kræft



**Tabel 4.1.11 Forekomst af slidgigt, rygsygdomme, leddegigt og knogleskørhed**

	Pct. Slidgigt	Rygsygdomme (inkl. diskusprolaps)	Pct. Leddegigt	Knogle-skørhed
Region Sjælland 2017	24,5	15,6	8,8	3,8
Region Sjælland 2013	23,2	14,9	8,0	2,8
Region Sjælland 2010	22,9	14,8	7,3	2,9
<b>Køn</b>				
Mand	21,0	15,0	9,5	1,8
Kvinde	27,9	16,3	8,2	5,7
<b>Alder</b>				
16-24 år	1,1	5,0	1,8	0,7
25-34 år	3,7	8,3	3,0	0,5
35-44 år	10,6	15,8	4,8	0,8
45-54 år	21,4	17,6	9,0	1,4
55-64 år	37,9	22,8	14,0	4,2
65-79 år	43,0	16,7	12,8	7,9
80+	56,2	21,0	17,4	17,0
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	1,9	4,1	2,1	0,6
Grundskole	32,8	18,7	15,4	6,5
Kort uddannelse	29,9	18,6	10,2	4,1
Kort videregående	23,7	15,9	7,7	3,4
Mellemlang videregående	23,7	14,0	6,4	2,9
Lang videregående	13,9	10,5	3,9	1,9
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	15,7	13,9	5,8	1,2
Arbejdsløse	21,7	16,4	9,7	2,2
Førtidspensionister	45,1	36,7	26,4	7,9
Efterlønsmodtagere	40,5	17,7	11,0	4,3
Alderspensionister	45,7	17,5	13,7	9,7
Øvrige ikke-erhvervsaktive	27,4	24,8	12,4	2,7
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	24,2	15,3	8,1	3,1
Ikke samlevende	25,0	16,2	10,1	4,9
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	9,4	12,5	4,1	0,6
Bor ikke med børn	30,3	16,8	11,0	4,9
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	25,2	15,7	8,7	3,8
Anden vestlig baggrund	20,1	16,8	9,1	3,1
Ikke-vestlig baggrund	14,7	13,9	11,5	2,7

- 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 rygpsygdomme er meget udbredte. Næsten hver fjerde borger i regionen lider af slidgigt, svarende til 168.400 borgere, mens omtrent hver sjettede har en rygpsygdom, svarende til 107.300 borgere (data ikke vist). Forekomsten af leddegigt er 8,8 pct., og 3,8 pct. har knogleskørhed, svarende til henholdsvis 60.700 borgere og 25.800 borgere (data ikke vist).

Sammenlignet med 2010 er forekomsten af knogleskørhed, leddegigt og slidgigt blevet lidt større i 2017. Forekomsten af de mindst udbredte sygdomme, leddegigt og knogleskørhed, er relativt set steget mest med henholdsvis ca. 20 og 30 pct. siden 2010.

## Køn og alder

Slidgigt, rygpsygdomme og knogleskørhed er mest udbredt blandt kvinder, mens flere mænd end kvinder har leddegigt. Forekomsten af alle muskel- og skeletsygdommene stiger med alderen. Sammenhængen mellem alder og forekomst er dog stærkest ved slidgigt og knogleskørhed. F.eks. har over halvdelen af borgerne over 80 år slidgigt (56,2 pct.), mens dette kun gælder 1,1 pct. af borgerne under 25 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er stor forskel i udbredelsen af muskel- og skeletsygdomme mellem befolkningsgrupper med forskelligt uddannelsesniveau. Jo længere uddannelse, desto lavere forekomst af disse sygdomme. Blandt borgere med en lang videregående uddannelse har kun 3,9 pct. leddegigt, mens mere end 15,4 pct. af borgere, der udelukkende har grunduddannelse, lider af sygdomme. Den ulige fordeling af sygdomme hos borgere med forskellige uddannelsesniveauer er lidt mindre tydelig for rygpsygdomme end for de øvrige muskel- og skeletsygdomme.

Borgere i beskæftigelse har også en lavere forekomst af muskel- og skeletsygdomme end borgere, som ikke er i beskæftigelse. Forekomsten af disse sygdomme er især høj blandt førtidspensionister, hvor 45,1 pct. har slidgigt, 36,7 pct. har rygpsygdomme, og 26,4 pct. har leddegigt. Blandt alderspensionister er andelen af borgere med især slidgigt og knogleskørhed også stor, hvilket skal ses i lyset af den høje gennemsnitsalder i denne gruppe.

## Samlivsstatus og børn




Leddegigt og knogleskørhed er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt andre, mens forekomsten af rygpsygdomme og slidgigt ikke varierer med borgernes samlivsstatus. 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. Rygpsygdomme, leddegigt og knogleskørhed er lige udbredt blandt borgere med og uden dansk baggrund, mens forekomsten af slidgigt er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund. Blandt borgere med dansk baggrund er andelen med knogleskørhed eller slidgigt større i 2017 end i 2013 (data ikke vist).

**Tabel 4.1.12 Forekomst af slidgigt, rygsygdomme, leddegigt og knogleskørhed, opgjort på kommuner**

	Rygsygdomme (inkl. diskus-)			
	Pct. Slidgigt	Pct. prolaps)	Pct. Leddegigt	Pct. Knogleskørhed
Region Sjælland	24,5	15,6	8,8	3,8
Guldborgsund	28,7	17,5	11,5	5,2
Kalundborg	29,7	17,2	10,6	4,1
Lolland	28,6	17,6	12,3	4,0
Odsherred	30,4	19,3	10,9	5,2
Slagelse	25,6	16,1	9,6	4,1
Vordingborg	27,9	15,4	9,7	4,1
Faxe	25,5	14,8	8,6	3,6
Holbæk	23,3	16,4	8,4	3,3
Næstved	23,1	13,7	8,5	3,1
Ringsted	24,4	16,2	8,3	3,1
Sorø	24,3	17,7	8,0	4,2
Stevns	28,3	15,9	9,8	3,6
Greve	20,8	15,1	7,0	3,2
Køge	22,6	14,6	7,7	3,8
Lejre	21,6	12,1	6,3	3,3
Roskilde	17,5	14,0	6,4	3,0
Solrød	21,6	13,2	6,5	3,3

-  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 slidgigt og leddegigt. Dette fremgår også af det geografiske mønster på kortene over slidgigt og leddegigt. I gruppen af de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner har mellem 25,6 pct. og 30,4 pct. af borgerne slidgigt, mens andelen varierer mellem 17,5 og 22,6 pct. i gruppen af bedst stillede kommuner.

Der er i størstedelen af Region Sjællands kommuner en tendens til, at forekomsten af de fire muskel- og skeletlidelser er større i 2017 end i 2010 og 2013. Andelen af borgere med slidgigt er steget signifikant i Ringsted Kommune, mens forekomsten af knogleskørhed er steget signifikant i Guldborgsund Kommune (data ikke vist).



Kort 4.1.13 Forekomst af slidgigt



Kort 4.1.14 Forekomst af rygsygdomme






























































Kort 4.1.15 Forekomst af leddegigt




Kort 4.1.16 Forekomst af knogleskørhed




**Tabel 4.1.17 Forekomst af psykiske lidelser og spiseforstyrrelser specifikt**

	Pct. Psykiske lidelser	Personer	Pct. Spiseforstyrrelser	Personer
Region Sjælland 2017	12,1 	83.100	2,7 	18.800
Region Sjælland 2013	10,1 	67.200		
<b>Køn</b>				
Mand	8,6 	29.000	1,6 	5.300
Kvinde	15,5 	54.200	3,9 	13.500
<b>Alder</b>				
16-24 år	16,5 	14.300	5,5 	4.600
25-34 år	17,9 	13.200	5,3 	3.800
35-44 år	14,8 	15.300	2,7 	2.800
45-54 år	13,3 	17.300	2,2 	2.900
55-64 år	12,2 	14.000	2,0 	2.300
65-79 år	5,1 	7.300	1,2 	1.700
80+	4,9 	1.700	2,1 	800
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	18,2 	10.600	5,8 	3.300
Grundskole	19,1 	18.000	4,3 	4.200
Kort uddannelse	11,0 	31.800	1,7 	4.900
Kort videregående	9,7 	6.100	1,9 	1.200
Mellemlang videregående	9,5 	12.500	2,3 	3.100
Lang videregående	7,0 	3.500	1,6 	800
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	8,8 	29.200	1,9 	6.200
Arbejdsløse	25,8 	4.200	4,4 	700
Førtidspensionister	41,4 	12.400	6,9 	2.100
Efterlønsmodtagere	4,3 	600	1,6 	200
Alderspensionister	5,1 	9.300	1,4 	2.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	39,4 	14.900	7,7 	2.900
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	9,5 	41.000	1,8 	7.600
Ikke samlevende	16,6 	42.100	4,4 	11.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	12,5 	27.000	2,9 	6.100
Bor ikke med børn	12,3 	57.700	2,8 	13.300
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	12,2 	76.400	2,6 	16.300
Anden vestlig baggrund	10,0 	2.500	3,8 	900
Ikke-vestlig baggrund	12,5 	4.200	4,7 	1.600

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Generelt

Omkring hver ottende borger i Region Sjælland (12 pct.) lider af en psykisk lidelse af kortere eller længere varighed. Det svarer til 83.100 borgere. I alt 2,7 pct., svarende til 18.800 borgere, har svaret specifikt, at de har en spiseforstyrrelse. Omtrent halvdelen af de, der har en spiseforstyrrelse, har også svaret ja til, at de har en psykisk lidelse. Der er ikke spurgt til andre specifikke psykiske lidelser i spørgeskemaet. Siden 2013 er forekomsten af psykiske lidelser i regionen steget fra 10 til 12 pct. Det svarer til en relativ stigning på 20 pct. på fire år.

### Køn og alder

Udbredelsen af psykiske lidelser er næsten dobbelt så stor blandt kvinder som blandt mænd, og kønsforskellen er endnu mere markant for spiseforstyrrelser specifikt. Siden 2013 er forekomsten af psykiske lidelser desuden steget mere blandt kvinder end mænd (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. Siden 2013 er andelen af borgere med psykiske lidelser steget mest blandt de unge under 25 år (data ikke vist). I 2017 har omkring hver sjette borger under 35 år en psykisk lidelse (16,5-17,9 pct.), mens det blandt borgere over 65 år kun gælder hver tyvende (5 pct.). Samme mønster gælder for spiseforstyrrelser specifikt: Omkring en ud af 20 borgere under 35 år har en spiseforstyrrelse, mens det kun gælder én ud af 50 borgere over 55 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er sammenhæng mellem borgernes uddannelsesniveau og forekomsten af psykiske lidelser. Jo højere uddannelsesniveau, desto lavere forekomst af psykisk lidelse. Omkring hver femte borger, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, har en psykisk lidelse, mens det samme kun gælder for 7 pct. af de borgere, der har en lang videregående uddannelse.

Desuden er der en langt større andel af borgere med psykiske lidelser blandt førtidspensionister, arbejdsløse og ”øvrige ikke-erhvervsaktive” end blandt borgere i beskæftigelse, på efterløn eller alderspension.

Sammenhængen med erhvervstilknytning viser samme mønster for spiseforstyrrelser. Spiseforstyrrelser er desuden mest udbredt blandt borgere, som udelukkende har grunduddannelse, mens længden af uddannelse derudover tilsyneladende ikke hænger sammen med forekomsten af spiseforstyrrelser.

Knap hver femte borger under uddannelse har en psykisk lidelse, og 5,8 pct. har en spiseforstyrrelse. Andelen af borgere under uddannelse med psykiske lidelser er mere end 50 pct. større i 2017 sammenlignet med i 2013 (data ikke vist).





































### Samlivsstatus og børn




Psykiske lidelser generelt, og specifikt spiseforstyrrelser, er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, og andelen er steget i denne gruppe fra 2013 til 2017 (data ikke vist). Der er ikke forskel på forekomsten af psykisk lidelse blandt borgere, der henholdsvis har eller ikke har børn under 16 år i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Hverken blandt etnisk danske borgere eller blandt borgere med anden etnisk baggrund afviger forekomsten af psykiske lidelser generelt, eller spiseforstyrrelser specifikt, statistisk signifikant fra regionsgenomsnittet. Andelen af borgere med psykiske lidelser blandt borgere med dansk baggrund er højere i 2017 end i 2013, mens det ikke er tilfældet blandt borgere med ikke-dansk baggrund (data ikke vist).

**Tabel 4.1.18 Forekomst af psykiske lidelser og spiseforstyrrelser specifikt, opgjort på kommuner**

	Pct. Psykiske lidelser	Personer	Pct. Spiseforstyrrelser	Personer
Region Sjælland	12,1 	83.100	2,7 	18.800
Guldborgsund	13,0 	6.900	2,8 	1.400
Kalundborg	11,6 	4.600	2,7 	1.100
Lolland	13,6 	4.900	3,1 	1.100
Odsherred	12,6 	3.500	3,3 	900
Slagelse	13,6 	9.000	3,0 	2.000
Vordingborg	12,0 	4.700	2,4 	900
Faxe	11,2 	3.300	2,1 	600
Holbæk	12,6 	7.200	3,0 	1.700
Næstved	11,2 	7.700	3,2 	2.200
Ringsted	14,5 	3.900	4,0 	1.100
Sorø	13,0 	3.100	2,9 	700
Stevns	12,9 	2.400	2,1 	400
Greve	10,3 	4.200	2,4 	1.000
Køge	11,9 	5.700	3,3 	1.600
Lejre	9,8 	2.100	2,0 	400
Roskilde	11,5 	8.100	1,7 	1.200
Solrød	9,1 	1.600	2,4 	400

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere med psykiske lidelser varierer på tværs af regionens kommuner fra 9,1 pct. til 14,5 pct. Forekomsten af psykiske lidelser afviger dog i størstedelen af kommunerne ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

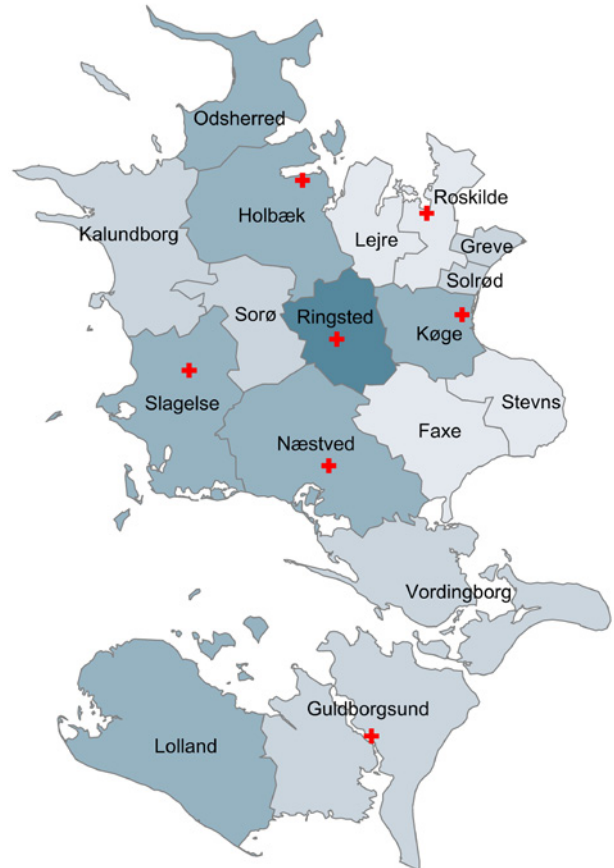
I stort set alle kommuner er der en tendens til, at andelen af borgere med psykiske lidelser er større i 2017 end i 2013. Forskellen i forekomsten i 2013 og 2017 er størst i Odsherred, Stevns og Ringsted kommuner, men ændringerne er ikke signifikante (data ikke vist).

Kort 4.1.19 Forekomst af psykiske lidelser



□ 9,1pct. - 10,5pct.	■ 11,9pct. - 13,2pct.	+	Sygehus
□ 10,6pct. - 11,8pct.	■ 13,3pct. - 14,5pct.		

Kort 4.1.20 Forekomst af spiseforstyrrelser



□ 1,7pct. - 2,3pct.	■ 3,0pct. - 3,4pct.	+	Sygehus
□ 2,4pct. - 2,9pct.	■ 3,5pct. - 4,0pct.		

Tabel 4.1.21 Forekomst af forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma

	Forhøjet Pct. blodtryk	Migræne/ Hyppig Pct. hovedpine	Pct. Allergi	Pct. Astma
Region Sjælland 2017	20,9	17,0	21,3	8,0
Region Sjælland 2013	20,2	15,1	21,0	7,2
Region Sjælland 2010	19,2	17,8		7,9
<b>Køn</b>				
Mand	21,4	10,5	18,4	7,1
Kvinde	20,3	23,3	24,2	8,8
<b>Alder</b>				
16-24 år	1,5	21,7	25,9	10,1
25-34 år	3,4	22,1	24,5	7,5
35-44 år	6,7	23,4	26,3	7,5
45-54 år	17,1	20,6	22,4	7,7
55-64 år	28,3	15,3	20,0	8,9
65-79 år	42,0	7,8	15,8	6,9
80+	48,3	6,0	10,6	7,3
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	1,6	22,5	28,1	8,7
Grundskole	27,1	17,4	18,8	9,9
Kort uddannelse	25,1	16,2	19,4	7,6
Kort videregående	21,8	17,0	23,3	6,9
Mellemlang videregående	18,1	16,8	23,3	7,2
Lang videregående	12,9	11,2	23,6	6,8
<b>Erhvervstilnytning</b>				
Beskæftigede	12,4	17,9	22,7	6,8
Arbejdsløse	13,8	25,6	21,4	10,7
Førtidspensionister	33,4	35,0	29,3	17,9
Efterlønsmodtagere	29,2	8,0	15,8	7,1
Alderspensionister	43,3	7,4	14,8	7,0
Øvrige ikke-erhvervsaktive	15,8	29,0	24,9	12,0
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	20,9	16,4	20,8	7,1
Ikke samlevende	20,7	18,1	22,2	9,4
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	6,3	21,1	25,6	7,1
Bor ikke med børn	26,0	15,5	20,0	8,3
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	21,4	16,8	21,2	8,0
Anden vestlig baggrund	17,6	16,5	22,5	7,5
Ikke-vestlig baggrund	13,0	20,6	23,0	6,9

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Generelt

I dette afsnit beskrives forekomsten af fire forskellige, relativt hyppige sygdomme og tilstande: Forhøjet blodtryk, allergi, astma og migræne eller hyppig hovedpine. Omkring hver femte borger (20,9 pct.) i regionen har forhøjet blodtryk, og samme andel har allergi, svarende til omkring 145.000 borgere i hver kategori. Hver sjette borger har migræne eller hyppig hovedpine (17 pct.) svarende til 116.800 borgere, og 8 pct. har astma (54.600 borgere).

Forekomsten af disse fire sygdomme eller tilstande har ikke ændret sig nævneværdigt de seneste år. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk er dog signifikant højere i 2017 end i 2010.

### Køn og alder

Flere kvinder end mænd har astma, allergi og migræne/hyppig hovedpine, mens der ikke er en kønsforskel i forekomsten af forhøjet blodtryk. Kønsforskellen er størst, hvad angår migræne, der er mere end dobbelt så udbredt blandt kvinder (23,3 pct.) end blandt mænd (10,5 pct.).

Forekomsten af forhøjet blodtryk øges med stigende alder som størstedelen af de øvrige fysiske sygdomme. Allergi og migræne er derimod mest udbredt i de unge aldersgrupper. Næsten hver anden borger over 80 år lider af forhøjet blodtryk, mens det kun gælder få procent af borgerne under 35 år. Omvendt har hver fjerde borger under 25 år allergi (25,9 pct.), mens det kun gælder hver tiende borger over 80 år (10,6 pct.). Andelen af unge under 25 år med migræne/hyppig hovedpine er desuden markant højere i 2017 (21,7 pct.) sammenlignet med i 2013 (16,5 pct.) (data ikke vist). Astma er lidt mere udbredt blandt de 16-24-årige end blandt andre aldersgrupper, men aldersforskellene i forekomsten af astma er langt mindre end for de andre sygdomme.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en markant social ulighed i forekomsten af forhøjet blodtryk i befolkningsgrupper med forskelligt uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Andelen af borgere med forhøjet blodtryk falder med stigende uddannelsesniveau. Samme tendens, om end langt mindre tydeligt, gør sig gældende for astma og migræne. Som den eneste sygdom i dette kapitel forholdt det sig omvendt for allergi, der er mere udbredt blandt borgere med længere uddannelse end blandt borgere med kort uddannelse.

Forekomsten af de fire sygdomme og tilstande varierer også med borgernes erhvervstilknytning. Førtidspensionister har generelt en høj forekomst af disse sygdomme. Den høje forekomst af forhøjet blodtryk blandt efterlønnere og alderspensionister og en højere forekomst af astma, allergi og migræne/hyppig hovedpine blandt beskæftigede, arbejdsløse og øvrige ikke erhvervsaktive skal ses i lyset af aldersforskellene mellem grupperne.

### Samlivsstatus og børn




Astma er mere udbredt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt andre, mens forekomsten af forhøjet blodtryk, allergi og migræne/hyppig hovedpine ikke varierer med borgernes samlivsstatus. Der er forskel på sygdomsforekomsten mellem borgere henholdsvis med og uden børn i hjemmet. Allergi og migræne/hyppig hovedpine er mest udbredt blandt borgere med børn i hjemmet, mens særligt forhøjet blodtryk er mest udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet. Dette skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre end borgere uden børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Der er ikke tydelig forskel på forekomsten af migræne/hyppig hovedpine, allergi eller astma blandt borgere med forskellig etnisk baggrund. Dog er forhøjet blodtryk mindre udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Tabel 4.1.22 Forekomst af forhøjet blodtryk, migræne/hyppig hovedpine, allergi og astma, opgjort på kommuner

	Forhøjet blodtryk		Migræne /Hyppig hoved-		Allergi		Astma	
	Pct.	Personer	Pct. pine	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	20,9	143.200	17,0	116.800	21,3	146.300	8,0	54.600
Guldborgsund	23,8	12.400	17,6	9.200	18,2	9.400	6,3	3.300
Kalundborg	22,4	9.100	19,2	7.800	18,7	7.600	9,3	3.800
Lolland	29,7	10.700	19,1	6.900	19,5	7.000	7,9	2.800
Odsherred	24,9	7.000	15,1	4.300	22,0	6.200	8,8	2.500
Slagelse	19,7	13.100	16,1	10.700	22,2	14.700	8,8	5.800
Vordingborg	19,7	7.700	17,6	6.800	20,6	8.000	6,7	2.600
Faxe	21,2	6.300	16,7	5.000	19,5	5.800	7,1	2.100
Holbæk	21,3	12.200	17,9	10.200	21,9	12.500	8,0	4.600
Næstved	20,7	14.200	17,1	11.700	21,4	14.600	7,4	5.100
Ringsted	20,5	5.600	17,5	4.800	23,8	6.500	8,4	2.300
Sorø	19,6	4.700	16,8	4.000	20,7	4.900	6,6	1.600
Stevns	22,1	4.100	16,0	3.000	19,1	3.600	7,2	1.400
Greve	19,7	8.100	16,5	6.700	23,1	9.400	8,5	3.500
Køge	19,2	9.200	17,9	8.600	23,5	11.300	8,5	4.100
Lejre	18,4	4.000	16,4	3.500	22,4	4.900	6,2	1.400
Roskilde	16,5	11.700	15,1	10.800	22,1	15.800	9,0	6.400
Solrød	18,0	3.200	15,8	2.800	23,2	4.100	8,7	1.500

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere med forhøjet blodtryk varierer markant mellem regionens kommuner fra 16,5 pct. til 29,7 pct. Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner, (f.eks. Lolland og Odsherred), har en højere forekomst af forhøjet blodtryk end bedre stillede kommuner som f.eks. Lejre, Roskilde og Solrød kommuner. Allergi er omvendt mindst udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner som Guldborgssund og Kalundborg, og mest udbredt i en del af de bedre stillede kommuner tæt på hovedstadsområdet.

Der er en mindre variation mellem kommunerne i andelen af borgere med astma og migræne. I to kommuner, Guldborgsund og Lejre, er forekomsten af astma signifikant lavere end regionsgennemsnittet. Der er dog en tendens til, at særligt kommuner langs Sjællands vestkyst har den største andel af borgere med astma.

Andelen af borgere med de fire sygdomme har ikke ændret sig nævneværdigt i de enkelte kommuner de seneste år. Dog skiller Ringsted Kommune sig ud, idet forekomsten af allergi i 2017 var seks procentpoint højere end i 2013.



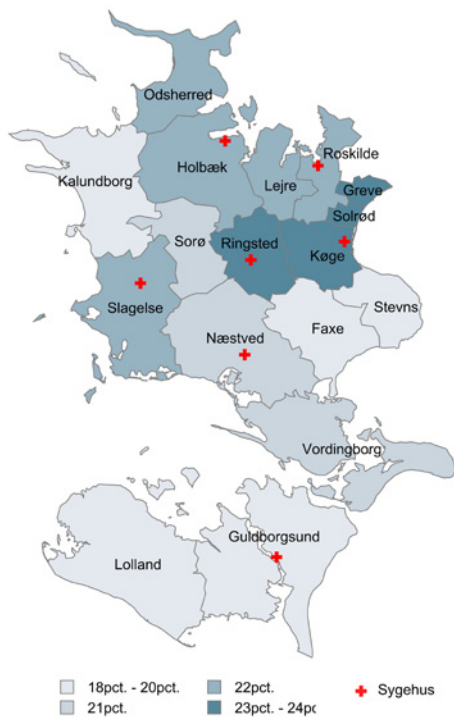
Kort 4.1.23 Forekomst af forhøjet blodtryk



Kort 4.1.24 Forekomst af migræne/hyppig hovedpine



Kort 4.1.25 Forekomst af allergi



Kort 4.1.26 Forekomst af astma



## 4.2 Samlet opgørelse af sygdom og multisygdom

Dette afsnit viser den samlede sygdomsforekomst i befolkningen i Region Sjælland, dvs. ikke forekomsten af specifikke sygdomme. Dels opgøres antallet af borgere med en eller flere udvalgte sygdomme, dvs. mindst én sygdom, dels opgøres andelen af borgere med mindst to sygdomme – de såkaldt multisyge borgere. De inkluderede sygdomme i opgørelserne i dette kapitel afviger fra den afgrænsning af multisygdom, som er anvendt i *Sundhedsprofilrapporten* fra 2013. Tallene for multisygdom i *Sundhedsprofilrapporten* 2013 kan derfor ikke sammenlignes med tallene i nærværende rapport. Tal for multisygdom præsenteret i nærværende rapport er defineret ens i alle år og er derfor sammenlignelige over tid.

Andelen af borgere med mindst én sygdom og andelen med mindst to sygdomme (multisygdom) er opgjort ud fra følgende liste af sygdomme: KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom, kræft, astma eller allergi, psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, ryg sygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Astma og allergi er slået sammen i optællingen af antallet af sygdomme da sygdommene ofte optræder samtidigt, og spiseforstyrrelser er udeladt i optællingen, da de ofte også vil indgå i kategorien psykiske lidelser. Da tinnitus anses for at være en skade med begrænsede behandlingsmuligheder og ikke en egentlig sygdom, er lidelsen udeladt her, ligesom forhøjet blodtryk ikke indgår, da der er tale om en risikofaktor eller tilstand, nærmere end en sygdom.

Endelig opgøres andelen af borgere med mindst én af følgende fire sygdomme, der alle relaterer sig til pakkeforløb eller forløbsprogrammer i regionen, og som oftest vil være diagnosticerede: KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom og kræft.

Multisygdom er i 2017 især udbredt blandt:




- Kvinder
- Ældre borgere
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere uden for arbejdsmarkedet
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere, der ikke bor sammen med børn

Sygdomme med forløbsprogrammer er i 2017 især udbredt blandt:

- Mænd
- Ældre borgere
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere uden for arbejdsmarkedet
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere, der ikke bor sammen med børn

**Tabel 4.2.1 Borgere med mindst én sygdom, borgere med multisygdom og borgere med mindst en af fire udvalgte sygdomme: KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft**

	Mindst én sygdom		Mindst to sygdomme (multi-sygdom)		KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	66,2	454.400	36,8	252.900	17,7	121.300
Region Sjælland 2013	63,0	418.400	33,0	219.600	15,2	101.200
Region Sjælland 2010					14,6	95.700
<b>Køn</b>						
Mand	60,8	203.600	30,6	103.100	18,9	64.100
Kvinde	71,3	250.700	42,8	149.800	16,5	57.300
<b>Alder</b>						
16-24 år	54,7	46.300	19,8	17.100	3,7	3.200
25-34 år	55,3	39.800	22,5	16.600	3,8	2.800
35-44 år	60,0	60.700	28,6	29.400	7,2	7.400
45-54 år	63,7	82.400	35,3	45.900	12,8	16.600
55-64 år	72,8	84.000	46,1	53.100	24,7	28.400
65-79 år	74,4	108.700	48,1	68.400	33,3	47.400
80+	85,1	32.400	62,6	22.300	43,0	15.400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	56,4	32.400	20,8	12.100	4,6	2.700
Grundskole	73,2	70.700	48,9	46.700	24,5	23.400
Kort uddannelse	68,7	198.300	40,5	116.600	21,0	60.300
Kort videregående	63,6	39.500	34,3	21.200	14,2	8.900
Mellemlang videregående	64,5	85.300	33,7	44.700	15,1	20.000
Lang videregående	56,4	28.000	23,1	11.500	11,5	5.800
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	58,9	192.600	26,8	88.800	8,9	29.700
Arbejdsløse	70,3	11.200	45,3	7.300	18,8	3.000
Førtidspensionister	92,3	28.600	78,4	24.500	42,4	12.700
Efterlønsmodtagere	67,8	9.400	40,5	5.600	21,4	3.000
Alderspensionister	76,6	146.300	51,0	94.000	35,2	65.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	75,9	28.700	53,0	20.200	20,3	7.600
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	64,5	277.800	34,8	150.200	16,5	71.200
Ikke samlevende	69,0	176.600	40,3	102.800	19,7	50.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	57,4	121.600	24,7	53.000	6,2	13.400
Bor ikke med børn	69,4	329.500	41,6	196.500	22,3	105.300
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	66,5	418.200	37,2	233.400	17,9	112.100
Anden vestlig baggrund	64,7	15.700	33,9	8.400	18,9	4.600
Ikke-vestlig baggrund	61,1	20.600	33,3	11.100	13,3	4.500

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

Note: I optællingen indgår 12 sygdomme: kræft, diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom, astma eller allergi (en kategori), psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Det vil sige, at tinnitus, forhøjet blodtryk og spiseforstyrrelser som specifik psykisk lidelse er udeladt.

## Generelt

Omtrent to tredjedele af alle borgerne i Region Sjælland lider af mindst én af 12 udvalgte sygdomme (66,2 pct.), og mere end hver tredje (36,8 pct.) er multisyge, dvs. de lider af to eller flere sygdomme. Det svarer til, at 454.400 borgere har mindst én sygdom, og 252.900 borgere har mindst to sygdomme.

I alt 17,7 pct. af borgerne, svarende til 121.300 borgere, har en sygdom omfattet af pakkeforløb eller forløbsprogram for henholdsvis KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft. Sammenlignet med 2013 er andelen af borgere i regionen med mindst én sygdom og andelen med multisygdom større i 2017. Også forekomsten af sygdomme omfattet af et forløbsprogram eller pakkeforløb er steget siden 2010.

Der er et mindre overlap mellem borgere, som har KOL, diabetes og hjertekarsygdom. For regionen samlet har i alt ca. 1.400 borgere både KOL, diabetes og hjerte-kar-sygdom, mens ca. 11.700 borgere har to af sygdommene (data ikke vist). Overlappet er størst mellem borgere med diabetes og hjertekarsygdom og mellem borgere med diabetes og KOL. I alt 20 pct. af borgere med hjertekarsygdom har også diabetes, og 14 pct. af borgere med diabetes har også KOL (data ikke vist).

## Køn og alder

Generelt er der flere kvinder end mænd, der har langvarige sygdomme eller er multisyge, men der er lidt flere mænd end kvinder, der har enten KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft. Sidstnævnte skyldes især, at flere mænd end kvinder har diabetes, jf. tabel 4.1.2. Andelen af borgere med multisygdom er siden 2013 steget lidt mere blandt kvinder end mænd.

Forekomsten af multisygdom og sygdomme omfattet af forløbsprogrammer er tæt forbundet med borgernes alder, mens det i lidt mindre grad gælder for andelen af borgere, der har mindst én sygdom. I 2017 har mere end hver anden borger i alderen 16-24 år mindst én af de tolv sygdomme, og hver femte har mindst to sygdomme (multisygdom). De tilsvarende tal for borgere over 80 år er 85,1 pct. med mindst én sygdom og næsten to ud af tre (62,6 pct.) med mindst to sygdomme. Blandt borgere i alderen 55-65 har hver fjerde en sygdom, der er omfattet af et forløbsprogram (24,7 pct.), blandt 65-79 år er det hver tredje (33,3 pct.), mens andelen blandt borgere over 80 år er 43 pct.

Andelen af borgere under 25 år med mindst én sygdom er markant større (otte procentpoint) i 2017 sammenlignet med i 2013 (data ikke vist). Det skyldes især, at en højere andel af unge lider af psykiske lidelser og migræne/hyppig hovedpine (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig forskel mellem uddannelsesniveauerne og forskellig erhvervstilknytning i andelen af borgere med en eller flere sygdomme. Sammenhængen mellem uddannelsesniveau og sygdomsforekomst er stærkest, hvad angår multisygdom og forekomst af sygdomme omfattet af forløbsprogrammer. Blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, har hver fjerde en eller flere af sygdommene KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft (24,5 pct.), mens det samme kun gælder omkring hver niende borger med en lang videregående uddannelse (11,5 pct.). Det er dog ikke kræft, men de øvrige tre sygdomme, der markerer de uddannelsesmæssige forskelle, jf. tabel 4.1.2. Tilsvarende er forekomsten af særligt multisygdom og sygdomme omfattet af forløbsprogrammer en del lavere blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere, som ikke er i beskæftigelse. Det er især uligheden i diabetes, KOL og hjerte-kar-sygdom (men ikke kræft), der slår igennem i det samlede opgørelse af sygdomme omfattet af forløbsprogrammerne, jf. tabel 4.1.2.

Siden 2013 er forekomsten af sygdomme omfattet af forløbsprogrammer især steget blandt borgere med uddannelse over grundskoleniveau, hvor forekomsten i forvejen er lavest. Dvs. uligheden i udbredelsen af disse sygdomme er blevet mindre end tidligere.

## Samlivsstatus og børn

Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er der en større andel, som har mindst én sygdom end tilfældet er blandt borgere, der bor sammen med en partner. Det samme ses for forekomsten af multisygdom og sygdomme, der er omfattet af forløbsprogrammerne. Forskellene i forekomsten af mindst én sygdom og multisygdom mellem samlevende og ikke-samlevende borgere er større i 2017 end i 2013 (data ikke vist).

















































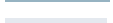





Blandt borgere med børn under 16 år i hjemmet, er udbredelsen af sygdomme og multisygdom mindre end blandt borgere, der ikke har børn i hjemmet. Det skal ses i lyset af, at borgere med børn i hjemmet generelt er yngre end borgere uden børn i hjemmet.


---

### **Etnisk baggrund**


Der er kun mindre forskelle i forekomsten af multisygdom relateret til borgernes etniske baggrund. Dog har en mindre andel af borgere med ikke-vestlig baggrund mindst én sygdom, og en mindre andel har en sygdom under forløbsprogrammerne, end det er tilfældet for borgere med dansk eller anden vestlig baggrund (især KOL og kræft jf. tabel 4.1.2). Siden 2013 er andelen af multisyge steget blandt borgere med dansk baggrund, mens dette ikke gør sig gældende blandt borgere med anden etnisk baggrund end dansk.

**Tabel 4.2.2 Borgere med mindst én sygdom, borgere med multisygdom og borgere med mindst en af fire udvalgte sygdomme (KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft), opgjort på kommuner**

	Mindst én		Mindst to sygdomme		KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller	
	Pct. sygdom	Personer	Pct. (multisygdom)	Personer	Pct. kræft	Personer
Region Sjælland	66 	454.400	37 	252.900	18 	121.300
Guldborgsund	66 	35.200	38 	20.200	19 	10.000
Kalundborg	69 	28.200	39 	15.800	18 	7.300
Lolland	68 	24.700	42 	15.300	24 	8.400
Odsherred	72 	20.300	42 	11.800	22 	6.300
Slagelse	69 	45.700	39 	25.800	20 	13.200
Vordingborg	67 	26.000	39 	15.300	20 	7.800
Faxe	65 	19.100	36 	10.800	18 	5.300
Holbæk	66 	37.400	38 	21.200	18 	10.200
Næstved	64 	44.000	35 	23.800	17 	11.700
Ringsted	68 	18.500	37 	10.100	17 	4.700
Sorø	64 	15.400	37 	8.800	15 	3.600
Stevns	68 	12.800	38 	7.200	16 	3.000
Greve	63 	25.800	36 	14.600	14 	5.800
Køge	68 	32.300	37 	17.500	17 	8.000
Lejre	64 	13.600	32 	6.700	14 	3.000
Roskilde	62 	43.900	31 	22.500	15 	10.700
Solrød	64 	11.400	31 	5.500	14 	2.400

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: I optællingen indgår 12 sygdomme: kræft, diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom, astma eller allergi (en kategori), psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Dvs. tinnitus, forhøjet blodtryk og spiseforstyrrelser som specifik psykisk lidelse er udeladt.

### Kommunevariation

Andelen af borgere med mindst én sygdom, multisygdom eller en sygdom omfattet af forløbsprogrammer varierer på tværs af regionens kommuner. Der er en tendens til, at især multisygdom og sygdomme under forløbsprogrammerne er mere udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner. Udbredelsen af multisygdom i Lolland og Odsherred kommuner er således 42 pct. og i bedre stillede kommuner som Lejre, Roskilde og Solrød, 31-32 pct. Der er desuden et geografisk mønster i udbredelsen af multisygdom, hvor andelen af multisyge er størst i de vestligste og sydligste kommuner i regionen. Forekomsten af multisygdom i størstedelen af kommunerne afviger dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

Der er i stort set alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med mindst én sygdom og andelen med multisygdom er større i 2017 end i 2013. De største stigninger ses i Ringsted og Slagelse kommuner, hvor andelen af multisyge borgere er steget med 20-30 pct. siden 2013 (data ikke vist). Andelen af borgere med sygdomme omfattet af forløbsprogrammer er især blevet større i kommunerne Odsherred, Holbæk og Roskilde siden 2010.

### Kort 4.2.3 Borgere med mindst én sygdom



### Kort 4.2.4 Borgere med mindst to sygdomme (multisygdom)



### Kort 4.2.5 Borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft



---

### 4.3 Langvarig sygdom og sundhedsadfærd

Dette afsnit beskriver uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (KRAM-faktorerne målt på usund kost, daglig rygning, problematisk alkoholadfærd og utilstrækkelig fysisk aktivitet) blandt borgere med forskellige langvarige sygdomme eller kombinationer af sygdomme. Det er veldokumenteret, at uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i KRAM-spektret øger risikoen for sygdom som f.eks. diabetes (22), hjerte-kar-sygdomme og kræft (23) (24). Omvendt kan sygdom og svækkelse udgøre en forhindring for en god sundhedsadfærd som f.eks. fysisk aktivitet (25) (26).



Tabel 4.3.1 Sundhedsadfærd blandt borgere med udvalgte langvarige sygdomme

	Pct. Dagligrygning	Problematiske alkohol- Pct. adfærd	Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk Pct. aktiv	Usundt Pct. kostmønster
Region Sjælland 2017	19	19	33	17
Slidgigt	20	21	37	16
Allergi	16	18	31	15
Forhøjet blodtryk	17	23	40	16
Migræne/Hyppig hovedpine	23	13	35	18
Rygsygdomme (inkl. diskusprolaps)	24	20	37	19
Tinnitus	20	23	35	19
Psykiske lidelser	30	20	40	22
Leddegigt	27	23	45	19
Astma	21	20	38	18
Diabetes	18	18	43	17
KOL	38	29	50	24
Grå stær	16	20	42	18
Hjerte-kar-sygdom	22	23	47	19
Kræft	14	19	33	17
Knogleskørhed	19	18	43	15

















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




Blandt borgere med næsten alle de udvalgte sygdomme er andelen af utilstrækkeligt fysisk aktive større end i befolkningen generelt, men forekomsten af dagligrygning, problematisk alkoholadfærd og usund kost varierer mellem borgere med forskellige sygdomme fra at være mindre udbredt til at være mere udbredt end i regionen.

Blandt borgere med KOL og borgere med leddegigt er uhensigtsmæssig sundhedsadfærd mere udbredt end i regionen generelt, målt på alle fire KRAM-faktorer. KOL er den sygdom, hvor andelen af både dagligrygere, borgere med problematisk alkoholadfærd, inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere og borgere med usundt kostmønster er størst. Blandt borgere med KOL ryger 38 pct. dagligt. Halvdelen af borgerne med KOL er fysisk inaktive (50 pct.), knap hver tredje har en problematisk alkoholadfærd (29 pct.), og hver fjerde (24 pct.) har et usundt kostmønster.

Dagligrygning er desuden især mere udbredt blandt borgere med psykiske lidelser, rygsygdomme og migræne/hyppig hovedpine end i regionen generelt, men er mindre udbredt blandt borgere med kræft, allergi, grå stær og forhøjet blodtryk. Problematiske alkoholadfærd er særligt udbredt blandt borgere med hjerte-kar-sygdom, forhøjet blodtryk og tinnitus, mens problematiske alkoholadfærd er mindre udbredt blandt borgere med migræne/hyppig hovedpine. Usund kost er særligt udbredt blandt borgere med psykiske lidelser, rygsygdomme eller tinnitus, og mindre udbredt blandt borgere med allergi, sammenlignet med regionsgennemsnittet.

**Tabel 4.3.2 Sundhedsadfærd blandt borgere med langvarige sygdomme og multisygdom**

	Pct. Dagligrygning	Problematiske alkohol- adfærd	Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv	Usundt kostmønster
Region Sjælland 2017	19 	19 	33 	17 
Mindst én sygdom	20 	19 	35 	17 
Mindst to sygdomme (multisygdom)	22 	20 	38 	18 
KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft	23 	23 	42 	19 

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

Note: I optællingen indgår 12 sygdomme: kræft, diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom, astma eller allergi (en kategori), psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, ryg sygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Dvs. tinnitus, forhøjet blodtryk og spiseforstyrrelser som specifik psykisk lidelse er udeladt.

Blandt borgere, der lider af mindst én af de udvalgte, langvarige sygdomme, afviger sundhedsadfærden mindre fra regionsgennemsnittet, jf. tabel 4.3.2, end tilfældet er for de enkelte sygdomme, jf. tabel 4.3.1. Det skyldes, at sundhedsadfærden er forskellig blandt borgere med de udvalgte sygdomme, hvorfor forskellene i en vis grad udligner hinanden, når gruppen af syge betragtes samlet. Blandt borgere med mindst én sygdom er andelen af dagligrygere og utilstrækkeligt fysisk aktive lidt højere end gennemsnittet i regionen, mens de ikke har en højere forekomst af problematisk alkoholadfærd eller usund kost end andre.

Blandt borgere med KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft er forekomsten af u hensigtsmæssig adfærd på alle fire KRAM-faktorer derimod forhøjet, sammenlignet med regionsgennemsnittet. Generelt er forskellen i forhold til regionsgennemsnittet dog ikke markant. De moderate forskelle kan hænge sammen med, at der i gruppen indgår fire forskellige sygdomme, som er karakteriseret ved forskellige former for u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, jf. tabel 4.3.1.

## 4.4 Sundhedskompetencer blandt borgere med én eller flere langvarige sygdomme

Borgeres sundhedskompetencer er afgørende for, hvordan de er i stand til at håndtere deres egen sundhed og sygdom. Betegnelsen "sundhedskompetence" relaterer sig til det engelske "health literacy", som har en dobbelt betydning. Health literacy knytter sig dels til en vurdering af den enkelte borgers evne til at læse og forstå information om sundhed, dels til borgernes evne til at lære at håndtere egen sygdom, bl.a. ved hjælp af god kommunikation med sundhedspersonale (27). Det er dokumenteret, at sundhedskompetence har betydning for sygelighed og overlevelse, bl.a. blandt nyrepatienter og diabetespatienter (28) (29).

Sundhedskompetencer hos borgere med langvarig sygdom eller multisygdomme måles ved hjælp af et spørgsmålspanel, Health Literacy Questionnaire (HLQ), der er udviklet med ni spørgsmålsgrupper, som hver udtrykker en facet af borgernes sundhedskompetence (30) (31). HLQ er oprindeligt udviklet til brug blandt patienter, men er i dansk sammenhæng tidligere fundet egnet til vurdering af sundhedskompetencen generelt blandt borgere på 25 år og derover (21). Nærværende opgørelse omfatter alle aldersgrupper fra 16 år og opefter.

I dette afsnit vises resultaterne fra tre udvalgte spørgsmålsgrupper om borgernes sundhedskompetence: Om borgerne føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle (HLQ1), om borgerne har viden nok til at klare egen sygdom (HLQ2), og om borgerne kan forstå og følge information og vejledning (HLQ9). Hver spørgsmålsgruppe består af fire eller fem spørgsmål, alle med fire svarmuligheder, der angiver stigende niveau af sundhedskompetence. Svaret på et spørgsmål tildes et til fire point, hvor et point svarer til det laveste niveau. Inden for hver spørgsmålsgruppe beregnes en score som summen af de tildelte point for spørgsmålene. Borgere med en score over to regnes som borgere med god sundhedskompetence på det pågældende område (32).

**Tabel 4.4.1 Sundhedskompetence blandt borgere med langvarig sygdom og multisygdom**

	Føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle		Har viden nok til at klare egen sygdom		Kan forstå og følge information og vejledning	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	82	563.400	93	639.500	93	637.200
Mindst én sygdom	82	372.300	92	415.900	92	415.900
Mindst to sygdomme (multisygdom)	82	206.500	90	226.700	89	225.400
KOL, diabetes, hjerte-kar-sygdom eller kræft	85	102.800	90	109.500	88	106.200

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

Note: I optællingen indgår 12 sygdomme: kræft, diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom, astma eller allergi (en kategori), psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, rygsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær. Dvs. at tinnitus, forhøjet blodtryk og spiseforstyrrelser er ikke med.

Overordnet set føler godt ni ud af ti borgere i Region Sjælland, at deres viden er god nok til at klare egen sygdom, og en tilsvarende andel vurderer, at de er gode til at forstå og følge informationer og vejledning om sundhed. En lidt mindre del af regionens borgere (82 pct.) føler, at de har god forståelse og støtte fra sundhedsprofessionelle.

To parametre for sundhedskompetencen ligger lidt lavere blandt borgere med en eller flere sygdomme end i den generelle befolkning. Det drejer sig om, hvorvidt borgerne har tilstrækkelig viden til at klare egen sygdom, og om man kan forstå og følge vejledning fra sundhedsprofessionelle. Med hensyn til, om borgerne føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle, forholder det sig omvendt for borgere med en sygdom under forløbsprogrammerne (diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom eller kræft). Her er andelen, der føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle, større end i regionen generelt.

Tabel 4.4.2 Sundhedskompetence blandt borgere med udvalgte sygdomme

	Føler sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle		Har viden nok til at klare egen sygdom		Kan forstå og følge information og vejledning	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	82	563.400	93	639.500	93	637.200
Slidgigt	84	141.500	91	154.000	89	150.500
Allergi	81	118.900	91	134.100	93	137.100
Forhøjet blodtryk	86	121.400	92	130.100	90	127.000
Migræne/Hyppig hovedpine	79	92.200	88	102.900	91	106.200
Rygsygdomme (inkl. diskusprolaps)	80	86.200	90	95.800	90	96.200
Tinnitus	79	82.800	91	94.900	91	95.800
Psykiske lidelser	77	63.800	85	70.200	89	73.700
Leddegigt	79	47.600	87	53.000	85	51.800
Astma	80	43.500	89	48.300	90	48.900
Diabetes	87	38.700	92	40.900	88	39.100
KOL	81	29.700	88	32.400	86	31.600
Grå stær	87	28.400	93	30.600	86	28.100
Hjerte-kar-sygdom	82	27.100	86	28.500	83	27.500
Kræft	87	23.700	92	25.000	89	24.300
Knogleskørhed	84	21.400	90	22.800	84	21.100

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

Omtrent samme billede gør sig gældende blandt borgere med specifikke, langvarige sygdomme, dog med enkelte afvigelser. For langt de fleste sygdomme gælder det, at en mindre andel af borgerne føler, at de har viden nok til at klare egen sygdom, og en mindre andel kan forstå og følge vejledning end i befolkningen generelt. Blandt borgere med slidgigt, forhøjet blodtryk, diabetes, grå stær og kræft føler en større andel af borgerne sig forstået og støttet af sundhedsprofessionelle, end tilfældet er i befolkningen generelt. For alle tre aspekter af sundhedskompetence vurderer borgere med migræne/hyppig hovedpine, psykiske lidelser, tinnitus og leddegigt sjældnere deres kompetence som god, sammenlignet med regionens borgere generelt.

## 4.5 Transportproblemer som årsag til at undlade brug af sundhedsvæsenets tilbud

Syge borgere har mere brug for kontakt med sundhedsvæsenet end raske. Brug af sundhedsvæsenets ydelser kræver gode adgangsforhold og mulighed for at transportere sig til læge, speciallæge og hospital. Gode transportmuligheder, offentlige eller private, er derfor væsentlige for lige adgang for alle borgere til sundhedsvæsenets tilbud. I *Sundhedsprofil for Region Sjælland 2013* viste det sig, at 6 pct. af borgerne havde undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud på grund af problemer med transport. Det er særligt væsentligt at vide, hvem disse borgere er, og om en del af denne gruppe også tilhører den andel, der lider af langvarig sygdom eller multisygdom.

Transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud er i 2017 især udbredt blandt:

- Borgere med multisygdom eller sygdomme med forløbsprogrammer
- Borgere over 80 år
- Borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

### Generelt

Knap 6 pct. af alle borgere i Region Sjælland har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud i løbet af de seneste 12 måneder pga. transportproblemer, svarende til 40.700 borgere. Dette spørgsmål opfattes sandsynligvis især som relevant for syge borgere. Blandt borgere med mindst én sygdom er andelen 6,9 pct., dvs. lidt over regionsgennemsnittet (data ikke vist), mens den blandt borgere med mindst to sygdomme er 8,7 pct. Blandt borgere med sygdomme omfattet af forløbsprogrammer, som omfatter en bredere vifte af både regionale og kommunale sundhedstilbud, har næsten 10 pct. undladt at bruge sundhedstilbud pga. problemer med transport. Blandt gravide har omtrent samme andel som regionen generelt (6,4 pct.) undladt at bruge sundhedstilbud pga. transportmæssige udfordringer (data ikke vist).

Siden 2013 er der overordnet set ikke sket ændringer i udbredelsen af oplevede transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud.

### Køn og alder

Der er ikke forskel på mænds og kvinders oplevelse af transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud. Andelen af alle borgere over 80 år med transportproblemer er 13 pct., dvs. mere end dobbelt så høj som i de andre aldersgrupper (4,4-6,6 pct.).

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Jo længere uddannelse, desto mindre er andelen af borgere, der har undladt at bruge sundhedsvæsenet tilbud pga. transportproblemer. Omkring hver tiende borger, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, har af denne grund undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud i løbet af de seneste 12 måneder, mens dette kun gælder for 2,7 pct. af borgerne med lang videregående uddannelse. Blandt borgere med én eller flere udvalgte sygdomme er der ikke så markante forskelle i uddannelsesniveau.

Andelen af borgere med transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud er mindst blandt borgere i beskæftigelse eller på efterløn, og størst blandt borgere på førtidspension og øvrige ikke-erhvervsaktive. Samme billede ses blandt borgere med multisygdom eller en af de sygdomme, som er omfattet af forløbsprogrammerne.

### Samlivsstatus og børn

Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er andelen, der oplever transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud, omtrent dobbelt så stor som blandt borgere, som bor sammen med en partner. Det gælder både i den generelle befolkning og blandt borgere med multisygdom eller de sygdomme, som er omfattet af forløbsprogrammerne. Problemer med transport i forbindelse med sundhedstilbud er generelt mere udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet. Forskellen er mindre tydelig blandt borgere med multisygdom eller en af de sygdomme, som er omfattet af forløbsprogrammerne.

### Etnisk baggrund

Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen med transportproblemer i forbindelse med brug af sundhedsvæsenets tilbud dobbelt så stor som blandt borgere med dansk baggrund.

**Tabel 4.5.1 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud, opgjort blandt alle borgere, borgere med multisygdom og borgere med diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom eller kræft**

	Blandt alle borgere		Blandt multisyge		Blandt diabetes, KOL, hjerte-kar-sygd., kræft	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	5,9 ■	40.700	8,7 ■	22.000	9,7 ■	11.700
Region Sjælland 2013	5,7 ■	38.000	8,5 ■	18.700	10,1 ■	10.200
<b>Køn</b>						
Mand	6,0 ■	20.000	9,4 ■	9.700	9,4 ■	6.100
Kvinde	5,9 ■	20.700	8,2 ■	12.300	10,0 ■	5.700
<b>Alder</b>						
16-24 år	5,2 ■	4.300	11,1 ■	1.900	—	—
25-34 år	6,4 ■	4.500	11,9 ■	2.000	—	—
35-44 år	4,4 ■	4.400	6,2 ■	1.900	12,4 ■	1.000
45-54 år	5,8 ■	7.600	9,3 ■	4.400	8,4 ■	1.400
55-64 år	4,6 ■	5.400	6,6 ■	3.600	7,8 ■	2.300
65-79 år	6,6 ■	9.800	8,2 ■	5.600	8,9 ■	4.200
80+	13,0 ■	4.600	13,9 ■	2.800	15,1 ■	2.200
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	5,0 ■	2.900	7,2 ■	900	—	—
Grundskole	9,6 ■	9.100	14,4 ■	6.500	15,9 ■	3.600
Kort uddannelse	5,4 ■	15.600	7,0 ■	8.200	7,6 ■	4.600
Kort videregående	4,8 ■	3.000	8,7 ■	1.900	8,3 ■	800
Mellemlang videregående	3,4 ■	4.600	5,4 ■	2.400	6,5 ■	1.300
Lang videregående	2,7 ■	1.400	5,8 ■	700	8,6 ■	500
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	3,4 ■	11.400	4,4 ■	4.100	5,3 ■	1.600
Arbejdsløse	7,4 ■	1.200	6,2 ■	500	—	—
Førtidspensionister	14,0 ■	4.100	15,3 ■	3.600	13,9 ■	1.700
Efterlønsmodtagere	2,0 ■	300	2,6 ■	100	—	—
Alderspensionister	7,8 ■	14.400	9,5 ■	8.400	10,4 ■	6.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	13,4 ■	5.200	19,7 ■	4.100	21,5 ■	1.700
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	4,5 ■	20.000	6,2 ■	9.500	7,7 ■	5.500
Ikke samlevende	8,4 ■	20.600	12,6 ■	12.500	12,6 ■	6.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	3,9 ■	8.400	6,2 ■	3.400	8,7 ■	1.200
Bor ikke med børn	6,6 ■	31.100	9,8 ■	19.400	10,4 ■	11.100
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	5,7 ■	35.800	8,6 ■	20.100	9,5 ■	10.600
Anden vestlig baggrund	4,4 ■	1.100	4,0 ■	300	—	—
Ikke-vestlig baggrund	11,6 ■	3.800	15,0 ■	1.600	—	—

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

Note: Borgere med mindst én sygdom omfatter borgere med mindst én af følgende 12 sygdomme: kræft, diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom, astma eller allergi (én kategori), psykiske lidelser, slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, ryggsygdomme, migræne eller hyppig hovedpine og grå stær.

**Tabel 4.5.2 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud, opgjort på kommuner blandt alle borgere, borgere med multisygdom og borgere med diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom eller kræft**

	Blandt alle		Blandt		Blandt diabetes, KOL, hjerte-kar-	
	Pct. borgere	Personer	Pct. multisygge	Personer	Pct. sygd., kræft	Personer
Region Sjælland	5,9	40.700	8,7	22.000	9,7	11.700
Guldborgsund	5,3	2.800	8,2	1.600	9,3	900
Kalundborg	6,0	2.500	7,6	1.200	10,8	800
Lolland	8,8	3.200	14,3	2.200	16,3	1.300
Odsherred	7,7	2.200	8,3	1.000	11,2	700
Slagelse	7,2	4.900	9,4	2.400	6,7	900
Vordingborg	6,0	2.400	7,7	1.200	10,5	800
Faxe	8,7	2.500	12,6	1.300	16,0	800
Holbæk	7,6	4.400	9,2	2.000	8,1	800
Næstved	4,9	3.300	7,2	1.800	9,6	1.200
Ringsted	5,4	1.500	9,7	1.000	12,2	600
Sorø	5,0	1.200	7,9	700	7,8	300
Stevns	7,0	1.300	11,3	800	10,7	300
Greve	3,5	1.500	6,6	1.000	7,2	400
Køge	5,1	2.400	5,3	900	5,5	400
Lejre	5,0	1.100	7,0	500	10,4	300
Roskilde	4,1	2.900	9,3	2.100	8,7	900
Solrød	4,6	800	8,8	500	8,6	200

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud pga. problemer med transport, varierer på tværs af regionens kommuner fra 3,5 pct. til 8,8 pct. Blandt borgere med multisygdom varierer andelen fra 5,3 pct. til 14,3 pct., og blandt borgere med sygdomme omfattet af forløbsprogrammerne (diabetes, KOL, hjerte-kar-sygdom og kræft) er andelen mellem 5,5 og 16,3 pct. Andelen af borgere, der har undladt brug af sundhedsvæsenets tilbud på grund af transportproblemer, er størst i Lolland og Faxe kommuner.

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 (tættest på hovedstadsområdet) end i de øvrige kommuner. Det skal ses i sammenhæng med infrastrukturen i dette område.



**Kort 4.5.3 Borgere, som på grund af transportproblemer har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud – alle borgere**



## 4.6 Initiativ fra Roskilde Kommune

### Smertehåndteringskurser med tolk

I Roskilde Kommune har 62 pct. af borgerne mindst én af de 12 udvalgte sygdomme, og hver tredje (31 pct.) er multisyg (jf. afsnit 4.2). For begge disse overordnede sygdomsmål ligger Roskilde Kommune under regionsgennemsnittet, men med hensyn til udbredelsen af diabetes, astma og allergi ligger Roskilde tæt på eller lige over regionens gennemsnit.

Andelen af syge borgere er lidt mindre blandt borgere med ikke-vestlig baggrund end blandt borgere med dansk baggrund – især hvad angår KOL, kræft og forhøjet blodtryk. Men blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er sundhedskompetencen, forstået som evnen til at håndtere egen sygdom og navigere i sundhedsvæsenet, signifikant mindre end blandt borgere med dansk baggrund (data ikke vist).

#### Smertehåndteringskurser i Roskilde Kommune

Kommunens smertehåndteringskurser *Lær at tackle* blev før 2013 ikke tilbudt borgere i Roskilde Kommune på andre sprog end dansk. Ca. 6 pct. af kommunens borgere kommer fra ikke-vestlige lande, og de modtager en forholdsmæssigt stor andel af forsørgelsesydelse. Da det var kommunens erfaring, at en del af denne gruppe af borgere i høj grad er udfordret af langvarige smerter, blev der søgt om projektmidler til at gennemføre smertehåndteringskurser med tolk. Dette blev gjort i samarbejde med Jobcentret, og den primære målgruppe var borgere i ressourceforløb. I 2013-14 gennemførtes således tre kurser med tolk, der blev evalueret internt af studerende af Roskilde Universitets Center (RUC). Det konkluderes, at: "Kursisterne har fået udbytte af deres deltagelse i smertehåndteringskurset. Dette relaterer sig blandt andet til en indsigt i sund livsstil, kroppen, sygdom, smerter, medicinbrug og anvendelse af sundhedssystemet. Denne indsigt og konkrete praktiske redskaber medførte en større kontrol af hverdagen og smerter".

Ved en politisk beslutning blev denne indsats efterfølgende en permanent del af Sundhedscentrets tilbud.

Siden da er konceptet udviklet, og indsatsen er i højere grad blevet rettet mod arbejdsmarkedet.

#### Kursusforløb og resultater

Smertehåndteringskurset er for borgere over 18 år, der har komplekse, kroniske smerter uanset etnisk baggrund, og som ikke kan deltage på kommunens andre *Lær at tackle*-kurser.

Kurset forløber over to gange to timer ugentligt i ti uger. Der er tolk tilstede i det omfang, det er relevant, og det betyder, at der er tolk hver gang; ofte flere tolke. Nogle af deltagerne har mentorer med, der fungerer som tolke. Kurset foregår i samarbejde med sagsbehandleren, medmindre borgeren er pensionist, og dermed ikke har tilknytning til arbejdsmarkedet. Forløbet starter med at skabe tillid og relationer. Her er undervisningsemner som f.eks. sund mad, energiforvaltning, læring om kroppen og øvelser, som er gode at starte med.

Anden fase handler om at lære om komplekse, kroniske smerter, svære følelser og om den bio-psyko-sociale model. Her er alt omsat til hverdagsprog og uden teksttunge undervisning (tegninger, dialog, erfaringsudveksling, besøg af smertepatient). Der undervises om medicinpræparater og deres virkninger og bivirkninger, og om doser for håndkøbsmedicin.

Tredje fase handler om at lære at forstå social- og sundhedssystemet (at være sygemeldt, på kontanthjælp, i jobafklaring, på ressourceforløb eller på førtidspension).

Der udarbejdes status til sagsbehandler efter endt deltagelse. Der er indtil videre afholdt tre kurser årligt, hver med 10-12 deltagere, og der er to undervisere tilknyttet.

Stort set alle deltagere oplever sig tvunget på kursus af deres sagsbehandler, hvilket betyder, at der er meget modstand i starten. Denne modstand er stort set altid kortvarig.

På kurset fra 1-8-2017 til 5-10-2017 blev halvdelen af deltagerne klar til praktik, skønt de inden deltagelsen var blevet beskrevet af sagsbehandler som svært aktivér-bare og med stor modstand i forhold til mange forskellige aktiviteter.



Foto af deltagere. Fotograf: Anita Lykke Larsen

Udbyttet på hverdagsniveau er ofte, at deltagerne får mere energi til hverdagens gøremål, at de er glade for undervisningen om sund mad og har ændret vaner. De bliver bedre til at forstå deres smertesituation og er derfor ikke så fokuserede på at afsøge diagnoser og fortsat behandling, og de accepterer i højere grad smerterne.

Deltagerne har ofte et for højt forbrug af håndkøbsmedicin og ofte også af receptpligtig, smertestillende medicin. De udtrykker glæde ved at have fået mere viden om disse medicintyper.

Yderligere information om initiativet, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Lene Stampe Krusaa, lenesk@roskilde.dk.

### Deltagerne siger:

Jeg har nu accepteret min situation, og det har været godt for mig.

Jeg kan godt se, at selv om jeg har mange smerter, så er der noget jeg kan, hvis jeg bare får lov til at holde pauser.

Jeg ville egentlig ikke deltage, men jeg kan se, at det har gjort mig godt at komme ud blandt andre og lære noget.

Jeg vidste ikke, at jeg ikke måtte tage al den håndkøbsmedicin, det er jeg glad for at have fået viden om.

Jeg har ændret mine madvaner, så jeg spiser mere sundt nu.

---

## Referencer

1. **Sundhedsstyrelsen.** *Forløbsprogrammer for kronisk sygdom - den generiske model*. 2012.
2. **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.
3. **Kjøller M, Davidsen M og Juel, K.** *Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre*. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed. 2010.
4. **Flachs EM, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2015.
5. **Europakommissionen.** Folkesundhed: Sygdomme. [Online] [https://ec.europa.eu/health/major\\_chronic\\_diseases/diseases\\_da](https://ec.europa.eu/health/major_chronic_diseases/diseases_da).
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. **Sciøtz ML, Stockmarr A, Høst D, et al.** Social disparities in the prevalence of multimorbidity – A register-based population study. *BMC Public Health*. 2017, 17 (1), 422.
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. **Violan C, Foguet-Boreu Q, Flores-Mateo C, et al.** Prevalence, determinants and patterns of multimorbidity in primary care: A systematic review of observational studies. *PLoS One*. 2014, 9 (7), 3-11.
10. **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.
11. **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.
12. **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.
13. **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.
14. **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.
15. **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.
16. **Prior A, Fenger-Grøn M, Larsen KK, et al.** The Association between Perceived Stress and Mortality among People with Multimorbidity: A Prospective Population-Based Cohort Study. *Am J of Epidem*. 2016, 184 (3), 199–21.
17. **Smith DJ, Court H, McLean G, et al.** Depression and multimorbidity: A cross-sectional study of 1,751,841 patients in primary care. *J Clin Psychiatry*. 2014, 75 (11), 1202–8.
18. **Vassilaki M, Aakre JA, Cha RH, et al.** Multimorbidity and risk of mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2015, 63 (9), 1783–90.
19. **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.
20. **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.

- 
21. **Friis K, et al.** *Sundhedskompetence blandt personer med kronisk sygdom*. Aarhus: CFK, Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2015.
22. **Jannasch F Kröger, J & 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.
23. **US Department of Health and Human, Services.** *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. *U S Dep Heal Hum Serv.* 2014.
24. **Rehm J, Gmel GE, Hasan OSM, et al.** The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction.* 2017, 112 (6), 968–1001.
25. **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  $\geq 60$  years: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2015, 49 (19), 1262–7.
26. **Schutzer KA, Graves BS.** Barriers and motivations to exercise in older adults. *Prev Med.* 2004, 29 (5), 1056-61.
27. **Nutbeam D.** The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine.* 2008, 67, 2072–78.
28. **Cavanaugh RL, Wingard RM, Hakim RL, et al.** Low Health Literacy Associates with Increased Mortality in ESRD. *Journ. of Am Soc. of Nephrology.* 2010, 21, 1979-85.
29. **Schillinger D, Grumbach K, Piette J, et al.** Association of Health Literacy With Diabetes Outcomes. *JAMA.* 2002, 288 (4), 475–48.
30. **Friis K, Lasgaard M, Osborne RH. et al.** Gaps in understanding health and engagement with healthcare providers cross common long-term conditions: a population survey of health literacy in 29 473 Danish citizens. : e009627. doi:10.1136/bmjopen. BMJ Open 2016, 5.
31. **Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, et al.** The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). *BMC Public Health.* 2013, 13, 658.
32. **Friis K, Donslund B, Vind RK et al.** 2016. *Journal of Diabetic Research*, vol. 2016, 7 pages. Article ID 7823130, <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7823130>



## Kapitel 5

# Sociale relationer og ensomhed

5.1 Kontakt med familie, venner og andre

5.2 Borgere, som er uønsket alene eller mangler nogen at tale med

5.3 Ensomhedsfølelse

5.4 Sammenhæng mellem sociale aktiviteter og svage sociale relationer

5.5 Sammenhæng mellem helbred, livstilfredshed, boligsituation og økonomi og svage sociale relationer

5.6 Sammenhæng mellem sundhedsadfærd og svage sociale relationer

5.7 Transportmæssige begrænsninger for deltagelse i aktiviteter

5.8 Initiativ fra Lolland og Guldborgsund kommuner: Det gode måltid

# Sociale relationer og ensomhed

- Tre ud af fire borgere i regionen har kontakt med familie uden for hjemmet mindst en gang om ugen, og to ud af tre har kontakt med venner ugentligt
- Borgernes kontakt med andre er blevet mindre hyppig end i 2013 - både hvad angår kontakt med familie, venner, kolleger og naboer
- De unge borgere føler sig i højere grad uønsket alene eller ensomme og oplever flere transportmæssige begrænsninger i forbindelse med sociale aktiviteter end andre aldersgrupper
- Udfordringer i de sociale relationer er mest udbredt blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, borgere uden for arbejdsmarkedet og borgere med anden etnisk baggrund end dansk

Gode sociale relationer hænger sammen med et godt helbred (1), mens der er risiko for højere dødelighed og sygelighed ved svage sociale relationer (2) (3) (4). I forbindelse med sundhedsfremme og monitorering af befolkningens sundhedstilstand er der derfor brug for særlig opmærksomhed på sociale relationer og deres indflydelse på helbredet. Dette kapitel omhandler både sociale relationer og udbredelsen af ensomhedsfølelse blandt borgerne i Regions Sjælland.

Sociale relationer drejer sig om måden, hvorpå mennesker indgår i fællesskaber med hinanden - både i nære relationer med familie og venner, kollegiale relationer i arbejdslivet og lokale relationer med naboer eller andre relationer i foreninger, klubber og frivilligt arbejde. Evidensen for sociale relationers betydning for en række helbredstilstande er efterhånden robust, skønt sundhedsvidenskabelig forskning har haft svært ved at definere entydige modeller for, hvordan man bedst måler sociale relationer (1) (4).

Svage sociale relationer er forbundet med en højere risiko for død, sygelighed og livsstilssygdomme (2) (3) (5). Konfliktfyldte sociale relationer øger også risikoen for død, f.eks. konflikter i forbindelse med bolig, arbejdssituation, eller i form af følelsesmæssige eller praktiske belastninger på grund af sygdom eller død

i ens nære netværk (6). Samtidig er aktive eller gode sociale netværk relateret til lavere forekomst af kræftdødelighed (7) samt bedre overlevelse ved hjerte-kar-sygdom (8).

Ensomhed er en uønsket, subjektiv tilstand, mens social isolation er et mere objektive begreb. Disse tilstande er forbundet med 29 pct. øget risiko for hjerte-kar-sygdom og 32 pct. øget risiko for slagtilfælde (9). Danske studier har fundet, at negative påvirkninger af sociale relationer kan fordoble risikoen for hjerte-kar-sygdom (10). Samlevende borgere har lavere forekomst, men højere overlevelse af kræftsygdomme end borgere, som er fraskilte eller lever alene (11). Der er endvidere højere forekomst af godt selv vurderet helbred blandt gifte end blandt andre (12).

Gode sociale relationer har betydning for mentalt helbred (13), beskyttende virkning mod depression (14), og blandt ældre mennesker er det bevist, at manglende social interaktion kan øge sandsynligheden for demens (15) og funktionsevnesvækkelse (16). Et kvalitativt studie af ensomme voksne livsløb viser, at de gennem livet har haft gentagne erfaringer med følelsen af ensomhed, som det kan være svært at slippe af med, så det er vigtigt at tænke i livsløbsbaseret forebyggelse (17).



Fysiske barrierer som dårlig funktionsevne eller transportproblemer kan udgøre en hindring for social deltagelse, mens sociale medier omvendt kan give nye muligheder for kontakt mellem borgere, der er fysisk svækkede eller bor afsides. Sociale medier og internet anvendes dog i mindre grad af borgere med lavere uddannelse eller høj alder (18).

Samlevende borgere har generelt bedre mentalt helbred end borgere, der bor alene (12). Imidlertid er danskernes samlivsform præget af individualisme, og ifølge Danmarks Statistik er der 1,6 mio. mennesker i Danmark i alderen 20-100 år, som er enlige (19). For mange kræver det derfor en aktiv indsats at være socialt deltagende, og nogle har brug for hjælp til det. Forekomsten af langvarig sygdom er højere blandt borgere, der har lav kontaktfrekvens med familie eller venner, eller som føler sig uønsket alene (12). Sociale relationer relateres således til både mentalt og fysisk helbred (13).

I kapitlets første afsnit vises frekvensen af samvær med familie, venner, kolleger, naboer og kontakter via internettet og sociale medier blandt borgere i Region Sjælland. I andet afsnit er der fokus på mere kvalitative eller funktionelle aspekter af borgernes sociale relationer: Føler de sig uønsket alene? Har de nogen at tale med, hvis de har problemer? I tredje afsnit

tages udgangspunkt i spørgsmål, som mere specifikt vedrører ensomhed forstået som en følelse af at være ensom og udenfor, måske også når man er sammen med andre. Disse mål er baseret på måleskalaen T-ILS (Three Item Loneliness Scale), som er valideret og tidligere anvendt i dansk sammenhæng (20) (21) (22). Det fjerde afsnit viser, hvorvidt der er sammenhæng mellem sjælden kontakt med venner og familie og følelsen af ensomhed og omfanget af socialt samvær og aktiviteter som samspisning, fritidsaktiviteter og frivilligt arbejde. Endelig sammenholdes social kontakt og ensomhedsfølelse med, om borgerne har hund eller kat, med sigte på dyr som en form for socialt selskab og anledning til kontakt med andre. Femte afsnit viser forekomsten af svage sociale relationer og følelsen af ensomhed hos borgere med og uden forskellige sociale og strukturelle belastninger, mens afsnit seks viser udbredelsen af svage sociale relationer hos borgere med forskellige former for sundhedsadfærd. Endelig handler sidste afsnit om transportmæssige begrænsninger for borgernes deltagelse i henholdsvis familiære sammenhænge, kulturelle aktiviteter, helbredsrelaterede aktiviteter som motion, samt brug af sundhedsvæsenet.

Kapitlet afsluttes med et kommunalt initiativ fra Lolland med fællesspisning og andre sociale aktiviteter blandt ældre for at modvirke ensomhed.

---

## Hovedresultater

### Forekomst

Tre ud af fire borgere i Region Sjælland har mindst en gang om ugen kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, og to ud af tre har kontakt med venner ugentligt. En mindre del føler sig dog ofte uønsket alene eller ensomme, og omkring hver tiende oplever transportmæssige udfordringer i forbindelse med besøg hos venner eller familie.

Borgernes kontakt med familie, venner, kolleger, studiekammerater, naboer og andre i lokalområdet er blevet mindre hyppig siden 2013.

Borgere, der sjældent er i kontakt med familien, føler sig oftere ensomme end borgere, der oftere er i kontakt med familie og venner. Borgere, som dagligt er i kontakt med andre på internettet, føler sig derimod i højere grad ensomme end borgere, der ikke har samme grad af internetkontakt. Borgere, der deltager i frivilligt arbejde, dyrker fritidsaktiviteter sammen med andre eller spiser sammen, føler sig i mindre grad ensomme end andre.

### Køn

Flere mænd end kvinder har sjælden kontakt med familie og venner, og flest mænd mangler nogen at snakke med, når de har problemer. Men en større andel af kvinder end mænd oplever transportmæssige begrænsninger i forbindelse med besøg hos familie og venner.

### Alder

Kontakt med venner er mest udbredt blandt de unge borgere, mens kontakt med familie er mest udbredt blandt borgere over 25 år. Borgere under 35 år føler sig oftere uønsket alene eller ensomme, og ligesom de borgerne over 80 år oplever de også i højere grad transportmæssige begrænsninger i forbindelse med sociale kontakter end andre borgere.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Borgernes sociale relationer hænger i høj grad sammen med deres uddannelsesniveau – uanset om man måler på kontaktfrekvens, følelsen af ensomhed eller transportmæssige begrænsninger i forbindelse med deltagelse i sociale aktiviteter. Jo højere uddannelsesniveau, desto færre udfordringer i de sociale relationer. En tilsvarende social ulighed viser sig, hvis man betragter borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Borgere i den erhvervsaktive alder, som er arbejdsløse, på førtidspension og øvrige ikke-erhvervsaktive, oplever i langt højere grad udfordringer i deres sociale relationer end borgere i beskæftigelse. Borgere under uddannelse føler sig oftere uønsket alene eller ensomme end andre.

### Kommunevariation

Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af borgere med ringe sociale relationer sammenlignet med bedre stillede kommuner. Blandt borgerne i Lolland og Slagelse kommuner oplever en særligt stor andel ofte at være uønsket alene eller ensomme, mens borgerne i Ods herred har den største andel med transportmæssige udfordringer. Omvendt er borgerne i Solrød, Lejre og Greve kommuner mindst belastede på disse tre parametre.

**Samlivsstatus**

Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, oplever en langt større andel at være uønsket alene, ensomme eller at have transportmæssige begrænsninger i forbindelse med deltagelse i sociale aktiviteter, end det gælder blandt borgere, som bor sammen med en partner. Samlevende borgere har også oftere kontakt med familie (uden for husstanden) end borgere, der ikke bor sammen med en partner.

**Etnisk baggrund**

Blandt borgere, som har anden etnisk baggrund end dansk, føler en langt større andel sig ofte uønsket alene eller ensomme og en større andel oplever transportmæssige begrænsninger i forbindelse med sociale aktiviteter, end borgere med dansk baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund har det generelt sværere end borgere med anden vestlig baggrund end dansk med hensyn til sociale relationer og ensomhed.

**Sundhedsadfærd**

Både ensomhed og sjælden kontakt med familie og venner er mere udbredt blandt borgere med uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, borgere med dårligt selv vurderet helbred eller sygdom og blandt borgere, som er utilfredse med livet. Borgere, der tager stoffer, føler sig i langt højere grad ensomme end andre, på trods af at deres kontakt med familie og venner ikke er sjældnere end andre borgeres.

## 5.1 Kontakt med familie, venner og andre

I Danmark bor 37 pct. af alle voksne ikke sammen med en partner og betragtes derfor som enlige (19). En stor del af disse voksne (40 pct.) deler dog bolig med andre voksne, f.eks. på kollegie eller i en ældrebolig (19). Med en gennemsnitlig alder på lidt under 20 år for at flytte hjemmefra repræsenterer Danmark det land i Europa, hvor flest unge flytter tidligt hjemmefra (23). Kontakt mellem familiemedlemmer er dog forholdsvis god i Danmark, f.eks. har syv ud af ti i aldersgruppen 50 år eller derover kontakt med deres børn eller svigerbørn flere gange om ugen (24). Internet og sociale medier er blevet langt mere udbredt som kilde til social kontakt, idet 87 pct. af danskerne var online i 2015 mod 65 pct. i 2006 (25).

Dette afsnit handler om frekvensen af borgernes kontakt med familie, venner, kolleger og naboer, og det bliver også undersøgt, hvordan brugen af internet-kontakter relaterer sig til faktiske, sociale kontakter med familie og venner.

Borgernes kontakt med andre mennesker er belyst ved fem spørgsmål om, hvor ofte borgerne er i kontakt med henholdsvis familie, som de ikke bor sammen med, venner, kolleger eller studiekammerater i fritiden, naboer eller beboere i lokalområdet og endelig personer, som de mest kender fra internettet (mail, sociale medier og lignende). Med kontakt menes, at man er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v. Der må forventes et vist overlap mellem konkrete og virtuelle kontakter, men omfanget kendes ikke. Svarmulighederne er: "Dagligt/næsten dagligt", "1-2 gange om ugen", "1-2 gange om måneden", "sjældnere end 1 gang om måneden" eller "aldrig". Begrebet "sjældnen kontakt" i dette afsnit refererer til svarmulighederne "sjældnere end 1 gang om måneden" eller "aldrig". Borgere med sjældnen kontakt til familie og venner omfatter borgere, som både har sjældnen kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, og sjældnen kontakt med venner. I kategorien kaldet "sjældnen kontakt med kolleger/naboer" ses det, hvor stor en andel af borgerne der har sjældnen kontakt både med kolleger/studiekammerater i fritiden og med naboer/beboere i lokalområdet.

Sjældnen kontakt med familie er i 2017 især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 25 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-dansk baggrund

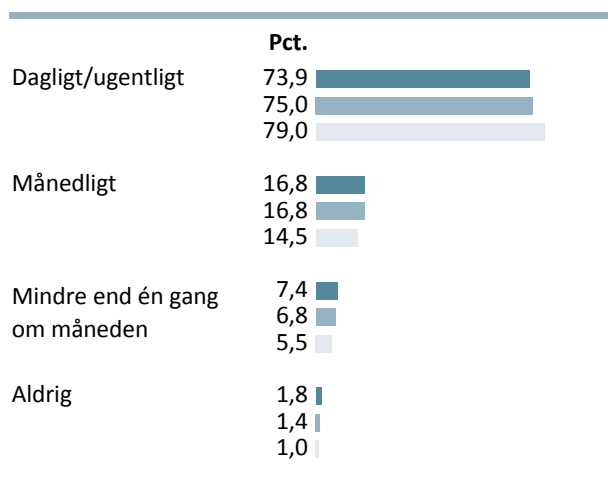
Sjældnen kontakt med kolleger, naboer m.m. er i 2017 især udbredt blandt:

- De 45-64-årige
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med ikke-dansk baggrund

Siden 2013 er andelen af borgere med sjældnen kontakt med kolleger, naboer m.m. især blevet større blandt (data ikke vist):

- Mænd
- De 35-79-årige
- Borgere med lang videregående uddannelse
- Borgere med dansk baggrund

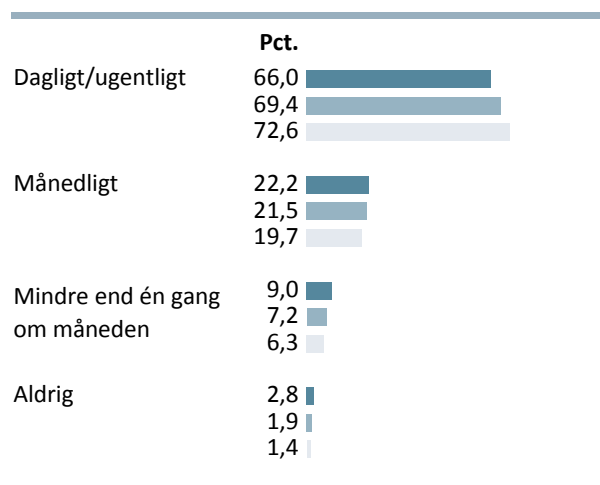
**Tabel 5.1.1 Hvor ofte er du i kontakt med familie, du ikke bor sammen med?**



2017  
2013  
2010

Note: Med "kontakt" menes, at man er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.

**Tabel 5.1.2 Hvor ofte er du i kontakt med venner?**



2017  
2013  
2010

Note: Med "kontakt" menes, at man er sammen, taler i telefon sammen, skriver til hinanden m.v.

Sjældnen kontakt med venner er i 2017 især udbredt blandt:

- Borgere over 45 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere uden hjemmeboende børn
- Borgere med ikke-dansk baggrund

Siden 2013 er andelen af borgere med sjældnen kontakt med venner især blevet større blandt (data ikke vist):




- Borgere over 80 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Borgere med anden vestlig baggrund end dansk

Omkring tre ud af fire borgere i Region Sjælland har daglig eller ugentlig kontakt med familiemedlemmer, som de ikke bor sammen med, mens knap hver tiende borger har kontakt sjældnere end én gang om måneden eller aldrig. Borgerne er generelt lidt mere i kontakt med familie end med venner. To ud af tre borgere har daglig eller ugentlig kontakt med venner, mens 9,0 pct. har kontakt med venner sjældnere end en gang om måneden.

Sammenlignet med i 2010 har borgerne i 2017 mindre kontakt med både venner familiemedlemmer og med de ikke bor sammen med. En mindre andel af borgerne har i 2017 daglig eller ugentlig kontakt med henholdsvis venner og familie, som de ikke bor sammen med, mens en større andel af borgerne aldrig eller sjældnere end en gang månedligt har kontakt.

**Tabel 5.1.3 Borgere med sjælden kontakt med familie, venner og kolleger/naboer**

	Sjælden kontakt med familie		Sjælden kontakt med venner		Sjælden kontakt med kolleger/naboer	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	9,2	63.400	11,7	80.700	24,5	168.000
Region Sjælland 2013	8,2	54.300	9,1	60.300	20,6	136.800
Region Sjælland 2010	6,5	42.900	7,7	50.800	16,5	108.600
<b>Køn</b>						
Mand	11,3	37.900	12,5	42.000	23,7	80.100
Kvinde	7,2	25.400	11,0	38.700	25,2	87.900
<b>Alder</b>						
16-24 år	12,0	9.700	5,5	4.500	19,3	16.100
25-34 år	8,2	5.700	8,8	6.200	25,8	18.400
35-44 år	8,2	8.200	10,8	10.900	25,8	26.500
45-54 år	9,5	12.200	12,9	16.700	28,3	37.300
55-64 år	9,7	11.200	14,2	16.600	26,5	31.100
65-79 år	8,5	12.900	11,9	18.000	21,0	30.600
80+	8,6	3.400	21,0	7.900	23,7	8.100
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	13,7	7.600	6,5	3.700	15,6	8.900
Grundskole	13,4	13.200	18,7	18.100	31,6	30.100
Kort uddannelse	8,1	23.300	12,4	35.900	24,7	71.300
Kort videregående	7,9	4.900	10,1	6.300	23,0	14.500
Mellemlang videregående	6,1	8.000	8,7	11.400	22,9	30.200
Lang videregående	9,5	4.800	10,4	5.200	24,8	12.600
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	7,4	24.300	9,8	32.400	25,1	84.600
Arbejdsløse	15,2	2.400	16,2	2.600	33,0	5.400
Førtidspensionister	15,1	4.500	22,5	6.700	31,9	9.400
Efterlønsmodtagere	10,2	1.400	10,2	1.400	24,4	3.400
Alderspensionister	8,5	16.400	13,8	26.000	21,5	38.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	16,0	6.100	18,4	7.000	39,2	15.100
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	7,6	33.300	12,2	53.300	24,5	108.000
Ikke samlevende	12,0	30.000	11,0	27.300	24,4	60.000
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	8,9	18.800	9,9	20.900	24,3	52.100
Bor ikke med børn	9,2	43.700	12,5	59.400	24,4	115.400
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	8,4	52.600	11,3	70.800	24,0	151.000
Anden vestlig baggrund	17,9	4.300	19,7	4.700	29,3	7.000
Ikke-vestlig baggrund	18,7	6.300	14,7	4.900	29,4	10.000

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

Note: "Sjælden" er defineret som aldrig eller mindre en én gang om måneden. "Familie" omfatter kun familie, man ikke bor sammen med. "Kolleger/naboer" omfatter kontakt med kolleger eller studiekammerater i fritiden samt naboer eller beboere i lokalområdet.

### Generelt

Blandt borgerne i Region Sjælland er kontakt med venner og familie, man ikke bor sammen med, mere udbredt end kontakt med kolleger, studiekammerater, naboer og andre fra lokalområdet. Omkring hver tiende borger i Region Sjælland (63.400 borgere) er sjældnere end månedligt i kontakt med familiemedlemmer. Andelen, som sjældent er i kontakt med venner, er lidt større (11,7 pct., svarende til 80.700 borgere), og andelen er størst, når det drejer sig om sjældnen kontakt i fritiden med kolleger/studiekammerater, naboer og andre fra lokalområdet (24,5 pct., svarende til 168.000 borgere).

Fra 2010 til 2017 er andelen af borgere med sjældnen kontakt til henholdsvis familie, venner og kolleger/naboer blevet 50 pct. større.

### Køn og alder

Mænd har i højere grad end kvinder sjældnen kontakt med familie, mens der ikke er nogen kønsforskel i kontakt med venner og naboer og kolleger i fritiden. Andelen af både kvinder og mænd, som sjældent har kontakt til naboer og kolleger i fritiden, er steget omkring 8 procentpoint fra 2010 til 2017. Fra 2013 til 2017 var stigningen størst blandt mænd.

Det er mere almindeligt blandt de 16-24-årige end andre aldersgrupper at have sjældnen kontakt med familie, som man ikke bor sammen med, mens en større andel af borgerne over 80 år sjældent har kontakt med venner. I den ældste aldersgruppe over 80 år er 21 pct. sjældent i kontakt med venner mod kun 5,5 pct. af de 16-24-årige.

Siden 2013 er andelen af borgere med sjældnen kontakt med venner især blevet større blandt borgerne over 80 år. (data ikke vist).

Der er ikke en klar alderstendens i borgernes kontakt med kolleger, studiekammerater, naboer eller andre fra lokalområdet. Dog er sjældnen kontakt med kolleger og naboer m.m. mindst udbredt blandt borgere i aldersgrupperne 16-24 år og 65-79 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af borgere, som sjældent er i kontakt med henholdsvis familie, venner og kolleger/naboer, er større blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse end blandt borgere med længere uddannelse. Siden 2013 er andelen med sjældnen kontakt til venner steget mest blandt de grundskoleuddannede, mens andelen med sjældnen kontakt til kolleger og naboer i fritiden er steget mest blandt borgere med lang videregående uddannelse (data ikke vist).

Kontakten med familie, venner og kolleger/naboer hænger også sammen med borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Borgere i beskæftigelse har oftere kontakt med familie end især førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive. Sjældnen kontakt med venner er mest udbredt blandt førtidspensionister, øvrige ikke-erhvervsaktive og alderspensionister. Hvad angår kontakt med kolleger, naboer og andre, man kender fra lokalområdet, har alderspensionisterne derimod oftest kontakt.

### Samlevsstatus og børn

Sjældnen kontakt med familie, man ikke bor sammen med, er mere udbredt blandt borgere, der ikke er samlevende, det vil sige, at dem, der bor sammen med en partner også i højere grad er sammen med familie, de ikke bor sammen med. Samlevsstatus hænger derimod ikke sammen med kontakt med venner og kolleger/naboer. Borgere med børn under 16 år i hjemmet har oftere kontakt med venner end borgere, som ikke har børn i hjemmet, mens der ikke er forskel i kontakten til familie og kolleger/naboer.

### Etnisk baggrund

Der er en markant sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og kontakt med familie. Andelen af borgere med sjældnen kontakt med familie er dobbelt så stor blandt borgere uden dansk baggrund (vestlig såvel som ikke-vestlig), end tilfældet er blandt borgere med dansk baggrund. Den etniske baggrund hænger også sammen med borgernes kontakt med venner og kolleger/naboer, men i mindre grad.

**Tabel 5.1.4 Borgere med sjælden kontakt med familie, venner og kolleger/naboer, opgjort på kommuner**

	Sjælden kontakt med familie		Sjælden kontakt med venner		Sjælden kontakt med kolleger		Personer
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer	
Region Sjælland	9,2	63.400	11,7	80.700	24,5	168.000	
Guldborgsund	9,7	5.100	12,1	6.300	26,1	13.700	
Kalundborg	10,4	4.300	12,5	5.100	23,6	9.600	
Lolland	11,9	4.300	14,5	5.300	25,2	9.000	
Odsherred	9,9	2.800	12,8	3.700	23,6	6.800	
Slagelse	9,2	6.200	13,7	9.100	27,0	18.100	
Vordingborg	10,1	4.000	11,2	4.400	25,6	9.800	
Faxe	9,7	2.900	12,4	3.600	22,7	6.700	
Holbæk	10,1	5.800	12,7	7.300	24,5	14.100	
Næstved	8,6	5.800	11,5	7.800	24,7	16.900	
Ringsted	8,9	2.400	12,5	3.300	25,0	6.700	
Sorø	9,4	2.300	13,5	3.300	26,1	6.300	
Stevns	7,0	1.300	11,0	2.000	20,7	3.800	
Greve	7,9	3.200	10,2	4.200	25,7	10.600	
Køge	7,9	3.700	11,7	5.500	23,4	11.000	
Lejre	8,5	1.800	11,1	2.400	21,3	4.500	
Roskilde	8,7	6.200	8,0	5.700	22,6	16.100	
Solrød	7,6	1.400	9,3	1.700	24,0	4.300	

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

Note: "Sjælden" er defineret som aldrig eller mindre end én gang om måneden. "Familie" omfatter kun familie, man ikke bor sammen med. "Kolleger/naboer" omfatter kolleger eller studiekammerater i fritiden samt naboer eller beboere i lokalområdet.

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der sjældent er i kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, venner og kolleger eller naboer, varierer på tværs af regionens kommuner, men i næsten alle kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Enkelte kommuner skiller sig dog ud. Således har en større andel af borgere i Lolland Kommune sjældent kontakt til både familie og venner end gennemsnittet i Region Sjælland, mens borgerne i Stevns Kommune har den mindste andel af borgere, som sjældent har kontakt til henholdsvis familie og kolleger/naboer. Der er desuden et geografisk mønster, hvor de mindste andele af borgere med sjælden kontakt til familie findes i alle

kommunerne langs Sjællands østkyst. Borgerne i Roskilde og Solrød har den mindste andel af borgere med sjælden kontakt med venner.

Sammenlignet med 2013 er der i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med sjælden kontakt med kolleger/naboer er blevet større (data ikke vist). Stigningen har været størst i Vordingborg og Guldborgsund kommuner (otte til ni procentpoints stigning siden 2013) og i Sorø Kommune (6 procentpoint stigning siden 2013). Der ses også stigninger i andelen af borgere med sjælden kontakt til venner på kommuneniveau, men ikke så markant (data ikke vist).



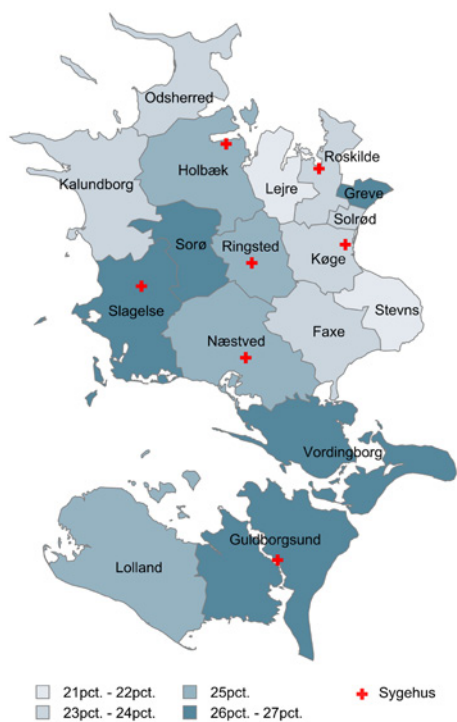
### Kort 5.1.5 Borgere med sjælden kontakt med familie



### Kort 5.1.6 Borgere med sjælden kontakt med venner



### Kort 5.1.7 Borgere med sjælden kontakt med kolleger/naboer



**Tabel 5.1.8 Sammenhæng mellem daglig eller næsten daglig kontakt via internettet og kontakt med familie og venner**

	Daglig eller næsten daglig kontakt med personer, man kender	
	Pct. fra internettet	Personer
Region Sjælland 2017	7,8	53.200
<b>Kontakt med familie</b>		
Dagligt/næsten dagligt	9,9	21.500
Ugentligt	6,5	18.900
Månedligt	6,4	7.400
Mindre end én gang om måneden	8,1	4.100
Aldrig	9,9	1.200
<b>Kontakt med venner</b>		
Dagligt/næsten dagligt	14,6	24.900
Ugentligt	6,6	18.700
Månedligt	4,2	6.400
Mindre end én gang om måneden	3,5	2.200
Aldrig	5,2	1.000

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

Note: Kontakt med familie omfatter kun familie, man ikke bor sammen med.

Daglig eller næsten daglig kontakt med personer, man mest kender fra internettet, er mest udbredt blandt borgere, som også er i daglig/næsten daglig kontakt med familie og venner. Der ser således ud til at være en borgergruppe, som både har hyppig direkte kontakt med venner/familie og er socialt aktive på internettet. Blandt de øvrige borgere er der en tendens til, at internetkontakt er lidt hyppigere hos dem, som har meget sjælden kontakt til familie og venner end blandt dem, hvor kontakten er hyppigere.

## 5.2 Borgere, som er uønsket alene eller mangler nogen at tale med

Der er flere måder at måle kvaliteten af de sociale relationer på. Målinger kan f.eks. dreje sig om, hvorvidt borgeren er alene uden at ønske at være det, mens andre metoder fokuserer på måling af ensomhed – det at *føle* sig ensom (20). I en undersøgelse blandt danske ældre har det vist sig, at de to metoder ikke nødvendigvis giver samme resultater (26), og de opgøres derfor hver for sig her i sundhedsprofilen. Dette afsnit sætter fokus på det første aspekt, nemlig hvor ofte borgerne er alene, selv om de mest har lyst til at være sammen med andre. Derudover belyses et andet aspekt af de sociale relationer, nemlig om man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. I næste afsnit (afsnit 5.3) er der fokus på følelsen af ensomhed, som er baseret på nye spørgsmål tilføjet til spørgeskemaet i 2017.

Spørgsmålet om, hvor ofte borgeren er uønsket alene, har svarmulighederne: ”Ja, ofte”, ”ja, en gang imellem”, ”ja, men sjældent” eller ”nej”. Betegnelsen ”ofte uønsket alene” i dette afsnit henviser udelukkende til de borgere, der har svaret ”ja, ofte”. På spørgsmålet om borgerne har nogen at tale med, hvis der er problemer, er svarmulighederne: ”Ja, altid”, ”ja, for det meste”, ”ja, nogen gange” eller ”nej, aldrig eller næsten aldrig”. Når der i dette afsnit henvises til borgere, som ikke har nogen at tale med, når der er problemer, er der udelukkende tale om svarmuligheden ”nej, aldrig eller næsten aldrig”.








































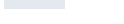



















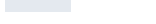


Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er i 2017 mest udbredt blandt:




- De 16-34-årige
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Borgere under uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner eller børn
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Andelen af borgere, der mangler nogen at snakke med, er i 2017 mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under uddannelse
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-dansk baggrund

**Tabel 5.2.1 Borgere, der ofte er uønsket alene eller ingen har at tale med, når der er problemer**

	Pct. Ofte uønsket alene	Personer	Har ingen at tale med, Pct. når der er problemer	Personer
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
<b>Køn</b>				
Mand	6,2 	20.600	6,6 	22.100
Kvinde	7,2 	25.200	4,2 	14.700
<b>Alder</b>				
16-24 år	11,1 	9.000	6,1 	5.000
25-34 år	8,6 	6.000	5,8 	4.000
35-44 år	4,3 	4.300	4,2 	4.200
45-54 år	6,2 	8.000	5,6 	7.200
55-64 år	6,5 	7.600	5,8 	6.700
65-79 år	5,1 	7.700	4,8 	7.200
80+	8,3 	3.300	5,9 	2.400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	9,9 	5.600	7,0 	3.900
Grundskole	11,2 	11.000	7,0 	6.900
Kort uddannelse	5,9 	17.000	4,6 	13.400
Kort videregående	4,2 	2.600	4,8 	3.000
Mellemlang videregående	4,7 	6.100	4,0 	5.200
Lang videregående	3,0 	1.500	3,9 	1.900
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	3,9 	12.700	4,4 	14.400
Arbejdsløse	13,1 	2.100	9,4 	1.500
Førtidspensionister	18,6 	5.500	7,9 	2.400
Efterlønsmodtagere	5,7 	800	5,1 	700
Alderspensionister	5,7 	11.000	5,0 	9.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,1 	6.900	8,9 	3.400
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	2,8 	12.400	4,2 	18.200
Ikke samlevende	13,3 	33.500	7,4 	18.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	4,2 	8.900	4,7 	9.800
Bor ikke med børn	7,7 	36.800	5,8 	27.600
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	6,2 	39.100	4,8 	30.300
Anden vestlig baggrund	9,2 	2.200	11,1 	2.700
Ikke-vestlig baggrund	13,4 	4.500	11,3 	3.800

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

Note: "Ingen at tale med" omfatter borgere, som aldrig eller sjældent har nogen at tale med, når de har problemer.

## Generelt

I alt 6,7 pct. af borgerne i Region Sjælland er ofte alene, selv om de har mest lyst til at være sammen med andre. Andelen af borgere, som ofte er uønsket alene, er lidt større end i 2013, hvor den var på 6,0 pct. Andelen af borgere, som sjældent eller aldrig har nogen at snakke med, hvis der er problemer, eller hvis de har behov for støtte, var lidt større i 2010 end i 2013, men er forblevet på omtrent samme niveau i 2017 (5,4 pct.).

## Køn og alder

Mænd mangler i højere grad end kvinder nogen at tale med, når der er problemer, mens der ikke er nogen forskel mellem kønnene i forhold til, hvor ofte mænd og kvinder føler sig uønsket alene.

Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er størst blandt de unge. Blandt borgere under 35 år er omkring hver tiende ofte uønsket alene. Siden 2010 er andelen blandt borgere over 80 år faldet 5,5 procentpoint til 8,3 pct. i 2017 dvs. tæt på gennemsnitsniveauet i regionen. Faldet er primært sket fra 2010 til 2013. Der er kun begrænset variation mellem aldersgrupperne, hvad angår andelen af borgere, der mangler nogen at tale med, når der er problemer. I 2013 var andelen dog højere blandt ældre end i andre aldersgrupper, særligt i aldersgruppen 65-79 år (data ikke vist), men disse aldersforskelle ses ikke i 2017.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Blandt borgere med højere uddannelsesniveau ses en sjældnere forekomst af borgere, der ofte er uønsket alene, og borgere som savner nogen at tale med. Den sociale ulighed mellem uddannelsesgrupper er mest markant for andelen, der ofte er uønsket alene. Blandt borgere udelukkende med en grundskoleuddannelse er andelen tre til fire gange større (11,2 pct.) end blandt borgere med en lang videregående uddannelse (3,0 pct.) og også markant større end for borgere med andre uddannelser ud over grundskoleniveau.

Blandt borgere under uddannelse er der en større andel end i regionen generelt, som ofte føler sig uønsket alene og savner nogen at tale med. Mange under uddannelse tilhører samtidig aldersgruppen af 16-24-årige, der også rummer en stor andel med disse problemer. Der kan derfor være sammenfald mellem disse to grupper.

Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er der en markant større andel af arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive, der ofte er uønsket alene og mangler nogen at tale med.

Forskellen er tydeligst i forhold til at føle sig uønsket alene. Andelen af førtidspensionister, der er uønsket alene, er fire til fem gange større (18,6 pct.) end blandt borgere, der er i beskæftigelse (3,9 pct.). Andelen af alderspensionister, som føler sig uønsket alene, er lavere end regionsgennemsnittet.

## Samlivsstatus og børn

I alt 13,3 pct. af aleneboende borgere er ofte uønsket alene, hvorimod andelen kun er 2,8 pct. af de samlevede borgere. Blandt borgere med børn under 16 år i hjemmet er der en mindre andel, som ofte er uønsket alene end blandt borgere, som ikke bor sammen med børn. Samme forskelle vedrørende samlivsstatus, om end mindre markant, ses også for andelen af borgere, der mangler nogen at tale med, når der er problemer.

## Etnisk baggrund

Forskellen er stor mellem forskellige etniske grupper, der ofte føler sig uønsket alene eller ingen har at tale med, når der er problemer. Generelt er dette mindre udbredt blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med ikke-dansk baggrund (særligt ikke-vestlig baggrund). Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er hyppigheden af begge udfordringer mere end dobbelt så stor som blandt borgere med dansk baggrund.

**Tabel 5.2.2 Borgere, der ofte er uønsket alene eller ingen har at tale med, når der er problemer, opgjort på kommuner**

	Pct. Ofte uønsket alene	Har ingen at tale med, når der			
		Personer	Pct. er problemer	Personer	
Region Sjælland	6,7	45.800	5,4	36.700	
Guldborgsund	7,1	3.700	6,2	3.300	
Kalundborg	7,1	2.900	6,0	2.500	
Lolland	8,8	3.200	6,9	2.500	
Odsherred	7,2	2.100	6,1	1.700	
Slagelse	8,7	5.800	6,4	4.300	
Vordingborg	6,4	2.500	6,0	2.300	
Faxe	7,1	2.100	4,9	1.400	
Holbæk	7,8	4.500	6,1	3.500	
Næstved	6,6	4.500	4,4	3.000	
Ringsted	6,1	1.600	5,2	1.400	
Sorø	4,9	1.200	4,6	1.100	
Stevns	5,0	900	4,4	800	
Greve	6,0	2.500	4,6	1.900	
Køge	6,0	2.800	4,9	2.300	
Lejre	3,8	800	3,4	700	
Roskilde	5,6	3.900	4,5	3.200	
Solrød	4,5	800	4,1	700	

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

Note: "Ingen at tale med" omfatter borgere, som aldrig eller sjældent har nogen at tale med, når de har problemer.

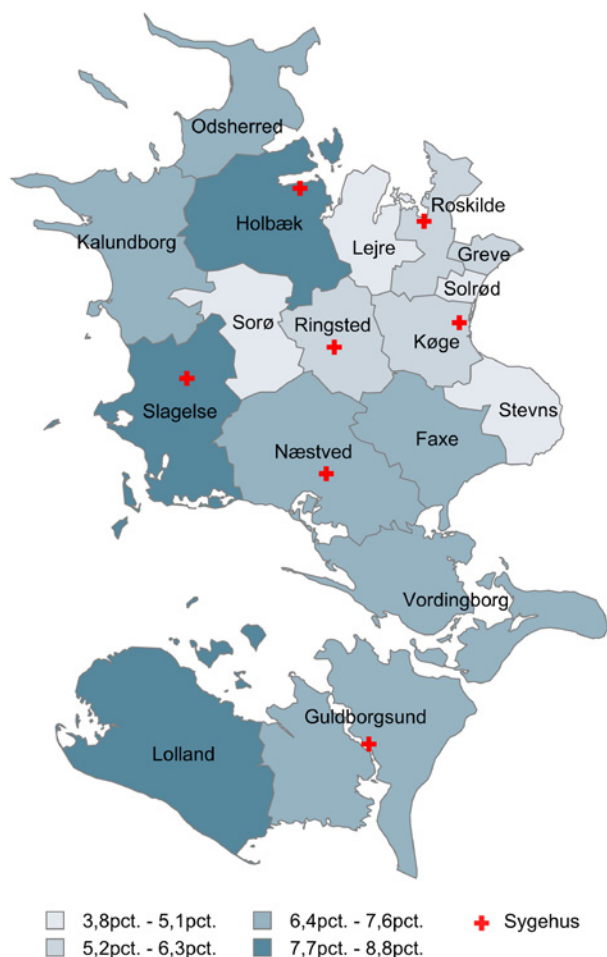
### Kommunevariation

På tværs af regionens kommuner er der stor variation i, hvor stor en andel af borgerne, der ofte er uønsket alene. Spændet mellem kommunerne er 3,8 - 8,8 pct. for henholdsvis den mindste og den største andel af borgere med dette problem. Lolland Kommune har den største andel af borgere, som er uønsket alene. Kommunen er samtidig blandt de socioøkonomisk udfordrede kommuner i regionen.

De laveste andele findes i kommunerne Lejre, Solrød, Sorø og Stevns. Andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, er desuden lavest i et område omkring Midtsjælland og i nærheden af hovedstadsområdet. Omvendt har de sydligste og vestligste kommuner

i regionen den højeste andel af borgere, som ofte er uønsket alene. I Faxe Kommune er andelen af borgere, der ofte er uønsket alene, steget 3,5 procentpoint siden 2013 til 7,1 pct. i 2017. Dette svarer til næsten en fordobling i andelen på fire år (data ikke vist). Samme tendens ses i det kommunale billede for andelen af borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller behov for støtte. Variationen i forekomsten spænder her fra 3,4 til 6,9 pct., men kun en enkelt kommune (Lejre) adskiller sig signifikant fra regionsgennemsnittet. Et stort område i Midt- og Østsjælland samt i nærheden af hovedstadsområdet har en lav andel borgere, der sjældent eller aldrig har nogen at tale med.

Kort 5.2.3 Borgere, der ofte er uønsket alene



Kort 5.2.4 Borgere, der ikke har nogen at tale med, når der er problemer



## 5.3 Ensomhedsfølelse

Ensomhed defineres som en subjektiv, ubehagelig følelse, der opstår som følge af en oplevet forskel mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer (20) (27). Ensomhed forøger risikoen for forhøjet blodtryk og kolesteroltal, hjerte-kar-sygdomme, træthed, smerter, søvnforstyrrelse og depression (20). Fænomenet ensomhed er svært at måle, og udbredelsen er sandsynligvis undervurderet, fordi ordet er tabubelagt, og det kan derfor føles pinligt at bruge om sig selv (28). En dansk undersøgelse af ensomhed viser, at der er omkring 210.000 ensomme mennesker i Danmark fra 16 år og opefter (20).

Spørgeskemaet for Region Sjællands sundhedsprofil er i 2017 suppleret med "The Three-Item Loneliness Scale" (T-ILS) for mere specifikt at kunne beskrive den subjektive følelse af ensomhed. T-ILS er udviklet af University of California (UCLA) og er internationalt anerkendt og valideret og tidligere anvendt i dansk sammenhæng som et mål for udbredelsen af ensomhedsfølelse (20) (21). Den består af tre underspørgsmål, som ikke eksplicit bruger termen "ensomhed":

- 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?"

Svarmulighederne for hvert spørgsmål er: "Sjældent", "en gang imellem" eller "ofte", som scores fra 1 til 3, hvorefter summen af de tre scorer beregnes.


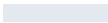










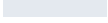













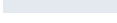


I denne undersøgelse betegnes borgere med en sum på mindst syv som ensomme. Den valgte grænse udpeger således borgere, som har tegn på et alvorligt problem med ensomhed (20).




Ensomhedsfølelse er i 2017 mest udbredt blandt:

- Kvinder
- De 16-34-årige
- Borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende en grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-dansk baggrund



Tabel 5.3.1 Borgere, der føler sig ensomme

	Pct. Føler sig ensom	Personer
Region Sjælland 2017	8,6 	58.800
<b>Køn</b>		
Mand	7,4 	24.800
Kvinde	9,6 	33.900
<b>Alder</b>		
16-24 år	14,9 	12.100
25-34 år	13,1 	9.100
35-44 år	7,9 	8.000
45-54 år	8,8 	11.400
55-64 år	7,6 	8.900
65-79 år	4,6 	6.900
80+	6,3 	2.400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	15,6 	8.700
Grundskole	11,4 	11.100
Kort uddannelse	7,1 	20.500
Kort videregående	6,6 	4.100
Mellemlang videregående	5,8 	7.600
Lang videregående	5,3 	2.700
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	5,1 	16.700
Arbejdsløse	16,9 	2.700
Førtidspensionister	22,9 	6.800
Efterlønsmodtagere	9,6 	1.300
Alderspensionister	4,9 	9.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25,1 	9.500
<b>Samlivsstatus</b>		
Samlevende	5,1 	22.300
Ikke samlevende	14,6 	36.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	7,6 	16.200
Bor ikke med børn	9,1 	43.400
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	7,9 	49.800
Anden vestlig baggrund	14,3 	3.400
Ikke-vestlig baggrund	16,3 	5.500

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

---

## Generelt

I Region Sjælland føler 8,6 procent af borgerne i 2017 sig ensomme, svarende til 58.800 borgere.

## Køn og alder

Flere kvinder end mænd føler sig ensomme. Ensomhedsfølelsen er to til tre gange mere udbredt blandt borgere under 35 år sammenlignet med borgere over 65 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af ensomme borgere falder støt med stigende uddannelsesniveau og er dobbelt så stor blandt borgere med udelukkende en grundskoleuddannelse, sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Blandt borgere under uddannelse er ensomheden udbredt. Det skal ses i lyset af, at denne gruppe har et stort overlap med aldersgruppen af 16-24-årige, hvor ensomhedsfølelse også er udbredt.

Udbredelsen af ensomhedsfølelse i befolkningen varierer meget med borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Følelsen af ensomhed er mindst udbredt blandt borgere i beskæftigelse og alderspensionister (5 pct.), og mest udbredt blandt arbejdsløse (16,9 pct.), førtidspensionister (22,9 pct.) og især blandt øvrige ikke-erhvervsaktive (25,1 pct.).

## Samlivsstatus og børn

Sammenlignet med samlevende borgere er der en større andel af de borgere, som ikke bor sammen med en partner, der føler sig ensomme. Forskellen i andele er næsten tre gange så stor blandt dem, der ikke bor sammen med en partner (14,6 pct.) mod de samlevende, der har en andel på 5,1 pct.

Blandt borgere med eller uden børn under 16 år i hjemmet er ensomhedsfølelsen næsten lige udbredt.

## Etnisk baggrund

Der er markant sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og følelsen af ensomhed. Blandt borgere med ikke-dansk baggrund er andelen af ensomme borgere omkring dobbelt så stor som blandt borgere med dansk baggrund.

**Tabel 5.3.2 Borgere, der føler sig ensomme, opgjort på kommuner**

	Pct. Føler sig ensom	Personer
Region Sjælland	8,6	58.800
Guldborgsund	8,3	4.400
Kalundborg	7,4	3.000
Lolland	10,4	3.800
Odsherred	8,9	2.600
Slagelse	11,3	7.600
Vordingborg	10,0	3.900
Faxe	7,3	2.200
Holbæk	9,3	5.400
Næstved	8,2	5.600
Ringsted	8,7	2.300
Sorø	7,8	1.900
Stevns	6,9	1.300
Greve	6,7	2.800
Køge	8,6	4.000
Lejre	6,0	1.300
Roskilde	8,2	5.900
Solrød	5,9	1.100

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der føler sig ensomme, varierer fra 5,9 til 11,3 pct. mellem kommunerne i regionen. Størstedelen af kommunerne afviger dog ikke meget fra regionsgennemsnittet (8,6 pct.). Andelen af ensomme er mindst i Solrød, Lejre og Greve kommuner, som er blandt de socioøkonomisk bedst stillede kommuner, mens andelen af ensomme er størst i Slagelse Kommune, som er blandt de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner. Geografisk findes de laveste forekomster af ensomhedsfølelse i det østlige Sjælland.

### Kort 5.3.3 Borgere, der føler sig ensomme



Tabel 5.3.4 Sammenhæng mellem social kontakt og følelse af ensomhed

	Pct. Føler sig ensom	Personer
Region Sjælland 2017	8,6	58.800
<b>Kontakt med familie</b>		
Mindre end en gang om måneden	18,7	11.800
Mindst en gang om måneden	7,5	46.900
<b>Kontakt med venner</b>		
Mindre end en gang om måneden	19,1	15.400
Mindst en gang om måneden	7,2	43.400
<b>Kontakt med kolleger</b>		
Mindre end en gang om måneden	10,2	39.900
Mindst en gang om måneden	6,6	19.400
<b>Kontakt med naboer</b>		
Mindre end en gang om måneden	13,2	33.800
Mindst en gang om måneden	5,9	25.200
<b>Kontakt med personer fra internet</b>		
Mindre end dagligt	8,2	51.600
Dagligt eller næsten dagligt	13,9	7.400

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

Note: Kontakt "mindre end en gang om måneden" omfatter også personer, som svarer: "Aldrig". Familie omfatter kun familie, man ikke bor sammen med. "Kontakt med kolleger" omfatter kontakt med kolleger og studiekammerater i fritiden. "Kontakt med naboer" omfatter naboer og beboere i lokalområdet.

Der er en sammenhæng mellem kontakt med familie, venner, kolleger og naboer og følelsen af ensomhed. Sammenhængen er stærkest, hvad angår kontakt til familie og venner. Blandt borgere med kontakt sjældnere end én gang om måneden med henholdsvis familie, de ikke bor sammen med, venner og med naboer, er andelen af ensomme borgere to til tre gange så stor som blandt borgere med kontakt mindst én gang om måneden.

Sammenhængen mellem følelse af ensomhed og kontakt med personer, man mest kender fra internettet, er omvendt: Blandt borgere, som har daglig kontakt med personer, de mest kender fra internettet, er ensomhedsfølelse mere udbredt end blandt de borgere, som sjældnere end dagligt har denne type kontakt.

## 5.4 Sammenhæng mellem sociale aktiviteter og svage sociale relationer

Sociale aktiviteter som samspisning, deltagelse i fritidsaktiviteter og frivilligt arbejde kan have væsentlig betydning for omfanget af social aktivitet og følelsen af ikke at være alene. Studier har blandt andet vist, at frivilligt arbejde kan føre til færre hospitalsindlæggelser og øge deltagelsen i forebyggende indsatser (29). Også samvær med kæledyr har vist sig at have social effekt (30).

Dette afsnit beskriver sammenhængen mellem henholdsvis sjældnen kontakt med familie og venner og ensomhedsfølelse og social deltagelse og aktiviteter i borgernes dagligliv.

Der er en positiv sammenhæng mellem det at have fælles aktiviteter med andre og det ikke at føle sig ensom. Ensomhedsfølelse er generelt mindre udbredt blandt borgere, som dyrker fritidsaktiviteter eller spiser sammen med andre mindst en gang om måneden end blandt borgere, der ikke gør. Blandt borgere, som ikke spiser sammen med andre månedligt, er andelen af ensomme borgere næsten tre gange større (22,9 pct.) end blandt borgere, som spiser sammen med andre mindst en gang om måneden (7,7 pct.). Det samme gælder, om end mindre tydeligt, for deltagelse i fritidsaktiviteter med andre og for deltagelse i frivilligt arbejde.

Der er ingen tydelig forskel på ensomhedsfølelsen blandt borgere med og uden dyr, uanset om der er tale om hunde og katte eller andre dyr.

**Tabel 5.4.1 Sammenhæng mellem sociale aktiviteter og følelse af ensomhed**

	Pct. Føler sig ensom	Personer
Region Sjælland 2017	8,6	58.800
<b>Spiser sammen med andre</b>		
Mindre end en gang om måneden	22,9	8.700
Mindst en gang om måneden	7,7	50.200
<b>Fritidsaktiviteter med andre</b>		
Mindre end en gang om måneden	13,7	31.100
Mindst en gang om måneden	6,0	27.700
<b>Deltager i frivilligt arbejde</b>		
Nej	9,4	46.000
Ja	6,1	12.000
<b>Har dyr</b>		
Nej	8,3	29.500
Ja, andre dyr	7,4	2.200
Ja, hund eller kat	8,9	26.700

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

Note: "Mindre end en gang om måneden" omfatter også personer, som svarer: "Aldrig". Borgere i kategorien "Ja, hund eller kat" kan også have andre dyr. "Ja, andre dyr" har ikke hund eller kat.

## 5.5 Sammenhæng mellem helbred, livstilfredshed, boligsituation og økonomi og svage sociale relationer

Individuelle forhold som økonomi, bolig, funktions- evne samt fysisk og mentalt helbred kan spille en rolle for ensomhedsfølelsen (1) (4) (31), og sociale relationer kan have betydning for sundhedsadfærd og patienters tilpasning til lægers råd om behandling (32). I dette afsnit vises sammenhængen mellem svage sociale relationer og helbred, livstilfredshed og forskellige strukturelle belastninger fra boligsituation eller økonomi.

Ensomhed er langt mere udbredt blandt borgere med dårligt selv vurderet helbred end blandt borgere med godt selv vurderet helbred og også mere udbredt blandt borgere med mindst én langvarig sygdom end borgere uden langvarige sygdomme, jf. tabel 5.5.1.

Forskellen er endnu mere markant med hensyn til højt stressniveau og tilfredshed med livet. Andelen af ensomme er otte gange større blandt borgere med højt stressniveau end blandt borgere uden højt stressniveau. Samme markante forskel ses mellem borgere, som er henholdsvis utilfredse eller tilfredse med livet. Næsten hver tredje borger, som er utilfreds med livet, føler sig ensom (29 pct.), mens det kun gælder 3,5 pct. af de borgere, der er tilfredse med livet. Andelen af borgere, der føler sig ensomme, er tre til fire gange så høj blandt borgere, der føler sig belastet af deres boligsituation (18,6 pct.) eller økonomi (15,2 pct.) som blandt dem, der ikke føler sig belastet af disse forhold (henholdsvis 5,5 pct. og 3,9 pct.).

Samme mønster som ved ensomhed gælder også for udbredelsen af sjælden kontakt med familie og venner i befolkningen, men sammenhængene er mindre markante.

**Tabel 5.5.1 Sammenhæng mellem helbred, livstilfredshed og belastninger vedr. boligsituation og økonomi og svage sociale relationer**

	Sjælden kontakt med		Føler sig ensom		Personer
	Pct. familie og venner	Personer	Pct.	Personer	
Region Sjælland 2017	2,9 ■	20.200	8,6 ■	58.800	
<b>Tilfredshed med livet</b>					
Utilfreds	6,4 ■	7.900	29,0 ■	35.800	
Tilfreds	2,1 ■	11.600	3,5 ■	19.500	
<b>Selv vurderet helbred</b>					
Dårligt	5,5 ■	7.000	20,5 ■	26.200	
Godt	2,3 ■	13.000	5,8 ■	32.500	
<b>Stress</b>					
Højt stressniveau	5,5 ■	9.800	24,0 ■	43.000	
Ikke højt stressniveau	2,0 ■	10.200	3,1 ■	15.900	
<b>Mindst én sygdom</b>					
Ja	3,2 ■	14.700	10,7 ■	48.500	
Nej	2,2 ■	5.100	4,8 ■	11.000	
<b>Belastet af sin boligsituation</b>					
Ja	4,7 ■	7.700	18,6 ■	29.900	
Nej	2,4 ■	12.600	5,5 ■	28.900	
<b>Belastet af sin økonomi</b>					
Ja	3,8 ■	10.700	15,2 ■	43.100	
Nej	2,4 ■	9.500	3,9 ■	15.700	

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

---

## 5.6 Sammenhæng mellem sundhedsadfærd og svage sociale relationer

Dårligt socialt netværk har dokumenteret betydning for sygelighed og dødelighed (2) (6) (13). I dette afsnit undersøges det, hvorvidt der også er sammenhæng mellem sundhedsadfærd og henholdsvis sjælden kontakt med familie og venner og følelsen af ensomhed, fordi sociale relationer kan være støttende for bedre sundhedsadfærd i form af både forekomst og håndtering af visse sygdomme (32) (33).

Der er en tendens til, at både kontakt til familie og venner og følelsen af ensomhed hænger sammen med sundhedsadfærd, jf. tabel 5.6.1. Andelen af borgere med sjælden kontakt til familie og venner er generelt større blandt borgere med et usundt kostmønster, som er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive eller er overvægtige, sammenlignet med borgere med mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd og vægt. De samme tendenser gælder andelen af de borgere, som føler sig ensomme.

Sammenhængen mellem sundhedsadfærd og svage sociale relationer ses dog ikke, hvad angår problematisk adfærd. Undtagelser ses også, idet sjælden kontakt med familie og venner ikke entydigt er mere udbredt blandt rygere end ikke rygere.

Kontakten til familie og venner er uafhængig af, om borgerne har taget euforiserende stoffer eller ej. Andelen af borgere, som har taget euforiserende stoffer i den seneste måned, adskiller sig ikke fra borgere, som ikke har taget stoffer. En større andel af borgere, der bruger euforiserende stoffer, føler sig alligevel ensomme. Hver femte borger, som tager stoffer, føler sig ensom, mens dette kun gælder omkring hver tolvte borger, som ikke tager stoffer. Tilsvarende føler en relativt stor andel (15,7 pct.) af de undervægtige borgere sig ensomme, selv om en relativt lille andel af dem (1,9 pct.) sjældent har kontakt med familie og venner.



Tabel 5.6.1 Sammenhæng mellem sundhedsadfærd og svage sociale relationer

	Sjælden kontakt med		Føler sig ensom	
	Pct. familie og venner	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	2,9 ■	20.200	8,6 ■	58.800
<b>Kostmønstre</b>				
Usundt kostmønster	5,1 ■	5.800	13,1 ■	15.000
Kostmønstre med sunde og usunde elementer	2,6 ■	11.800	7,8 ■	35.200
Sundt kostmønster	2,1 ■	2.500	6,7 ■	8.000
<b>Ryging</b>				
Daglig ryger	3,8 ■	4.700	11,8 ■	14.800
Lejlighedsvis ryger	2,5 ■	600	11,5 ■	2.900
Tidligere ryger	3,1 ■	6.700	7,2 ■	15.600
Aldrig ryger	2,5 ■	8.100	8,0 ■	25.500
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>				
Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv	4,6 ■	10.400	11,2 ■	25.300
Optimalt eller tilstrækkeligt fysisk aktiv	1,9 ■	8.600	6,9 ■	32.000
<b>Stillesiddende dagligt</b>				
Mere end otte timer	2,3 ■	8.300	9,6 ■	35.300
Højst otte timer	3,4 ■	10.800	7,0 ■	22.300
<b>Alkoholadfærd</b>				
Problematisk	3,5 ■	4.500	8,6 ■	11.100
Ikke problematisk	2,8 ■	15.500	8,5 ■	47.600
<b>Stoffer seneste måned</b>				
Har taget stoffer	2,8 ■	400	20,9 ■	3.000
Har ikke taget stoffer	2,9 ■	19.200	8,1 ■	54.800
<b>BMI</b>				
Undervægt	1,9 ■	300	15,7 ■	2.600
Normal vægt	2,4 ■	7.000	8,0 ■	23.000
Moderat overvægt	2,9 ■	7.000	6,7 ■	16.200
Svær overvægt	4,0 ■	5.600	11,8 ■	16.700

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

Note: Stoffer inkluderer hash og andre euforiserende stoffer. Blandt borgere, der har taget stoffer, udgør hashbrugere 88 pct. af alle (se kapitel 9). Samme BMI-kategorisering anvendes på hele befolkningen uanset alder (se kapitel 7).

## 5.7 Transportmæssige begrænsninger for deltagelse i aktiviteter

Strukturelle, lokale og regionale forhold har betydning for muligheden for at opdyrke, få og vedligeholde kontakt til andre mennesker. Det drejer sig blandt andet om borgernes mulighed for at komme ud af hjemmet og deltage i sociale aktiviteter og muligheden for at bruge sundhedsvæsenets forebyggende tilbud og behandling. I den regionale sundhedsindsats og indsatsen mod ensomhed er det derfor vigtigt at være opmærksom på borgernes adgang til transportmuligheder.

For at belyse, om transportproblemer er en hindring for deltagelse i aktiviteter, er borgerne blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har undladt en række gøremål eller aktiviteter på grund af problemer med transport. Der er spurgt specifikt til fire udvalgte aktiviteter: Besøg hos familie eller venner, deltagelse i kulturelle arrangementer, brug af sundhedsvæsenets tilbud og endelig motionsaktiviteter. Svarmulighederne for hver aktivitet var ”ja” eller ”nej”.

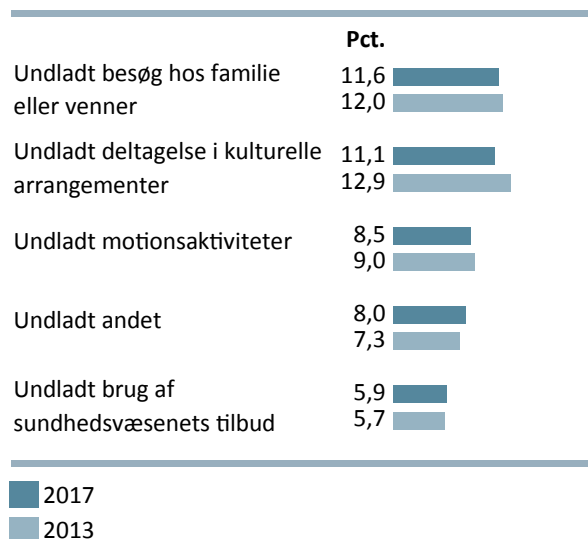
Transportmæssige begrænsninger er i 2017 mest udbredt blandt:

- Kvinder
- Unge under 35 år og ældre over 80 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2013 er andelen af borgere, der oplever transportmæssige begrænsninger, især blevet mindre blandt:





































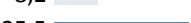
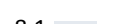





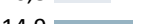



- Borgere under 25 år (kun vedrørende kulturelle arrangementer)
- Borgere over 80 år (data ikke vist)


**Tabel 5.7.1 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har undladt at deltage i aktiviteter på grund af problemer med transport**




En del af borgerne i Region Sjælland har undladt at deltage i forskellige aktiviteter på grund af transportproblemer i løbet af det seneste år, jf. tabel 5.7.1. Blandt de aktiviteter, som borgerne er blevet spurgt om, er der flest, der har haft transportproblemer i forbindelse med besøg hos familie og venner (11,6 pct.) og kulturelle arrangementer (11,1 pct.). Omkring halvt så mange (5,9 pct.) har undladt at bruge sundhedsvæsenets tilbud på grund af problemer med transporten. Der er kun mindre ændringer i andelen fra 2013 til 2017, og der er ikke en overordnet tendens i udviklingen.

**Tabel 5.7.2 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har undladt at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle arrangementer på grund af problemer med transport**

	Undladt besøg hos		Undladt deltagelse i	
	Pct. familie eller venner	Personer	Pct. arrangementer	Personer
Region Sjælland 2017	11,6 	79.600	11,1 	76.400
Region Sjælland 2013	12,0 	79.500	12,9 	85.700
<b>Køn</b>				
Mand	10,3 	34.500	10,2 	34.300
Kvinde	12,8 	45.100	12,0 	42.100
<b>Alder</b>				
16-24 år	21,7 	17.800	16,7 	13.800
25-34 år	19,6 	13.800	15,2 	10.700
35-44 år	10,7 	10.800	10,8 	11.000
45-54 år	9,9 	12.900	10,1 	13.300
55-64 år	7,8 	9.100	8,4 	9.800
65-79 år	6,9 	10.300	8,2 	12.200
80+	13,5 	4.900	16,4 	5.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	22,0 	12.400	18,6 	10.600
Grundskole	15,7 	15.100	12,2 	11.500
Kort uddannelse	8,2 	23.700	8,9 	25.600
Kort videregående	9,0 	5.600	9,7 	6.100
Mellemlang videregående	8,5 	11.200	9,0 	11.900
Lang videregående	8,4 	4.200	10,3 	5.200
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	7,7 	25.800	8,0 	26.700
Arbejdsløse	25,3 	4.200	18,4 	3.100
Førtidspensionister	23,6 	6.900	22,4 	6.600
Efterlønsmodtagere	3,8 	500	4,4 	600
Alderspensionister	8,2 	15.300	9,8 	17.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	25,5 	9.800	20,5 	7.900
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	8,1 	35.800	8,0 	35.300
Ikke samlevende	17,7 	43.800	16,7 	41.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	11,2 	23.800	10,9 	23.300
Bor ikke med børn	11,9 	56.200	11,3 	53.500
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	10,8 	68.200	10,6 	66.500
Anden vestlig baggrund	14,9 	3.600	12,8 	3.100
Ikke-vestlig baggrund	23,1 	7.700	20,6 	6.800

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

## Generelt

I Region Sjælland har 11,6 procent af borgerne i 2017 undladt at besøge familie og venner på grund af transportproblemer i løbet af det seneste år, svarende til 79.600 borgere, jf. tabel 5.7.2. En tilsvarende andel (11,1 pct.) har undladt at deltage i kulturelle arrangementer pga. transportproblemer (76.400 borgere). Andelen af borgere med transportproblemer i disse to situationer er omtrent den samme som i 2013.

## Køn og alder

En lidt større andel af kvinder end mænd har transportproblemer i forbindelse med besøg hos familie og venner og deltagelse i kulturelle arrangementer. Også en større andel af de yngre aldersgrupper undlader at deltage i disse aktiviteter pga. transportproblemer end de ældre borgere. Omkring hver femte borger under 35 år har f.eks. undladt at besøge familie og venner på grund af transportproblemer, mens det samme kun gælder omkring hver tiende borger i de øvrige aldersgrupper. Blandt borgere over 80 år er andelen med transportproblemer dog mere udbredt end i de andre aldersgrupper over 35 år. Blandt dem over 80 år er transportproblemer blevet mindre udbredt siden 2013. Her er andelen med transportproblemer i forbindelse med besøg hos venner og familie faldet med omtrent en tredjedel og i forbindelse med kulturelle arrangementer næsten halveret (data ikke vist). Transportproblemer i forbindelse med kulturelle arrangementer er også blevet mindre udbredt blandt de 16-24-årige (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af borgere, som har undladt besøg hos familie og venner, er større blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse (15,7 pct.) end blandt borgere med længere uddannelse (8,2-9,0 pct.). Længden af uddannelse ud over grundskoleniveau har ikke relation til andelen med transportproblemer. Der er ikke samme tydelige sammenhæng mellem uddannelsesniveau og transportproblemer i forbindelse med deltagelse i kulturelle arrangementer.

Omkring hver femte borger under uddannelse har undladt at deltage i aktiviteter med familie og venner eller kulturelle arrangementer på grund af transportproblemer. Disse tendenser skal ses i lyset af, at borgere under uddannelse har et stort overlap med aldersgruppen af 16-24-årige, hvor andelen er omtrent de samme.

Blandt førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive har omkring hver fjerde borger undladt at besøge familie og venner på grund af transportproblemer. Blandt borgere i beskæftigelse eller på efterløn og alderspensionister gælder dette kun mellem fire og otte pct. Samme mønster ses ved transportproblemer i forbindelse med kulturelle arrangementer.

## Samlivsstatus og børn

Blandt borgere uden en samboende partner er der en dobbelt så stor andel, som har undladt at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle arrangementer pga. transportproblemer, sammenlignet med borgere med en samboende partner.

Der ses ingen sammenhæng mellem det at bo sammen med børn under 16 år og det at undlade enten at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle arrangementer pga. transportproblemer.

## Etnisk baggrund

Borgerne med ikke-vestlig baggrund undlader i højere grad besøg hos familie og venner og kulturelle arrangementer pga. transportproblemer, end tilfældet er blandt borgere med anden vestlig eller dansk baggrund.

**Tabel 5.7.3 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har undladt at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle arrangementer på grund af problemer med transport, opgjort på kommuner**

	Undladt besøg hos familie		Undladt deltagelse i kulturelle		
	Pct. eller venner	Personer	Pct. arrangementer	Personer	Personer
Region Sjælland	11,6	79.600	11,1		76.400
Guldborgsund	12,5	6.400	11,5		6.000
Kalundborg	10,4	4.300	9,5		3.900
Lolland	12,1	4.400	12,0		4.300
Odsherred	14,8	4.200	14,1		4.000
Slagelse	13,7	9.200	12,1		8.100
Vordingborg	12,0	4.700	11,3		4.400
Faxe	11,4	3.300	10,8		3.100
Holbæk	11,7	6.700	11,5		6.600
Næstved	11,1	7.500	10,2		6.900
Ringsted	12,6	3.400	12,8		3.400
Sorø	12,2	2.900	12,6		3.100
Stevns	12,1	2.200	13,4		2.500
Greve	8,1	3.400	8,2		3.400
Køge	9,9	4.700	10,0		4.700
Lejre	8,6	1.800	9,7		2.000
Roskilde	12,1	8.600	11,8		8.400
Solrød	10,1	1.800	8,7		1.600

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

### Kommunevariation

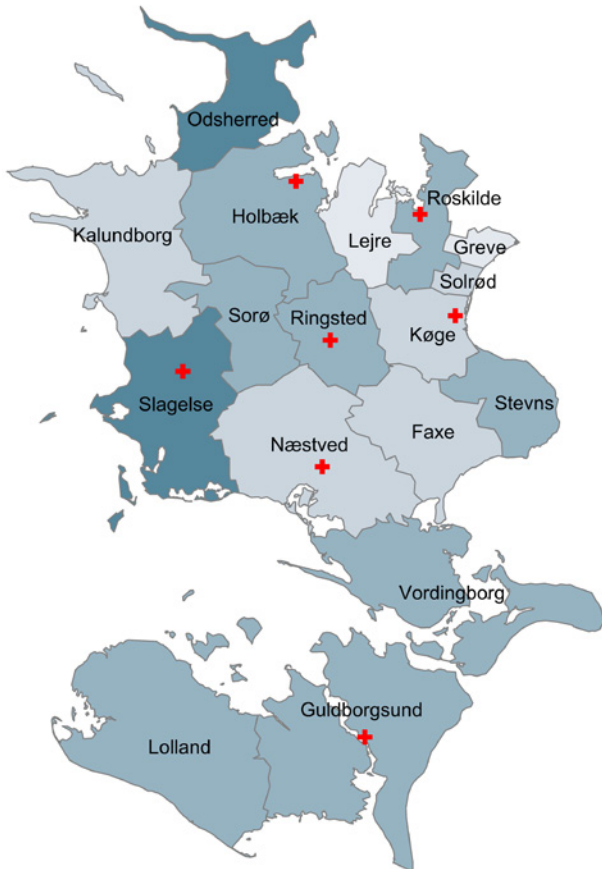
Andelen af borgere med transportproblemer varierer på tværs af kommuner i Region Sjælland. Der er et udsving på 8 til 14-15 pct. mellem kommunerne med hensyn til den andelen af borgere, der har undladt besøg hos familie og venner og den andel, der har undladt at deltage i kulturelle arrangementer pga. problemer med transporten. Størstedelen af kommunerne afviger dog ikke meget fra regionsgennemsnittet.

Der er en tendens til, at bedre stillede kommuner har en mindre andel af borgere, der har undladt at besøge familie og venner eller at deltage i kulturelle arrange-

menter pga. problemer med transporten, end tilfældet er i de øvrige kommuner. Der er ikke et entydigt geografisk mønster i forekomsten af transportproblemer i regionen, men mønsteret for problemer i forbindelse med besøg hos familie og deltagelse i kulturelle arrangementer er meget ens.

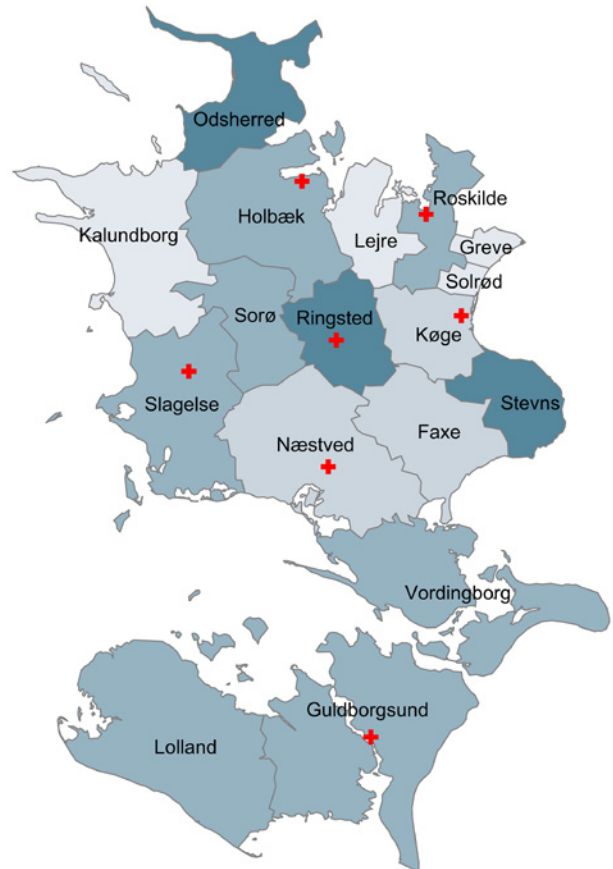
Siden 2013 har andelen af borgere, der oplever transportproblemer i forbindelse med besøg hos venner og familie eller kulturelle arrangementer, stort set ikke ændret sig de enkelte kommuner.

**Kort 5.7.4 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har undladt besøg hos familie og venner på grund af problemer med transport**



8,1pct. - 9,8pct.   
  11,6pct. - 13,1pct.   
 + Sygehus  
 9,9pct. - 11,5pct.   
  13,2pct. - 14,8pct.

**Kort 5.7.5 Borgere, der inden for de seneste 12 måneder har undladt at deltage i kulturelle arrangementer på grund af problemer med transport**



8,2pct. - 9,7pct.   
  11,3pct. - 12,6pct.   
 + Sygehus  
 9,8pct. - 11,2pct.   
  12,7pct. - 14,1pct.

## 5.8 Initiativ fra Lolland og Guldborgsund kommuner

### Det gode måltid – når mad & mennesker mødes

Lolland Kommune er en af de kommuner i regionen, hvis borgere er mest udfordrede i forhold til deres sociale relationer. Lolland Kommune har i 2017 den største andel af borgere med sjælden kontakt med familie (11,9 pct.) og venner (14,5 pct.), og den største andel af borgere, som ofte er uønsket alene (8,8 pct.). Kommunens borgere ligger også højt med hensyn til andelen af ensomme borgere (10,4 pct.). Siden 2013 er situationen i Lolland blevet lidt værre vedrørende sociale relationer, men udviklingen har dog været forholdsmæssigt værre i mange andre kommuner i regionen.

Lolland Kommune har i samarbejde med Guldborgsund Kommune og Dansk Folkehjælp etableret et tilbud, hvor mennesker, der modtager hjemmehjælp, kan mødes omkring madlavning og måltider og på den måde opnå bedre sociale relationer.

#### Det gode måltid

Efter smilet er mad måske den korteste vej imellem to mennesker, og intet er mere forstemmende end ”det ensomme måltid”. Det gode måltid kan derimod være en blanding af god mad og gode sociale rammer.

Projekt *Det gode måltid – når mad & mennesker mødes* er finansieret under Sundhedsstyrelsens Projektpulje ”Styrket indsats mod ensomhed blandt ældre mennesker, der modtager meget hjemmehjælp”.

Visionen bag projektet er, at der findes aktive frivillige, som har interesse i at skabe relationer imellem enlige, ensomme, ældre borgere. Dels ved direkte at levere, dels ved at medvirke til aktiviteter målrettet *Det gode måltid* til ældre og ensomme medborgere. Projektet foregår i et samarbejde mellem den kommunale hjemmepleje og Fælleskøkkenet, Dansk Folkehjælp samt den lokale uddannelsesinstitution inden for køkken/catering m.v. (CELF) og Sakskøbing Madskole.

Dansk Folkehjælp er en landsdækkende organisation, som har oprettet *SeniorNET*, der indgår som partner i dette projekt. *SeniorNET* har til formål at give ensomme ældre mulighed for at møde andre ældre og frivillige i deres lokalområde.

#### Indhold og aktiviteter

Nogle ældre mennesker kan føle sig ensomme, også selv om de måske ofte har besøg af en hjemmehjælper. Hjemmeplejen, der kommer ud til borgeren, har en unik mulighed for at støtte dem, der oplever ensomhed. Derfor oplæres hjemmeplejens personale i at opdage ensomme ældre borgere, samt i at motivere hjemmehjælpsmodtagere til at møde andre mennesker.

Samtidig hverves frivillige til indsatsen, og de uddannes i rammerne for det gode måltid, som består i at lære om samtaleteknik, borddækning, smag og konsistens.

Selve indsatsen er et godt måltid, hvor immobile ældre borgere lægger hus til, mens andre, og mere mobile, men måske ensomme ældre borgere, deltager som gæster.

To frivillige hjemmekokke tilbereder og sørger for rammerne for det gode måltid.

Projektet evalueres sammen med de 12 andre kommuners projekter i puljen af Rambøll og forskere fra Aalborg Universitet. Målet ved projekternes afslutning er at nedbringe ensomheden blandt ældre mennesker, der modtager meget hjemmehjælp, og at få indsamlet viden og dokumentation til at kvalificere fremtidige indsatser.



Fælles madlavning. Fotograf: Gitte Piil Eriksen

Frivillige hjemmekokke fortæller, at de har meldt sig for at udvide deres egen venskabskreds.

*Vi fik en god snak. Han havde levet et helt almindeligt liv, men så skete der nogle ting i hans liv, som gjorde, at han nu er ensom. Vi fandt ud af, at vi havde mange ting til fælles, fortalte en af de frivillige efter sit første besøg.*

Læs mere om projektet her: <https://www.folkehjaelp.dk/det-goer-vi/frivilligt-socialt-arbejde/naar-mad-og-mennesker-moedes/>

Yderligere information om initiativet, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Gitte Piil Petersen, [gieri@lolland.dk](mailto:gieri@lolland.dk).



## 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. **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.
3. **Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB, et al.** Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010, 7 (7).
4. **Lund R.** Sociale relationer og helbred. *Medicinsk Sociologi 2. udg.* (Red.): Lund R, Christensen U, Iversen L. København: Munksgaard. 2011, 63-84.
5. **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.
6. **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.
7. **Pinquant M, Duberstein PR.** Associations of social networks with cancer mortality: A meta-analysis. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2010, 75 (2), 122–37.
8. **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.
9. **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.
10. **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.
11. **Dalton SO, Schüz J, Engholm G, et al.** Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer.* 2008, 44 (14), 2074–85.
12. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013.*
13. **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.
14. **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.
15. **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.
16. **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.
17. **Hedelund M, Nikolajsen A, Swane CE.** *Ensom midt i livet – livshistorier, erfaringer, mønstre.* København: EGV og Maryfonden. 2014.
18. **Siren A, Knudsen SG.** *Ældre og digitalisering. Holdninger og erfaringer blandt ældre.* SFI, København: SFI. 2014. SFI rapport 14:22.
19. **Danmarks Statistik.** *Rekordstort antal enlige voksne.* Danmarks Statistik. 2015, 82. Nyt fra Danmarks Statistik.
20. **Lasgaard M, og Friis K.** *Ensomhed i befolkningen – forekomst og metodiske overvejelser. Temaanalyser, Vol. 3, Hvordan har du det? Aarhus:CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling.* 2015.
21. **Hughes ME, Waite LJ, Hawkey 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.
22. **Lasgaard M, Friis K, Shevlin M.** Where are all the lonely people? A population-based study of high-risk groups across the life span. *Soc. Psychiatr Epidemiol.* 2016, 51, 1373-84.

- 
23. **Iacovu, M.** *Leaving Home: Independence, togetherness and income in Europe*. New York: UN Population Division Expert Paper, 2011, 10.
24. **Ældre Sagen.** *Fremtidsstudiet: Alder ingen hindring*. Ældre Sagen. 2017.
25. **Danmarks Statistik.** *It-anvendelse i befolkningen*. 2015.
26. **Lauritzen HH, Brünner RN, Thomsen P, et al.** *Ældres ressourcer og behov. Status og udvikling på baggrund af ældredatabasen*. København: SFI – Det Nationale Forskningscenter for Velfærd. 2012.
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. **Nikolajsen A, Hedelund M og Swane CE.** *"Palle alene i verden" – et kvalitativt studie af voksnes ensomhed midt i livet*. København: Ensomme Gamles Værn. 2014.
29. **Kim ES and Konrath SH.** Volunteering is prospectively associated with health care use among older adults. *Social Science & Medicine*. 2016, 149, 122-29.
30. **Hansen TGB og Thodberg K.** Aktuelle perspektiver på menneskers forhold til dyr – en dansk introduktion. *Psyke & Logos*. 2016, 35 (2), 17-34.
31. **Nielsen EB, og Platz M.** *Portrætter af gamle ensomme – gør boligen en forskel*. Hellerup: Videnscenter på Ældreområdet. 2006.
32. **DiMatteo MR.** Social Support and Patient Adherence to Medical Treatment: A Meta-Analysis. *Heal Psychol*. 2004, 23 (2), 207–18.
33. **Heaney CA and 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.

# Kapitel 6

## Kost

6.1 Borgernes kostmønster

6.2 Slik, snacks, kager og sodavand

6.3 Frugt, grønt og fisk

6.4 Motivation og hjælp til ændring af kostmønster

6.5 Helbred, sociale relationer og øvrig sundheds-  
adfærd blandt borgere med forskellige kostmønstre

6.6 Holdninger til salg af usund mad og drikkevarer



# Kost

- Borgerne i Region Sjælland spiser mere usundt i 2017 end i 2013
- Langt størstedelen af borgerne efterlever ikke kostanbefalingerne vedrørende frugt, grønt og fisk
- Halvdelen af borgerne ønsker at spise sundere, og hver femte ønsker at få hjælp til det
- Der er fortsat stor opbakning i befolkningen til forbud mod salg af usunde fødevarer – især på skoler og i skolefritidsordninger
- Borgere med ikke-vestlig baggrund har generelt et sundere kostmønster end borgere med dansk baggrund

Kostens sammensætning har betydning for udviklingen af en række livsstilssygdomme (1). Nogle kostelementer – blandt andet frugt, grønt, fuldkorn, fisk og magre mælkeprodukter – reducerer sygdomsrisikoen, mens andre kostelementer som sukker, salt, mættet fedt og rødt kød øger risikoen (1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8). De enkelte kostelementer har dog forskellig effekt på risikoen for forskellige sygdomme. Højere indtag af frugt og grønt og nedsat indtag af mættet fedt og salt giver lavere risiko for hjerte-kar-sygdomme (2) (3) (1) (8) (7). Risikoen for diabetes reduceres ved et kostmønster med megen frugt, grønt, fisk og bælgfrugter, mens et kostmønster med meget sukker, sodavand, forarbejdet og rødt kød, friturestegte produkter og fede mælkeprodukter øger risikoen for diabetes (9). Især sukker i f.eks. søde drikke som sodavand og frugtjuice øger risikoen for udvikling af diabetes (6).

Resultaterne fra undersøgelser af sammenhæng mellem kost og kræft er mindre klare. Metaundersøgelser viser, at der er forbindelse mellem indtagelse af en række af de nævnte sunde kosttyper og lavere risiko for flere kræfttyper, mens et usundt kostmønster øger risikoen. Der er dog ikke evidens for, at kosten spiller en altafgørende rolle for udvikling af eller dødelighed af kræft (2) (5). De sunde kostformer forbindes endvidere med nedsat risiko for kognitiv svækkelse og demens (10).

Kapitlets første afsnit (6.1) præsenterer kostmønstret i regionen, mens afsnit 6.2 og 6.3 beskriver indtag af usunde fødevarer som slik, snack, kager og sodavand og sunde fødevarer som frugt, grønt, fisk og fuldkorn. Afsnit 6.4 handler om, hvorvidt borgerne ønsker at spise mere sundt og ønsker hjælp til dette, mens afsnit 6.5 beskriver sammenhænge mellem borgernes kostvaner og deres helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd. Endelig vises det i afsnit 6.6, hvilke holdninger borgerne har til salg af visse fødevarer på offentlige steder. I slutningen af næste kapitel (kapitel 7) findes desuden et initiativ fra Lejre Kommune om vægttabshold, som blandt andet indeholder kostvejledning til borgere med ønske om at tabe sig.

## Kostrådene fra Fødevestyrelsen:

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

## Hovedresultater

### Forekomst

Størstedelen af borgere i Region Sjælland har et kostmønster med både usunde og sunde elementer. Derudover har omkring hver sjette borger et decideret sundt kostmønster, og hver sjette borger har et decideret usundt kostmønster. Mellem otte og ni ud af ti borgere lever ikke op til Fødevarestyrelsens anbefalinger vedrørende henholdsvis indtag af frugt, grønt og fisk. Omtrent hver tiende borger drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst fem gange om ugen. Borgerne i Region Sjælland har et mere usundt kostmønster i 2017, end de havde i 2013.

Omtrent halvdelen af borgerne i regionen vil gerne spise mere sundt – næsten uanset hvor sundt deres kostmønster er – og hver femte borger ønsker at få hjælp til at spise sundere. Hver femte borger er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at spise sundere, heraf en tredjedel fra egen læge.

### Køn

Kvinder har generelt et sundere kostmønster end mænd. Kvinder spiser mere frugt og grønt og drikker mindre sodavand end mænd, og mænd lever i højere grad op til anbefalingerne vedrørende indtag af fisk og fuldkorn og spiser sjældnere slik og chokolade end kvinder. Kvinder med et usundt kostmønster er mere motiverede for at spise sundere end mænd med et usundt kostmønster, og kvinderne ønsker i højere grad hjælp til at spise sundere. Det er dog især mænd med et usundt kostmønster, der faktisk informeres om mulighederne for at få hjælp til at spise sundere.

### Alder

Borgere under 35 år har generelt det mest usunde kostmønster, mens borgere i alderen 55-79 år har det sundeste kostmønster samlet set. Indtag af fisk og fuldkorn stiger generelt med alderen, men det samme gælder indtag af kage og is. Sodavand, snacks og chips indtages derimod mere af unge end ældre borgere. Motivationen til at spise sundere er størst blandt yngre borgere med et usundt kostmønster sammenlignet med ældre borgere med et usundt kostmønster, og de unge ønsker også i højere grad hjælp til det.

### Uddannelse

Der er generelt social ulighed i borgernes kostmønster. Kostmønstret følger uddannelsesniveaut på den måde, at jo længere uddannelsen er, desto større en andel af borgerne har et sundt kostmønster, mens andelen af borgere, der har et usundt kostmønster, er mindre. Borgere med lange uddannelser lever desuden i højere grad op til anbefalingerne vedrørende frugt og grønt, og de indtager mindre kage, is snacks, chips og sodavand end borgere med kortere uddannelse. Borgere med kortere uddannelser spiser dog mere fisk, og mindre slik og chokolade, end borgere med længere uddannelse.

### Samlivsstatus

Borgere, der ikke bor sammen med en partner, har generelt et mere usundt kostmønster, spiser mindre fuldkorn og drikker oftere sodavand end borgere, der bor sammen med en partner.

### Etnisk baggrund

Sundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, mens usundt kostmønster er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund. Borgere med ikke-vestlig baggrund lever også i højere grad op til anbefalingerne vedrørende indtag af frugt, grønt og fisk end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

---

### **Sundhedsadfærd og helbred blandt borgere med usundt kostmønster**

Borgere med usundt kostmønster har i markant højere grad også andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som rygning, problematisk alkoholadfærd og fysisk inaktivitet end borgere med et sundere kostmønster. De har også et dårligere selv vurderet helbred både fysisk og mentalt, ringere sociale relationer og lavere tilfredshed med livet.

### **Holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer**

Der er fortsat stor opbakning i befolkningen til at forbyde usunde fødevarer som sodavand, snacks/slik og fedtholdig fastfood i skoler og skolefritidsordninger. Næsten ni ud af ti synes ikke, det skal være tilladt at sælge fedtholdig fastfood på skoler. Opbakningen til forbud på ungdomsuddannelser og i sportshaller/ idrætsklubber er mindre, men det er fortsat mindst halvdelen af borgerne, der ønsker forbud mod mindst én af de usunde fødevarer på disse steder.

## 6.1 Borgernes kostmønstre

Opgørelsen af befolkningens generelle kostvaner tager udgangspunkt i en kostscore, som er konstrueret ud fra en række spørgsmål om indtaget af fire kostemner: Frugt, grønt, fisk og fedt. Kostscoren er et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige og sundhedsmæssige kvalitet med henblik på udvikling af hjertekar-sygdomme (11). Kostscoren kan antage værdier fra nul til otte. Ud fra kostscoren placeres borgerne i én af tre kostmønstregrupper:

### **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. Borgerne er kendetegnet ved at følge flere af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er derfor ikke i et forebyggende perspektiv behov for forbedring af kostvanerne.

### **Kostmønster med sunde og usunde elementer** (score 3-5):

Borgerne, som både har 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. Borgerne er kendetegnet ved, at de følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, men 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 følge få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Sundt kostmønster er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere i alderen 55-79 år
- Borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2013 er sundt kostmønster især blevet mindre udbredt blandt (data ikke vist):

- Kvinder
- Borgere i alderen 16-54 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere med lang videregående uddannelse

**Tabel 6.1.1 Kostmønstret i Region Sjælland**

	Sundt kost-		Kost- mønster med sunde og usunde		Usundt kost-	
	Pct. mønster	Personer	Pct. elementer	Personer	Pct. mønster	Personer
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
<b>Køn</b>						
Mand	13,5	45.000	65,5	218.300	21,0	69.800
Kvinde	21,2	74.900	66,3	234.400	12,5	44.200
<b>Alder</b>						
16-24 år	14,5	11.800	65,0	52.800	20,4	16.600
25-34 år	13,9	9.800	66,7	46.800	19,4	13.600
35-44 år	15,6	15.800	68,8	69.900	15,6	15.800
45-54 år	17,0	22.100	66,0	85.800	17,0	22.100
55-64 år	20,7	24.200	64,0	74.600	15,2	17.700
65-79 år	20,2	30.300	65,6	98.200	14,2	21.200
80+	15,7	5.900	66,0	24.600	18,3	6.800
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	15,7	8.600	65,0	35.600	19,4	10.600
Grundskole	15,5	15.000	58,4	56.600	26,1	25.300
Kort uddannelse	15,2	44.000	65,9	190.900	18,9	54.800
Kort videregående	17,8	11.100	67,4	42.100	14,9	9.300
Mellemlang videregående	21,8	28.800	69,7	92.200	8,5	11.300
Lang videregående	23,5	11.800	70,6	35.500	6,0	3.000
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	17,0	56.200	67,7	223.500	15,2	50.200
Arbejdsløse	12,0	1.900	62,7	10.100	25,3	4.100
Førtidspensionister	18,4	5.600	57,3	17.300	24,4	7.400
Efterlønsmodtagere	18,7	2.600	69,6	9.700	11,7	1.600
Alderspensionister	19,3	36.900	65,7	125.200	15,0	28.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	17,6	6.700	57,7	21.900	24,7	9.400
<b>Samlevsstatus</b>						
Samlevende	18,5	80.700	67,5	294.300	14,0	61.300
Ikke samlevende	15,6	39.200	63,3	158.500	21,1	52.700
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	17,0	36.100	69,1	147.100	13,9	29.600
Bor ikke med børn	17,5	82.900	64,9	307.400	17,6	83.500
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	17,0	106.700	65,6	412.500	17,4	109.300
Anden vestlig baggrund	18,5	4.500	72,7	17.500	8,8	2.100
Ikke-vestlig baggrund	25,4	8.700	67,0	22.800	7,5	2.600

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit



### Generelt

To ud af tre borgerne i Region Sjælland (65,9 pct.) har et kostmønster med både sunde og usunde elementer, svarende til 452.700 borgere. Omkring hver sjette borger har et sundt kostmønster, og en tilsvarende andel har et usundt kostmønster, svarende til henholdsvis 119.900 og 114.00 borgere i hver gruppe. Andelen af borgere med et sundt kostmønster er faldet markant siden 2010, mens andelen af borgere med et usundt kostmønster er steget i samme periode, dog primært fra 2013 til 2017. Andelen af borgere med både sunde og usunde elementer har ikke ændret sig siden 2013, men andelen steg fra 2010 til 2013.

### Køn og alder

Mænd har et mere usundt kostmønster end kvinder. Mere end hver femte mand (21,0 pct.) har et usundt kostmønster, mens det kun gælder godt hver ottende kvinde (12,5 pct.). Mønsteret for andelen, der har et sundt kostmønster, vender modsat. Andelen af borgere med et sundt kostmønster er især blevet lavere blandt kvinder fra 2013 til 2017 (data ikke vist).

Ældre borgere har generelt sundere kostvaner end yngre borgere. Andelen af borgere med 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 under 55 år er andelen med sundt kostmønster desuden mindre i 2017, end den var i 2013 (data ikke vist).

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i borgernes kostmønster – både når man betragter social ulighed ud fra borgernes uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Andelen af borgere med et usundt kostmønster er mere end fire gange større blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse (26,1 pct.) end andelen blandt borgere med lange videregående uddannelser (6,0 pct.). Omkring hver fjerde arbejdsløse, førtidspensionist og øvrige ikke-erhvervsaktive har et usundt kostmønster, mens det samme kun gælder mellem hver sjette og hver syvende borger i beskæftigelse (15,2 pct.). Siden 2013 er andelen af borgere med et sundt kostmønster især faldet blandt borgere med lang videregående uddannelse og borgere under uddannelse (data ikke vist).

Andelen af borgere med et kostmønster med både sunde og usunde elementer er dog mere udbredt blandt borgere med længere uddannelser end blandt borgere med kortere uddannelser.

Borgere på efterløn eller alderspension har generelt et sundt kostmønster, hvilket skal ses i lyset af, at ældre generelt har sundere kostmønster end yngre.

### Samlivsstatus og børn





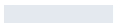





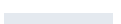











































Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er andelen med usundt kostmønster større (21,1 pct.) end blandt borgere, der bor sammen med en partner (14,0 pct.). Sammenlignet med borgere, som bor sammen med en partner, har borgere uden en partner en mindre andel med et sundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer.




Der er ikke entydige forskelle i kostmønstret blandt borgere med og uden børn og hjemmet. Blandt borgere med børn i hjemmet er andelen med et usundt kostmønster mindre end blandt borgere uden børn i hjemmet, men samtidigt er der i denne gruppe en større andel med et kostmønster med både sunde og usunde elementer.

### Etnisk baggrund

Andelen af borgere med dansk baggrund, som har et usundt kostmønster, er omtrent dobbelt så stor (17,4 pct.) som blandt borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund (8-9 pct.). Borgere med ikke-vestlig baggrund har desuden den største andel af borgere med et sundt kostmønster.

**Tabel 6.1.2 Kostmønstret i Region Sjælland, opgjort på kommuner**

	Sundt		Kostmønster med sunde og usunde		Usundt	
	Pct. kostmønster	Personer	Pct. elementer	Personer	Pct. kostmønster	Personer
Region Sjælland	17 	119.900	66 	452.700	17 	114.000
Guldborgsund	20 	10.300	62 	32.500	19 	9.700
Kalundborg	16 	6.300	64 	26.000	20 	8.200
Lolland	15 	5.600	62 	22.500	23 	8.200
Odsherred	15 	4.300	65 	18.500	20 	5.600
Slagelse	16 	10.800	64 	42.400	20 	13.300
Vordingborg	19 	7.400	65 	25.400	16 	6.200
Faxe	17 	5.000	67 	20.000	16 	4.700
Holbæk	18 	10.300	65 	37.700	17 	9.900
Næstved	17 	11.400	67 	45.100	17 	11.200
Ringsted	15 	4.100	70 	18.600	15 	3.900
Sorø	18 	4.300	68 	16.500	14 	3.400
Stevns	18 	3.300	67 	12.300	15 	2.800
Greve	17 	7.000	68 	28.300	15 	6.100
Køge	18 	8.600	67 	31.600	15 	7.200
Lejre	19 	4.200	67 	14.600	13 	2.800
Roskilde	19 	13.700	69 	48.900	12 	8.200
Solrød	19 	3.400	68 	12.000	13 	2.300

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

### Kommunevariation

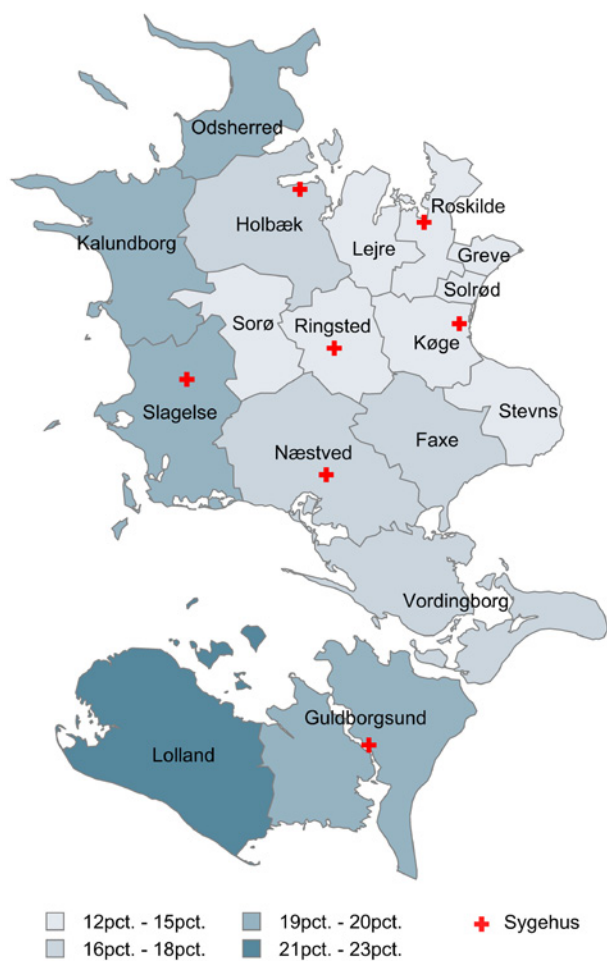
Kostmønstret varierer i kommunerne i Region Sjælland. Andelen af borgere med usundt kostmønster varierer meget i kommunerne, fra 12 pct. i Roskilde Kommune til næsten det dobbelte, 23 pct., i Lolland Kommune.

Der er en tydelig tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel borgere med et usundt kostmønster end de bedre stillede kommuner. Omvendt er der en tendens til, at andelen af borgere med et kostmønster med både sunde og usunde elementer er mindre i de socioøkonomisk udfordrede kommuner end i de øvrige kommuner. Disse forskelle afspejler sig også geografisk ved, at andelen af borgere

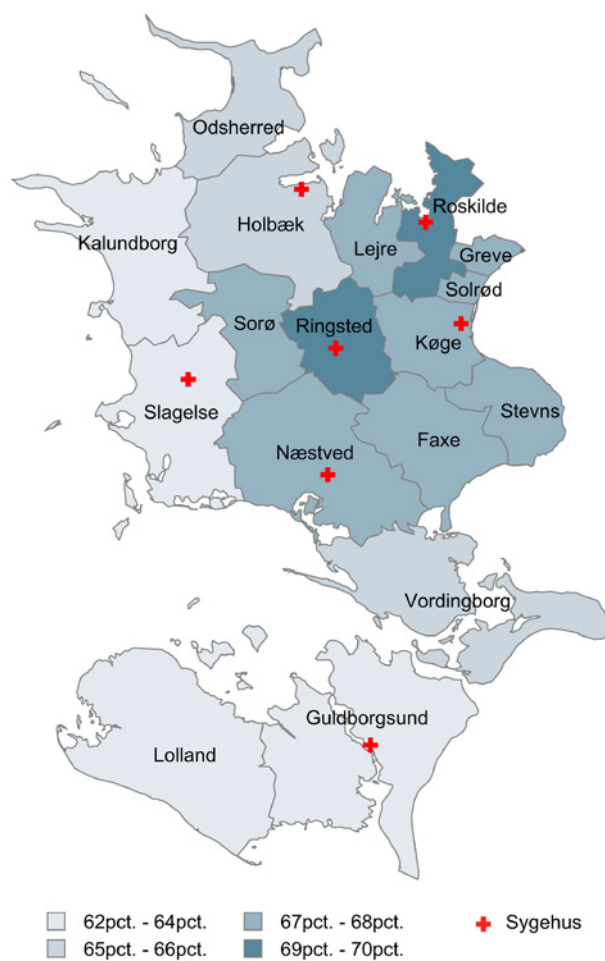
med usundt kostmønster er størst i Vestsjælland og på Lolland og Falster og mindst i kommunerne tættest på hovedstadsområdet, mens mønstret er omvendt, hvad angår andelen af borgere med et kostmønster med både sunde og usunde elementer.

Der er i størstedelen af kommunerne en tendens til, at andelen af borgere med et usundt kostmønster er større i 2017 end i 2013, mens andelen af borgere med et sundt kostmønster er mindre i 2017 end i 2013 (data ikke vist). Andelen af borgere med et sundt kostmønster er især faldet i Odsherred, Lejre, Greve og Kalundborg kommuner, hvor andelen er 5-7 procentpoint mindre i 2017 end i 2013 (data ikke vist).

### 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

Som supplement til kostscoren er borgerne spurgt om, hvor hyppigt de spiser en række usunde fødevarer. 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 henholdsvis slik, snacks, kage og sodavand eller andre drikke med sukker, er opgjort i dette afsnit. Opgørelsen omfatter borgere, der har svaret: "Mere end en gang om dagen" eller "5-7 gange om ugen", hvilket benævnes som "ofte" i teksten. Det er ikke muligt at opgøre udviklingen i borgernes indtag af slik, snacks, kager og sodavand, da spørgsmålene enten ikke er med i alle årene eller ikke er fuldt sammenlignelige over tid.

Indtag af sodavand og andre sukkerholdige drikke er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 35 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere i socioøkonomisk udfordrede kommuner

Indtag af slik og chokolade er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere i alderen 25-54 år
- Borgere med lang videregående uddannelse
- Øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med børn i hjemmet

Tabel 6.2.1 Borgere, der indtager slik, snacks, kage eller sodavand med sukker mindst fem gange om ugen

	Slik/ Pct. chokolade	Pct. Snacks/chips	Pct. Kage/is	Sodavand, cola o.lign. Pct. med sukker
Region Sjælland 2017	9,6	1,8	3,5	11,0
<b>Køn</b>				
Mand	7,8	1,9	3,6	13,5
Kvinde	11,4	1,8	3,5	8,6
<b>Alder</b>				
16-24 år	8,9	4,2	1,5	18,2
25-34 år	12,7	3,8	2,9	19,1
35-44 år	12,9	1,8	1,9	11,5
45-54 år	10,8	2,0	3,1	10,1
55-64 år	7,4	1,0	3,2	7,0
65-79 år	6,6	0,5	4,9	6,2
80+	11,6	0,8	10,0	12,9
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	8,6	3,8	1,5	15,0
Grundskole	10,9	3,5	6,6	17,9
Kort uddannelse	8,5	1,5	3,7	10,9
Kort videregående	9,3	1,4	2,8	8,3
Mellemlang videregående	10,6	0,7	2,4	6,1
Lang videregående	14,6	0,5	2,3	4,0
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	10,4	1,4	2,5	10,5
Arbejdsløse	10,4	5,5	2,8	17,1
Førtidspensionister	12,5	4,7	5,2	17,9
Efterlønsmodtagere	8,2	1,3	2,6	4,2
Alderspensionister	7,6	0,5	6,0	7,6
Øvrige ikke-erhvervsaktive	13,1	4,5	3,9	14,7
<b>Samlevsstatus</b>				
Samlevende	9,3	1,4	3,4	9,2
Ikke samlevende	10,2	2,5	3,8	14,0
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	11,8	2,3	2,5	12,0
Bor ikke med børn	8,9	1,7	3,8	10,9
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	9,8	1,7	3,5	11,1
Anden vestlig baggrund	9,1	0,1	2,5	6,4
Ikke-vestlig baggrund	7,5	5,3	5,1	12,2

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

---

## Generelt

Hver tiende borger i Region Sjælland spiser ofte slik eller chokolade, dvs. mindst fem gang om ugen (66.200 borgere), og omtrent samme andel drikker ofte sodavand, cola eller andre sukkerholdige drikke (75.400 borgere), jf. tabel 6.2.1. En mindre andel af borgere spiser ofte kage, is, snacks og chips. Kun 3,5 pct. af borgerne spiser ofte kage eller is, og 1,8 pct. spiser ofte snacks eller chips.

## Køn og alder

Flere mænd end kvinder drikker ofte sodavand og andre sukkerholdige drikke, mens flere kvinder end mænd ofte spiser chokolade og slik.

Forskellige aldersgrupper spiser forskellige typer af usunde fødevarer. Borgere under 35 år er den gruppe, der spiser mest snacks/chips og drikker mest sodavand, mens borgere i alderen 25-54 år spiser mere chokolade og slik end andre aldersgrupper, og ældre over 65 år er den gruppe, der spiser mest kage og is.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Generelt gælder det, at jo længere uddannelsen er, desto færre borgere spiser ofte usunde fødevarer. Det gælder snacks/chips, kager/is og sodavand. Andelen, der ofte drikker sodavand, er fire til fem gange større (17,9 pct.) blandt borgere udelukkende med en grundskoleuddannelse sammenlignet med de borgere, som har lang videregående uddannelse (4,0 pct.). Den sociale ulighed viser sig også i forhold til borgernes erhvervstilknytning. F.eks. drikker borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet (arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive) oftere sodavand end borgere i beskæftigelse.

Hvad angår indtag af slik og chokolade, er der en tendens til en omvendt sammenhæng. En større andel af borgere med længere uddannelse spiser ofte slik og chokolade sammenlignet med borgere med kortere uddannelse. Den omvendte sociale ulighed slår dog ikke igennem for slik og chokolade, hvad angår borgernes erhvervstilknytning. Borgere i gruppen øvrige ikke-erhvervsaktive spiser f.eks. oftere slik og chokolade end borgere i beskæftigelse.

## Samlivsstatus og børn

Blandt borgere uden en samboende partner spiser en større andel ofte snacks eller chips og en større andel drikker ofte sodavand sammenlignet med borgere, der bor sammen med en partner. Der er ikke forskelle mellem de to grupper med hensyn til indtag af de øvrige usunde fødevarer: Slik/chokolade og kage/is.

Blandt borgere, der bor sammen med børn, er der en større andel, der ofte spiser slik og chokolade end blandt borgere uden børn i hjemmet. Forskellene mellem borgere med og uden børn i hjemmet er mindre tydelige, hvad angår de øvrige usunde fødevarer.

## Etnisk baggrund

Indtag af de udvalgte usunde fødevarer varierer i nogen grad mellem borgere med forskellig etnisk baggrund, men forskellene er ikke den samme for de fire typer af usunde fødevarer. En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund spiser ofte snacks og chips end borgere med anden etnisk baggrund, mens en mindre andel af borgere med anden vestlig baggrund end dansk ofte drikker sodavand end borgere med dansk eller ikke-vestlig baggrund.

**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	Soda-vand, cola o.lign. med sukker		
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	9,6	66.200	1,8	12.500	3,5	24.200	11,0	75.400
Guldborgsund	9,0	4.700	1,7	900	4,7	2.500	11,5	6.000
Kalundborg	8,0	3.300	1,8	700	3,8	1.500	12,4	5.100
Lolland	7,8	2.800	1,8	600	5,0	1.800	14,5	5.300
Odsherred	9,3	2.600	2,0	600	3,5	1.000	10,3	3.000
Slagelse	8,9	6.000	3,2	2.100	4,3	2.900	13,9	9.300
Vordingborg	9,6	3.700	1,4	600	3,0	1.200	10,0	3.900
Faxe	9,8	2.900	1,4	400	3,2	900	12,4	3.700
Holbæk	9,3	5.300	1,7	1.000	4,4	2.500	10,4	6.000
Næstved	11,0	7.500	2,5	1.700	3,4	2.300	12,0	8.100
Ringsted	8,4	2.300	1,9	500	2,5	700	12,1	3.300
Sorø	9,8	2.300	1,8	400	4,0	1.000	10,5	2.500
Stevns	9,1	1.700	1,1	200	2,2	400	12,5	2.300
Greve	9,6	3.900	1,9	800	2,8	1.100	9,5	3.900
Køge	9,5	4.400	1,4	700	2,9	1.400	8,0	3.800
Lejre	10,5	2.300	0,7	100	3,0	700	9,9	2.200
Roskilde	12,1	8.600	1,4	1.000	2,6	1.800	8,3	5.900
Solrød	10,0	1.800	1,2	200	2,7	500	7,0	1.200

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der ofte indtager usunde fødevarer, varierer mellem regionens kommuner. I størstedelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Variationen er størst for andelen af borgere, der ofte drikker sodavand og andre sukkerholdige drikke. Mens det drejer sig om 7,0 pct. af borgerne i Solrød Kommune, er tallet

mere end det dobbelte, nemlig 14,5 pct. af borgerne i Lolland Kommune. Der er en tendens til, at andelen af borgere, der ofte drikker sodavand, er større i socioøkonomisk udfordrede kommuner som Lolland og Slagelse kommuner end i de bedre stillede kommuner, f.eks. Køge, Roskilde og Solrød kommuner.

## 6.3 Frugt, grønt og fisk

Fødevarestyrelsen anbefaler, at man spiser seks portioner frugt og grønt om dagen og mindst 350 g fisk pr. uge (12). Ifølge kostrådene anbefaling bør man spise mindst 75 g fuldkorn om dagen. I Sundhedsprofilen 2017 er det for første gang opgjort, i hvilken grad borgerne i Region Sjælland følger kostrådene om frugt, grønt og fisk.

Det 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 spørgsmålet om, hvor mange portioner frugt 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 (13). 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 (12). 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 henholdsvis 35 gram og 100 gram for fisk som henholdsvis 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 henholdsvis fisk er anbefalet af DTU Fødevarerinstittet. De beregnede indtag af frugt og grønt henholdsvis 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. Det skal bemærkes, at 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 lever op til anbefalingerne, også at være i underkanten af det reelle tal.

I Sundhedsprofilen 2017 er der som noget nyt stillet spørgsmål om, hvor hyppigt borgerne spiser fødevarer med højt indhold af fuldkorn. De anvendte spørgsmål angår indtag af henholdsvis ”havregryn, rugflager/-gryn, speltflager/-gryn” og ”rugbrød”. Spørgsmålene er valideret i forbindelse med udviklingen af spørgeskemaet til Sundhedsprofilen 2017 (14). I dette kapitel opgøres de borgere, som har et ”moderat eller sjældent indtag” af fuldkorn dvs. 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 resultatet i Sundhedsprofilen bør derfor ikke sammenlignes direkte med dette.

Indtag af frugt/grønt er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse
- Borgere med børn i hjemmet
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Indtag af fisk er især udbredt blandt:








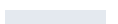

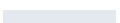


















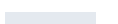


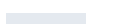





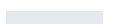



































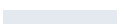










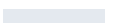
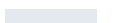

- Mænd
- Borgere over 65 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Borgere uden børn i hjemmet
- Borgere med ikke-vestlig baggrund




Indtag af fuldkorn er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere over 55 år
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere uden børn i hjemmet
- Borgere med dansk 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		Mindre end 350g fisk		Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn	
	Pct. dagligt	Personer	Pct. ugentligt	Personer	Pct. fuldkorn	Personer
Region Sjælland 2017	90 	617.900	79 	542.900	27 	186.100
Region Sjælland 2013	90 	597.500	80 	532.600		
Region Sjælland 2010	86 	565.400	81 	528.900		
<b>Køn</b>						
Mand	93 	311.300	78 	260.300	25 	84.300
Kvinde	87 	306.500	80 	282.600	29 	101.800
<b>Alder</b>						
16-24 år	90 	73.700	84 	68.800	43 	35.100
25-34 år	90 	62.900	86 	60.000	44 	30.300
35-44 år	89 	90.100	86 	86.600	35 	35.300
45-54 år	91 	116.700	84 	108.000	31 	39.300
55-64 år	89 	103.200	78 	90.700	21 	24.700
65-79 år	90 	135.500	70 	104.200	12 	17.600
80+	92 	35.900	62 	24.500	10 	3.900
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	88 	49.300	84 	47.100	43 	23.800
Grundskole	91 	89.400	75 	73.600	28 	27.300
Kort uddannelse	92 	265.800	79 	228.200	24 	68.100
Kort videregående	90 	56.200	80 	50.100	27 	16.900
Mellemlang videregående	88 	116.200	81 	106.100	24 	31.300
Lang videregående	86 	43.200	83 	41.600	28 	14.000
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	90 	294.000	84 	275.600	31 	101.100
Arbejdsløse	94 	15.000	79 	12.800	39 	6.200
Førtidspensionister	90 	27.500	77 	24.100	32 	9.800
Efterlønsmodtagere	91 	12.500	77 	10.600	16 	2.200
Alderspensionister	90 	174.700	68 	131.600	11 	21.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	88 	33.200	83 	31.100	39 	14.700
<b>Samlevsstatus</b>						
Samlevende	90 	389.700	79 	343.200	25 	106.300
Ikke samlevende	90 	228.200	79 	199.700	32 	79.800
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	88 	187.100	85 	178.800	33 	70.000
Bor ikke med børn	91 	430.600	78 	369.900	25 	116.900
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	91 	569.600	80 	499.700	25 	154.500
Anden vestlig baggrund	89 	21.300	80 	19.200	42 	9.900
Ikke-vestlig baggrund	79 	26.900	71 	24.100	63 	21.600

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

## Generelt

Langt størstedelen af borgerne i regionen lever ikke op til Sundhedsstyrelsen anbefalinger om indtag af frugt/grønt (90 pct.) og fisk (79 pct.), svarende til henholdsvis 617.900 borgere og 542.900 borgere, jf. tabel 6.3.1. Dertil kommer, at hver fjerde borger i regionen (27 pct.), svarende til 186.100 borgere, har et moderat til sjældent indtag af fuldkorn. Der er ikke sket væsentlige ændringer i andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne vedrørende frugt/grønt og fisk siden 2013, men fra 2010 til 2013 steg andelen, der ikke lever op til anbefalingen om frugt/grønt. Da spørgsmålene om fuldkorn er nye, er det ikke muligt at opgøre ændringer i andelen af borgere med moderat til sjældent indtag af fuldkorn.

## Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder lever ikke op til anbefalingerne vedrørende indtag af frugt og grønt, mens en større andel af kvinder end mænd ikke lever op til anbefalingerne vedrørende indtag af fisk, og en større andel har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn.

Der er ikke tydelige aldersforskelle i indtag af frugt og grønt, men den yngre del af befolkningen spiser mindre fisk og fuldkorn end den ældre del af befolkningen.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er forskelle i indtaget af de udvalgte sunde fødevarer på tværs af uddannelsesniveauer, men forskellene er forskellige for indtaget af henholdsvis frugt, grønt, fisk og fuldkorn. Andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne vedrørende frugt og grønt, er større blandt borgere med kortere uddannelse end blandt borgere med længere uddannelse. Omvendt forholder det sig for andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne vedrørende indtag af fisk. Her er andelen størst blandt borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse og mindst blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse. Der er ingen entydig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og indtag af fuldkorn.

Der er ikke entydige sammenhænge mellem borgernes erhvervstilknytning og indtag af frugt, grønt, fisk og fuldkorn. F.eks. er andelen af borgere, der ikke lever op til anbefalingerne vedrørende fisk, stor

både blandt borgere i beskæftigelse og blandt borgere i gruppen øvrige ikke-erhvervsaktive. Moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er desuden mindst udbredt blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere, hvilket skal ses i lyset af, at ældre oftere spiser fuldkorn end yngre jf. ovenfor.

## Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere med moderat eller sjældent indtag af fuldkorn er større blandt borgere, som bor sammen med en partner end blandt borgere, som ikke gør. 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 med børn i hjemmet end blandt borgere, der ikke har børn i hjemmet, mens det omvendte gør sig gældende for indtag af frugt og grønt.

## 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 vedrørende frugt, grønt og fisk end borgere med ikke-vestlig baggrund, mens især borgere med ikke-vestlig baggrund mindre hyppigt spiser fuldkorn. Mens hver fjerde borger med dansk baggrund har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, gælder det næsten 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.

## Kommunevariation

Andelen af borgere, der ikke efterlever anbefalingerne om indtag af frugt, grønt, fisk og fuldkorn, varierer kun meget begrænset mellem regionens kommuner, og i størstedelen af kommunerne er andelen ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Andelen af kommunens borgere, der spiser mindre end seks portioner frugt eller grønt dagligt, varierer fra 88 pct. til 93 pct., og andelen, der ikke spiser mindst 350 g fisk om ugen, varierer fra 75 pct. til 82 pct. Der er ikke sket signifikante ændringer i disse to mål på kommuneniveau siden 2013. Variationen i andelen af borgere i kommunen, som har et moderat eller sjældent indtag af fuldkorn, varierer fra 24 pct. til 33 pct. (data ikke vist).

## 6.4 Motivation og hjælp til ændring af kostmønstre

Sunde madvaner spiller en vigtig rolle for borgernes sundhed og trivsel, og de ovenstående resultater viser, at der er et stort potentiale i at fremme sunde kostmønstre i befolkningen. Der er mindre sikkert, hvilke indsatser, der er effektive til at fremme og fastholde sunde mad- og måltidsvaner. Den største effekt ses dog ved langsigtede indsatser, som kombinerer information, individuel vejledning til personer i særlig risiko, ændringer i de fysiske rammer for mad og måltider og tilgængeligheden af sunde og usunde fødevarer samt indsatser i sociale miljøer (15). Dette afsnit handler om borgernes motivation for at ændre kostmønstre, deres ønske om at få hjælp til det og den rådgivning og information, de har modtaget vedrørende kosten fra egen læge og andre. 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", og de, som har svaret "ja" er desuden blevet spurgt, om de gerne vil have støtte og hjælp til det (svarmuligheder "ja" og "nej"). Afsnittet omhandler også, om borgerne i løbet af de seneste 12 måneder er rådet af egen læge til at ændre kostvaner, og om de har modtaget information om, at man kan få hjælp til det, f.eks. fra egen læge, kommunens personale, arbejdspladsen m.fl. I alt 79 pct. af borgere med usundt kostmønster har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (data ikke vist). Andelen er opgjort blandt alle borgere – uanset om de har været hos lægen eller ej.

Ønske om at spise sundere og ønske om hjælp til det blandt borgere med et usundt kostmønster er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere under 45 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere med børn i hjemmet

Omkring halvdelen af borgerne i Region Sjælland (54 pct.) vil gerne spise mere sundt, svarende til 368.600 borgere, mens hver femte borger (20 pct.) også ønsker at få støtte og hjælp til at spise sundere, svarende til 137.500 borgere. Andelen af borgere, der gerne vil spise mere sundt, har ikke ændret sig siden 2010 (data ikke vist).

Andelen af borgere, der ønsker at spise sundere, er størst blandt borgere, der har et kostmønster med både sunde og usunde elementer. Andelen er få procentpoint mindre blandt borgere med et usundt kostmønster og svarer til regionsgennemsnittet. Blandt borgere med et sundt kostmønster ønsker en mindre andel at spise sundere, men det er dog fortsat næsten halvdelen af borgerne (47 pct.), der har dette ønske på trods af deres sunde kostvaner.





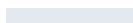











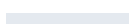





















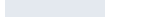







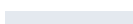



Andelen af borgere, der ønsker hjælp til at spise sundere, varierer med borgernes kostmønster. Jo mere usundt kostmønster, desto større en andel ønsker hjælp til at spise sundere.


**Tabel 6.4.1 Sammenhæng mellem kostmønster og ønske om at spise mere sundt og få hjælp til det**

	Vil gerne spise mere sundt	
	Pct. Vil gerne spise mere sundt	Pct. og ønsker hjælp til det
Region Sjælland 2017	54	20
<b>Kostmønstre</b>		
Usundt kostmønster	54	23
Kostmønster med sunde og usunde elementer	56	20
Sundt kostmønster	47	16


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

**Tabel 6.4.2 Andel af borgere med usundt kostmønster, som gerne vil spise mere sundt og ønsker hjælp til det**

	Vil gerne spise mere		Vil gerne spise mere sundt og ønsker hjælp til	
	Pct. sundt	Personer	Pct. det	Personer
Region Sjælland 2017	54,0 	61.600	22,6 	25.800
Region Sjælland 2013	48,3 	44.600		
Region Sjælland 2010	53,0 	48.200		
<b>Køn</b>				
Mand	48,0 	33.600	17,1 	12.000
Kvinde	63,5 	27.900	31,4 	13.700
<b>Alder</b>				
16-24 år	64,7 	10.900	32,0 	5.400
25-34 år	71,3 	9.800	37,7 	5.200
35-44 år	65,3 	10.300	28,1 	4.500
45-54 år	56,7 	12.600	21,8 	4.900
55-64 år	44,7 	8.000	17,7 	3.100
65-79 år	38,3 	8.000	11,0 	2.300
80+	29,4 	1.900	5,5 	400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	63,2 	6.800	31,5 	3.400
Grundskole	47,6 	11.800	21,0 	5.200
Kort uddannelse	52,5 	28.700	21,5 	11.800
Kort videregående	55,5 	5.200	21,9 	2.000
Mellemlang videregående	57,7 	6.500	24,3 	2.700
Lang videregående	—	—	—	—
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	59,5 	30.000	24,4 	12.400
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	52,2 	3.800	30,7 	2.200
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	36,2 	10.200	9,7 	2.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	57,9 	5.500	30,5 	2.900
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	52,4 	32.200	20,3 	12.600
Ikke samlevende	55,9 	29.300	25,3 	13.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	70,0 	20.900	34,7 	10.400
Bor ikke med børn	49,2 	41.400	20,0 	16.700
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	54,1 	59.100	22,3 	24.300
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Generelt

Blandt borgere med et usundt kostmønster ønsker ca. halvdelen (54,0 pct.) at spise sundere, hvilket er samme andel som blandt gennemsnittet af regionens borgere. Knap hver fjerde borger med et usundt kostmønster (22,6 pct.) ønsker at få hjælp til at spise sundere. Andelen af borgere, der gerne vil spise sundere, er større i 2017 end i 2013, men var i 2010 på samme niveau som i 2017.

### Køn og alder

Blandt borgere med et usundt kostmønster ønsker en større andel af kvinder end mænd at spise sundere, ligesom en større andel kvinder ønsker hjælp til at spise sundere. Motivationen for at spise sundere er markant større blandt yngre end blandt ældre borgere. Motivationen til at spise sundere blandt borgere på 65-79 år er markant større i 2017 end i 2013 (data ikke vist).

Også ønsket om at få hjælp til at spise sundere er mere udbredt blandt de yngre end de ældre borgere. Omkring hver tredje borger under 35 år med et usundt kostmønster ønsker at få hjælp til at spise sundere, mens det kun gælder hver tiende borger i alderen 65-79 år og hver tyvende borger over 80 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er kun meget begrænset forskel i motivationen for at spise sundere og ønsket om at få hjælp til det på tværs af uddannelsesgrupper. Dog er motivationen for at spise sundere blandt borgere med usundt kostmønster lavest for borgere med udelukkende grundskoleuddannelse. Der er en tendens til, at blandt de, som gerne vil spise sundere, ønskes hjælp blandt en større andel af de kortuddannede end blandt dem med længere uddannelse.

Blandt borgere med usundt kostmønster er andelen, som ønsker at spise sundere, mindst blandt alderspensionister og størst blandt borgere i beskæftigelse. Det er især borgere i gruppen øvrige ikke-erhvervsaktive samt førtidspensionister, som ønsker hjælp til at spise sundere.

### Samlivsstatus og børn

Der er ikke markante forskelle mellem borgere, som bor sammen med en partner, og dem som ikke gør, hvad angår motivation til at spise sundere eller ønske om hjælp til at spise sundere. Men andelen af borgere, som ønsker at spise sundere, er især steget siden 2013 blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner (data ikke vist).

Blandt borgere, der har børn i hjemmet, er der derimod en større andel, som ønsker at spise sundere og en større andel, som også ønsker hjælp til det, end det er tilfældet blandt borgere uden børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Der er ikke muligt at opgøre forskellen på motivationen til at spise sundere og ønske om hjælp til det blandt borgere med usundt kostmønster med henholdsvis dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund på grund af for få besvarelser i disse grupper.

**Tabel 6.4.3 Andel af borgere med usundt kostmønster, som gerne vil spise mere sundt og ønsker hjælp til det, opgjort på kommuner**

	Vil gerne spise mere sundt		Vil gerne spise mere sundt og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	54	61.600	23	25.800
Guldborgsund	51	4.900	24	2.300
Kalundborg	56	4.600	31	2.500
Lolland	47	3.900	18	1.500
Odsherred	47	2.600	23	1.300
Slagelse	54	7.200	21	2.800
Vordingborg	59	3.700	21	1.300
Faxe	49	2.300	23	1.100
Holbæk	51	5.100	23	2.300
Næstved	53	5.900	20	2.200
Ringsted	64	2.500	28	1.100
Sorø	48	1.600	24	800
Stevns	46	1.300	24	700
Greve	63	3.800	24	1.400
Køge	63	4.600	20	1.500
Lejre	48	1.400	24	700
Roskilde	60	5.000	21	1.700
Solrød	52	1.200	22	500

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

### Kommunevariation

Der er relativt stor variation på tværs af kommunerne i regionen med hensyn til borgernes motivation for at spise sundere. Andelen af borgere med usundt kostmønster, der ønsker at spise sundere, varierer fra 46 pct. til 64 pct. Tallene er dog usikre, og i 15 ud af 17 kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet (tallene er baseret på relativt få besvarelser). Andelen af borgere, som ønsker at spise sundere, er signifikant større i Ringsted og Greve kommuner end i regionen generelt.

Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at spise sundere, varierer fra 18 til 31 pct. på tværs af kommunerne. Ønsket om hjælp til at spise sundere er størst i Kalundborg Kommune.

**Tabel 6.4.4 Information om hjælp til at ændre kostvaner fra forskellige kilder til borgere med usundt kostmønster**

	Pct.
Egen læge	6,6
Sygehus	2,7
Arbejde/uddannelse	1,5
Kommunens personale	2,0
Andre	10,1
Alle kilder	21,1

I alt hver femte borger i regionen med usundt kostmønster (21,1 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til at spise sundere. Der er 6,6 pct. af borgerne, som har fået informationen fra egen læge, mens kun få procent har fået informationen via henholdsvis arbejdspladsen/uddannelsesstedet, sygehuset eller kommunens personale. Borgerne får dog hyppigst informationen fra helt andre kilder (uspecificeret hvilke).

I regionen er 7,4 pct. af borgerne blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner i løbet af de seneste 12 måneder, jf. tabel 6.4.5. Det er især borgere med et usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner. Knap 6 pct. af alle borgere er blevet informeret af egen læge om mulighed for at få hjælp til at ændre kostvaner. Der er ikke en tilsvarende sammenhæng mellem borgernes kostmønster og andelen af borgere, der har fået information om muligheden for at få hjælp til at spise sundere.











































































**Tabel 6.4.5 Sammenhæng mellem kostmønster og råd fra egen læge om at ændre kostvaner og information om mulighed for hjælp til at ændre kostvaner**




	Rådet af egen læge til Pct. at ændre kostvaner	Informeret af egen Pct. læge om hjælp	Pct. Informeret om hjælp
Region Sjælland 2017	7,4	5,6	21,7
<b>Kostmønster</b>			
Usundt kostmønster	10,4	6,6	21,1
Kostmønster med sunde og usunde elementer	6,9	5,4	21,2
Sundt kostmønster	6,1	5,2	22,9

- 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.

**Tabel 6.4.6 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**

	Rådet af egen læge til at ændre		Informeret af egen læge om		Informeret	
	Pct. kostvaner	Personer	Pct. hjælp	Personer	Pct. om hjælp	Personer
Region Sjælland 2017	10,4 	11.800	6,6 	7.500	21,1 	24.100
Region Sjælland 2013	9,1 	8.500				
Region Sjælland 2010	8,6 	7.800				
<b>Køn</b>						
Mand	10,6 	7.500	7,5 	5.300	22,7 	16.000
Kvinde	9,9 	4.300	5,1 	2.300	18,6 	8.100
<b>Alder</b>						
16-24 år	8,8 	1.500	4,7 	800	26,4 	4.400
25-34 år	15,2 	2.100	7,8 	1.100	22,2 	3.100
35-44 år	8,4 	1.300	5,1 	800	17,1 	2.700
45-54 år	11,6 	2.600	7,8 	1.800	21,7 	4.900
55-64 år	10,2 	1.800	5,1 	900	18,4 	3.300
65-79 år	10,7 	2.300	9,8 	2.000	22,3 	4.700
80+	3,1 	200	1,8 	100	16,7 	1.000
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	6,8 	700	4,1 	400	22,0 	2.400
Grundskole	13,0 	3.200	8,9 	2.200	21,0 	5.200
Kort uddannelse	11,7 	6.500	7,6 	4.100	21,9 	11.900
Kort videregående	7,2 	700	5,4 	500	20,3 	1.900
Mellemlang videregående	6,3 	700	2,6 	300	18,5 	2.100
Lang videregående	—	—	—	—	—	—
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	8,1 	4.200	5,7 	2.900	18,7 	9.600
Arbejdsløse	—	—	—	—	—	—
Førtidspensionister	21,3 	1.500	13,0 	900	30,7 	2.200
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	9,0 	2.400	8,0 	2.200	21,1 	5.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	21,2 	2.000	9,0 	900	20,4 	1.900
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	8,5 	5.300	6,2 	3.800	19,6 	12.200
Ikke samlevende	12,7 	6.500	7,1 	3.700	23,0 	11.900
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	9,5 	2.900	6,1 	1.900	21,4 	6.500
Bor ikke med børn	11,2 	9.400	6,4 	5.400	20,9 	17.500
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	10,7 	11.700	6,7 	7.300	21,5 	23.500
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.



### **Generelt**

I alt 10,4 pct. af borgerne i regionen med usundt kostmønster er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner. Der har ikke været markante ændringer i andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet af egen læge til at ændre kostvaner siden 2010.

Hver femte borger med usundt kostmønster (21,1 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre kostvaner, men langt under halvdelen af dem (6,6 pct. i alt) har fået informationen fra egen læge.

### **Køn og alder**

Der er en tendens til, at en større andel af mænd end kvinder med usundt kostmønster har fået information om hjælp til at ændre kostvaner både fra lægen og samlet set. Sammenlignet med de øvrige aldersgrupper bliver kun en mindre andel af borgerne over 80 år med usunde kostvaner rådgivet af egen læge til at ændre kostvaner. Borgerne over 80 år er også blandt dem, som ikke så ofte får information om hjælp til at ændre kostvaner af deres læge. Det er især borgere i alderen 65-79 år, som har fået information af deres læge om muligheden for at få hjælp til at ændre kostvaner.

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Der er en tendens til, at borgere med usundt kostmønster, som har kortere uddannelser, oftere bliver rådet af egen læge til kostændring og også oftere bliver informeret om hjælp til dette af lægen, end tilfældet er blandt borgere med længerevarende uddannelse.

Hver femte førtidspensionist og øvrige ikke-erhvervsaktive med usundt kostmønster bliver rådet af egen læge til kostændring, og mere end 30 pct. af førtidspensionister med usundt kostmønster har fået information om hjælp til kostændring fra en eller flere kilder.

### **Samlevsstatus og børn**

Borgere med usundt kostmønster, som ikke bor sammen med en partner, bliver i højere grad rådet af deres læge til at ændre kostvaner end borgere, der bor sammen med en partner. Der er ikke forskel på borgere med og uden børn i hjemmet, hvad angår rådgivning om ændring af kostvaner eller information om muligheden for at få hjælp til det.

## 6.5 Helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med forskellige kostmønstre

I dette afsnit sammenholdes borgernes kostmønster med deres øvrige sundhedsadfærd (fysisk aktivitet, dagligrygning og problematisk alkoholadfærd). Tilsvarende beskrives sammenhængen mellem kostmønstre og borgernes helbred, trivsel og sociale relationer.

Blandt borgere med usund kost ses en stor andel:

- Dagligrygere
- Med problematisk alkoholadfærd
- Inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive
- Med dårligt fysisk helbred
- Med dårligt mentalt helbred
- Med højt stressniveau
- Der er utilfredse med livet
- Ensomme borgere
- Med sjælden kontakt med familie
- Som sjældent spiser sammen med andre
- Som føler sig belastet af deres økonomiske situation

Der er en stærk sammenhæng mellem borgernes kostmønster og anden sundhedsadfærd, jf. tabel 6.5.1. Blandt borgere med et usundt kostmønster er der en langt større andel af borgere, som også har andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd end i befolkningen generelt. Det gælder især rygning og for lidt fysisk aktivitet. Andelen af dagligrygere og andelen af inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere er to til tre gange større blandt borgere med et usundt kostmønster end blandt borgere med et sundt kostmønster. Også problematisk alkoholadfærd er mere udbredt blandt borgere med usundt kostmønster.

**Tabel 6.5.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer**

	Pct. Dagligrygning	Problematiske Pct. alkoholadfærd	Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk Pct. aktiv
Region Sjælland 2017	19	19	33
<b>Kostmønster</b>			
Usundt kostmønster	33	24	48
Kostmønster med sunde og usunde elementer	16	18	33
Sundt kostmønster	11	16	20

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

**Tabel 6.5.2 Helbred og trivsel blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer**

	Dårligt fysisk Pct. helbred	Dårligt mentalt Pct. helbred	Højt Pct. stressniveau	Utilfreds med Pct. livet
Region Sjælland 2017	14	14	27	17
<b>Kostmønster</b>				
Usundt kostmønster	18	20	32	24
Kostmønster med sunde og usunde elementer	13	13	25	16
Sundt kostmønster	12	10	23	14

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

Der er en klar sammenhæng mellem borgernes kostmønster og deres helbred og trivsel, jf. tabel 6.5.2. Borgere med usundt kostmønster har generelt ringere helbred – både mentalt og fysisk – end borgere med et sundere kostmønster. Også andelen af borgere, der har et højt stressniveau, og andelen, som er utilfredse med livet, er større blandt borgere med et usundt kostmønster end borgere med mere sundt kostmønster.

Borgere med et usundt kostmønster føler sig i højere grad ensomme og har sjældnere kontakt med familie end borgere med sundere kostmønster, jf. tabel 6.5.3. De spiser også sjældnere sammen med andre og føler sig i højere grad belastet af deres økonomi end borgere med et sundere kostmønster.

**Tabel 6.5.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt borgere, som har et sundt kostmønster, et usundt kostmønster eller et kostmønster med både sunde og usunde elementer**

	Pct. Føler sig ensom	Sjælden kontakt med familie Pct. familie	Spiser sjældent sammen med andre Pct. andre	Belastet af sin økonomi Pct. økonomi
Region Sjælland 2017	8,6	9,2	5,7	42,1
<b>Kostmønster</b>				
Usundt kostmønster	13,1	12,9	10,8	50,2
Kostmønster med sunde og usunde elementer	7,8	8,8	4,6	40,7
Sundt kostmønster	6,7	7,2	3,8	36,4

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.

## 6.6 Holdninger til salg af usunde mad og drikkevarer

Befolkningens holdninger spiller en rolle for den folkelige opbakning til forskellige former for forebyggelses-tiltag, og kan dermed få betydning for prioriteringer på området. I dette afsnit beskrives borgernes holdninger til forbud mod salg af usunde fødevarer på forskellige steder. Borgerne er stillet en række spørgsmål om deres holdning til salg af sodavand, snacks og fastfood på skoler, fritidsordninger, ungdomsuddannelser og i sportshaller. Spørgsmålet lyder: "Synes du, at det skal være tilladt at købe.... på følgende steder?" Svaremulighederne er: "Tilladt" eller "ikke tilladt" for hver kombination af usund kost og salgssted. For det enkelte salgssted og type af usund kost 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 mindst en af de tre usunde fødevaretyper.

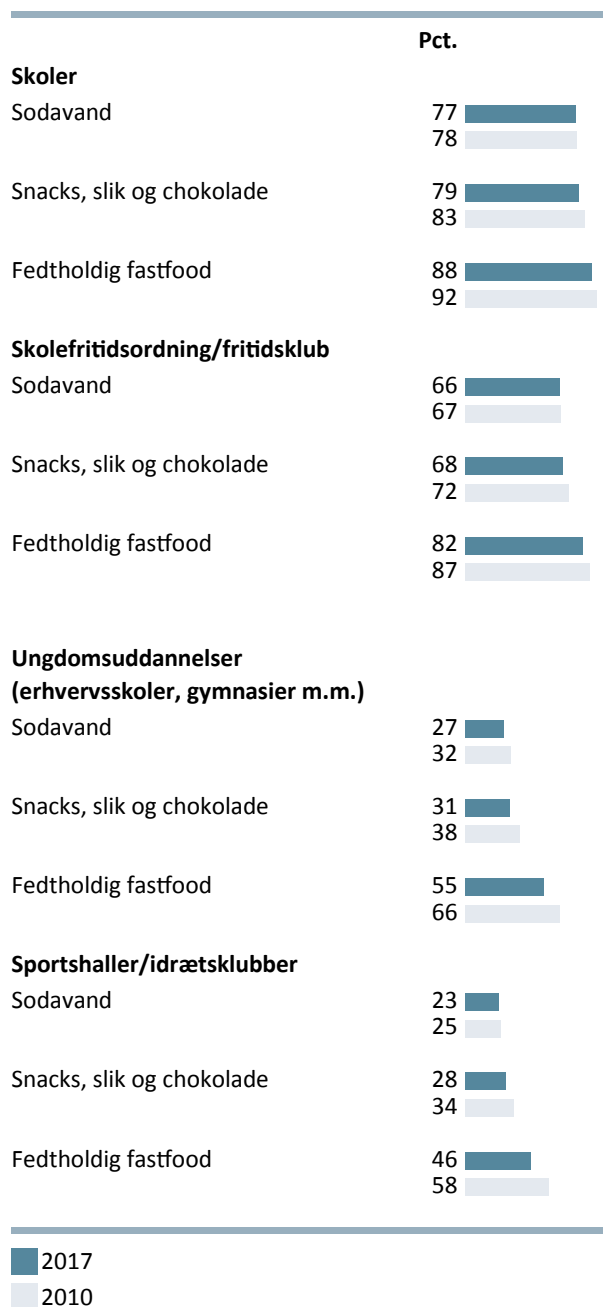
### Opbakning til forbud mod salg af usunde fødevarer:

- Er større på skoler og i skolefritidsordninger end på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber
- Er større, hvad angår salg af fedtholdig fastfood end salg af sodavand

Der er generelt opbakning i befolkningen til at forbyde salg af usunde fødevarer i skoler og skolefritidsordninger, mens opbakningen til forbud på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber er mindre, jf. tabel 6.6.1. Næsten ni ud af ti mener, at det skal være forbudt at sælge fedtholdig fastfood på skoler, mens omkring halvdelen mener, det skal være forbudt på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber. Samme mønster ses for de øvrige usunde fødevarer og for forbud mod salg af usunde fødevarer generelt. Der er generelt mere opbakning til forbud mod salg af fedtholdig fastfood end mod salg af sodavand og snacks, slik og chokolade.

I 2017 er der lidt mindre opbakning i befolkningen til forbud mod salg af usunde madvarer, end der var i 2010. Det gælder især salg af fastfood på ungdomsuddannelser og i sportshaller/idrætsklubber.

**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 enten sodavand, snacks eller fastfood på skoler, skolefritidsordninger, ungdomsuddannelser og sportshaller, opgjort på kommuner**

	Skoler		Skolefritidsordninger/ fritidsklubber		Ungdoms- uddannelser		Sportshaller/ idrætsklubber	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	91	626.800	86	592.700	60	413.300	50	344.500
Guldborgsund	92	48.000	86	44.100	61	31.800	49	25.300
Kalundborg	92	36.900	87	35.300	58	23.200	47	18.800
Lolland	92	32.900	86	30.400	57	20.100	45	15.900
Odsherred	92	26.100	88	25.000	65	18.500	53	15.100
Slagelse	90	60.400	85	56.800	60	40.300	52	35.200
Vordingborg	91	35.600	84	32.900	59	23.000	51	19.700
Faxe	92	27.300	88	26.200	61	18.400	50	14.700
Holbæk	91	51.900	87	49.400	61	35.100	51	29.000
Næstved	90	61.000	86	57.800	60	40.900	48	33.200
Ringsted	91	24.400	86	23.600	62	16.700	47	12.700
Sorø	92	22.000	86	20.700	60	14.200	48	11.500
Stevns	93	17.300	86	16.000	61	11.400	51	9.500
Greve	90	37.400	85	35.400	59	24.800	51	21.300
Køge	91	43.300	86	41.300	59	27.800	52	24.800
Lejre	91	19.900	89	19.400	61	13.100	51	11.100
Roskilde	93	65.800	88	63.000	61	44.000	54	38.500
Solrød	90	16.400	86	15.600	56	10.100	45	8.100

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

### Kommunevariation

Der er kun begrænset variation mellem borgernes opbakning til forbud af salg af usunde fødevarer på tværs af kommuner. I størstedelen af kommunerne er borgernes opbakning på niveau med regionsgennemsnittet. Opbakningen til forbud mod salg af usunde fødevarer på ungdomsuddannelser og i sportshaller/ idrætsklubber er mindst i Solrød Kommune, og opbakning er også blandt de laveste for begge mål i Lolland 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 and 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 and 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 and 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. **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.
12. **Ygil KH.** *Mål, vægt og portionsstørrelser på fødevarer*. DTU Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring. Søborg. 2013.
13. **Trolle E, Fagt S, Ovesen L, (red).** *Frukt og grøntsager – anbefalinger for indtag*. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri, Veterinær- og Fødevaredirektoratet. 1998.
14. **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.
15. **Forebyggelsespakke.** *Mad og måltider*. Sundhedsstyrelsen. 2012.

# Kapitel 7

# Vægt

7.1 Overvægt og undervægt

7.2 Motivation og hjælp til at tabe sig

7.3 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

7.4 Initiativ fra Lejre Kommune:  
Vægttabshold



# Vægt

- Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland er overvægtige. Hver femte borger er svært overvægtig, og andelen er steget siden 2013
- Fire ud af fem overvægtige borgere vurderer deres vægt som for høj og ønsker at tabe sig
- Omkring hver femte overvægtige borger er blevet rådet af egen læge til at tabe sig, og en tilsvarende del har fået information om muligheden for at få hjælp til det
- Svær overvægt er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund og mindst udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund
- Svært overvægtige og undervægtige borgere har et dårligere helbred både fysisk og mentalt, og de har lavere tilfredshed med livet end andre

Kapitel 7 omhandler borgernes vægt, herunder undervægt, overvægt og svær overvægt, som har stor betydning for borgernes sundhed (1) (2). Overvægt forbindes med højere dødelighed, hyppigere forekomst af en lang række sygdomme som f.eks. hjerte-kar-sygdomme, en lang række kræftformer og type 2 diabetes samt dårligere livskvalitet (1) (2) (4). Et metastudie forbinder desuden overvægt og svær overvægt med forhøjet blodtryk, astma, sygdomme i galdeblæren, slidgigt og kroniske lændesmerter (3), ligesom overvægt er forbundet med nedsat frugtbarhed (4). Brystkræftpatienter har desuden reduceret overlevelse, hvis de er overvægtige eller svært overvægtige tæt på tidspunktet for deres kræftdiagnose (5).

Flere undersøgelser af det fysiske og mentale helbred blandt voksne har vist, at det fysiske helbred, målt på parametre som funktionsevne, smerter og fysiske begrænsninger i dagligdagen, er dårligere allerede ved grænsen mellem normalvægt og overvægt. Jo mere overvægtig, desto ringere fysisk helbred. Meget svært overvægtige har tillige et ringere mentalt helbred (6). Et andet studie har vist en stærk sammenhæng mellem svær overvægt og depression. Depression øger risikoen for svær overvægt, men svær overvægt øger også risikoen for depression (7). Sammenhæng mellem depression og mere moderat overvægt er ikke lige så tydelig.

En række undersøgelser gennem de seneste 20 år har peget på, at sammenhængen mellem vægt, sundhed og dødelighed varierer med alderen, og at de anbefalede vægtgrænser for voksne kan være mindre velegnede til at vurdere vægten blandt personer over 65 år (8) (9).

Kapitel 7 indledes med et afsnit om vægtfordelingen blandt borgere i Region Sjælland (afsnit 7.1). Afsnit 7.2 beskriver borgernes selvvalgte vægt samt deres eventuelle ønsker om vægttab og hjælp til dette. Afsnit 7.3 viser sammenhænge mellem overvægt, helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd, samt en oversigt over sammenhænge mellem overvægt og forskellige sygdomme blandt borgere i regionen. Kapitel 7 afsluttes med beskrivelse af et kommunalt initiativ fra Lejre, der handler om vægttabshold.



## Hovedresultater

Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland er overvægtige, og hver femte borger er svært overvægtig. Andelen af svært overvægtige borgere er steget siden 2013, mens andelen af normalvægtige borgere er faldet. Omkring 2 pct. af borgerne er undervægtige.

Knap ni ud af ti overvægtige borgere vurderer selv, at deres vægt er for høj, heraf ønsker næsten alle også at tabe sig. Mere end hver tredje overvægtige borger ønsker hjælp til at tabe sig. Knap hver syvende overvægtige borger er blevet rådet af deres egen læge til at tabe sig. Egen læge er den hyppigste kilde til information til overvægtige om muligheden for at få hjælp til vægttab. Siden 2010 er andelen af overvægtige, der er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, faldet.

### Køn

Andelen af overvægtige (især moderat overvægtige) er større blandt mænd end kvinder, men blandt de overvægtige er der en større andel af kvinderne, som selv vurderer deres vægt er for høj, som ønsker at tabe sig, og som ønsker hjælp til det.

### Alder

Overvægt er mest udbredt blandt borgere over 35 år og under 80 år. Andelen af overvægtige, der ønsker hjælp til at tabe sig, er derimod størst blandt borgere under 35 år, og det er også de unge, som i højest grad har fået information om muligheden for at få hjælp til at tabe sig.

### Uddannelse

Forekomsten af svær overvægt er større blandt borgere med kortere uddannelse sammenlignet med borgere med længere uddannelse. Det er især overvægtige borgere med kort uddannelse, som er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, og som har fået information om muligheden for hjælp til det. Det er derimod især de overvægtige med lange uddannelser, som er motiveret for at tabe sig.

### Samlivsstatus

Der er en større andel af overvægtige blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden. Det er især overvægtige borgere, som bor sammen med en partner, der er motiverede for at tabe sig, mens det især er de overvægtige borgere uden en partner, som ønsker hjælp til det.

### Etnisk baggrund

Svær overvægt er mest udbredt blandt borgere med dansk baggrund og mindst udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Blandt de overvægtige er borgere med ikke-vestlig baggrund dog mindst motiveret for at tabe sig. Det er imidlertid især borgere med ikke-vestlig baggrund, som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at tabe sig.

### Sundhedsadfærd og helbred blandt overvægtige

Svært overvægtige borgere har i højere grad et usundt kostmønster og er ikke fysisk aktive nok sammenlignet med andre borgere. Både svært overvægtige og undervægtige borgere har et dårligere selv vurderet helbred både fysisk og mentalt, en større andel af ensomme og lavere tilfredshed med livet end borgere, der er normalvægtige eller moderat overvægtige.

## 7.1 Overvægt og undervægt

I dette afsnit beskrives borgernes vægt på grundlag af BMI (Body Mass Index). BMI beregnes ud fra en persons vægt i kilo divideret med højden i meter, der ganges med sig selv. BMI bruges til at opdele borgerne i fire grupper, der angiver henholdsvis "undervægtige", "normalvægtige", "moderat overvægtige" og "svært overvægtige" som vist i tabel 7.1.1 De viste BMI-grænser gælder for voksne fra 18 år og opefter. Undersøgelsens yngste deltagere på 16-17 år nærmer sig voksenalvægt, hvorfor de særlige BMI-grænser, som findes for unge, ikke er anvendt i denne undersøgelse.

Undersøgelser har vist, 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. Derimod er dødeligheden øget blandt borgere over 65 år med et BMI i den lavere del af vægtintervallet for normalvægt (8) (9). Resultaterne for vægt blandt de ældste aldersgrupper (65-79 år og 80+ år) i Sundhedsprofilen skal derfor fortolkes med forsigtighed.

Tabel 7.1.1 BMI-grænser for overvægt, normalvægt og undervægt

Klassifikation	BMI grænser 18+årige (kg/m <sup>2</sup> )
Undervægt	Mindre end 18,5
Normalvægt	18,5 - 24,9
Moderat overvægt	25,0 - 29,9
Svær overvægt	Mindst 30,0

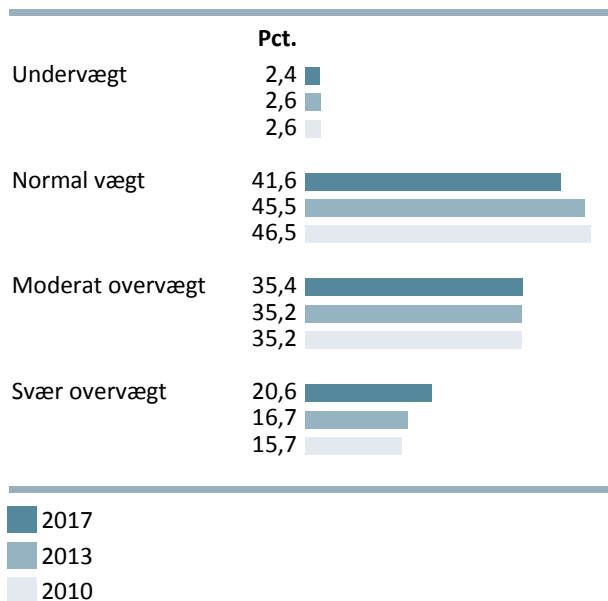
Moderat overvægt er især udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere i alderen 45-79 år
- Borgere med kort eller kort videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse, efterlønsmodtagere og alderspensionister
- Borgere, der bor sammen med en partner

Svær overvægt er især udbredt blandt:

- Borgere i alderen 25-79 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere med dansk baggrund

**Tabel 7.1.2 Moderat og svært overvægtige borgere**



Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland er enten moderat eller svært overvægtige (56,0 pct.), og 2,4 pct. er undervægtige. Omtrent hver femte borger er svært overvægtig (20,6 pct.), mens lidt mere end hver tredje er moderat overvægtig (35,4 pct.). Andelen af svært overvægtige borgere er steget, særligt fra 2013 til 2017 (3,9 procentpoint), mens andelen af normalvægtige borgere er faldet tilsvarende. Andelen af normalvægtige og undervægtige borgere er på samme niveau i 2017 som i 2013 og 2010.

**Tabel 7.1.3 Moderat og svært overvægtige borgere**

	Pct. Moderat overvægt	Personer	Pct. Svær overvægt	Personer
Region Sjælland 2017	35	243.100	21	141.100
Region Sjælland 2013	35	233.700	17	110.900
Region Sjælland 2010	35	231.300	16	102.900
<b>Køn</b>				
Mand	43	143.400	20	68.500
Kvinde	28	99.700	21	72.600
<b>Alder</b>				
16-24 år	19	15.800	10	8.000
25-34 år	30	20.600	23	15.700
35-44 år	34	34.400	23	23.000
45-54 år	38	49.300	24	30.500
55-64 år	41	47.400	22	25.900
65-79 år	40	61.500	21	32.700
80+	36	14.100	14	5.400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	21	11.500	10	5.400
Grundskole	33	32.100	26	25.500
Kort uddannelse	39	112.200	24	70.500
Kort videregående	39	24.300	19	11.800
Mellemlang videregående	36	47.400	18	23.800
Lang videregående	37	18.800	10	5.200
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	37	122.900	20	66.800
Arbejdsløse	32	5.100	32	5.000
Førtidspensionister	28	8.200	35	10.400
Efterlønsmodtagere	43	5.800	19	2.700
Alderspensionister	39	76.100	20	38.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	28	10.700	27	10.200
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	39	168.900	21	91.100
Ikke samlevende	30	74.200	20	50.000
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	34	72.300	20	41.400
Bor ikke med børn	36	169.900	22	102.600
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	36	224.000	21	132.700
Anden vestlig baggrund	32	7.800	16	4.000
Ikke-vestlig baggrund	34	11.300	13	4.500

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

## Generelt

Mere end hver tredje borger i Region Sjælland er moderat overvægtig (35,4 pct.), svarende til 243.100 borgere. Omtrent hver femte borger er svært overvægtig (20,6 pct.), svarende til 141.100 borgere.

Andelen af svært overvægtige borgere er større i 2017 end i 2013, mens andelen af moderat overvægtige er på samme niveau i alle tre år.

## Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder er moderat overvægtige. Blandt mænd er 43 pct. moderat overvægtige, mens andelen blandt kvinder er 28 pct. Der er ingen kønsforskel i forekomsten af svær overvægt. Moderat overvægt er mest udbredt i alderen 45-79 år og mindst udbredt blandt de unge 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. Der er en tendens til, at andelen af moderat overvægtige øges med stigende alder indtil 65 år. Svær overvægt er mindst udbredt blandt unge under 25 år og ældre over 80 år, mens forekomsten er omtrent den samme i alle aldersgrupper mellem 25 og 79 år. Andelen af svært overvægtige er siden 2013 især steget blandt borgere i alderen 25-54 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tydelig social ulighed i forekomsten af svær overvægt, både målt på tværs af forskellige uddannelsesniveauer og forskellig erhvervstilknytning i befolkningen. Blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, er hver fjerde svært overvægtig (26 pct.), mens det samme kun er tilfældet for hver tiende borger med en lang videregående uddannelse (10 pct.). Tilsvarende er omkring hver tredje af de arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive svært overvægtige, mens det samme kun gælder hver femte borger i beskæftigelse, samt efterlønsmodtagere og alderspensionister.

Forekomsten af moderat overvægt følger ikke samme mønster, og variationen i forekomsten mellem uddannelsesniveauer er ikke så stor som for svær overvægt. Moderat overvægt er dog mest udbredt blandt borgere med en kort eller kort videregående uddannelse og mindst udbredt blandt borgere, som har udelukkende grundskoleuddannelse. Desuden er andelen af moderat overvægtige større blandt borgere i beskæftigelse end blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive. Efterlønsmodtagere og alderspensionister har en stor andel af moderat overvægtige, men en relativt lille andel svært overvægtige borgere.






























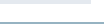






## Samlivsstatus og børn




Der er en større andel af moderat overvægtige blandt borgere med en samboende partner end blandt borgere uden. Denne forskel ses ikke for svært overvægtige. Forekomsten af svær overvægt er lidt højere blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet. Der er ikke sammenhæng mellem forekomsten af moderat overvægt og hjemmeboende børn.

## Etnisk baggrund

Andelen af svært overvægtige er langt større blandt borgere med dansk baggrund end blandt borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund. Forekomsten af moderat overvægt varierer derimod ikke med borgernes etniske baggrund.

**Tabel 7.1.4 Moderat og svært overvægtige borgere, opgjort på kommuner**

	Pct. Moderat overvægt	Personer	Pct. Svær overvægt	Personer
Region Sjælland	35 	243.100	21 	141.100
Guldborgsund	34 	17.800	21 	11.100
Kalundborg	38 	15.400	21 	8.700
Lolland	36 	12.900	25 	9.100
Odsherred	39 	11.100	23 	6.400
Slagelse	34 	22.300	22 	14.700
Vordingborg	36 	14.100	24 	9.400
Faxe	36 	10.400	24 	7.000
Holbæk	35 	20.000	23 	13.000
Næstved	36 	24.300	22 	14.700
Ringsted	36 	9.800	21 	5.500
Sorø	37 	8.900	19 	4.500
Stevns	38 	7.000	22 	4.000
Greve	37 	15.400	16 	6.600
Køge	36 	16.700	18 	8.500
Lejre	36 	7.600	16 	3.500
Roskilde	33 	23.400	16 	11.500
Solrød	33 	5.900	16 	2.800

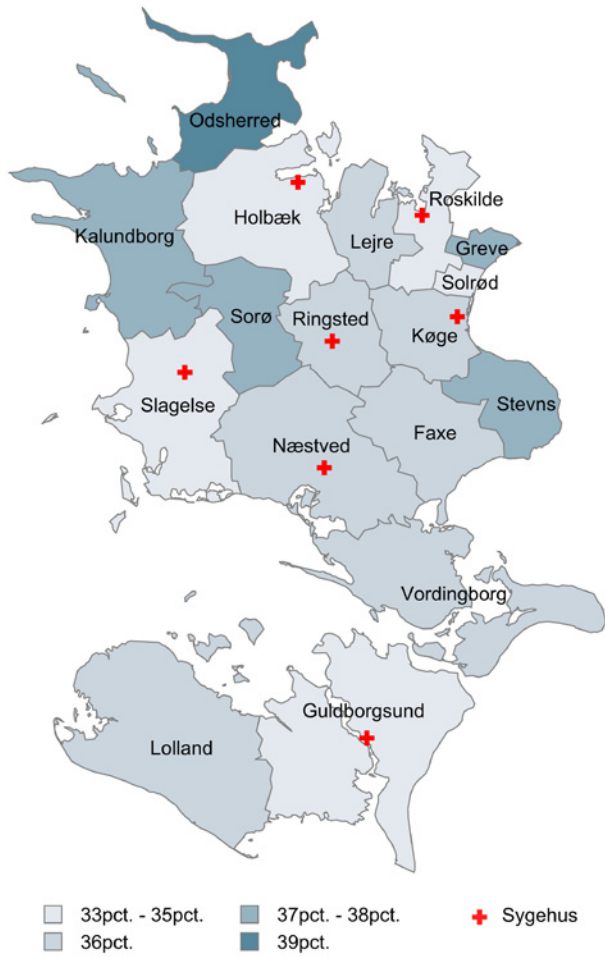
-  Signifikant lavere end regionsgennemsnit
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
-  Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Kommunevariation

Andelen af overvægtige borgere varierer mellem regionens kommuner. Variationen er størst, hvad angår andelen af svært overvægtige, som spænder fra 16 pct. i kommunerne Greve, Lejre, Roskilde og Solrød til 25 pct. i Lolland Kommune. Forekomsten af svær overvægt er en del lavere i socioøkonomisk bedre stillede kommuner tættest på hovedstadsområdet end i de øvrige kommuner.

Der er i alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med svær overvægt er større i 2017 end i 2013 og 2010. I fire kommuner er der sket signifikante stigninger i andelen på 6-7 procentpoint siden 2013, nemlig Lolland, Slagelse, Vordingborg og Faxe (data ikke vist).

Kort 7.1.5 Andel moderat overvægtige borgere



Kort 7.1.6 Andel svært overvægtige borgere



## 7.2 Motivation og hjælp til at tabe sig

Viden om effektive indsatser over for overvægt blandt voksne er sparsom. Forebyggelsespakkerne vedrørende mad, måltider og fysisk aktivitet giver dog anbefalinger i indsatsen mod overvægt, både med hensyn til strukturelle og personorienterede indsatser (10) (11) (12).

I dette afsnit er der fokus på moderat og svært overvægtige borgeres egen vurdering af deres vægt og på, om de ønsker at tabe sig og ønsker at få hjælp til at tabe sig. Borgerne er spurgt om, hvordan de vurderer deres vægt med svarmulighederne: "Alt for lav", "lidt for lav", "tilpas", "lidt for høj" og "alt for høj". De, som vurderer vægten som for høj, omfatter borgere, der har svaret "lidt for høj" eller "alt for høj". Borgerne er derefter spurgt, om de gerne vil tabe sig. Svarmulighederne er: "Ja, i høj grad", "ja, i nogen grad", "nej" og "ved ikke". Opgørelser af ønske om vægttab omfatter borgere, der har svaret: "Ja, i høj grad" eller "ja, i nogen grad". De, som ønsker vægttab, er spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til dette med svarmulighederne "ja" eller "nej".

For de overvægtige borgere er det desuden opgjort, hvor stor en andel, der i løbet af de seneste 12 måneder har været hos egen læge og er rådet af lægen til at tabe sig. I alt 82 pct. af overvægtige borgere har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (data ikke vist). Desuden er det opgjort, om overvægtige borgere de seneste 12 måneder har modtaget information om muligheder for at få hjælp til vægttab, både generelt og specifikt fra egen læge.

Overvægtiges ønske om at tabe sig er især udbredt blandt:








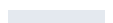
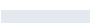






















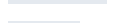
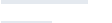







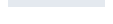
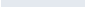

























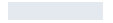
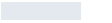






















- Kvinder
- Borgere i alderen 25-64 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere med mellemlang eller lang videregående uddannelse
- Borgere, der bor sammen med en partner
- Borgere med børn i hjemmet
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund




Rådgivning om vægttab til overvægtige fra egen læge er især udbredt blandt:

- Borgere i alderen 55-64 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere uden børn i hjemmet



**Tabel 7.2.1 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		Vurderer egen vægt som for høj og vil gerne tabe sig		Vurderer egen vægt som for høj, vil gerne tabe sig og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	86 	331.100	80 	307.200	35 	136.100
Region Sjælland 2013	85 	294.200	80 	276.500		
Region Sjælland 2010	87 	290.100	81 	270.000		
<b>Køn</b>						
Mand	81 	171.200	74 	157.600	26 	55.400
Kvinde	93 	160.000	87 	149.700	47 	80.600
<b>Alder</b>						
16-24 år	84 	20.000	82 	19.600	48 	11.500
25-34 år	89 	32.500	86 	31.500	47 	17.300
35-44 år	89 	51.000	86 	49.800	44 	25.400
45-54 år	92 	73.400	87 	69.300	40 	31.900
55-64 år	89 	64.900	83 	61.200	36 	26.000
65-79 år	83 	77.800	72 	68.000	24 	22.000
80+	60 	11.600	42 	7.800	11 	2.000
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	88 	14.800	86 	14.500	52 	8.800
Grundskole	81 	46.200	70 	39.700	29 	16.400
Kort uddannelse	87 	157.200	81 	145.800	35 	62.500
Kort videregående	86 	30.800	82 	29.400	39 	13.700
Mellemlang videregående	91 	63.700	86 	61.000	39 	27.200
Lang videregående	90 	21.400	86 	20.500	34 	8.100
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	90 	170.300	86 	164.000	39 	74.400
Arbejdsløse	91 	9.200	86 	8.800	47 	4.800
Førtidspensionister	87 	16.200	80 	15.000	46 	8.500
Efterlønsmodtagere	86 	7.400	81 	7.000	33 	2.800
Alderspensionister	79 	90.000	67 	76.300	21 	24.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	90 	18.800	83 	17.400	48 	10.100
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	87 	226.700	81 	211.300	34 	89.000
Ikke samlevende	84 	104.500	78 	96.000	38 	47.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	90 	102.000	87 	98.300	45 	50.800
Bor ikke med børn	86 	231.800	78 	212.500	33 	89.800
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	87 	309.200	80 	287.000	35 	125.400
Anden vestlig baggrund	87 	10.200	83 	9.800	40 	4.700
Ikke-vestlig baggrund	74 	11.700	67 	10.600	38 	6.000

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

### **Generelt**

Næsten ni ud af ti overvægtige borgere vurderer selv, at deres vægt er for høj (86 pct.), og næsten alle disse ønsker også at tabe sig (80 pct. af alle overvægtige), jf. tabel 7.2.1. Lidt under halvdelen af dem, der ønsker at tabe sig, ønsker hjælp til det, hvilket svarer til 35 pct. af alle overvægtige borgere.

Der er ikke sket en ændring i 2010, 2013 og 2017 med hensyn til andelen af borgere, der vurderer deres vægt som for høj, eller blandt dem som desuden ønsker at tabe sig.

### **Køn og alder**

Blandt overvægtige vurderer en større andel af kvinderne end mændene, at deres vægt er for høj. Ni ud af ti kvinder ønsker at tabe sig. Knap halvdelen (47 pct.) af de overvægtige kvinder vurderer, at deres vægt er for høj, vil gerne tabe sig og ønsker hjælp til det. Blandt mænd er det hver fjerde (26 pct.).

Især overvægtige i alderen 25-64 år vurderer selv, at deres vægt er for høj (89-92 pct.). Blandt dem over 65 år er andelen mindre. Dette resultat skal ses i lyset af, at der ikke er samme negative effekter ved højt BMI blandt ældre som blandt yngre (8) (9). Andelen af overvægtige borgere, som vurderer deres vægt som for høj og ønsker at tabe sig, og andelen der ønsker hjælp til det er også lavest blandt de ældre borgere. Den største andel af overvægtige borgere, der både har erkendt overvægten, gerne vil tabe sig og ønsker hjælp til det, findes blandt borgere under 35 år.

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Der er en tendens til, at både andelen af overvægtige borgere, der vurderer deres vægt som for høj, og andelen, der også ønsker at tabe sig, er størst blandt borgere med mellemlange eller lange videregående uddannelser og mindst blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse. Uddannelsesforskellene er mindre entydige, hvad angår andelen af borgere, der desuden ønsker hjælp til at tabe sig.

Andelen af overvægtige, der vurderer deres vægt som for høj, og andelen, der også ønsker at tabe sig, er størst blandt borgere i beskæftigelse, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive. Andelen af overvægtige, der desuden ønsker hjælp til at tabe sig, er dog også stor blandt førtidspensionister. I denne gruppe vil mere end halvdelen gerne have hjælp til at tabe sig.

### **Samlivsstatus og børn**




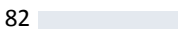
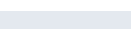

























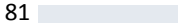























Overvægtige borgere, som bor sammen med en partner, vurderer oftere deres vægt som for høj, og har også oftere ønske om at tabe sig end overvægtige, der ikke bor sammen med en partner. I sidstnævnte gruppe ønsker en større andel imidlertid hjælp til at tabe sig.




En større andel af overvægtige borgere med børn i hjemmet end borgere uden børn i hjemmet vurderer deres vægt som for høj. Der er også en større andel af denne gruppe, som også ønsker hjælp til at tabe sig.

### **Etnisk baggrund**

Der er en større andel af overvægtige borgere med dansk eller anden vestlig baggrund, som vurderer egen vægt for høj, og der er desuden en større andel, som også ønsker at tabe sig, end blandt overvægtige borgere med ikke-vestlig baggrund. Men blandt de overvægtige, som ønsker at tabe sig, ønsker en større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund også hjælp til det.

**Tabel 7.2.2 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		Vurderer egen vægt som for høj og vil gerne tabe sig		Vurderer egen vægt som for høj, vil gerne tabe sig og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	86 	331.100	80 	307.200	35 	136.100
Guldborgsund	82 	23.800	76 	21.900	30 	8.700
Kalundborg	83 	20.000	77 	18.400	34 	8.100
Lolland	85 	18.700	77 	16.900	36 	7.800
Odsherred	86 	15.200	79 	13.900	36 	6.200
Slagelse	86 	31.900	79 	29.300	37 	13.700
Vordingborg	86 	20.200	80 	18.900	35 	8.200
Faxe	84 	14.700	77 	13.500	32 	5.500
Holbæk	90 	29.900	83 	27.400	39 	12.900
Næstved	87 	33.800	80 	31.400	39 	15.400
Ringsted	81 	12.500	76 	11.500	33 	5.000
Sorø	85 	11.400	79 	10.500	31 	4.200
Stevns	85 	9.400	79 	8.700	30 	3.300
Greve	87 	19.300	81 	18.000	37 	8.300
Køge	88 	22.300	84 	21.300	36 	9.100
Lejre	87 	9.700	81 	9.000	35 	3.900
Roskilde	88 	30.700	83 	29.100	35 	12.100
Solrød	88 	7.700	85 	7.400	39 	3.400

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

### Kommunevariation

Andelen af overvægtige, der selv vurderer deres vægt som for høj, varierer mellem kommunerne i Region Sjælland med op til ni procentpoint med den højeste andel i Holbæk Kommune. Det samme gælder andelen, som også ønsker at tabe sig og ønsker hjælp til det.

I Guldborgsund Kommune ligger alle tre tal signifikant lavere end i regionen generelt, mens andelen af overvægtige, som ønsker at tabe sig, generelt er størst i de bedre socioøkonomisk stillede kommuner som Køge, Roskilde og Solrød. I størstedelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

**Tabel 7.2.3 Andel af moderat eller svært overvægtige borgere, som er rådet af egen læge til at tabe sig og informeret af egen læge eller generelt om mulighed for støtte og hjælp til det**

	Rådet af egen læge til at tabe sig		Informeret af egen læge om hjælp		Informeret om hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	14,6	56.200	9,8	37.600	23,2	89.300
Region Sjælland 2013	17,5	60.400				
Region Sjælland 2010	17,2	57.600				
<b>Køn</b>						
Mand	15,0	31.900	10,1	21.600	24,1	51.500
Kvinde	14,2	24.300	9,4	16.000	22,1	37.800
<b>Alder</b>						
16-24 år	9,6	2.300	8,0	1.900	33,8	8.200
25-34 år	13,9	5.100	9,6	3.500	26,3	9.700
35-44 år	11,6	6.700	5,8	3.400	19,6	11.400
45-54 år	15,5	12.400	9,2	7.400	22,8	18.400
55-64 år	18,5	13.600	10,7	7.900	24,7	18.200
65-79 år	15,8	14.700	13,2	12.300	22,5	20.800
80+	7,0	1.300	6,8	1.200	14,7	2.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	10,0	1.700	9,3	1.600	34,7	5.800
Grundskole	19,2	10.800	13,2	7.400	25,9	14.600
Kort uddannelse	15,6	28.300	10,5	19.000	22,6	40.800
Kort videregående	14,7	5.200	10,3	3.700	22,9	8.300
Mellemlang videregående	12,5	8.800	7,1	5.000	21,4	15.100
Lang videregående	9,5	2.300	4,4	1.000	17,7	4.200
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	13,2	25.300	7,2	13.900	21,6	41.700
Arbejdsløse	18,5	1.900	11,5	1.200	29,2	3.000
Førtidspensionister	28,7	5.300	20,3	3.800	35,6	6.600
Efterlønsmodtagere	13,8	1.200	8,5	700	19,4	1.700
Alderspensionister	14,3	16.100	12,2	13.500	21,2	23.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	20,6	4.300	12,7	2.700	27,1	5.700
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	14,1	36.700	8,9	23.300	22,2	58.200
Ikke samlevende	15,8	19.500	11,7	14.300	25,4	31.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	11,6	13.200	6,7	7.600	20,6	23.400
Bor ikke med børn	15,9	43.100	11,3	30.500	24,3	65.700
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	14,7	52.500	9,7	34.800	23,0	82.000
Anden vestlig baggrund	9,9	1.200	8,5	1.000	20,9	2.500
Ikke-vestlig baggrund	16,7	2.600	12,0	1.900	31,3	4.800

- 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 syvende overvægtige borger i Region Sjælland er blevet rådet af deres læge til at tabe sig i løbet af de seneste 12 måneder (14,6 pct.), og hver tiende har fået information af egen læge om muligheden for at få hjælp til at tabe sig. Det er dog i alt næsten hver fjerde overvægtige borger (23,2 pct.), som har fået information om muligheden for at få hjælp til at tabe sig, enten fra egen læge, hospital, kommunens personale, arbejdspladsen eller andre. Egen læge er den hyppigste kilde til information til overvægtige om muligheden for at få hjælp til vægttab (data ikke vist). Andelen af overvægtige, der er blevet rådet af deres egen læge til at tabe sig, er mindre i 2017 end i 2013.

## Køn og alder

Der er ikke væsentlige kønsforskelle i andelen af overvægtige mænd og kvinder, som er blevet rådet til at tabe sig, eller som har fået information om muligheden for at få hjælp til vægttab. Andelen af overvægtige, der er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, er dog især faldet blandt kvinder siden 2013 (data ikke vist).

Det er især overvægtige i alderen 55-64 år, som er blevet rådet af deres læge til at tabe sig. Det er især de unge under 25 år, som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at tabe sig, men de får kun i ringe omfang informationen fra egen læge.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tendens til, at overvægtige borgere med kortere uddannelse i højere grad bliver rådet af deres læge til at tabe sig og får information om muligheden for at få hjælp til det, end overvægtige borgere med længere uddannelse gør. Overvægtige førtidspensionister bliver også oftere rådgivet til at tabe sig eller får information om muligheden for at få hjælp end f.eks. overvægtige borgere i beskæftigelse.

## Samlivsstatus og børn

Andelen af overvægtige borgere, der bliver rådet af deres læge til at tabe sig, er stort set den samme blandt borgere, som bor sammen med en partner, sammenlignet med borgere uden en samboende partner. I 2013 var andelen, der er blevet rådet af deres læge til at tabe sig, højere blandt borgere uden en partner, men siden 2013 er andelen især faldet blandt borgere uden en samboende partner (data ikke vist). I 2017 er der en større andel af overvægtige borgere, som ikke bor sammen med en partner, der er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at tabe sig, end blandt overvægtige med en samboende partner.

Blandt overvægtige borgere uden børn i hjemmet er en større andel blevet rådgivet til at tabe sig eller har fået information om muligheden for hjælp til det af egen læge, end tilfældet er blandt overvægtige borgere med børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Rådgivning og information vedrørende vægttab varierer ikke entydigt med borgernes etniske baggrund. Dog bliver overvægtige med anden vestlig baggrund end dansk sjældnere rådgivet af deres læge til at tabe sig, mens overvægtige med ikke-vestlig baggrund oftere er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til vægttab fra en eller flere kilder, men ikke specifikt fra lægen.

## Kommunevariation

Andelen af overvægtige borgere, som er rådet til at tabe sig, eller som har fået information om muligheden for hjælp til vægttab, varierer kun i meget begrænset omfang på tværs af kommunerne i regionen, og i næsten alle kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet (data ikke vist).

### 7.3 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

I dette afsnit sammenholdes borgernes vægt med deres sundhedsadfærd (kostmønster, fysisk aktivitet, dagligrygning og problematisk alkoholadfærd). Tilsvarende er sammenhængen mellem borgernes vægt og deres helbred, trivsel og sociale relationer beskrevet.

Borgernes sundhedsadfærd hænger generelt sammen med deres vægt, men ikke på en entydig måde, jf. tabel 7.3.1. Andelen af dagligrygere er større blandt undervægtige og normalvægtige borgere end blandt overvægtige borgere. Andelen af inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere og andelen med et usundt kostmønster er derimod størst i hver ende af vægtskalaen, dvs. både blandt de undervægtige og de svært overvægtige borgere. Borgernes alkoholadfærd ser derimod ikke ud til at være relateret til borgernes vægt.

Både blandt svært overvægtige og undervægtige ses en høj andel:

- Inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive
- Med usundt kostmønster
- Med dårligt fysisk helbred
- Med dårligt mentalt helbred
- Med højt stressniveau
- Der er utilfredse med livet
- Ensomme borgere
- Med sjælden kontakt med familie
- Som sjældent spiser sammen med andre
- Som føler sig belastet af deres økonomiske situation

Tabel 7.3.1 Sundhedsadfærd blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Pct. Dagligrygning	Problematiske Pct. alkoholadfærd	Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk Pct. aktiv	Usundt Pct. kostmønster
Region Sjælland 2017	19	19	33	17
<b>BMI</b>				
Undervægt	27	18	43	24
Normal vægt	20	18	28	15
Moderat overvægt	16	20	31	16
Svær overvægt	17	18	46	20

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

Tabel 7.3.2 Helbred og trivsel blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Dårligt fysisk Pct. helbred	Dårligt mentalt Pct. helbred	Højt Pct. stressniveau	Utilfreds med Pct. livet
Region Sjælland 2017	14	14	27	17
<b>BMI</b>				
Undervægt	21	28	41	30
Normal vægt	10	13	24	16
Moderat overvægt	12	11	23	16
Svært overvægt	22	17	33	22

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

Borgernes helbred og trivsel er generelt dårligt blandt borgere, der er undervægtige eller svært overvægtige, mens borgere, der er moderat overvægtige, har omtrent samme helbred og trivsel som normalvægtige, jf. tabel 7.3.2. Sammenlignet med de normalvægtige og moderat overvægtige er der blandt undervægtige og svært overvægtige borgere en større andel med dårligt mentalt eller fysisk helbred, højt stressniveau, eller med generel utilfredshed med livet. Desuden er det værd at bemærke, at undervægtige generelt har et lidt ringere mentalt helbred og højere stressniveau end de svært overvægtige borgere.

Ensomhedsfølelse er mest udbredt blandt undervægtige efterfulgt af svært overvægtige og mindst udbredt blandt moderat overvægtige og normalvægtige, jf. tabel 7.3.3. Mønstret er omtrent det samme for andelen af borgere, der sjældent har kontakt med familien og for andelen, der sjældent spiser sammen med andre. Det samme gør sig gældende for andelen af borgere, der føler sig belastet af deres økonomiske situation.

Tabel 7.3.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt undervægtige, normalvægtige og overvægtige borgere

	Føler sig Pct. ensom	Sjældent kontakt med Pct. familie	Spiser sjældent sammen med Pct. andre	Belastet af sin Pct. økonomi
Region Sjælland 2017	8,6	9,2	5,7	42,1
<b>BMI</b>				
Undervægt	15,7	12,3	8,2	52,5
Normal vægt	8,0	8,6	5,0	38,8
Moderat overvægt	6,7	8,8	5,2	39,4
Svært overvægt	11,8	10,8	7,3	48,0

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

## 7.4 Initiativ fra Lejre Kommune

### Vægttabshold

Borgere i Lejre har generelt et mere sundt kostmønster end i mange andre af regionens kommuner. Sammenlignet med regionsgennemsnittet er der lidt flere i Lejre, som spiser sundt og færre, som spiser usundt. Andelen af moderat overvægtige i Lejre Kommune svarer nogenlunde til regionsgennemsnittet, mens andelen med svær overvægt er noget mindre, nemlig 16 pct. i forhold til 21 pct. i Region Sjælland.

Næsten halvdelen (48 pct.) af borgere med et usundt kostmønster i Lejre Kommune angiver, at de gerne vil spise mere sundt, og fire ud af fem overvægtige (81 pct.) vil gerne tabe sig. Hver fjerde borger med et usundt kostmønster i Lejre vil gerne have hjælp til at spise sundere (24 pct.), og hver tredje overvægtige borger (35 pct.) vil gerne have hjælp til at tabe sig. Kurser som vægttabsholdet i Lejre Kommune er et eksempel på, hvordan dette kan foregå.

#### Vægttabshold

I Lejre Kommune blev der i 2014 oprettet særlige vægttabsforløb for grupper. Grupperne består af 8-12 deltagere, og forløbet ledes af en kostvejleder med speciale i ernæring og sundhed, der aflønnes af kommunen. Kriterierne for at deltage er, at man ønsker at tabe sig, er motiveret for vægttab og har ressourcer til at være i et engageret fællesskab. Desuden skal man selv kunne transportere sig til det pleje- og sundhedscenter i Lejre, hvor undervisningen foregår.

Deltagerne rekrutteres via kommunens sundhedsmedarbejdere, jobcenteret, træningsenheden og de praktiserende læger. Desuden annonceres tilbuddet i lokalavisen, som også tiltrækker flere henvendelser.

*På billedet af pjecen ses det, hvordan kurserne forløber, og hvordan borgerne informeres om dette.*

Kurset indledes hver gang med, at deltagerne vejes, og dernæst er der en runde, hvor de fortæller, hvordan det går eller er gået siden sidst med kost og vægtbalance. Derefter er der tematisk undervisning, gerne med inddragelse af praktiske ting, f.eks. medbringer undervise-

ren særligt sunde madvarer. Der uddeles madopskrifter og gode råd om ernæringsværdi og håndtering af disse madvarer, som måske er ukendte for deltagerne. Hvis der er behov for det, kan der oprettes ekstra undervisningsgange, hvor der er mulighed for sammen at lære at anvende disse madvarer på madlavningsdage.

Et andet tema på kurset er fysisk aktivitet, hvor underviseren deler elastikker ud og instruerer i, hvordan man udfører øvelser og kan træne hjemme på belejlige tidspunkter – fx mens man lige venter på, at kaffen bliver færdig på kaffemaskinen.

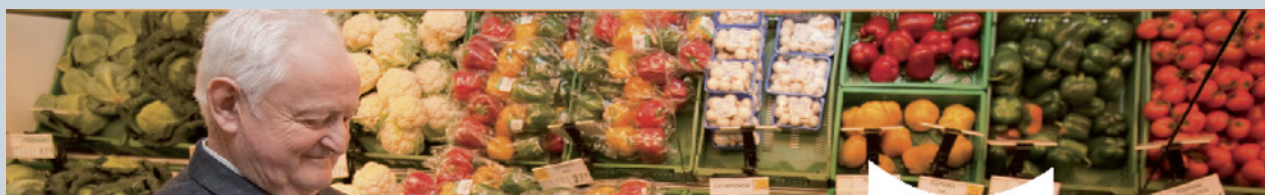
Temaerne på disse kurser følger delvis deltageres ønsker og ideer, men gennemgående emner er f.eks.:

- Fysisk aktivitet
- Proteiner
- Fedt
- Kulhydrater
- Varedeklarationer
- Lightprodukter
- Søvn

Søvn er f.eks. et vigtigt emne relateret til vægt, siger underviseren, Gitte Bülow, fordi dårlig søvn skaber øget stresshormon, som holder på fedtet i kroppen og øger sulten og lysten til fedt og sukker.

Målet med undervisningsforløbet er naturligvis vægttab, men det er også at skabe målsætninger, refleksion og give deltagerne motivation til at ændre kostvaner varigt. En forudsætning er også at opdage, om der er tankegange eller barrierer for at ændre kostvaner og opnå vægttab, f.eks. hvis man fra barnsben har lært, at man altid skal spise op, eller hvis der er sat lighedstegn mellem det at drage omsorg for sig selv og at spise sødt og fedt.





## Information om vægttabshold

### Hvordan foregår det?

Forløbet starter med en individuel samtale, hvor du fastsætter dit mål for forløbet.

Du får også udregnet dit personlige energibehov og bliver introduceret til kalorietælling.

Du deltager herefter på et hold med 6-12 deltagere, som mødes 8 gange.

Ved holdets afslutning aftaler vi to datoer for opfølgningsmøder i august og september.

Du bliver løbende vejlet og får målt talje og hofte, så du kan følge dit vægttab. På møderne snakker vi om, hvad der er let og svært, når man er i gang med at tabe sig.

Vi taler også om temaer som fx:

Motion, søvn, væskeindtag, varedeklareret og lightprodukter.

Vi laver ikke mad på holdet, men du vil få udleveret nogle opskrifter, som du kan prøve derhjemme.

Hvis du har yderligere spørgsmål er du altid velkommen til at kontakte underviseren.

### Sted:

Bøgebakken Pleje- og Sundhedscenter

Bøgebakken 1

4320 Lejre

Mødelokale 50A

### Datoer:

Onsdage d. 6/4, 13/4, 20/4, 4/5, 18/5, 1/6, 15/6.

### Tidspunkt:

Kl. 8.30-10.30

### Opfølgning:

Efter sidste mødegang tilbydes du en afsluttende personlig samtale på ½ time, tidspunktet for samtalen aftales med underviseren. Herefter har du mulighed for at deltage i et holdbaseret opfølgningsmøde hver anden måned.

### Forudsætning for at deltage:

Du skal kunne transportere dig selv til og fra kurset.

Fra pjece om vægttabshold i Lejre Kommune

Motivationen for at udskifte usundt med sundt stiger markant, når man får vendt sin overbevisning om og forstår, at hvis man vil drage omsorg for sig selv, så er det vigtigt at spise og drikke det, som kroppen og sindet har brug for.

Vægttabsholdene er blevet populære, så der er venteliste. Det er gratis at deltage, man skal blot betale for madvarer, når der eksperimenteres med ny madlavning. Tidligere deltagere får mulighed for at deltage i opfølgningsmøder lige så længe, de har lyst. Her bliver der fulgt op på deres vægt og mulige tilbagefald til dårlige vaner.

På et af kurserne med 11 deltagere var der et samlet vægttab på 70 kg med et gennemsnit på 6,3 kg for hver deltager. Mange af kursisterne gav i en evaluering udtryk for, at de havde ændret deres kostvaner i en mere sund retning, og at dette endda havde smittet af på deres familie derhjemme. De angav også glæde ved en ændret og lettere dagligdag, mere lyst til gode måltider, færre kg, nyt, mindre tøj og bedre bevægelse.

Yderligere information om initiativet, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse hos forebyggende medarbejder i Lejre Kommune, Gitte Bülow, [gibu@lejre.dk](mailto:gibu@lejre.dk)



Deltagere på vægttabshold i Lejre Kommune. Foto: Gitte Bülow

## Deltagerne siger:

Jeg har tabt omkring 20 kg og holder stadig vægttabet. Min læge er meget tilfreds. Jeg har været meget tilfreds med forløbet og opfølgningen – lige at komme og blive vejet i motivationsgruppen og snakke om, hvordan det går. Det er smaddergodt og gør, at man kan blive ved med at holde det, siger 82-årig mand, der var med på det første vægttabshold i 2014, og som stadig deltager i motivationsgruppen.

### Anne, 86-år:

Jeg har prøvet Så meget forskelligt for at tabe mig, og tænk, at det så skulle være så let her.

### Ægteparret Birthe og Per:

I oktober 2015 startede vi sammen med kostvejlederen med en gennemgang af vores kost og fik lavet en personlig kostplan. Vi synes, at vi har

modtaget en suveræn information om f.eks. fedt og sukker samt større behov for proteiner i alderdommen. Omkring snak om fedt fik vi at vide, at når vi får topmaver, er det fordi, der ikke er mere plads omkring organerne. Ret tankevækkende, og den slags huskes. Men også nødvendigheden af motion og forskellige øvelser blev gennemgået.

Nu et år efter har vi tabt ca. 10-12 kg hver, og køber vi ind og ser fristelser, lyder det gerne fra ægtefællen: "Det vil Gitte ikke synes om". Vi har haft megen nytte af opfølgingsmøder, fordi andre også havde lidt af de samme problemer med f.eks. for meget kagespiseri eller mere end én portion mad ved måltiderne.

Alt i alt føler vi os meget privilegerede over at bo i en kommune, som har tilbudt os denne hjælp, og at der er plads til opfølgingsmøder.

---

## Referencer

1. **Sørensen T, Pedersen B, Sandbæk A. et al.** *Skal overvægtige voksne tabe sig? 2. udgave.* København: Vidensråd for Forebyggelse. 2015, 1-62.
2. **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.
3. **Guh DP, Zhang W, Bansback N. et al.** The incidence of co-morbidities related to obesity and overweight: A systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health.* 2009, 9 (1), 88.
4. **Ramlau-Hansen CH, Thulstrup AM, Norh EA, et al.** Subfecundity in overweight and obese couples. *Hum Reprod.* 2007, 22 (6), 1634–7.
5. **Lauby-Secretan B, Scoccianti C, Loomis D. et al.** Body Fatness and Cancer — Viewpoint of the IARC Working Group. *N Engl J Med.* 2016, 375, (8).
6. **Ul-Haq Z, Mackay DF, Fenwick E. et al.** Meta-analysis of the association between body mass index and health-related quality of life among adults, assessed by the SF-36. *Obesity.* 2013, 21 (3), 322–8.
7. **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.
8. **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.
9. **Ingerslev J, Beck AM, Bjørnsbo KS et al.** *Ernæring og aldring.* Ernæringsrådet, publ. nr. 28. 2002.
10. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke. Overvægt.* Sundhedsstyrelsen. 2013.
11. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke. Fysisk aktivitet.* Sundhedsstyrelsen. 2013.
12. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke. Mad og måltider.* Sundhedsstyrelsen. 2012.



# Kapitel 8

# Rygning

8.1 Rygning

8.2 Passiv rygning

8.3 Rygning indendørs i hjemmet

8.4 Brug af E-cigaretter

8.5 Motivation og hjælp til rygestop blandt dagligrygere

8.6 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundheds-  
adfærd blandt rygere og ikke-rygere

8.7 Initiativer fra Kalundborg og Vordingborg kommuner:  
Sammen kvitter vi tobakken og 100 % frisk luft



# Rygning

- Der er en markant social ulighed i forekomsten af både rygning og passiv rygning
- Andelen af borgere, der ryger dagligt i Region Sjælland, falder ikke længere
- Passiv rygning og rygning indendørs i hjemmet er langt mindre udbredt i 2017 end i 2010
- Tre ud af fire dagligrygere ønsker at holde op med at ryge
- Knap hver tredje dagligryger er blevet rådet af egen læge til at holde op med at ryge
- 2,5 pct. af borgerne ryger e-cigaretter dagligt

Rygning er en af de absolut vigtigste, forebyggelige risikofaktorer for sygdom og tidlig død i befolkningen. Rygning kan tilskrives langt flere dødsfald end andre risikofaktorer som f.eks. fysisk inaktivitet, alkohol, overvægt og usund kost (1). Således ses der i Danmark årligt 13.600 ekstra dødsfald og 96.000 tabte leveår som følge af rygning, svarende til et tab i befolkningens middellevetid på omkring tre år (1). Den estimaterede risiko for tidlig død blandt rygere er omkring tre gange så høj som blandt personer, der aldrig har røget (2) (3), og livstidsrygere mister i gennemsnit 11 år af deres levetid (3).

Både i Danmark og globalt er rygning blandt de vigtigste risikofaktorer for tab af raske leveår (DALYs) (1). Rygere har flere årlige sygefraværsdage og hospitalindlæggelser end ikke-rygere (1) (4). Dette gælder også indlæggelser på grund af ikke-rygerrelaterede sygdomme (11). Rygning er desuden årsag til mere end to mio. ekstra henvendelser til almen lægepraksis årligt og mere end 3.000 ekstra tilkendelser af førtidspension årligt (2).

Rygning er den vigtigste årsag til kræft i lunger og strubehoved, og over 80 pct. af tilfældene af disse kræftformer kunne undgås, hvis man undgik rygning (5). Rygning er desuden en medvirkende årsag til brystkræft og en lang række andre kræftformer, og også til visse kræftformer hos børn af rygere. Jo flere år man har røget, og jo mere man ryger, desto større er risikoen for udvikling af kræft (6) (7).

Rygning er den største risikofaktor for udvikling af kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) (8). Risikoen for at dø som følge af KOL vurderes at være over 20 gange højere for rygere end for dem, der aldrig har røget (2). Rygning er også forbundet med astma og en række andre lungelidelser (8).

Rygning giver endvidere en høj risiko for hjerte-kar-sygdomme (8). Risikoen for at dø af en blodprop i hjertet eller af et slagtilfælde vurderes at være to-tre gange højere for rygere end for personer, som aldrig har røget (2). Rygning fører desuden til en 20-60 pct. forøget risiko for at udvikle type 2-diabetes (9). Rygning er også forbundet med knogleskørhed, nedsat immunfunktion, leddegigt, blindhed, tandkødsbetændelse, erektil dysfunktion, nedsat frugtbarhed for kvinder, fødselsdefekter, lav fødselsvægt og generelt nedsat helbred (8). Der er sammenhæng mellem rygning og dårligt mentalt helbred, idet forekomsten af rygere er høj blandt borgere med mentale lidelser og endnu højere blandt psykiatriske patienter (10).

Rygning påvirker omgivelserne negativt, idet passiv rygning forbindes med type 2-diabetes (9), hjerte-kar-sygdom, lungekræft hos voksne (8) samt vuggedød, nedsat lungefunktion, lungesygdomme, åndedrætsbesvær og mellemørebetændelse hos børn (8).

Forskning viser, at rygestop har en gavnlig helbredsmæssig effekt. Det sandsynlige livstidstab falder i takt med, hvornår i livet man som ryger stopper med at

---

ryge (3). Rygestop sænker risikoen for hjertekarsygdomme (8), kræftsygdomme (herunder lungekræft) (6) (11), KOL (11) og type 2-diabetes (9). Derudover er der i et systematisk review fundet, at et vellykket rygestop er forbundet med forbedret mentalt helbred ud fra mål som angst, depression, stress, psykologisk livskvalitet og generelt humør (12).

I afsnit 8.1 præsenteres rygevanerne i regionen, målt på andelen af borgere, der ryger dagligt eller sjældnere, og andelen af borgere, der tidligere eller aldrig har røget. Afsnit 8.2 handler om passiv rygning 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 afsnit 8.5 vedrører motivation for og hjælp til rygestop. Afsnit 8.6 viser sammenhænge mellem helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere.

Til dette kapitel er der to historier om initiativer fra henholdsvis Vordingborg Kommune om gruppebase-rede rygestopkurser og fra Kalundborg Kommune om rygestopkurser særligt målrettet førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.

## Hovedresultater

### Forekomst

Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland er rygere eller tidligere rygere. I alt 18,6 pct. af borgerne ryger dagligt, og halvdelen af dem er storrygere (ryger dagligt 15 cigaretter eller mere). Andelen af dagligrygere faldt fra 2010 til 2013, men faldet er ikke fortsat fra 2013 til 2017. Ikke-rygerne i regionen udsættes sjældnere for passiv rygning end tidligere, og andelen af borgere, der bor i hjem med indendørs rygning, er halveret siden 2010. Der ryges dog fortsat indendørs i omtrent hver tiende borgers hjem, men kun i hvert tyvende hjem med børn.

Knap tre ud af fire dagligrygere ønsker at holde op med at ryge, og knap hver tredje dagligryger ønsker at få hjælp til et rygestop. Knap halvdelen af dagligrygerne har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop, men kun én ud af seks har fået information fra deres egen læge.

I Region Sjælland bruger 2,5 pct. af borgerne e-cigaretter dagligt. Næsten alle borgere, der bruger e-cigaretter, er rygere eller har røget tobak tidligere.

### 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 e-cigaretter dagligt.

### 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 under 25 år, som ryger lejlighedsvist. 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 eller har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop fra deres læge.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en meget markant social ulighed i forekomsten af rygning – både når man betragter forskelle mellem uddannelsesgrupper og borgere henholdsvis på og uden for arbejdsmarkedet. Både daglig rygning og passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse end blandt borgere med videregående uddannelser. Tilsvarende er andelen af borgere, der ryger dagligt eller er udsat for passiv rygning, 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, lejlighedsvis rygere og borgere, der udsættes for passiv rygning. Andelen af borgere, som tidligere har røget, er derimod større blandt borgere, der bor sammen med en partner.



---

Daglig rygning og passiv rygning er mindre udbredt blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn i hjemmet. En større andel af borgere med børn i hjemmet ryger til gengæld lejlighedsvist.

Blandt dagligrygere med børn i hjemmet er der en større andel, som ønsker at holde op med at ryge og en større andel, der ønsker hjælp til rygestop, end blandt borgere uden børn i hjemmet.

### **Sundhedsadfærd og helbred blandt rygere**

Rygere har i højere grad også andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, et dårligere selvvalueret helbred både fysisk og mentalt, ringere sociale relationer samt lavere tilfredshed med livet end borgere, som aldrig har røget.

## 8.1 Rygning

Rygning og ikke mindst dagligrygning 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 er i opgørelsen defineret som rygning sjældnere end dagligt dvs. ”mindst én gang om ugen” eller ”sjældnere end hver uge”.

I 2017 er det præciseret i spørgsmålet om rygning, 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 (13), forventes forskellene i spørgsmålene i de tre år ikke at påvirke sammenligneligheden nævneværdigt.

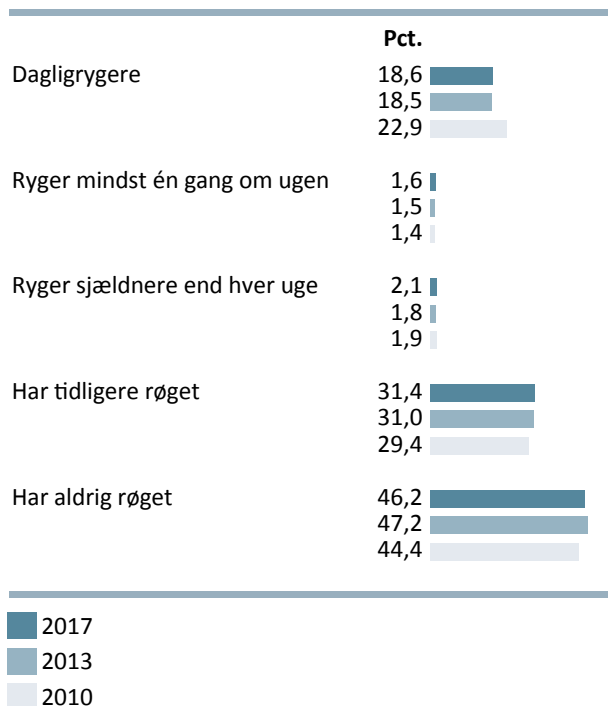
Dagligrygning er mest udbredt blandt:

- Mænd (særligt storrygning)
- Borgere i alderen 45-64 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister 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
- Borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med børn i hjemmet






























































































**Tabel 8.1.1 Rygevaner**




Mere end halvdelen af borgerne i Region Sjælland ryger eller har tidligere røget. I alt 18,6 pct. af borgerne ryger dagligt, knap 4 pct. ryger sjældnere end dagligt, og 31,4 pct. har tidligere røget. Dagligrygerne forbruger i gennemsnit 14 cigaretter, cerutter, cigarer eller pibestop om dagen og har i gennemsnit røget i 29 år (data ikke vist). Langt størstedelen af tobaksforbruget (96 pct.) består af cigaretter (data ikke vist).


Andelen af dagligrygere i regionen faldt fra 2010 til 2013, men andelen er uændret fra 2013 til 2017. Andelen af borgere, som rygere sjældnere end dagligt, andelen som tidligere har røget og andelen af borgere, som aldrig har røget, er også stort set den samme i 2013 og 2017.

**Tabel 8.1.2 Dagligrygere, storrygere og lejlighedsvisere**

	Daglig- Pct. rygere	Personer	Pct. Storrygere	Personer	Ryger lejligheds- Pct. vist	Personer
Region Sjælland 2017	18,6 	128.100	9,0 	61.700	3,7 	25.300
Region Sjælland 2013	18,5 	122.700	9,4 	62.500	3,3 	21.900
Region Sjælland 2010	22,9 	150.300	12,8 	84.000	3,3 	21.800
<b>Køn</b>						
Mand	19,6 	65.900	10,7 	36.100	3,9 	13.200
Kvinde	17,7 	62.200	7,3 	25.600	3,5 	12.100
<b>Alder</b>						
16-24 år	18,7 	15.600	5,5 	4.600	9,7 	8.000
25-34 år	19,8 	14.000	10,4 	7.400	4,6 	3.200
35-44 år	18,1 	18.200	10,4 	10.500	4,6 	4.600
45-54 år	22,9 	29.500	13,7 	17.800	2,6 	3.300
55-64 år	22,5 	26.000	11,2 	12.900	2,8 	3.200
65-79 år	14,1 	20.900	5,3 	7.900	1,7 	2.600
80+	9,8 	3.800	1,5 	600	0,9 	400
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	15,8 	8.800	4,5 	2.500	9,8 	5.500
Grundskole	24,0 	23.500	13,5 	13.200	3,4 	3.400
Kort uddannelse	21,7 	62.600	11,3 	32.500	2,4 	7.000
Kort videregående	14,7 	9.200	7,7 	4.800	2,7 	1.700
Mellemlang videregående	12,4 	16.300	5,3 	7.000	3,8 	5.000
Lang videregående	7,1 	3.500	2,7 	1.300	3,6 	1.800
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	17,7 	57.800	9,4 	30.600	3,7 	12.100
Arbejdsløse	35,8 	5.700	22,1 	3.500	2,8 	400
Førtidspensionister	32,0 	9.900	20,0 	6.200	3,0 	900
Efterlønsmodtagere	22,4 	3.100	8,5 	1.200	2,4 	300
Alderspensionister	13,2 	25.500	4,5 	8.700	1,6 	3.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	31,9 	12.000	17,4 	6.500	4,2 	1.600
<b>Samlevsstatus</b>						
Samlevende	16,2 	70.100	7,7 	33.400	2,8 	12.100
Ikke samlevende	22,7 	57.900	11,1 	28.200	5,2 	13.300
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	15,3 	32.400	8,0 	16.800	4,7 	9.900
Bor ikke med børn	19,0 	90.400	9,2 	43.800	3,2 	15.100
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	18,6 	116.700	8,9 	56.000	3,7 	22.900
Anden vestlig baggrund	21,6 	5.300	10,8 	2.600	2,8 	700
Ikke-vestlig baggrund	17,3 	6.000	8,6 	3.000	4,9 	1.700

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

## Generelt

I alt 18,6 pct. af borgerne i Region Sjælland ryger dagligt, svarende til 128.100 borgere. Omkring halvdelen af dem – 9,0 pct. – er storrygere, dvs. de ryger mindst 15 cigaretter om dagen. Derudover ryger 3,7 pct. af borgerne lejlighedsvist, dvs. sjældnere end dagligt, svarende til 25.300 borgere.

Både andelen af dagligrygere og andelen af storrygere i befolkningen faldt fra 2010 til 2013, men siden 2013 er der ikke sket ændringer i de to andele. 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 og storrygere er mest udbredt blandt borgere i alderen 45-64 år og mindst udbredt blandt ældre over 65 år. Den lave andel af ældre rygere skal blandt andet ses i lyset af den høje andel af ældre, der er holdt op med at ryge jf. tabel 8.1.3. Andelen af både dagligrygere og storrygere mellem 65 og 79 år er faldet fra 2013 til 2017, mens udbredelsen af rygning i den yngre del af befolkningen har været svagt, ikke signifikant stigende i samme periode (data ikke vist).

Andelen af storrygere er også lav blandt borgere under 25 år, og det er især de unge under 25 år, som ryger lejlighedsvist. Hver tiende under 25 år ryger lejlighedsvist, mens det samme gælder omtrent hver tyvende borger i alderen 25-44 år og kun få procent af borgerne over 45 år.

## 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 henholdsvis på og uden for arbejdsmarkedet. Mens hver fjerde borger med udelukkende en grundskoleuddannelse ryger dagligt (24,0 pct.), gælder dette kun én ud af 14 borgere med en lang videregående uddannelse (7,1 pct.). Lidt mindre forskelle ses mellem borgere på og uden for arbejdsmarkedet. Omkring hver tredje arbejdsløse, førtidspensionist og øvrige ikke-erhvervsaktive ryger dagligt, mens kun mellem hver femte og hver sjette borger i beskæftigelse er dagligrygere. Andelen af dagligrygere er også lav blandt alderspensionister, hvilket svarer til den lavere andel af rygere over 65 år.

Samme mønster ses specifikt 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 i forhold til borgernes etniske baggrund.

**Tabel 8.1.3 Borgere, der tidligere eller aldrig har røget**

	Pct. Har tidligere røget	Personer	Pct. Har aldrig røget	Personer
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
<b>Køn</b>				
Mand	33,6 	113.100	42,9 	144.300
Kvinde	29,3 	102.600	49,5 	173.300
<b>Alder</b>				
16-24 år	8,0 	6.700	63,6 	53.000
25-34 år	21,1 	14.900	54,5 	38.500
35-44 år	24,7 	24.800	52,6 	53.000
45-54 år	30,3 	39.200	44,2 	57.100
55-64 år	38,6 	44.600	36,1 	41.600
65-79 år	45,9 	68.300	38,3 	57.100
80+	44,6 	17.100	44,7 	17.200
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	8,3 	4.700	66,1 	37.000
Grundskole	28,2 	27.600	44,3 	43.400
Kort uddannelse	36,2 	104.500	39,7 	114.500
Kort videregående	34,7 	21.600	48,0 	29.900
Mellemlang videregående	36,5 	48.000	47,3 	62.300
Lang videregående	29,3 	14.700	60,0 	30.200
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	28,8 	93.900	49,8 	162.400
Arbejdsløse	23,1 	3.700	38,3 	6.100
Førtidspensionister	31,6 	9.800	33,5 	10.300
Efterlønsmodtagere	43,2 	6.000	31,9 	4.400
Alderspensionister	45,6 	88.400	39,6 	76.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	24,6 	9.200	39,4 	14.800
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	34,9 	150.800	46,0 	198.600
Ikke samlevende	25,5 	64.900	46,6 	118.900
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	26,5 	55.900	53,5 	112.900
Bor ikke med børn	33,5 	159.300	44,3 	210.700
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	32,1 	201.500	45,6 	286.000
Anden vestlig baggrund	32,7 	8.000	43,0 	10.500
Ikke-vestlig baggrund	17,9 	6.200	59,9 	20.900

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

## Generelt

Mere end tre ud af fire borgere i regionen er ikke-rygere, enten fordi de aldrig har røget (46,2 pct.) eller fordi de tidligere har røget, men er holdt op igen (31,4 pct.). Det svarer til henholdsvis 215.700 borgere og 317.500 borgere.

Andelen af ikke-rygere (både tidligere rygere og de, som aldrig har røget) steg fra 2010 til 2013, men i 2017 er andelen stort set som i 2013.

## 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.

Der er en stærk sammenhæng mellem alder og tidligere rygning. Jo højere alder, desto større andel af borgerne har tidligere røget. Blandt borgere under 25 år har 8 pct. tidligere røget, mens andelen blandt ældre over 65 år nærmer sig halvdelen (45-46 pct.).

Andelen af borgere, som aldrig har røget, er derimod størst blandt unge under 25 år. I denne aldersgruppe har knap to ud af tre aldrig røget. Andelen falder generelt med stigende alder, bortset fra den ældste gruppe borgere på 80 år og derover.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af tidligere rygere er størst blandt borgere med korte eller mellemlange uddannelser og mindst blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse. Andelen af borgere, som aldrig har røget, er derimod størst blandt borgere med lang videregående uddannelse og mindst blandt borgere med kort uddannelse.

## Samlivsstatus og børn

Andelen af borgere, som tidligere har røget, er større blandt dem, der bor sammen med en partner, end blandt borgere der bor uden en partner.

Tidligere rygere findes oftere blandt borgere uden børn i hjemmet end blandt borgere med børn i hjemmet, mens 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 dog 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 end blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund, og andelen uden vestlig baggrund, som aldrig har røget, er større.

**Tabel 8.1.4 Dagligrygere, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Dagligrygere	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	19	128.100	18	23
Guldborgsund	22	11.700	19	22
Kalundborg	23	9.300	20	26
Lolland	24	8.900	22	31
Odsherred	23	6.600	21	28
Slagelse	21	13.800	22	24
Vordingborg	21	8.300	21	26
Faxe	19	5.600	18	24
Holbæk	18	10.400	19	23
Næstved	17	11.400	16	22
Ringsted	19	5.100	18	24
Sorø	17	4.000	18	22
Stevns	20	3.700	20	24
Greve	15	6.200	17	19
Køge	16	7.400	17	23
Lejre	14	3.100	18	19
Roskilde	14	10.200	15	17
Solrød	13	2.400	14	18

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes forsigtigt, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

Andelen af dagligrygere varierer markant mellem kommunerne i Region Sjælland. Fra 13 pct. dagligrygere i Solrød Kommune til 24 pct. dagligrygere i Lolland Kommune. Der er en markant forskel i udbredelsen af dagligrygning på tværs af kommuner. Alle de socioøkonomisk bedre stillede kommuner tæt på hovedstadsområdet har en markant mindre andel af dagligrygere end de socioøkonomisk udfordrede kommuner i Vestsjælland og på Lolland-Falster.

I alle kommuner er der en tendens til, at andelen af dagligrygere er faldet fra 2010 til 2013, men fra 2013 til 2017 er ændringerne mindre og ikke signifikante i nogen kommuner (data ikke vist). Der er dog en tendens til, at andelen af dagligrygere fortsat falder lidt i de bedre stillede kommuner, mens andelen af dagligrygere stiger lidt i de socioøkonomisk udfordrede kommuner. En udvikling i den retning vil yderligere øge polariseringen i rygevanerne mellem kommunerne.



**Tabel 8.1.5 Borgere, der ryger lejlighedsvist, har tidligere røget eller aldrig røget, opgjort på kommuner**

	Ryger		Har tidligere		Har aldrig		Personer
	Pct. lejlighedsvist	Personer	Pct. røget	Personer	Pct. røget	Personer	
Region Sjælland	3,7	25.300	31,4	215.700	46,2	317.500	
Guldborgsund	4,0	2.100	30,4	16.000	43,4	22.800	
Kalundborg	3,5	1.400	30,7	12.400	42,8	17.400	
Lolland	2,4	900	31,1	11.400	42,3	15.500	
Odsherred	3,0	900	33,9	9.700	40,1	11.500	
Slagelse	3,4	2.300	30,0	19.900	45,8	30.300	
Vordingborg	3,8	1.500	31,7	12.400	43,2	16.800	
Faxe	4,2	1.200	30,1	8.900	46,8	13.900	
Holbæk	2,8	1.600	32,7	18.800	46,3	26.500	
Næstved	3,8	2.600	33,4	22.800	46,1	31.400	
Ringsted	3,0	800	28,2	7.600	49,9	13.500	
Sorø	3,5	800	34,1	8.100	45,5	10.800	
Stevns	2,3	400	36,7	6.800	40,8	7.500	
Greve	4,9	2.000	30,7	12.600	49,3	20.200	
Køge	2,5	1.200	33,1	15.600	48,7	23.100	
Lejre	4,5	1.000	31,9	6.900	49,4	10.700	
Roskilde	5,3	3.700	28,6	20.200	51,6	36.400	
Solrød	4,9	900	31,0	5.600	50,9	9.100	

- 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 40,1 pct. i Odsherred Kommune til 51,6 pct. i Roskilde Kommune. I over halvdelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er en tendens til, at andelen af borgere, som aldrig har røget, er mindre i socioøkonomisk udfordrede kommuner som Kalundborg, Odsherred og Lolland end i de bedre stillede kommuner som Roskilde og Solrød og andre kommuner, der geografisk er placeret i nærheden af 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 tæt på hovedstadsområdet som Roskilde, Greve og Solrød og mindst i et bælte fra Odsherred og Holbæk kommuner i nordvest til Stevns Kommune i øst.

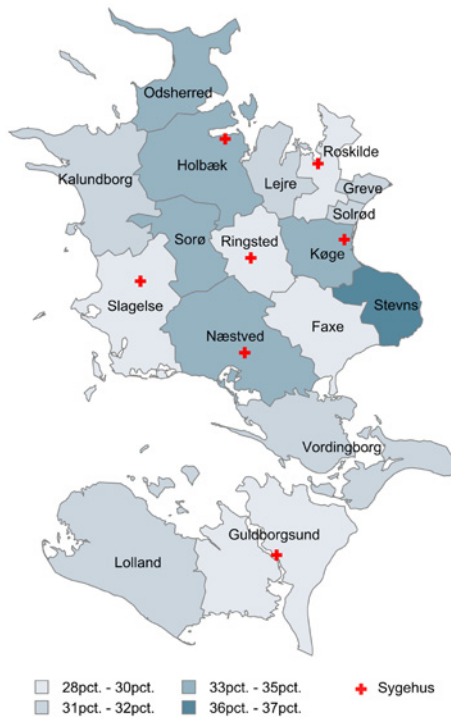
Kort 8.1.6 Borgere, der ryger dagligt



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

Aktive rygere udsætter ikke bare sig selv, men også deres omgivelser for risiko. Passiv rygning har relation til hjerte-kar-sygdom, lungekræft (8) og type 2-diabetes (9), og blandt børn forbindes passiv rygning med vuggedød, nedsat lungefunktion, lungesygdomme, åndedrætsbesvær og mellemørebetændelse (8).

Viden om passiv rygning i regionen er fremkommet 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 var: "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 og er defineret som ophold i rum, hvor der bliver røget mindst 1/2 time om dagen.

Passiv rygning er mest udbredt blandt ikke-rygere, der:

- Er under 25 år eller 55-64-år
- Udelukkende har grundskoleuddannelse
- Er under uddannelse
- Er arbejdsløse, førtidspensionister eller øvrige ikke-erhvervsaktive
- Ikke bor sammen med en partner

**Tabel 8.2.1 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time dagligt**

	Pct. Passiv rygning	Personer
Region Sjælland 2017	7,6	40.400
Region Sjælland 2013	9,9	51.700
Region Sjælland 2010	13,4	65.000
<b>Køn</b>		
Mand	8,0	20.700
Kvinde	7,2	19.700
<b>Alder</b>		
16-24 år	12,5	7.500
25-34 år	8,6	4.600
35-44 år	6,8	5.300
45-54 år	6,3	6.100
55-64 år	9,0	7.800
65-79 år	5,9	7.300
80+	5,3	1.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	10,7	4.400
Grundskole	12,0	8.300
Kort uddannelse	8,2	17.800
Kort videregående	3,9	2.000
Mellemlang videregående	4,3	4.700
Lang videregående	3,1	1.400
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	6,7	17.300
Arbejdsløse	13,2	1.300
Førtidspensionister	13,2	2.600
Efterlønsmodtagere	7,5	800
Alderspensionister	5,7	9.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	12,5	3.000
<b>Samlevsstatus</b>		
Samlevende	7,0	24.300
Ikke samlevende	8,8	16.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	5,8	9.800
Bor ikke med børn	8,0	29.400
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	7,5	36.500
Anden vestlig baggrund	6,3	1.200
Ikke-vestlig baggrund	10,1	2.700

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

## Generelt

Ud af de i alt 533.200 ikke-rygere i regionen udsættes 40.400 dagligt for passiv rygning, svarende til 7,6 pct. Andelen af ikke-rygere, som udsættes for passiv rygning dagligt, er faldet kontinuerligt siden 2010, hvor andelen var 13,4 pct.

## Køn og alder

Der er stort set ikke forskel på udbredelsen af passiv rygning blandt ikke-rygende mænd og kvinder i 2017. Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er dog især blandt mænd mindre i 2017 end i 2010 og 2013 (data ikke vist)

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. Dog er andelen næststørst blandt borgere i alderen 55-64 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er sammenhæng mellem udbredelsen af passiv rygning og borgernes uddannelsesmæssige baggrund og tilknytning til arbejdsmarkedet. Passiv rygning er langt mere udbredt blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse end blandt borgere med videregående uddannelser. Desuden er passiv rygning 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. Passiv rygning er desuden mindre udbredt blandt alderspensionister end i regionen generelt.

Faldet i passiv rygning fra 2013 til 2017 er især sket blandt borgere med kort eller mellemlang uddannelse, men også blandt borgere under uddannelse, hvor faldet dog ikke er signifikant (data ikke vist).

## Samlivsstatus og børn

Andelen af ikke-rygere, der dagligt udsættes for passiv rygning, er større blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner end blandt borgere med en samboende partner. Der er også en tendens til, at borgere uden børn i hjemmet oftere bliver udsat for daglig passiv rygning end borgere med børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Der er en tendens til, at borgere med ikke-vestlig baggrund oftere udsættes for passiv rygning end borgere med vestlig og dansk baggrund. Forskellen sås også i 2010 og 2013 men er blevet mindre tydelig i perioden. Der er dog tale om resultater baseret på få besvarelser, hvorfor tallene skal tolkes med forsigtighed.

**Tabel 8.2.2 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst ½ time dagligt, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Passiv rygning	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	7,6	40.400	9,9	13,4
Guldborgsund	9,6	3.700	11,5	13,6
Kalundborg	9,8	2.900	10,3	16,5
Lolland	11,3	3.000	14,3	18,6
Odsherred	8,4	1.800	10,7	15,4
Slagelse	10,1	5.000	11,8	14,5
Vordingborg	9,4	2.700	12,0	15,2
Faxe	8,3	1.900	10,3	15,8
Holbæk	8,3	3.700	9,1	11,6
Næstved	5,2	2.800	9,6	12,0
Ringsted	6,8	1.400	9,7	12,8
Sorø	8,0	1.500	8,7	11,6
Stevns	7,7	1.100	11,2	18,6
Greve	5,9	1.900	7,1	12,7
Køge	5,5	2.100	8,9	11,5
Lejre	4,0	700	9,9	11,6
Roskilde	5,4	3.100	7,7	11,1
Solrød	5,8	900	6,1	8,3

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, varierer markant på tværs af kommunerne i regionen. Således er andelen næsten tre gange større i Lolland Kommune, som har den største andel (11,3 pct.), end i Lejre Kommune, som har den mindste andel (4,0 pct.).

Der er en markant social ulighed i udbredelsen af passiv rygning på tværs af kommuner. Andelen af ikke-rygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er større i de socioøkonomisk udfordrede kommuner længst mod syd og vest i regionen f.eks. Lolland og Slagelse kommuner end i de bedre stillede kommuner i nærheden af hovedstadsområdet, f.eks. Køge, Lejre, Roskilde og Solrød kommuner.

Der er i alle kommuner en tendens til, at andelen af ikke-rygere, som udsættes for passiv rygning dagligt, er mindre i 2017 end i 2013 og 2010. Faldet i andelen siden 2013 er mest markant i Næstved og Lejre kommuner, mens faldet fra 2010 til 2013 var mest markant i Kalundborg, Faxe, Stevns og Greve kommuner.

**Kort 8.2.3 Andel af ikke-rygere, der er udsat for passiv rygning mindst 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, men ikke i 2013.

Hjemme hos knap 85 pct. af borgerne i regionen bliver der aldrig eller næsten aldrig røget indendørs. Hos hver tiende borger bliver der imidlertid røget indendørs i hjemmet dagligt. Det kan både være borgeren selv eller andre i husstanden, der ryger indendørs. Siden 2010 er der sket en halvering i andelen af borgere, der oplever, at der ryges indendørs i deres hjem, mens andelen af borgere, der aldrig eller næsten aldrig oplever rygning indendørs, er steget markant i perioden.

I alt 12,9 pct. af borgerne i regionen oplever ugentligt rygning indendørs i deres hjem. Blandt borgere, som har børn i hjemmet, er andelen mindre (5,1 pct) (se tabel 8.3.2).

Tabel 8.3.1 Rygning indendørs i hjemmet

	Pct.
Ja, hver dag	10,6
	20,1
Ja, nogle gange om ugen	2,3
	3,3
Ja, men sjældnere end hver uge	2,6
	7,5
Nej, aldrig eller næsten aldrig	84,6
	69,1





































■ 2017  
■ 2010




### Rygning indendørs i hjemmet:

- Er mest udbredt blandt borgere uden børn i hjemmet
- Er mest udbredt i socioøkonomisk udfordrede kommuner
- Forekommer kun halvt så hyppigt i 2017 som i 2010



**Tabel 8.3.2 Rygning indendørs i hjemmet generelt og blandt borgere, som har børn i hjemmet, opgjort på kommuner**

	Pct. Rygning indendørs	Rygning indendørs i hjem med		
		Personer	Pct. børn	Personer
Region Sjælland	12,9 	88.300	5,1 	10.800
Guldborgsund	17,2 	9.000	8,0 	1.000
Kalundborg	16,7 	6.800	3,3 	400
Lolland	20,0 	7.400	13,8 	1.300
Odsherred	15,4 	4.400	7,2 	500
Slagelse	15,7 	10.400	8,3 	1.600
Vordingborg	14,7 	5.700	7,0 	800
Faxe	13,9 	4.100	6,1 	600
Holbæk	13,6 	7.800	4,8 	900
Næstved	11,3 	7.700	4,5 	1.000
Ringsted	12,2 	3.300	6,6 	600
Sorø	11,8 	2.800	6,5 	500
Stevns	11,2 	2.100	3,2 	200
Greve	8,9 	3.600	3,8 	600
Køge	9,2 	4.300	2,4 	400
Lejre	8,3 	1.800	2,9 	200
Roskilde	8,1 	5.700	1,2 	300
Solrød	7,3 	1.300	1,7 	100

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der udsættes for indendørs rygning hjemme, varierer markant på tværs af kommunerne i Region Sjælland. Således er andelen næsten tre gange større i Lolland Kommune end i Solrød Kommune, hvor henholdsvis 20,0 pct. og 7,3 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 kommuner. Alle de bedre socioøkonomisk stillede kommuner i nærheden af hovedstadsområdet har en markant mindre andel af borgere, som udsættes for rygning i hjemmet end de socioøkonomisk udfordrede kommuner i

Vestsjælland og på Lolland-Falster. Andelen af borgere, der udsættes for indendørs rygning hjemme, er faldet signifikant i alle kommuner siden 2010 (data ikke vist).

Udbredelsen af rygning indendørs i hjem med børn har samme kommunale mønster som for passiv rygning generelt, om end med mindre variation mellem kommunerne. I forhold til alle øvrige kommuner i regionen er der en markant større andel borgere i Lolland Kommune, som svarer, at der ryges indendørs i hjem med børn.

Kort 8.3.3 Rygning indendørs i hjemmet



Kort 8.3.4 Rygning indendørs blandt borgere, som har børn i hjemmet



## 8.4 Brug af e-cigaretter

E-cigaretter kom på markedet omkring 2006, hvor under 1 pct. af befolkningen anvendte e-cigaretter dagligt, og siden da har de langsomt vundet større indpas (14). Forskningen peger samlet set på, at der er skadelige effekter af brugen af e-cigaretter på lungerne, mens det endnu er uafklaret, om der er andre sundhedsskadelige effekter af brugen af e-cigaretter. Der er også usikkerhed om omfanget af de helbredsmæssige konsekvenser, særligt på lang sigt, ligesom der er stor variation i risikoen på tværs af forskellige typer af e-cigaretter (15) (16). Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at man ikke bruger e-cigaretter (17). E-cigaretter sælges med over 100 forskellige smagsvarianter (f.eks. vingummi, cola og jordbær), hvilket kan være medvirkende til, at e-cigaretter opfattes af brugere som noget andet end tobaksrygning (13). Internationale undersøgelser har vist, at unge, som har røget e-cigaretter, har større risiko for også at blive tobaksrygere (18).

Brug af e-cigaretter er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 65 år
- Borgere med kortere uddannelser
- Førtidspensionister

Tabel 8.4.1 Brug af e-cigaretter i Region Sjælland

	Pct.
Bruger e-cigaretter dagligt	2,5
Bruger e-cigaretter mindst én gang om ugen	0,6
Bruger e-cigaretter sjældnere end hver uge	0,9
Har prøvet e-cigaretter få gange	3,9
Har tidligere brugt e-cigaretter	9,2 ■
Har aldrig brugt e-cigaretter	82,9 ■■■■■

I Sundhedsprofilen 2017 indgår for første gang et spørgsmål om brug af e-cigaretter. Spørgsmålet er taget med, fordi brug af e-cigaretter efterhånden har fået en anseelig udbredelse (14). Spørgsmålet er udvalgt og tilpasset brug i Sundhedsprofilen 2017 i samarbejde med forskere på området. Spørgsmålet lyder: "Bruger du e-cigaretter (elektroniske cigaretter)?" og det har seks svarmuligheder: "Ja, hver dag", "ja, mindst én gang om ugen", "ja, sjældnere end hver uge", "nej, men har brugt dem tidligere", "nej, men jeg har prøvet dem (én eller få gange) eller "nej, jeg har aldrig brugt dem". I tabellerne anvendes formuleringen: "Bruger e-cigaretter sjældnere end dagligt" om de to svarkategorier: "Ja, mindst én gang om ugen" og "ja, sjældnere end hver uge".

I Region Sjælland bruger 2,5 pct. af borgerne e-cigaretter dagligt. Det svarer til én ud af 40 borgere. Knap hver tiende (9,2 pct.) har tidligere brugt e-cigaretter, og mere end otte ud af ti borgere i regionen har aldrig brugt e-cigaretter (82,9 pct.).

**Tabel 8.4.2 Borgere, der bruger e-cigaretter dagligt**

	Pct. Bruger e-cigaretter dagligt	Personer
Region Sjælland 2017	2,5	17.400
<b>Køn</b>		
Mand	3,1	10.300
Kvinde	2,0	7.100
<b>Alder</b>		
16-24 år	2,7	2.300
25-34 år	3,5	2.500
35-44 år	3,2	3.300
45-54 år	3,1	4.000
55-64 år	3,1	3.600
65-79 år	1,2	1.800
80+	0,0	0
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	3,4	1.900
Grundskole	3,0	2.900
Kort uddannelse	2,7	7.900
Kort videregående	2,4	1.500
Mellemlang videregående	1,9	2.600
Lang videregående	0,7	400
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	2,7	9.000
Arbejdsløse	2,5	400
Førtidspensionister	5,7	1.800
Efterlønsmodtagere	2,1	300
Alderspensionister	1,0	1.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	4,3	1.600
<b>Samlivsstatus</b>		
Samlevende	2,5	11.000
Ikke samlevende	2,5	6.400
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	2,9	6.200
Bor ikke med børn	2,4	11.300
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	2,6	16.200
Anden vestlig baggrund	2,4	600
Ikke-vestlig baggrund	1,9	600

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

## Generelt

I alt 2,5 pct. af borgerne i Region Sjælland bruger e-cigaretter dagligt, svarende til 17.400 borgere.

## Køn og alder

En større andel af mænd end kvinder bruger e-cigaretter dagligt. E-cigaretter er mindst brugt af borgere over 65 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Daglig brug af e-cigaretter er mere udbredt blandt borgere med kortere uddannelse end blandt borgere med længere uddannelse. Andelen af borgere udelukkende med grundskoleuddannelse, som bruger e-cigaretter dagligt, er fire gange så stor som andelen blandt borgere med lang videregående uddannelse. Borgere, som stadig er under uddannelse, er dog den gruppe, der har størst andel af daglige e-cigaretbrugere.

Blandt førtidspensionister bruger 5,7 pct. e-cigaretter dagligt. Andelen af daglige e-cigaretbrugere er mindst blandt alderspensionister, hvor kun 1 pct. er dagligbrugere.

## Samlivsstatus og børn

Der er ikke forskel på udbredelsen af daglig brug af e-cigaretter blandt borgere, som henholdsvis bor eller ikke bor sammen med en partner, eller blandt borgere henholdsvis med eller uden børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Der er ingen tydelig sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og deres brug af e-cigaretter.

## Kommunevariation











Andelen af borgere, der bruger e-cigaretter dagligt, varierer fra 1,1 og 1,4 pct. fra borgerne i henholdsvis Roskilde og Odsherred kommuner, til 3,9 pct. af borgerne i Kalundborg Kommune. I de øvrige kommuner afviger andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Der er ikke nogen tydelige forskelle i udbredelsen af brug af e-cigaretter mellem socioøkonomisk udfordrede og bedre stillede kommuner.




Tabel 8.4.3 Borgere, der bruger e-cigaretter dagligt

	Pct. Bruger e-cigaretter dagligt	Personer
Region Sjælland	2,5	17.400
Guldborgsund	3,5	1.800
Kalundborg	3,9	1.600
Lolland	2,6	900
Odsherred	1,4	400
Slagelse	2,3	1.600
Vordingborg	2,8	1.100
Faxe	2,7	800
Holbæk	2,5	1.400
Næstved	3,0	2.000
Ringsted	2,3	600
Sorø	2,6	600
Stevns	3,4	600
Greve	2,3	1.000
Køge	3,0	1.400
Lejre	1,9	400
Roskilde	1,1	800
Solrød	2,1	400

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

**Tabel 8.4.4 Sammenhæng mellem tobaksrygning og brug af e-cigaretter**

	Pct. Bruger e-cigaretter dagligt	Personer	Bruger e-cigaretter sjældnere	
			Pct. end dagligt	Personer
Region Sjælland 2017	2,5 	17.400	1,5 	10.300
<b>Tobaksrygning</b>				
Dagligrygere	4,1 	5.200	5,3 	6.800
Ryger lejlighedsvist	5,9 	1.500	4,3 	1.100
Har tidligere røget	4,9 	10.500	0,7 	1.500
Har aldrig røget	0,1 	200	0,3 	900

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

Der er et vist sammenfald mellem borgere, der bruger e-cigaretter og borgere, der ryger eller har røget tobak. Omkring 10 pct. af alle dagligrygere og lejlighedsvis rygere bruger også e-cigaretter, heraf halvdelen dagligt og halvdelen sjældnere end dagligt. Blandt borgere, der er holdt op med at ryge, bruger 4,9 pct. e-cigaretter dagligt. Kun få promille af de borgere, der aldrig har røget tobak, bruger e-cigaretter.

## 8.5 Motivation og hjælp til rygestop hos dagligrygere

Forebyggelsesindsatsen på tobaksområdet fokuserer på tre elementer: Dels at forebygge rygestart, dels at fremme røgfrie miljøer, og endelig at få flere rygere til at holde op med at ryge (19). Rygere er generelt motiverede for at holde op med at ryge, og mange har forsøgt at holde op flere gange (20). Det er derfor vigtigt, at der er gode muligheder for og tilbud om rygestop for borgerne. Der er evidens for, at rådgivning og rygestopprogrammer, både fysisk, digitalt og telefonisk, samt rygestopmedicin øger rygestopfrekvensen (19). Særligt målrettede rygestoptilbud til specifikke målgrupper er effektive (19).

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. Endelig bliver borgerne spurgt, om de i løbet af de seneste 12 måneder har været hos egen læge og er rådet af egen læge til at holde op med at ryge, og desuden om de er blevet informeret fra kommunens personale, egen læge, sygehus, arbejdet/uddannelsen eller andre om, at man kan få hjælp til rygestop. I alt 79 pct. af dagligrygere har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (data ikke vist). Andelen er opgjort blandt alle borgere, uanset om de har været hos lægen eller ej.

Ønske om rygestop er især udbredt blandt dagligrygere:

- Under 55 år
- Under uddannelse
- I beskæftigelse
- Med børn i hjemmet

Ønske om hjælp til rygestop er især udbredt blandt dagligrygere:

- I alderen 35-54 år
- I beskæftigelse
- Med børn i hjemmet

**Tabel 8.5.1 Ønske om rygestop og ønske om hjælp til rygestop blandt dagligrygere**

	Vil gerne holde op med at		Vil gerne holde op med at ryge og ønsker hjælp til	
	Pct. ryge	Personer	Pct. det	Personer
Region Sjælland 2017	72,0	92.200	31,2	39.900
Region Sjælland 2013	72,9	89.500	31,5	38.600
Region Sjælland 2010	74,0	111.300	36,6	55.100
<b>Køn</b>				
Mand	70,7	46.600	31,1	20.400
Kvinde	73,3	45.500	31,3	19.500
<b>Alder</b>				
16-24 år	80,9	12.700	19,5	3.100
25-34 år	83,1	11.700	37,7	5.400
35-44 år	79,1	14.500	39,3	7.200
45-54 år	77,1	23.000	36,3	10.900
55-64 år	69,8	17.900	34,0	8.700
65-79 år	53,8	11.200	21,7	4.500
80+	—	—	—	—
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	82,3	7.600	20,7	1.900
Grundskole	63,0	15.200	28,9	6.900
Kort uddannelse	73,8	47.900	33,5	21.800
Kort videregående	71,3	6.700	31,3	2.900
Mellemlang videregående	74,8	12.600	29,8	5.000
Lang videregående	—	—	—	—
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	79,4	46.900	35,7	21.100
Arbejdsløse	—	—	—	—
Førtidspensionister	66,0	6.500	32,8	3.300
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—
Alderspensionister	50,4	12.900	19,4	4.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	70,0	8.700	34,6	4.300
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	73,5	51.800	30,7	21.700
Ikke samlevende	70,1	40.400	31,7	18.200
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	81,5	27.700	35,9	12.200
Bor ikke med børn	67,9	63.900	29,7	27.900
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	71,7	83.600	31,2	36.400
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit



### Generelt

Knap tre ud af fire dagligrygere (72,0 pct.) ønsker at holde op med at ryge, og knap hver tredje dagligryger (31,2 pct.) ønsker at få hjælp til at holde op. Både andelen af dagligrygere, der ønsker rygestop, og andelen, der ønsker hjælp til rygestop, er uforandret fra 2013 til 2017. Andelen af dagligrygere, der ønsker hjælp til rygestop, var dog mindre i 2013 end i 2010. Det skal ses i lyset af det generelle fald i andelen af dagligrygere i denne periode (Se figur 8.1.2). Andelen af borgere, der ønsker at holde op med at ryge, og som også ønsker hjælp til det, varierer stort set ikke på tværs af kommuner.

### Køn og alder

Blandt mandlige og kvindelige dagligrygere er der ikke forskel på udbredelsen af ønsket om at holde op med at ryge eller ønsket om hjælp til rygestop. Omkring 80 pct. af dagligrygerne under 55 år ønsker at holde op med at ryge, mens ønsket om rygestop er langt mindre udbredt blandt de ældre dagligrygere. Det er især dagligrygere i alderen 35-54 år, som ønsker hjælp til rygestop. Ønsket om hjælp til rygestop er mindre både blandt de yngre og ældre borgere. Fire ud af fem dagligrygere under 25 år ønsker at holde op med at ryge, men kun hver femte af de helt unge borgere ønsker hjælp til rygestop.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er kun små forskelle i motivationen til rygestop på tværs af borgernes uddannelsesniveau. Sammenlignet med dagligrygere med længere uddannelser ønsker en mindre andel af dagligrygerne med udelukkende grundskoleuddannelse at holde op med at ryge.

Andelen af borgere, som ønsker at holde op med at ryge, eller som ønsker hjælp til rygestop, er størst blandt dagligrygere i beskæftigelse og mindst blandt alderspensionister.

### Samlivsstatus og børn

Der er ikke forskel i motivationen til at holde op med at ryge blandt dagligrygere, som henholdsvis bor eller ikke bor sammen med en partner. Blandt dagligrygere med børn i hjemmet er der en større andel, som ønsker at holde op med at ryge og ønsker hjælp til rygestop, end blandt borgere uden børn i hjemmet.

**Tabel 8.5.2 Information til dagligrygere om hjælp til rygestop fra forskellige kilder**

	Pct.
Egen læge	16,3
Arbejde/uddannelse	7,4
Sygehus	5,4
Kommunens personale	4,0
Andre	19,7
Alle kilder	45,9

Knap hver anden dagligryger (45,9 pct.) er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at holde op med at ryge. Næsten halvdelen af dem får information fra andre kilder end deres egen læge, kommunens personale, arbejdspladsen/uddannelsesstedet eller sygehuset. I alt én ud af seks dagligrygere (16,3 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop fra deres egen læge.

**Tabel 8.5.3 Andelen af dagligrygere, som er rådet af egen læge til at holde op med at ryge, og andelen, som er informeret om hjælp til rygestop**

	Rådet af egen læge		Informeret af egen læge om		Informeret	
	Pct. til rygestop	Personer	Pct. hjælp	Personer	Pct. om hjælp	Personer
Region Sjælland 2017	29,1	37.300	16,3	20.900	45,9	58.800
Region Sjælland 2013	28,7	35.200				
Region Sjælland 2010	28,6	43.000				
<b>Køn</b>						
Mand	28,4	18.600	15,7	10.300	48,1	31.500
Kvinde	29,8	18.700	16,9	10.600	43,6	27.300
<b>Alder</b>						
16-24 år	21,1	3.300	13,5	2.100	53,6	8.300
25-34 år	23,7	3.200	13,2	1.800	43,4	5.900
35-44 år	24,4	4.600	13,1	2.400	40,2	7.500
45-54 år	30,8	9.100	16,1	4.800	44,5	13.200
55-64 år	32,8	8.600	18,3	4.800	49,7	13.100
65-79 år	35,3	7.300	21,2	4.400	45,6	9.500
80+	—	—	—	—	—	—
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	17,7	1.600	13,2	1.200	52,4	4.800
Grundskole	30,1	7.200	22,0	5.300	43,2	10.400
Kort uddannelse	32,1	20.800	17,2	11.100	46,4	29.900
Kort videregående	27,4	2.600	13,2	1.300	41,4	3.900
Mellemlang videregående	27,6	4.600	12,6	2.100	48,6	8.300
Lang videregående	—	—	—	—	—	—
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	26,7	16.100	14,7	8.900	45,0	27.300
Arbejdsløse	—	—	—	—	—	—
Førtidspensionister	34,2	3.300	19,5	1.800	46,2	4.400
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	34,7	8.500	20,4	5.000	44,3	10.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	33,6	4.200	17,8	2.200	45,2	5.600
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	28,0	20.100	14,8	10.700	44,6	32.000
Ikke samlevende	30,5	17.100	18,2	10.200	47,6	26.700
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	24,5	8.300	13,2	4.500	44,8	15.300
Bor ikke med børn	31,5	29.600	18,0	16.900	46,2	43.400
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	29,8	35.100	16,5	19.400	45,8	53.900
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Generelt

Mellem hver tredje og hver fjerde dagligryger har i løbet af det seneste år været hos egen læge og er blevet rådet af lægen til at holde op med at ryge (29,1 pct.). Der er ikke sket ændringer i andelen af dagligrygere, der er blevet rådet af deres læge til at holde op med at ryge siden 2010.

Knap halvdelen af dagligrygerne (45,9 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop, men kun én ud af seks dagligrygere (16,3 pct.) har fået information fra deres egen læge.

### Køn og alder

Der er ikke forskel på andelen af mandlige og kvindelige dagligrygere, der er blevet rådet til at holde op med at ryge eller har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop.

Jo ældre dagligrygerne er, desto større andel er af egen læge blevet rådet til at holde op med at ryge eller har fået information om muligheden for at få hjælp til rygestop. I aldersgruppen under 25 år er kun hver femte dagligryger blevet rådet af deres læge til at holde op med at ryge, mens det samme gælder for mere end hver tredje dagligryger i alderen 65-79 år.

Blandt de unge dagligrygere under 25 år er det dog over halvdelen (53,6 pct.), der er blevet informeret om muligheden for hjælp til rygestop, hvilket er mere end i andre aldersgrupper. Men færrest dagligrygere i de yngre aldersgrupper får denne information fra deres egen læge (ca. 13 pct.).

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Rådgivning og information om rygestop varierer ikke systematisk på tværs af uddannelsesgrupper. Dog er information til dagligrygere fra egen læge om muligheden for hjælp til rygestop mest udbredt blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang uddannelse.























































En større andel af de alderspensionister, der ryger dagligt, bliver rådgivet eller informeret af deres egen læge om rygestop end f.eks. borgere i beskæftigelse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.




### Samlivsstatus og børn

Der er ikke forskel på andelen af dagligrygere henholdsvis med og uden en samboende partner, der er blevet rådet til eller informeret om rygestop.

Blandt dagligrygere uden børn i hjemmet er en større andel blevet rådet af deres læge til at holde op med at ryge, end blandt borgere med børn i hjemmet. Denne forskel skal ses i lyset af, at borgere uden børn i hjemmet generelt er ældre, og at ældre i højere grad rådes af deres læge til at holde op med at ryge end yngre borgere.

**Tabel 8.5.4 Andelen af dagligrygere, som er rådet af egen læge til at holde op med at ryge, og andelen, som er informeret om hjælp til rygestop, opgjort på kommuner**

	Rådet af egen læge til		Informeret af egen læge om		Informeret om	
	Pct. rygestop	Personer	Pct. hjælp	Personer	Pct. hjælp	Personer
Region Sjælland	29,1 	37.300	16,3 	20.900	45,9 	58.800
Guldborgsund	31,7 	3.800	17,3 	2.100	47,8 	5.700
Kalundborg	34,4 	3.200	20,4 	1.900	54,3 	5.000
Lolland	23,1 	2.000	8,1 	700	37,0 	3.300
Odsherred	34,7 	2.300	15,8 	1.000	35,4 	2.400
Slagelse	32,6 	4.400	19,5 	2.700	47,6 	6.500
Vordingborg	25,3 	2.100	14,0 	1.200	43,3 	3.600
Faxe	30,2 	1.600	18,2 	1.000	49,5 	2.700
Holbæk	29,5 	3.100	18,7 	2.000	41,6 	4.400
Næstved	24,7 	2.800	15,2 	1.700	49,5 	5.600
Ringsted	36,4 	1.800	21,3 	1.000	47,1 	2.300
Sorø	28,3 	1.200	17,2 	700	41,9 	1.700
Stevns	24,1 	900	10,9 	400	36,6 	1.300
Greve	23,9 	1.500	16,3 	1.000	45,7 	2.900
Køge	26,5 	1.900	10,0 	700	42,8 	3.000
Lejre	25,7 	800	14,1 	400	37,5 	1.100
Roskilde	30,5 	3.200	17,9 	1.900	57,6 	6.000
Solrød	25,9 	600	18,2 	400	46,1 	1.100

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

### Kommunevariation

Andelen af dagligrygere, som i løbet af det seneste år er blevet rådet af deres egen læge til at holde op med at ryge, varierer fra 23,1 pct. i Lolland Kommune til 36,4 pct. i Ringsted Kommune. Tilsvarende varierer andelen af dagligrygere, som er blevet informeret af deres læge om muligheden for at få hjælp til at holde op med at ryge, fra 8,1 pct. i Lolland Kommune til 21,3 pct. i Ringsted Kommune. Andelen af daglig-

rygere, som er informeret om muligheden for at få hjælp til rygestop fra en eller flere kilder, varierer fra 35,4 pct. i Odsherred Kommune til 57,6 pct. i Roskilde Kommune. Der er ikke nogen tydelige forskelle i andelen af dagligrygere, der bliver rådgivet eller informeret om rygestop mellem socioøkonomisk udfordrede og bedre stillede kommuner.

## 8.6 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere

I dette afsnit sammenholdes borgernes rygevaner med deres øvrige sundhedsadfærd (alkoholadfærd, kostmønster og fysisk aktivitet). Tilsvarende er sammenhængen mellem rygevaner og borgernes helbred, trivsel og sociale relationer beskrevet.

Der er en tendens til, at rygere har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, hvad angår alkohol, kost og fysisk aktivitet end ikke-rygere, jf. tabel 8.6.1. Der er dog forskel på mønstret blandt dagligrygere og lejlighedsvis rygere. Dagligrygere har oftere både en problematisk alkoholadfærd, et mere usundt kostmønster og er mindre fysisk aktive end andre borgere. Borgere, der ryger lejlighedsvist, spiser lige så sundt som den øvrige befolkning, men de har ligesom dagligrygerne oftere en problematisk alkoholadfærd. De er derimod mere fysisk aktive end den øvrige befolkning. Borgere, som er holdt op med at ryge, har også lidt oftere en problematisk alkoholadfærd end befolkningen generelt, men de spiser sundere, og deres fysiske aktivitet afviger ikke fra befolkningsgennemsnittet.

Blandt dagligrygere ses en stor andel:





















- Med problematisk alkoholadfærd
- Med usundt kostmønster
- Inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive
- Med dårligt fysisk helbred
- Med dårligt mentalt helbred
- Med højt stressniveau
- Der er utilfredse med livet
- Ensomme borgere
- Med sjælden kontakt med familie
- Som føler sig belastet af deres økonomiske situation




**Tabel 8.6.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt rygere og ikke-rygere**

	Problematisk alkohol- Pct. adfærd	Pct. Usundt kostmønster	Inaktiv eller utilstræk- Pct. keligt fysisk aktiv
Region Sjælland 2017	19	17	33
<b>Rygevaner</b>			
Dagligrygere	27	30	42
Ryger lejlighedsvist	30	16	27
Har tidligere røget	22	14	33
Har aldrig røget	13	13	30

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
















**Tabel 8.6.2 Helbred og trivsel blandt rygere og ikke-rygere**




	Dårligt fysisk Pct. helbred	Dårligt mentalt Pct. helbred	Højt Pct. stressniveau	Utilfreds med Pct. livet
Region Sjælland 2017	13,5 	13,6 	26,6 	17,4 
<b>Rygevaner</b>				
Dagligrygere	18,8 	20,5 	37,7 	25,9 
Ryger lejlighedsvist	6,8 	18,7 	33,6 	21,5 
Har tidligere røget	17,1 	11,0 	23,3 	15,1 
Har aldrig røget	9,6 	12,1 	23,5 	15,3 

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

Borgernes helbred og trivsel varierer med deres rygevaner. Dagligrygere har generelt et dårligere helbred, både mentalt og fysisk, end befolkningen generelt. Andelen af borgere, der har et højt stressniveau og andelen, der er utilfredse med livet, er også større blandt dagligrygere end blandt andre. Mønstret er mindre tydeligt for borgere, der ryger lejlighedsvist. Sammenlignet med befolkningen generelt vurderer de ikke så ofte deres fysiske helbred som dårligt. Det skal ses i lyset af, at de lejlighedsvis rygere er langt yngre end andre rygere (Se tabel 8.1.2). Ikke-rygere har generelt bedre helbred og trivsel end befolkningen generelt. Dog har borgere, der tidligere har røget, et dårligere fysisk helbred end gennemsnittet i regionen.

**Tabel 8.6.3 Sociale relationer og økonomiske belastninger blandt rygere og ikke-rygere**

	Pct. Føler sig ensom	Sjælden kontakt med Pct. familie	Belastet af sin Pct. økonomi
Region Sjælland 2017	8,6 	9,2 	42,1 
<b>Rygevaner</b>			
Dagligrygere	11,8 	12,3 	56,5 
Ryger lejlighedsvist	11,5 	9,1 	56,8 
Har tidligere røget	7,2 	9,1 	36,0 
Har aldrig røget	8,0 	8,1 	38,4 

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

Dagligrygere har generelt ringere sociale relationer end andre. En større andel af dagligrygerne føler sig ensomme, og en større andel end i befolkningen generelt har sjældent kontakt med familie. Både dagligrygere og lejlighedsvis rygere føler sig i højere grad belastet af deres økonomi end andre borgere, mens ikke-rygere generelt føler sig mindre belastet af økonomien end dem, der ryger dagligt eller lejlighedsvist.

## 8.7 Initiativ fra Kalundborg og Vordingborg kommuner

### Sammen kvitter vi tobakken og 100 % frisk luft

Her præsenteres to initiativer til rygestopkurser fra to forskellige kommuner. Eksemplerne giver et indblik i, hvor varieret rygestopkurser kan foregå og forløbe. Kalundborg Kommune har bl.a. kurser til enkeltpersoner, særligt målrettet førtidspensionister og ledige, mens Vordingborg Kommune har gode erfaringer med holdkurser, bl.a. i naturen.

I Kalundborg Kommune ryger 23 pct. af borgerne dagligt, og i Vordingborg Kommune ryger 21 pct. af borgerne dagligt. I Kalundborg er andelen af rygere signifikant større end i regionen generelt (19 pct.). To ud af tre dagligrygere i Kalundborg og Vordingborg kommuner vil gerne holde op med at ryge, mens mellem hver tredje og hver fjerde dagligryger i kommunerne gerne vil have hjælp til at holde op (data ikke vist).

#### Kurser for enkeltpersoner i Kalundborg Kommune

I Kalundborg Kommune er der stor opmærksomhed på at øge ligheden i sundhed. Sundhedsprofilen 2013 viste, at der er en stor andel af dagligrygere blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere i kommunen. Derfor intensiverede kommunen sin indsats på rygestopområdet ved at supplere kommunens eksisterende rygestoptilbud med et tilbud målrettet netop disse grupper. Arbejdet bliver støttet med projektmidler fra Sundhedsstyrelsens pulje: *En forstærket indsats over for storrygere.*

#### Sammen kvitter vi tobakken: Kursusforløb og resultater

I foråret 2015 etableredes tilbuddet: *Sammen kvitter vi tobakken* i Kalundborg. Målgruppen er storrygere, som samtidig opfylder et eller flere socioøkonomiske / helbredsmæssige kriterier. De kan f.eks. være sygedagpengemodtagere, førtidspensionister eller borgere i længerevarende ledighed (over tre måneder). Titlen *Sammen kvitter vi tobakken* signalerer, at rygestoptilbuddet er et samarbejde mellem borgere og rygestoprådgiver/kommune. Borgerne kontaktes inden

for otte dage efter henvisning fra egen læge, sygehus, kommunalt frontpersonale, eller borgeren kan selv henvende sig. Rådgivningsforløbet er et individuelt tilrettelagt forløb bestående af fem samtaler, som evt. understøttes med telefonkontakt. Der er mulighed for at få betalt rygestopmedicin under forløbet. Varigheden af forløbet strækker sig over to-tre måneder. Fra-fald søges minimeret ved opfølgning på udeblivelse til aftaler.

Der har i projektperioden været stigende efterspørgsel efter tilbuddet. Det er især borgere, som modtager førtidspension eller har en kronisk rygerelateret sygdom, som har benyttet sig af tilbuddet, og mere end halvdelen af deltagerne har en kort uddannelse. Tilbuddet har resulteret i en fordobling af antallet af borgere, som modtager et rygestoptilbud. *Sammen kvitter vi tobakken* fortsætter foreløbig til udgangen af 2019.

Kvalitative interviews med nogle af deltagerne har vist, at betalt rygestopmedicin af økonomiske grunde er en væsentlig faktor for gennemførelse, og for nogen kan dette være en øjeblikkelig, mærkbar belønning. Nogen føler sig meget forpligtet, "når man får sådan et fint tilbud".

Den individuelle tilrettelæggelse har også haft stor betydning, og for nogle deltagere har det været afgørende, at de ikke skulle være med i en større gruppe.

Flere oplever betydelige forbedringer af deres fysiske og psykiske velbefindende og funktionsniveau som følge af rygestoppet. Udover denne forbedring betyder rygestoppet for nogle, at de begynder at overveje at ændre på andre vaner, f.eks. kost/alkohol/motion.

Yderligere information om initiativet i Kalundborg Kommune, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Jytte Larsen, [Jytte.Larsen@Kalundborg.dk](mailto:Jytte.Larsen@Kalundborg.dk).



Deltagerne fra Kalundborg siger:

- Jeg går meget længere ture med hunden.
- Nu kan jeg slå hele græsplænen uden at holde pause.
- Det opleves afslappende ikke at skulle tænke på at skulle ud og ryge, hver gang der er fem minutters pause.

### Ud i naturen i Vordingborg Kommune

De seneste to sundhedsprofiler i Vordingborg Kommune viste en større andel rygere end gennemsnittet på regionalt plan. Der var samtidig faldende tilslutning til rygestopkurser på landsplan, så derfor besluttede Vordingborg Kommune at skabe nye og anderledes rygestoptilbud, der kunne tiltrække og motivere flere rygere og fastholde deres rygestop over længere tid.

### Rygestoptilbud i Vordingborg Kommune

Vordingborg Kommune udvikler derfor nye rygestoptilbud, der fortsat tilpasses brugernes behov. Fra 2010 og frem til i dag har kommunen udviklet flere nye typer rygestopforløb, hvor der arbejdes med inddragelse af tværfaglig viden og personale. På alle forløb afholdes der individuelle forsamlinger inden kursusstart. Dette sker blandt andet med henblik på at afklare motivation, tidligere erfaringer med rygestop, sygdomme/lidelser m.m.

Forsamtalen har både et motiverende og forpligtende sigte for den enkelte deltager, hvor beslutningen om et rygestop ekspliciteres og konkretiseres. Forsamtalen giver også et fortroligt rum, hvor deltageren får mulighed for at dele bekymringer, erfaringer og barrierer i forhold til rygestopet med instruktøren.

### Rygestop – 100% frisk luft

Siden lanceringen af forløbene har kommunen oplevet en stigende interesse for rygestopforløbene, herunder for *Rygestop – 100 % frisk luft*.

Dette rygestopforløb kombinerer tre veldokumenterede sundhedsfremmende tiltag, nemlig rygestop, fysisk aktivitet samt ophold i naturen. Forskning viser, at ophold og bevægelse i naturen har en række positive sundhedseffekter. Det kræver fokus, energi og motivation at gennemføre og fastholde et rygestop.

Kombinationen skaber et tilbud, som har vist sig attraktivt for en gruppe rygere, der ikke ville have meldt sig til et traditionelt rygestopforløb. Friluftsliv og naturformidling inddrages allerede – med stor succes – som et strategisk forebyggelsesredskab i flere af Vordingborg Kommunes sundhedsfremmende og forebyggende indsatser.

Samtidig påvirker et rygestopforløb mennesker både fysisk og mentalt. De første uger føler mange sig trætte og udmattede af at fokusere på de cigaretter, som de ikke længere må ryge. Ved at flytte det aktive rygestop udenfor i nogle helt andre rammer, flyttes fokus også til en umiddelbar og oplevelsesrig erstatningsaktivitet, som altid står til rådighed for den enkelte. Naturen fungerer dermed som et håndgribeligt rygestopredskab.

### Kursusforløb og resultater

*Rygestop – 100 % frisk luft* forløber over seks gange med kommunens mangfoldige natur som ramme. En rygestopinstruktør og en naturvejleder bidrager med hver deres fagkompetence gennem hele forløbet, så deltagerne både får viden om afhængighed, motivation, krop, psyke og viden om naturen, og samtidig udfordres sanser og fysisk formåen.

For *Rygestop – 100 % frisk luft* stilles der krav om, at man kan gå min. 20 minutters gang i rask tempo, da kurset primært foregår som *walk-and-talk*. Fysisk aktivitet er et strategisk parameter i indsatsen.

Fysiske udfordringer, erfaringsudvekslinger, fællesskab, humor og fastholdelse er centrale nøgleord gennem hele forløbet. Deltagerne får bl.a. mulighed for at køre på let tilgængelige mountainbikeruter i skoven ved Møns Klint, komme på sælsafari ved Avnø, gå på jagt i naturens spisekammer i Stege/Udby Skov, komme på havørneudflugt i skovene omkring Præstø med mere. Aktiviteterne, oplevelserne og forholdsvis høj puls er en fast del af forløbet, hvilket også giver deltagerne konkrete oplevelser af kroppens formåen før og efter rygestopet. Dette virker på mange af deltagerne stærkt motiverende for en fastholdelse af rygestopet.

Over de seks mødegange indgår følgende faste elementer hver gang:

- Fysisk aktivitet
- Walk-and-talk
- Smagsoplevelser i form af vild mad
- Gruppesamvær og samtaler
- Mulighed for individuel fortrolig dialog
- Abstinenshåndtering
- "Tredje halvleg"

"Tredje halvleg" er et centralt element, som handler om at dele gode såvel som dårlige erfaringer med ligesindede i en uformel ramme. Her er også fokus på fremadrettet netværksdannelse.

Naturen gør det nemmere at skabe en tillidsfuld, afslappet og ikke mindst god stemning på holdet. I forhold til kurser, der foregår i et typisk kursuslokale, giver disse rammer en positiv gruppedynamik, medfører humor og god dialog mellem deltagere indbyrdes og mellem deltagere og instruktører; alt sammen vigtige faktorer for et vellykket rygestopforløb.

Yderligere information om initiativet i Vordingborg Kommune, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Karen Rasmussen Hemmingsen, krhe@vordingborg.dk.

### Evaluering af kurset 100% frisk luft, pr. 23. oktober 2017

	2010-2016	2016
Røgfri ved kursets afslutning	92,5%	95,7%
Røgfri ved seks mdr.'s opfølgning	63,6%	70,0%

#### Deltagerne fra Vordingborg siger:

- Det har været en virkelig fantastisk oplevelse at være ude i naturen. At smags- og lugtesans er involveret, er fantastisk
- Det meste har været godt, men specielt én ting har været godt: Cykelturen gav mig et skub videre
- Motivationen fra de andre på kurset, det sociale og hyggen og de mange nye indtryk/oplevelser i naturen, har været rigtig godt
- Jeg havde aldrig tilmeldt mig et almindeligt kursus



Stranden ved Møns Klint. En af de smukke naturspot i Vordingborg Kommune og en del af vandreruten "Camønoen".  
Foto: Vordingborg Kommune

---

## Referencer

1. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2016.
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. **Jha P, Ramashundarahettige C, Landsman V, et al.** 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N Engl J Med*. 2013, 368 (4), 341–50.
4. **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.
5. **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.
6. **Leon ME, Peruga A, McNeill A, et al.** European Code against Cancer 4th Edition: Tobacco and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2015, 39S, S20–33.
7. **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.
8. **US Dept. of Health and Human Services.** *The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General*. 2014.
9. **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.
10. **Royal College of Physicians, Royal College of Psychiatrists.** *Smoking and mental health*. Royal College of Psychiatrists Council Report CR178. London: RCP, 2013.
11. **Løkke A, Lange P, Scharling H, et al.** Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax*. 2006, 61 (11), 935–9.
12. **Taylor G, McNeill A, Girling A, et al.** Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. 2014, 348 (feb13 1), g1151–g1151.
13. **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.
14. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes rygevaner 2016*.
15. **Pissinger, Charlotta.** A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Document prepared for the World Health Organization*. 2015.
16. **Charlotta Pisinger, Martin Døssing.** A systematic review of health effects of electronic cigarettes. *Preventive Medicine*. 2014, 69, 248–60.
17. **Sundhedsstyrelsen.** E-cigaretter. [Online] <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak/andre-tobaksvarer/e-cigaretter>.
18. **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.
19. **Sundhedsstyrelsen.** Forebyggelsespakke. Tobak. 2012.
21. **Sundhedsstyrelsen.** Danskernes Sundhed. Den nationale sundhedsprofil 2013.



## Kapitel 9

# Alkohol og euforiserende stoffer

### 9.1 Borgernes alkoholvaner

### 9.2 Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner

### 9.3 Helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd

### 9.4 Holdninger til forbud mod alkohol

### 9.5 Euforiserende stoffer

### 9.6 Initiativ fra Holbæk Kommune: Den tværgående rusmiddelindsats



# Alkohol og euforiserende stoffer

- Hver femte borger i regionen har en problematisk alkoholadfærd
- Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er faldet siden 2013
- Kun 30 pct. af borgere med problematisk alkoholadfærd vurderer selv, at deres vaner er ufornuftige
- Kun 4 pct. af borgere med problematisk alkoholadfærd ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget
- To procent af borgerne har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned

Kapitel 9 drejer sig primært om alkoholforbrug, men indeholder også information om borgernes brug af euforiserende stoffer. Alkohol medfører årligt 2.900 dødsfald i Danmark, mens stofmisbrug forårsager ca. 1.000 dødsfald årligt (1). Alkoholrelaterede dødsfald udgør således 5,6, pct. af alle dødsfald, mens dødsfald relateret til stofmisbrug udgør 1,9, pct. (1). Både alkoholindtag og stofmisbrug medfører omkring dobbelt så mange dødsfald blandt mænd som blandt kvinder (1).

Sundhedsstyrelsen har flere anbefalinger vedrørende alkoholindtag defineret ud fra risikoen for alkoholrelateret sygdom og død. Dels anvendes henholdsvis en lavrisiko- og en højrisikogrænse for alkoholindtag. Et ugentligt indtag på mere end 14 genstande for kvinder og 21 genstande for mænd betragtes som højrisiko, mens lavrisikogrænsen er højst syv genstande for kvinder og 14 genstande for mænd ugentligt. Indtag af mindst fem genstande på én gang kaldes ”rusdrikkeri” (”binge-drinking”) og øger risikoen for at dø for tidligt (2) (3).

Et stort alkoholforbrug kan helt eller delvist forårsage akutte og kroniske tilstande som f.eks. forgiftning, alkoholisme og skrumpelever (levercirrose) (4), og herudover kan alkohol medvirke til flere kræftformer (5), risiko for blodpropper i både hjerte (1) (6) og hjerne (7) samt for at udvikle type 2 diabetes (8). 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 (9).

## Sundhedsstyrelsens syv udmeldinger om alkohol:

- 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 14/21 om ugen
- 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

---

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 (10). Blandt disse er hash den mest udbredte misbrugstype, 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).

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 (11).

Kapitlets første afsnit viser alkoholvanerne blandt borgere i Region Sjælland, mens andet afsnit handler om deres motivation til at ændre disse. Herefter følger et afsnit, der beskriver relationen mellem borgernes alkoholforbrug og deres helbred, sociale relationer og sundhedsadfærd. Derefter præsenteres borgernes holdninger til forbud mod alkohol. Endelig rummer kapitel 9 et afsnit om borgernes brug af hash og andre euforiserende stoffer. Til sidst beskrives et initiativ fra Holbæk Kommune om en tværgående indsats på alkoholområdet.

## Hovedresultater

### Forekomst

Knap hver femte borger i regionen (18,9 pct.) udviser problematisk alkoholadfærd. Det vil sige, at de har tegn på alkoholafhængighed (13,5 pct.), rusdrikker ugentligt (8,3 pct.) og/eller har et ugentligt alkoholforbrug over Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse (7,0 pct.). I alt 13,2 pct. af borgerne har slet ikke drukket alkohol i løbet af det seneste år.

Blandt borgere med en problematisk alkoholadfærd vurderer knap hver tredje selv, at deres alkoholvaner er ufornuftige, mens hver femte af dem ønsker at nedsætte forbruget, og kun 4,4 pct. ønsker også at få hjælp til det. Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er 7,1 pct. blevet rådet af egen læge til at nedsætte forbruget i løbet af det seneste år, og knap hver fjerde har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner.

Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er faldet siden 2013. Det gælder både alkoholforbrug over højrisikogrænsen, ugentligt rusdrikkeri og tegn på alkoholafhængighed. Motivationen til at ændre alkoholadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er blevet større siden 2010.

Hver fjerde borger i regionen har prøvet hash på et tidspunkt, og knap hver tiende har prøvet andre euforiserende stoffer. Kun én ud af 50 borgere har prøvet hash og/eller andre euforiserende stoffer den seneste måned.

### Køn

Dobbelt så mange mænd som kvinder har en problematisk alkoholadfærd. Siden 2013 er problematisk alkoholadfærd dog faldet især blandt mænd. En større andel af mænd end kvinder med problematisk alkoholforbrug er blevet rådet af egen læge til at nedsætte forbruget. Der er mere end dobbelt så mange mænd som kvinder, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned.

### Alder

Tegn på alkoholafhængighed er mest udbredt blandt borgere i alderen 55-79 år, mens ugentligt rusdrikkeri er mest udbredt blandt unge under 25 år. Især borgere med problematisk alkoholadfærd i alderen 45-64 år vurderer selv deres alkoholvaner som ufornuftige og ønsker at nedsætte deres forbrug, mens især borgere i alderen 45-54 år er blevet rådet af egen læge til at nedsætte forbruget.

Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt unge under 25 år (især pga. fald i ugentligt rusdrikkeri). Andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen er derimod især faldet blandt 55-64 årige. Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, som vurderer egne vaner som ufornuftige, især steget blandt borgere i alderen 65-79 år.

Brug af hash og andre euforiserende stoffer er mest udbredt blandt borgere under 25 år, mens fænomenet stort set ikke eksisterer blandt borgere over 55 år.



### Uddannelse og erhvervstilknytning

Tegn på alkoholafhængighed og alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen er mere udbredt blandt borgere med videregående uddannelser end blandt de, som udelukkende har en grundskoleuddannelse. Ugentlig rusdrikkeri og alkoholforbrug over højrisikogrænsen varierer langt mindre med borgernes uddannelsesniveau. Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er det især dem med videregående uddannelser, som vurderer, at deres alkoholvaner er ufornuftige, og som ønsker at nedsætte deres forbrug. Kun en meget lille del af de borgere, der har problematisk alkoholadfærd, og som gerne vil nedsætte forbruget, ønsker dog hjælp til det.

Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse.

Problematiske alkoholadfærd er mindre udbredt blandt beskæftigede end blandt borgere uden for arbejdsmarkedet. Brug af hash og andre euforiserende stoffer er mere udbredt blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive end blandt borgere i beskæftigelse samt efterlønsmodtagere og alderspensionister.

### Samlivsstatus

Alkoholforbrug over højrisikogrænsen, ugentligt rusdrikkeri og brug af hash eller andre stoffer er langt mere udbredt blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere med en partner. Dem, som både har en problematisk alkoholadfærd, vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige og ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, udgør en større andel af borgere, der bor uden en partner, end de samlevende borgere.

### Børn i hjemmet

Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er omkring dobbelt så stor blandt borgere uden børn i hjemmet, som blandt borgere med børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Andelen af borgere med alkoholforbrug over højrisikogrænsen er fire til fem gang større blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Brug af hash varierer kun i mindre omfang med borgernes etniske baggrund, mens brug af andre stoffer den seneste måned stort set kun forekommer blandt borgere med dansk baggrund.

### Holdninger til forbud mod alkohol

Der er fortsat opbakning i befolkningen til at forbyde alkohol i både idrætsklubber/sportshaller, ungdomsuddannelser, folkeskoler og vuggestuer/børnehaver. Opbakningen er større til forbud mod alkohol i hverdagen end til fester. To ud af tre mener, at det skal være forbudt at drikke alkohol i idrætsklubber/sportshaller, og samme andel mener, alkohol skal være forbudt for de ældste elever i folkeskolen til fester. Opbakningen til alkoholforbud for forældre er generelt større i vuggestuer og børnehaver end i folkeskoler, men på begge steder har opbakningen været stigende siden 2013.

## 9.1 Borgernes alkoholvaner

Danskere over 14 år købte i 2016 gennemsnit 9,4 liter ren alkohol årligt (12). Dette afsnit redegør for alkoholvanerne blandt borgere i Region Sjælland. Borgerne er blevet spurgt, om de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. De, som har drukket alkohol, er derefter stillet en række spørgsmål, der skal beskrive omfanget og karakteren af alkoholforbruget, dels ud fra det typiske ugentlige indtag af alkohol, dels ud fra tegn på alkoholafhængighed og endelig ud fra, hvor ofte borgerne rusdrikker. Ud fra omfanget og karakteren af alkoholforbruget kan alkoholforbruget for en del af borgerne karakteriseres som problematisk.

Borgerne er spurgt om deres typiske indtag af genstande af forskellige alkoholtyper på hver af ugens syv dage. Her opgøres det samlede ugentlige alkoholforbrug ud fra Sundhedsstyrelsens genstandsgrænser, som afgrænser henholdsvis høj og lav risiko for alkoholrelateret sygdom og død. Dels opgøres andelen af borgere med et *ugentligt alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen* og dels andelen af borgere med et *ugentligt alkoholforbrug over højrisikogrænsen*.

Tegn på *alkoholafhængighed* vurderes ud fra nedenstående seks spørgsmål A-F. Der er tegn på alkoholafhængighed, 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 tillige er svaret, at man drikker alkohol mindst fire dage om ugen (spørgsmål F). Denne vurdering af alkoholafhængighed er valideret, og er også kendt som CAGE-C test (13).

Spørgsmål, der indgår i vurderingen af alkoholafhængighed (CAGE-C test):

- 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?

Alkoholvaner blandt borgere i Region Sjælland	2010	2013	2017
Borgere, som har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	88,2 pct.	88,1 pct.	86,8 pct.
Borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen	10,4 pct.	8,6 pct.	7,0 pct.
Borgere med et alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen	12,7 pct.	10,4 pct.	10,0 pct.
Borgere, som har tegn på alkoholafhængighed	15,2 pct.	14,3 pct.	13,5 pct.
Borgere, som rusdrikker mindst ugentligt	9,7 pct.	9,7 pct.	8,3 pct.
Borgere med en problematisk alkoholadfærd	22,3 pct.	21,3 pct.	18,9 pct.

*Rusdrikkeri* (også kendt som "binge-drinking") er defineret som indtag af mindst fem genstande ved samme lejlighed. Rusdrikkeri defineres ens for mænd og kvinder. Borgerne er spurgt om, hvor ofte de rusdrikker med svarmulighederne: "Næsten dagligt eller dagligt", "ugentligt", "månedligt", "sjældent" eller "aldrig". Borgere, der rusdrikker mindst én gang om ugen, er opgjort.

Borgernes alkoholadfærd defineres i Sundhedsprofilen 2017 som *problematiske*, hvis de opfylder mindst et af nedenstående tre forhold:

- Ugentligt alkoholforbrug over højrisikogrænsen
- Ugentlig rusdrikkeri
- Tegn på alkoholafhængighed

Problematiske alkoholforbrug er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 25 år og borgere i alderen 55-79 år
- Borgere under uddannelse
- Alderspensionister og efterlønsmodtagere
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere uden børn i hjemmet
- Borgere med dansk eller anden vestlig baggrund

Siden 2013 er andelen med problematiske alkoholadfærd især blevet mindre blandt (data ikke vist):

- Mænd
- Borgere under 25 år og borgere i alderen 45-54 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

**Tabel 9.1.1 Borgernes alkoholforbrug**

	Pct.
Drikker ikke alkohol (seneste 12 mdr.)	13,2
	11,9
	11,8
Forbrug under lavrisikogrænsen	69,8
	69,1
	65,1
Forbrug mellem lavrisiko- og højrisikogrænsen	10,0
	10,4
	12,7
Forbrug over højrisikogrænsen	7,0
	8,6
	10,4

■ 2017
■ 2013
■ 2010

Hver sjette borger i Region Sjælland (17,0 pct.) har et alkoholforbrug, der overstiger Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse på henholdsvis højst syv genstande om ugen for kvinder og 14 genstande om ugen for mænd. Mere end halvdelen af disse har et alkoholforbrug mellem lavrisikogrænsen og højrisikogrænsen. Én ud af 14 borgere (7,0 pct.) har et alkoholforbrug over højrisikogrænsen, dvs. over 14 genstande om ugen for kvinder og 21 genstande for mænd. I alt 13,2 pct. af borgerne har slet ikke drukket alkohol i løbet af det seneste år.

Alkoholforbruget i regionen er blevet mindre de seneste år. Siden 2010 har andelen af borgere, som slet ikke drikker alkohol, og andelen med et alkoholforbrug under lavrisikogrænsen generelt været stigende, mens andelen af borgere med et alkoholforbrug mellem lavrisiko- og højrisikogrænsen og andelen med et forbrug over højrisikogrænsen er faldet. Siden 2013 er især andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen faldet.

**Tabel 9.1.2 Borgere, som har et alkoholforbrug mellem lavrisikogrænsen og højriskogrænsen eller over højriskogrænsen**

	Forbrug mellem lavrisiko-		Forbrug over	
	Pct. og højriskogrænsen	Personer	Pct. højriskogrænsen	Personer
Region Sjælland 2017	10,0	68.700	7,0	47.800
Region Sjælland 2013	10,4	69.300	8,6	57.100
Region Sjælland 2010	12,7	83.500	10,4	68.300
<b>Køn</b>				
Mand	8,3	27.800	9,0	30.300
Kvinde	11,7	40.900	5,0	17.500
<b>Alder</b>				
16-24 år	13,5	11.200	10,8	8.900
25-34 år	5,0	3.500	2,9	2.100
35-44 år	4,8	5.000	3,1	3.100
45-54 år	7,6	10.000	5,9	7.700
55-64 år	12,1	14.100	8,8	10.300
65-79 år	14,1	20.800	9,6	14.100
80+	11,5	4.200	4,3	1.600
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	15,1	8.400	9,8	5.500
Grundskole	8,3	7.900	6,7	6.400
Kort uddannelse	9,5	27.400	7,4	21.300
Kort videregående	10,3	6.400	6,6	4.100
Mellemlang videregående	10,4	13.800	5,5	7.300
Lang videregående	12,5	6.400	6,1	3.100
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	8,2	27.200	4,8	15.900
Arbejdsløse	5,8	900	11,6	1.900
Førtidspensionister	6,2	1.900	6,5	2.000
Efterlønsmodtagere	11,4	1.600	11,9	1.700
Alderspensionister	13,6	25.700	8,5	16.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	6,5	2.400	8,5	3.200
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	9,6	41.700	5,8	25.100
Ikke samlevende	10,8	27.000	9,0	22.600
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	5,6	11.800	3,0	6.400
Bor ikke med børn	11,7	55.500	8,3	39.500
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	10,3	64.800	7,3	45.900
Anden vestlig baggrund	12,5	3.000	5,2	1.300
Ikke-vestlig baggrund	2,5	800	1,7	600

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

## Generelt

Hver tiende borger i Region Sjælland har et ugentligt alkoholforbrug mellem lavrisikogrænsen og højrisikogrænsen, dvs. mellem syv og 14 genstande for kvinder og mellem 14 og 21 genstande for mænd. Det svarer til 68.700 borgere. Lidt færre, 7,0 pct. svarende til 47.800 borgere, overskrider højrisikogrænsen, dvs. kvinder og mænd der drikker mere end henholdsvis 14 og 21 genstande om ugen. Andelen af borgere, der overskrider højrisikogrænsen for ugentligt alkoholforbrug, er faldet støt siden 2010. Det samlede fald er på 33 pct. Andelen af borgere, der har et ugentligt alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen, faldt fra 2010 til 2013, men har ikke ændret sig siden.

## Køn og alder

Flere kvinder end mænd har et alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen, mens næsten dobbelt så mange mænd som kvinder har et alkoholforbrug over højrisikogrænsen.

Andelen af borgere, som overskrider genstandsgrænserne, er størst blandt borgere i alderen 16-24 år og borgere mellem 55 og 79 år. Der sker et stort skift i alkoholforbruget fra de 16-24-årige til de 25-34-årige. Blandt de 16-24-årige har mere end hver tiende et alkoholforbrug over højrisikogrænsen (10,8 pct.), mens det kun gælder 2,9 pct. af de 25-34-årige. Siden 2013 er andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen især faldet i aldersgruppen 55-64 år (fald på 3 procentpoint). Fra 2010 til 2013 var faldet derimod størst blandt de 16-24 årige – et fald på 6 procentpoint (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en omvendt social ulighed, når man sammenligner udbredelsen af alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen på tværs af uddannelsesgrupper. Blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse har 8,3 pct. et ugentligt alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen, mens det blandt borgere med lang videregående uddannelse gælder 12,5 pct. Derimod er alkoholforbrug over højrisikogrænsen stort set ens i alle uddannelsesgrupper. Siden 2013 er andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen især faldet blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse (data ikke vist).

En større andel af alderspensionister og efterlønsmodtagere har et alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen end andre borgere. Alkoholforbrug over højrisikogrænsen er desuden meget udbredt blandt arbejdsløse. Borgere under uddannelse er den gruppe, som har størst andel med et alkoholforbrug over lavrisikogrænsen.

## Samlivsstatus og børn































































Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er andelen med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen 50 pct. større end blandt borgere med en partner. Forskellen er langt mindre, hvad angår andelen med et alkoholforbrug mellem lav- og højrisikogrænsen. Siden 2013 er andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen især faldet blandt borgere uden en partner (data ikke vist).




Andelen af borgere, der har et alkoholforbrug over henholdsvis lav- og højrisikogrænsen, er to til tre gange større blandt borgere uden børn i hjemmet, end blandt borgere med børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Der er en tæt sammenhæng mellem borgernes etniske baggrund og deres alkoholforbrug, idet andelen af borgere, der overskrider lav- eller højrisikogrænsen, er fire til fem gang højere blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund end blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

**Tabel 9.1.3 Borgere med tegn på alkoholafhængighed og borgere, som rusdrikker ugentligt**

	Tegn på		Personer	
	Pct. alkoholafhængighed		Pct. Rusdrikker ugentligt	
Region Sjælland 2017	13,5 	92.500	8,3 	56.700
Region Sjælland 2013	14,3 	94.800	9,7 	64.500
Region Sjælland 2010	15,2 	100.000	9,7 	63.900
<b>Køn</b>				
Mand	19,4 	65.300	12,3 	41.000
Kvinde	7,8 	27.200	4,5 	15.700
<b>Alder</b>				
16-24 år	8,0 	6.800	14,5 	12.100
25-34 år	7,1 	5.100	5,2 	3.700
35-44 år	8,8 	8.900	6,2 	6.300
45-54 år	13,7 	17.900	8,9 	11.600
55-64 år	19,0 	21.900	10,7 	12.400
65-79 år	19,0 	28.100	6,5 	9.600
80+	10,4 	3.800	2,9 	1.100
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	7,7 	4.300	15,0 	8.400
Grundskole	10,9 	10.600	7,9 	7.700
Kort uddannelse	15,0 	43.200	8,3 	23.900
Kort videregående	15,0 	9.400	7,2 	4.500
Mellemlang videregående	13,3 	17.600	5,8 	7.600
Lang videregående	18,2 	9.100	7,2 	3.700
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	11,8 	38.600	7,6 	25.000
Arbejdsløse	18,1 	2.900	13,1 	2.100
Førtidspensionister	13,3 	4.100	6,6 	2.000
Efterlønsmodtagere	20,0 	2.800	11,7 	1.600
Alderspensionister	17,3 	32.900	5,8 	11.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	13,8 	5.300	10,2 	3.800
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	13,5 	58.400	6,6 	28.600
Ikke samlevende	13,4 	34.100	11,1 	28.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	7,8 	16.600	5,8 	12.300
Bor ikke med børn	15,8 	75.100	8,8 	41.900
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	13,9 	87.100	8,5 	53.600
Anden vestlig baggrund	13,9 	3.400	6,7 	1.600
Ikke-vestlig baggrund	5,8 	2.000	4,4 	1.500

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

## Generelt

I alt 13,5 pct. af borgerne i Region Sjælland har tegn på alkoholafhængighed, svarende til 92.500 borgere. En mindre andel rusdrikker ugentligt, nemlig 8,3 pct., dvs. de drikker mindst fem genstande ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. Det svarer til 56.700 borgere. Andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, var uændret fra 2010 til 2013, men siden 2013 er andelen faldet. Andelen af borgere, der viser tegn på alkoholafhængighed, er faldet siden 2010.

## Køn og alder

To til tre gange så mange mænd som kvinder har tegn på alkoholafhængighed, og samme kønsforskel ses for udbredelsen af ugentligt rusdrikkeri. Siden 2013 er dog især rusdrikkeri blandt mænd faldet (data ikke vist).

Tegn på alkoholafhængighed er mest udbredt blandt borgere i alderen 55-79 år. I denne gruppe har hver femte borger tegn på alkoholafhængighed (19 pct.), mens det gælder under hver tiende under 45 år. Ugentligt rusdrikkeri er derimod mest udbredt blandt unge under 25 år, efterfulgt af borgere i alderen 55-64 år. Siden 2013 er andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, især faldet blandt borgere under 25 år – fra 19,2 pct. til 14,5 pct. (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Sammenhængen mellem uddannelse og alkoholafhængighed er forskellig, afhængigt af om man betragter udbredelsen af tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikkeri. Tegn på alkoholafhængighed er langt mere udbredt blandt borgere med lang videregående uddannelse (18,2 pct.) end blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse (10,9 pct.). Udbredelsen af ugentligt rusdrikkeri varierer derimod langt mindre med borgernes uddannelsesniveau. Rusdrikkeri er mindst udbredt blandt borgere med mellemlå

ng videregående uddannelse. Siden 2013 er andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, især faldet blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse (data ikke vist).

Den omvendte sociale ulighed i alkoholafhængighed ses ikke i forhold til borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt borgere i beskæftigelse udviser en mindre andel tegn på alkoholafhængighed end borgere uden for arbejdsmarkedet. Tegn på alkoholafhængighed er dog særligt udbredt blandt alderspensionister og efterlønsmodtagere, hvilket skal ses i lyset af alderen i disse grupper jf. ovenfor. Også blandt arbejdsløse er der dog en tendens til en stor andel med tegn på alkoholafhængighed. Rusdrikkeri er mest udbredt blandt arbejdsløse og mindst udbredt blandt beskæftigede og alderspensionister.

Den højeste andel, som rusdrikker ugentligt, findes blandt borgere under uddannelse (15,0 pct.). Omvendt er tegn på alkoholafhængighed mindst udbredt blandt borgere under uddannelse, hvor forekomsten kun er omkring halvt så hyppig som i regionen generelt.

## Samlivsstatus og børn

Tegn på alkoholafhængighed er lige udbredt blandt borgere, som bor sammen med en partner, og borgere, der ikke gør. Ugentligt rusdrikkeri forekommer derimod næsten dobbelt så hyppigt blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner på trods af, at forekomsten af rusdrikkeri siden 2013 især er faldet i denne gruppe (data ikke vist).























































Sammenlignet med borgere med børn i hjemmet har en større andel af borgere uden børn i hjemmet tegn på alkoholafhængighed og en større andel rusdrikker ugentligt. Forskellen er størst for tegn på alkoholafhængighed.




## Etnisk baggrund

Forekomsten af alkoholafhængighed og rusdrikkeri varierer markant med borgernes etniske baggrund. Andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed er mere end dobbelt så stor blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund, som blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Samme mønster ses for udbredelsen af ugentligt rusdrikkeri.



**Tabel 9.1.4 Borgere, som har et forbrug af alkohol over højrisikogrænsen, borgere med tegn på alkoholafhængighed og borgere, der rusdrikker ugentligt, opgjort på kommuner**

	Forbrug over højrisiko-		Tegn på alkohol-		Rusdrikker	
	Pct. grænsen	Personer	Pct. afhængighed	Personer	Pct. ugentligt	Personer
Region Sjælland	7,0 	47.800	13,5 	92.500	8,3 	56.700
Guldborgsund	7,4 	3.800	13,7 	7.200	7,3 	3.800
Kalundborg	8,3 	3.400	15,0 	6.000	9,5 	3.800
Lolland	7,5 	2.700	12,8 	4.700	8,4 	3.100
Odsherred	8,3 	2.400	15,2 	4.400	9,1 	2.600
Slagelse	6,2 	4.100	11,8 	7.800	7,8 	5.200
Vordingborg	7,6 	3.000	15,3 	6.000	7,1 	2.800
Faxe	5,8 	1.700	11,8 	3.500	6,4 	1.900
Holbæk	7,3 	4.100	13,5 	7.600	9,1 	5.200
Næstved	5,3 	3.600	11,3 	7.700	7,3 	5.000
Ringsted	6,1 	1.700	12,6 	3.400	8,0 	2.200
Sorø	6,0 	1.500	12,3 	2.900	8,2 	2.000
Stevns	7,8 	1.400	15,7 	2.900	9,6 	1.800
Greve	7,3 	3.000	14,3 	5.800	7,9 	3.200
Køge	6,8 	3.200	12,0 	5.700	6,8 	3.200
Lejre	6,6 	1.400	13,7 	3.000	8,4 	1.800
Roskilde	7,6 	5.400	15,5 	11.100	10,5 	7.500
Solrød	7,2 	1.300	14,9 	2.700	9,4 	1.700

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere med et alkoholforbrug over højrisikogrænsen varierer mellem kommunerne i Region Sjælland fra 5,3 pct. i Næstved Kommune til 8,3 pct. i Kalundborg og Odsherred kommuner. Det er dog kun i Næstved Kommune, at andelen afviger signifikant fra regionsgennemsnittet. Mønsteret er omtrent det samme for andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed, som også er signifikant mindre i Næstved Kommune (11,3 pct.) end i regionen generelt (13,5 pct.). Geografisk ses de laveste forekomster af alkoholafhængighed og alkoholforbrug over højrisikogrænsen i kommunerne på Midsjælland, mens særligt de nordvestligste og nogle af de østligste kommuner har de største forekomster.

Forskellene mellem kommunerne i andelen af borgere, der rusdrikker ugentligt, følger et andet mønster end alkoholforbrug over højrisikogrænsen og tegn på

alkoholafhængighed. Andelen af borgere, der rusdrikker, er generelt mindst i de sydlige og en del østlige kommuner i regionen. Udbredelsen af ugentligt rusdrikkeri varierer fra 6,4 pct. i Faxe Kommune til 10,5 pct. i Roskilde Kommune.

Siden 2013 er der i stort set alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med alkoholforbrug over højrisikogrænsen og andelen, der rusdrikker, er faldet. Ændringerne er dog ikke signifikante (data ikke vist). Andelen af borgere med tegn på alkoholafhængighed er også faldet i størstedelen af kommunerne siden 2013, og i Næstved Kommune er faldet signifikant: Fra 15,9 pct. i 2013 til 11,3 pct. i 2017 (data ikke vist).

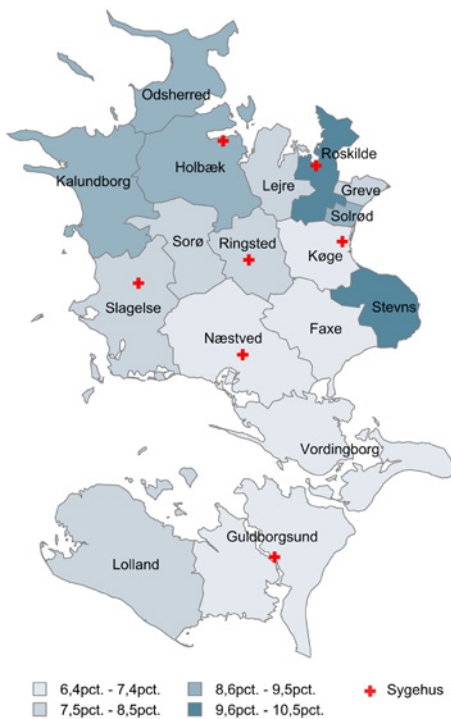
**Kort 9.1.5 Borgere, som har et alkoholforbrug over højrisikogrænsen**



**Kort 9.1.6 Borgere med tegn på alkoholafhængighed**



**Kort 9.1.7 Borgere, som rusdrikker ugentligt**



**Tabel 9.1.8 Problematisk alkoholadfærd**

	Pct. Problematisk alkoholadfærd	Personer
Region Sjælland 2017	18,9	129.900
Region Sjælland 2013	21,3	141.400
Region Sjælland 2010	22,3	146.700
<b>Køn</b>		
Mand	25,9	87.500
Kvinde	12,1	42.400
<b>Alder</b>		
16-24 år	22,2	18.800
25-34 år	10,5	7.400
35-44 år	12,2	12.500
45-54 år	17,8	23.300
55-64 år	24,0	28.000
65-79 år	23,8	34.700
80+	14,6	5.200
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	22,1	12.500
Grundskole	16,9	16.100
Kort uddannelse	19,5	56.200
Kort videregående	19,0	12.000
Mellemlang videregående	16,6	22.100
Lang videregående	21,0	10.600
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	16,0	53.200
Arbejdsløse	24,2	3.900
Førtidspensionister	16,2	5.000
Efterlønsmodtagere	25,6	3.600
Alderspensionister	22,0	41.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,3	6.900
<b>Samlivsstatus</b>		
Samlevende	17,7	76.800
Ikke samlevende	21,0	53.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	11,8	25.200
Bor ikke med børn	21,3	100.900
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	19,5	122.400
Anden vestlig baggrund	18,0	4.400
Ikke-vestlig baggrund	9,1	3.200

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

---

## Generelt

Knap hver femte borger i regionen (18,9 pct.) har en problematisk alkoholadfærd. Dvs. at de har et alkoholforbrug over højrisikogrænsen, har tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikker ugentligt. Det svarer til 129.900 borgere. Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er faldet siden 2010, men mest markant fra 2013 til 2017.

## Køn og alder

Hver fjerde mand i regionen (25,9 pct.) har en problematisk alkoholadfærd, mens det kun gælder halvt så mange kvinder (12,1 pct.). Siden 2013 er det imidlertid især blandt mænd, at andelen med problematisk alkoholadfærd er faldet (data ikke vist).

Problematiske alkoholadfærd er mest udbredt blandt unge under 25 år og borgere i alderen 55-79 år. I disse aldersgrupper har mellem hver fjerde og hver femte borger en problematisk alkoholadfærd, mens det blandt borgere i alderen 25-44 år kun er godt hver tiende borger. Siden 2010 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt unge under 25 år: Fra 34,1 pct. i 2010 til 22,2 pct. i 2017 (data ikke vist). Også blandt borgere i alderen 45-54 år er andelen faldet markant (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Forekomsten af problematisk alkoholadfærd varierer kun meget begrænset mellem uddannelsesniveauer. Problematiske alkoholadfærd varierer derimod med borgernes erhvervstilknytning. Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er mindre blandt borgere i beskæftigelse end blandt borgere uden for arbejdsmarkedet – især alderspensionister og efterlønsmodtagere, men også arbejdsløse.

Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd især faldet blandt dem med udelukkende grundskoleuddannelse: Fra 23,3 pct. i 2013 til 16,9 pct. i 2017 (data ikke vist).

## Samlivsstatus og børn





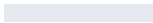











Der er en lidt større andel med problematisk alkoholadfærd blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner, end blandt borgere med en partner. Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd imidlertid især faldet blandt borgere uden en partner (data ikke vist).




Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er næsten dobbelt så stor blandt borgere uden børn i hjemmet (21,3 pct.), som blandt borgere med børn i hjemmet (11,8 pct.).

## Etnisk baggrund

Der er en tæt sammenhæng mellem udbredelsen af problematisk alkoholadfærd og borgernes etniske baggrund. Problematiske alkoholadfærd er kun omtrent halvt så udbredt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund som blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

**Tabel 9.1.9 Problematisk alkoholadfærd, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Problematisk alkoholadfærd	Personer 2017	Pct. 2013	Pct. 2010
Region Sjælland	19 	129.900	21	22
Guldborgsund	18 	9.300	18	21
Kalundborg	21 	8.600	22	25
Lolland	18 	6.700	21	22
Odsherred	22 	6.200	21	25
Slagelse	16 	10.700	22	21
Vordingborg	21 	8.000	23	22
Faxe	17 	5.000	19	21
Holbæk	19 	10.800	20	21
Næstved	17 	11.400	21	21
Ringsted	18 	4.800	19	21
Sorø	17 	4.100	18	20
Stevns	21 	3.900	23	24
Greve	20 	8.200	22	25
Køge	17 	8.100	21	23
Lejre	19 	4.300	24	24
Roskilde	22 	16.100	25	24
Solrød	21 	3.900	23	24

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

Note: Udviklingen i de enkelte kommuner skal fortolkes med forsigtighed, da kommuneopdelingen øger usikkerheden.

### Kommunevariation

Andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd varierer mellem kommunerne i regionen fra 16 pct. i Slagelse Kommune til 22 pct. i Roskilde Kommune. I størstedelen af kommunerne afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet.

Siden 2010 er der i alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd er faldet, men ændringerne er generelt ikke signifikante fra undersøgelse til undersøgelse. Dog ses der et signifikant og stort fald i andelen i Slagelse Kommune fra 22 pct. i 2013 til 16 pct. i 2017.

## 9.2 Motivation og hjælp til ændring af alkoholvaner

Der går i gennemsnit 10-12 år, før en borger med et stort alkoholforbrug kommer i behandling (14). Ansvar for behandling ligger i de enkelte kommuner, og der findes behandlingsmetoder med god, dokumenteret effekt (14). Korte rådgivende samtaler har for eksempel dokumenteret effekt i forhold til at nedsætte alkoholforbruget, mens decideret alkoholbehandling bestående af afrusning, udredning, medicinsk og terapeutisk behandling er effektiv for personer, som er afhængige af alkohol (14). 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.

Borgerne i Region Sjælland er blevet spurgt om deres motivation til at ændre alkoholvaner, og om de er rådet af egen læge eller informeret om tilbud om hjælp til dette. Borgerne er blevet stillet spørgsmål om, hvordan de selv vurderer deres alkoholvaner med svarmulighederne: "Særdeles fornuftige", "fornuftige", "hverken fornuftige eller ufornuftige", "lidt ufornuftige" eller "meget ufornuftige". Derefter er borgerne spurgt, om de gerne vil nedsætte alkoholforbruget. De, som ønsker at reducere alkoholforbruget, blev spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til det. Selvvurderede alkoholvaner og ønske om reduktion af forbruget og hjælp hertil er opgjort blandt borgere med problematisk alkoholadfærd.

Borgerne er desuden blevet spurgt, om de i løbet af de seneste 12 måneder har været hos egen læge, og om de der er rådet til at nedsætte alkoholforbruget. De er desuden spurgt, om de har fået information om muligheden for at få hjælp i forbindelse med alkoholvaner fra kommunen, egen læge, sygehus, arbejde/uddannelse eller fra andre. I alt 80 pct. af borgere med problematisk alkoholadfærd har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (data ikke vist). Råd fra egen læge om at nedsætte alkoholforbruget og information vedrørende hjælp til alkoholvaner er opgjort blandt alle borgere med problematisk alkoholadfærd, uanset om de har været hos lægen eller ej.

Ønske om at nedsætte alkoholforbruget er især udbredt blandt borgere med problematisk alkoholadfærd:




- I alderen 45-64 år
- Med videregående uddannelse

Ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget er især udbredt blandt borgere med problematisk alkoholadfærd:

- I alderen 45-54 år
- Borgere, som ikke bor sammen med en partner

**Tabel 9.2.1 Andel af borgere med problematisk alkoholadfærd, som vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige, gerne vil nedsætte alkoholforbruget samt ønsker støtte og hjælp til det**

	Vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige		Vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige og vil gerne nedsætte alkoholforbruget		Vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige, vil gerne nedsætte alkoholforbruget og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	29,6	38.500	17,9	23.300	4,4	5.800
Region Sjælland 2013	25,0	35.400	16,4	23.100		
Region Sjælland 2010	22,7	33.300	13,7	20.200		
<b>Køn</b>						
Mand	29,5	25.800	17,3	15.100	3,9	3.500
Kvinde	29,9	12.700	19,2	8.100	5,5	2.300
<b>Alder</b>						
16-24 år	16,8	3.200	6,8	1.300	1,6	300
25-34 år	34,6	2.500	22,2	1.600	4,4	300
35-44 år	33,6	4.200	22,9	2.900	8,0	1.000
45-54 år	39,6	9.300	27,8	6.600	8,8	2.100
55-64 år	35,2	9.800	23,6	6.600	5,0	1.400
65-79 år	26,2	9.100	12,2	4.200	1,9	700
80+	7,1	400	1,4	100	0,0	0
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	19,2	2.400	9,4	1.200	1,1	100
Grundskole	23,2	3.700	12,3	2.000	4,9	800
Kort uddannelse	28,7	16.100	17,7	10.000	5,4	3.100
Kort videregående	38,1	4.600	23,9	2.900	4,1	500
Mellemlang videregående	35,6	7.900	22,4	5.000	3,4	800
Lang videregående	41,1	4.400	22,4	2.400	1,6	200
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	34,0	18.400	22,9	12.400	3,7	2.000
Arbejdsløse	—	—	—	—	—	—
Førtidspensionister	—	—	—	—	—	—
Efterlønsmodtagere	41,1	1.500	30,2	1.100	5,3	200
Alderspensionister	23,7	9.800	10,9	4.500	1,6	700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	42,9	3.000	30,6	2.100	20,5	1.400
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	29,7	22.800	18,9	14.600	2,9	2.200
Ikke samlevende	29,5	15.600	16,5	8.700	6,7	3.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	30,3	7.900	20,6	5.400	3,0	800
Bor ikke med børn	29,7	30.900	17,8	18.500	4,5	4.700
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	29,8	36.600	17,8	21.900	4,5	5.500
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—

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

## Generelt

Knap hver tredje borger i Region Sjælland med en problematisk alkoholadfærd (29,6 pct.) vurderer selv, at deres alkoholvaner er ufornuftige, jf. tabel 9.2.1. Det svarer til 38.500 borgere. Knap hver femte borger med problematisk alkoholadfærd (17,9 pct.) synes både, at deres vaner er ufornuftige og ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, svarende til 23.300 borgere. Kun 4,4 pct. af borgere med problematisk alkoholadfærd, 5.800 borgere, ønsker dog også at få hjælp til at nedsætte forbruget.

Siden 2013 er andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, der vurderer deres egne vaner som ufornuftige, steget. Andelen, som også ønsker at nedsætte forbruget, har ikke ændret sig markant fra 2013 til 2017, men er samlet steget 4,5 procentpoint siden 2010.

## Køn og alder

Der er ikke væsentlige forskelle på andelen af mænd og kvinder med problematisk alkoholadfærd, der vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, og som også ønsker at nedsætte forbruget og ønsker hjælp til det.

Det er især borgere i alderen 45-64 år med problematisk alkoholadfærd, som selv vurderer deres alkoholvaner som ufornuftige, mens borgere under 25 år eller over 65 år har den mindste andel. Samme aldersforskelle gør sig gældende for andelen af borgere, som, ud over at vurdere egne vaner som ufornuftige, også ønsker at nedsætte deres forbrug, og andelen som derudover også ønsker hjælp til det. Siden 2013 er det dog især blandt borgere i alderen 65-79 år, at andelen af med problematisk alkoholadfærd, der vurderer egne vaner som ufornuftige, er steget: Fra 17,4 pct. til 26,2 pct. (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, er der en større andel med videregående uddannelse end blandt dem, som udelukkende har fuldført grundskolen, der vurderer, at deres alkoholvaner er ufornuftige. Det samme gælder andelen af borgere, som både vurderer deres vaner som ufornuftige, og som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Blandt borgere med lang videregående uddannelse er der dog en meget lille andel, der også ønsker hjælp til nedsætte deres alkoholforbrug sammenlignet med borgere med kortere uddannelse.

Egen vurdering af alkoholvaner og motivation til at nedsætte alkoholforbruget varierer også med borgerens tilknytning til arbejdsmarkedet, men det er ikke muligt at konkludere entydigt på forskellene på grund af for få besvarelser i flere grupper. Dog er der blandt alderspensionister en mindre andel, der vurderer egne vaner som ufornuftige, og som ønsker at nedsætte deres forbrug. Den største andel, der ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, findes blandt øvrige ikke-erhvervsaktive.

## Samlivsstatus og børn

Indsigt i egne alkoholvaner og motivation til at nedsætte forbruget er stort set lige udbredt blandt borgere, som bor sammen med en partner, og de som ikke gør. I 2013 vurderede en større andel af samboende end ikke samboende borgere deres egne alkoholvaner som ufornuftige, men andelen er steget markant blandt borgere, der ikke er samboende, fra 22,9 pct. i 2013 til 29,5 pct. i 2017, hvorved forskellen nu er udvisket (data ikke vist). Sammenlignet med borgere, der bor sammen med en partner, er der en større andel af borgere, som ikke bor sammen med en partner, der ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget.

Der er ikke forskel på indsigten i egne alkoholvaner, motivationen til at nedsætte forbruget og ønske om hjælp til det blandt borgere med og uden børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Det er ikke muligt at opgøre forskellen på motivationen til at nedsætte alkoholforbruget og ønske om hjælp til det blandt borgere med problematisk alkoholadfærd med henholdsvis dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund på grund af for få besvarelser i disse grupper.



**Tabel 9.2.2 Information fra forskellige kilder til borgere med problematisk alkoholadfærd om hjælp til at ændre alkoholvaner**

	Pct.
Egen læge	4,9
Arbejde/uddannelse	2,9
Kommunens personale	2,0
Sygehus	2,0
Andre	14,0
Alle kilder	23,3

Knap hver fjerde borger i regionen med problematisk alkoholadfærd (23,3 pct.) har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner. Mens 4,9 pct. af borgerne har fået information fra egen læge, har kun få procent fået information fra arbejdsplads eller uddannelsessted, kommunens personale eller sygehus. Borgerne får dog hyppigst informationen fra helt andre kilder (uspecificeret hvilke).

**Tabel 9.2.3 Andel af borgere med problematisk alkoholadfærd, som er rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget og de borgere, som har modtaget information om mulighed for hjælp til at ændre alkoholvaner**

	Rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget		Informeret af egen læge om hjælp		Informeret om hjælp	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	7,1 ■	9.300	4,9 ■	6.300	23,3 ■	30.200
Region Sjælland 2013	7,9 ■	11.200				
Region Sjælland 2010	6,7 ■	9.800				
<b>Køn</b>						
Mand	8,2 ■	7.100	5,3 ■	4.600	24,1 ■	21.000
Kvinde	5,0 ■	2.100	3,9 ■	1.700	21,5 ■	9.200
<b>Alder</b>						
16-24 år	0,8 ■	100	1,2 ■	200	29,5 ■	5.500
25-34 år	7,2 ■	500	3,4 ■	200	26,7 ■	1.900
35-44 år	5,9 ■	700	4,2 ■	500	21,8 ■	2.700
45-54 år	11,8 ■	2.800	6,7 ■	1.600	25,6 ■	6.000
55-64 år	7,7 ■	2.100	5,2 ■	1.500	23,3 ■	6.500
65-79 år	7,8 ■	2.800	5,5 ■	2.000	19,4 ■	6.800
80+	4,5 ■	200	6,9 ■	400	15,7 ■	800
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	1,6 ■	200	1,6 ■	200	31,4 ■	4.000
Grundskole	6,7 ■	1.100	3,3 ■	500	19,1 ■	3.100
Kort uddannelse	8,8 ■	5.000	6,5 ■	3.600	22,9 ■	12.800
Kort videregående	5,4 ■	600	3,2 ■	400	21,7 ■	2.600
Mellemlang videregående	4,9 ■	1.100	2,6 ■	600	19,6 ■	4.400
Lang videregående	6,0 ■	600	4,1 ■	400	22,9 ■	2.500
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	4,8 ■	2.600	3,3 ■	1.800	20,5 ■	11.200
Arbejdsløse	—	—	—	—	—	—
Førtidspensionister	—	—	—	—	—	—
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	7,3 ■	3.000	5,7 ■	2.300	18,9 ■	7.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	24,0 ■	1.700	9,7 ■	700	38,9 ■	2.800
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	6,0 ■	4.700	3,8 ■	2.900	19,4 ■	15.200
Ikke samlevende	8,8 ■	4.600	6,5 ■	3.400	29,1 ■	15.100
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	5,3 ■	1.400	2,8 ■	700	24,4 ■	6.400
Bor ikke med børn	7,7 ■	8.000	5,4 ■	5.600	23,8 ■	24.600
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	7,1 ■	8.700	4,9 ■	6.000	23,7 ■	29.000
Anden vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—
Ikke-vestlig baggrund	—	—	—	—	—	—

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

### **Generelt**

Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd er 7,1 pct. blevet rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget i løbet af de seneste 12 måneder, svarende til 9.300 borgere. Andelen har været ret konstant siden 2010. Knap hver fjerde borger med problematisk alkoholadfærd har fået information om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner, svarende til 30.200 borgere, men kun 4,9 pct. har fået information om hjælp fra deres læge, svarende til 6.300 borgere.

### **Køn og alder**

En større andel af mænd end kvinder med problematisk alkoholforbrug er blevet rådet af deres læge til at nedsætte forbruget. Andelen af mænd og kvinder, der er informeret om muligheden for at få hjælp, generelt eller fra egen læge, er mere ens.

Andelen af borgere med problematisk alkoholforbrug, som er blevet rådet af deres læge til at nedsætte forbruget, er størst blandt borgere i alderen 45-54 år og mindst blandt borgere i alderen 16-24 år. Det er derimod især de unge under 25 år, som er informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner, typisk fra andre kilder end deres egen læge.

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Der er ikke en entydig sammenhæng mellem borgerenes uddannelsesniveau og andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, som er blevet rådet eller informeret om hjælp vedrørende alkoholvaner. Dog er der en mindre andel af borgere med mellemlang videregående uddannelse, som er blevet informeret af egen læge om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner end i regionen generelt. Blandt borgere under uddannelse er der (ligesom blandt unge under 25 år) en meget lille andel, der er rådet af egen læge til at nedsætte alkoholforbruget, men en stor andel, der generelt er informeret om muligheden for at få hjælp, typisk fra andre kilder end egen læge.

På grund af for få besvarelser i flere grupper er det ikke muligt for alle grupper af erhvervstilknytning at opgøre andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, som er blevet rådet eller informeret om deres alkoholvaner. Forekomsten er dog relativt lav blandt beskæftigede borgere og større blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.

### **Samlivsstatus og børn**

Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, der bor sammen med en partner, er en mindre andel blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner end blandt borgere, der ikke har en partner.

Blandt borgere med børn i hjemmet er en mindre andel blevet informeret af egen læge om muligheden for at få hjælp til at ændre alkoholvaner end blandt borgere uden børn i hjemmet.

### **Etnisk baggrund**

På grund af for få besvarelser i disse grupper er det ikke muligt at opgøre forskellen mellem borgere med henholdsvis dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund, hvad angår andelen af borgere med problematisk alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget, eller som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til det.

### 9.3 Helbred, sociale relationer og øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd

I dette afsnit sammenholdes borgernes alkoholadfærd med deres øvrige sundhedsadfærd (fysisk aktivitet, dagligrygning og kostmønster). Tilsvarende beskrives sammenhængen mellem alkoholadfærd og borgernes helbred, trivsel og sociale relationer.

I afsnittet vises også sundhedsadfærd, helbred, trivsel og sociale relationer blandt borgere, der slet ikke drikker alkohol. Denne gruppe omfatter 13,2 pct. af befolkningen. Borgerne i denne gruppe antages at have meget forskellige grunde til alkoholafholdenhed, da gruppen er meget sammensat og adskiller sig på mange punkter fra de borgere, der drikker alkohol. En større andel har f.eks. ikke-vestlig baggrund (21 pct.), er over 80 år (10 pct.) eller er multisyge (49 pct.). 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 alkoholadfærden, der påvirker helbredet, eller omvendt.

Blandt borgere med problematisk alkoholadfærd ses en stor andel:

- Dagligrygere
- Med usundt kostmønster
- Som er utilfredse med livet
- Med sjælden kontakt med familie

Borgere, der har en problematisk alkoholadfærd, er oftere også dagligrygere og har oftere et usundt kostmønster end borgere med et alkoholforbrug, der ikke falder i kategorien ”problematisk” (herefter kaldet ikke-problematisk). Mere end hver fjerde borger med et problematisk alkoholforbrug ryger dagligt (27 pct.), mens det samme kun gælder under hver sjette borger med et ikke-problematisk alkoholforbrug (16 pct.). Omtrent hver tredje borger er inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv – uanset om de har et problematisk eller et ikke-problematisk alkoholforbrug.

En større andel af borgere, som slet ikke drikker alkohol, bevæger sig heller ikke nok, og en større andel spiser usundt end blandt borgere, som drikker alkohol, men som har en ikke-problematisk alkoholadfærd, jf. tabel 9.3.1. Dette skal ses i lyset af denne gruppes særlige sammensætning (se ovenfor).

**Tabel 9.3.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, andet alkoholforbrug og intet forbrug af alkohol**

	Pct. Dagligrygning	Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv	Pct. Usundt kostmønster
Region Sjælland 2017	19	33	17
<b>Alkoholadfærd</b>			
Problematisk alkoholadfærd	27	34	22
Andet alkoholforbrug	16	31	14
Drikker ikke alkohol	20	43	21

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

**Tabel 9.3.2 Helbred og trivsel blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, andet alkoholforbrug og intet forbrug af alkohol**

	Dårligt fysisk Pct. helbred	Dårligt mentalt Pct. helbred	Højt Pct. stressniveau	Utilfreds med Pct. livet
Region Sjælland 2017	14	14	27	17
<b>Alkoholadfærd</b>				
Problematiske alkoholadfærd	14	14	28	19
Andet alkoholforbrug	11	11	22	15
Drikker ikke alkohol	28	23	43	26

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

Borgernes helbred og trivsel varierer med deres alkoholadfærd, men ikke på en entydig måde. Borgere med et ikke-problematiske alkoholforbrug har generelt det bedste fysiske og mentale helbred, den mindste andel med højt stressniveau og den mindste andel, der er utilfredse med livet. Men det er blandt borgere, der slet ikke drikker alkohol, at den største andel med dårligt fysisk og mentalt helbred, højt stressniveau og den største andel, der er utilfredse med livet, findes, jf. tabel 9.3.2. Dette skal ses i lyset af denne gruppes særlige sammensætning (se ovenfor). Helbred og stressniveau blandt borgere med problematiske alkoholadfærd ligger derimod på niveau med regionsgennemsnittet for hele befolkningen.

Blandt borgere, som slet ikke drikker alkohol, føler en større andel sig ensomme, har sjældent kontakt med familien, og en større andel føler sig belastet af deres økonomiske situation end i befolkningen generelt, jf. tabel 9.3.3. Dette skal ses i lyset af denne gruppes særlige sammensætning (se ovenfor). Borgere med problematiske alkoholadfærd har, sammenlignet med befolkningen generelt, også sjældnere kontakt med familien, mens der blandt borgere med en ikke-problematiske alkoholadfærd er en mindre andel, som sjældent har kontakt med familien, en mindre andel ensomme og en mindre andel, der er belastet af deres økonomi.

**Tabel 9.3.3 Sociale relationer blandt borgere med problematisk alkoholadfærd, andet alkoholforbrug og intet forbrug af alkohol**

	Pct. Føler sig ensom	Sjældent kontakt med Pct. familie	Belastet Pct. af sin økonomi
Region Sjælland 2017	8,6	9,2	42,1
<b>Alkoholadfærd</b>			
Problematiske alkoholadfærd	8,6	12,0	42,9
Andet alkoholforbrug	7,1	7,2	40,3
Drikker ikke alkohol	16,1	15,3	47,6

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

## 9.4 Holdninger til forbud mod alkohol

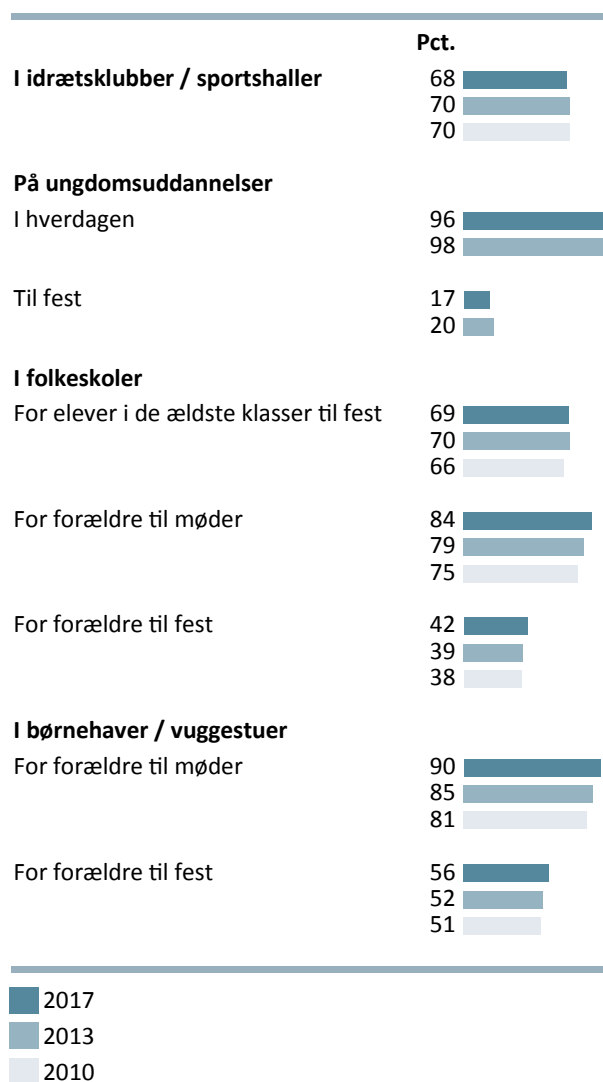
Befolkningens holdninger spiller en rolle for den folkelige opbakning til forskellige former for forebyggelses-tiltag og kan dermed få betydning for prioriteringer på området. Der er evidens for, at f.eks. begrænsning af tilgængeligheden af alkohol og håndhævelse af aldersgrænser for udskænkning af alkohol er effektive metoder til forebyggelse på alkoholområdet (14). I dette afsnit beskrives borgernes holdninger til forbud mod alkohol på forskellige lokaliteter. Borgerne er spurgt, om de mener, at det i forskellige situationer skal være tilladt eller ikke tilladt at drikke alkohol i idrætsskubber/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?" Svaremulighederne er: "Tilladt" eller "ikke tilladt". Andelen af borgere, som svarer "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 stigende for forbud mod forældres alkoholindtag til møder og fester i folkeskole og vuggestue/børnehave

Der er generelt opbakning i befolkningen til at forbyde alkohol i både idrætsskubber/sportshaller, ungdomsuddannelser, folkeskoler og vuggestuer/børnehaver. F.eks. mener to ud af tre, at det skal være forbudt at drikke alkohol i idrætsskubber/sportshaller, og samme andel mener, at alkohol skal være forbudt til fester for de ældste elever i folkeskolen. Opbakningen varierer dog meget afhængigt af, hvilke situationer der er tale om. Der er generelt langt større opbakning til forbud mod alkohol i hverdagen og til møder end til fest. Forskellen er størst på ungdomsuddannelser, hvor stort set alle (96 pct.) mener, at det skal være forbudt at drikke alkohol i hverdagen, mens kun 17 pct. mener, det skal være forbudt til fester. Der er omtrent dobbelt så mange, som mener, at det skal være forbudt for

**Tabel 9.4.1 Borgere, som ønsker forbud mod at drikke alkohol i børnehaver/vuggestuer, folkeskoler, ungdomsuddannelser og idrætsskubber/sportshaller**



forældre at drikke alkohol til møder i folkeskoler og vuggestuer/børnehaver som til fest. Opbakningen til alkoholforbud for forældre er generelt større i vuggestuer og børnehaver end i folkeskoler.

Opbakningen til alkoholforbud for forældre til møder og fester i folkeskole og vuggestue/børnehave har været stigende siden 2013. Opbakningen til forbud ved møder i børneinstitutionerne steg også fra 2010 til 2013. Derimod er opbakningen til alkoholforbud på ungdomsuddannelser faldet fra 2013 til 2017 – både i hverdagen og til fest.

## 9.5 Euforiserende stoffer

Brug af euforiserende stoffer har både store sundhedsmæssige og sociale konsekvenser (1). Da brug af stoffer er mest udbredt blandt unge under 25 år, har forebyggelsesindsatsen fokus på denne gruppe (10).

Information om borgernes brug af hash og andre euforiserende stoffer er indhentet med to spørgsmål om, hvorvidt borgeren inden for den seneste måned, år eller tidligere har prøvet henholdsvis hash eller andre euforiserende stoffer.

Brug af hash og andre euforiserende stoffer er mest udbredt blandt:

- Mænd
- Borgere under 25 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med dansk baggrund

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 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. Kun 1,8 pct. af borgerne har prøvet hash den seneste måned, svarende til én ud af 55 borgere, og 0,5 pct. har prøvet andre stoffer den seneste måned, svarende til én ud af 200 borgere.

Andelen af borgere, der aldrig har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer, er faldet siden 2013, mens andelen, der har prøvet det for mere end et år siden, er steget. 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.

Tabel 9.5.1 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer

	Pct.
<b>Hash</b>	
Har aldrig prøvet	75,1   76,8
Har prøvet tidligere	20,8   18,9
Har prøvet inden for seneste år	2,2   2,4
Har prøvet inden for seneste måned	1,8   1,9
<b>Andre stoffer</b>	
Har aldrig prøvet	91,9   93,5
Har prøvet tidligere	6,6   5,6
Har prøvet inden for seneste år	1,0   0,6
Har prøvet inden for seneste måned	0,5   0,3

■ 2017  
■ 2013

**Tabel 9.5.2 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer i løbet af den seneste måned**

	Pct. Hash	Personer	Pct. Andre stoffer	Personer
Region Sjælland 2017	1,8 ■	12.300	0,5 ■	3.800
Region Sjælland 2013	1,9 ■	12.800	0,3 ■	2.200
<b>Køn</b>				
Mand	2,6 ■	8.800	0,8 ■	2.600
Kvinde	1,0 ■	3.500	0,3 ■	1.200
<b>Alder</b>				
16-24 år	7,2 ■	6.000	2,0 ■	1.600
25-34 år	3,0 ■	2.100	1,2 ■	900
35-44 år	1,7 ■	1.700	0,6 ■	600
45-54 år	1,1 ■	1.500	0,2 ■	300
55-64 år	0,6 ■	700	0,1 ■	200
65-79 år	0,2 ■	300	0,1 ■	200
80+	0,3 ■	100	0,2 ■	100
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	5,9 ■	3.300	1,1 ■	600
Grundskole	3,1 ■	3.100	1,0 ■	1.000
Kort uddannelse	1,2 ■	3.600	0,3 ■	1.000
Kort videregående	0,6 ■	400	0,2 ■	100
Mellemlang videregående	1,1 ■	1.400	0,2 ■	200
Lang videregående	0,6 ■	300	0,1 ■	0
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	1,3 ■	4.200	0,3 ■	1.100
Arbejdsløse	5,6 ■	900	3,2 ■	500
Førtidspensionister	3,8 ■	1.200	1,3 ■	400
Efterlønsmodtagere	1,1 ■	100	0,0	0
Alderspensionister	0,2 ■	400	0,1 ■	200
Øvrige ikke-erhvervsaktive	3,8 ■	1.400	1,0 ■	400
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	0,8 ■	3.700	0,3 ■	1.300
Ikke samlevende	3,4 ■	8.700	1,0 ■	2.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	1,4 ■	2.900	0,3 ■	600
Bor ikke med børn	1,9 ■	8.900	0,6 ■	3.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	1,8 ■	11.500	0,6 ■	3.700
Anden vestlig baggrund	1,6 ■	400	0,2 ■	0
Ikke-vestlig baggrund	1,2 ■	400	0,0	0

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit



## Generelt

I Region Sjælland har 1,8 pct. af borgerne prøvet hash den seneste måned, svarende til 12.300 borgere, og 0,5 pct. har prøvet andre euforiserende stoffer den seneste måned, svarende til 3.800 borgere. I alt 2,1 pct. af borgerne har prøvet hash og/eller andre euforiserende stoffer den seneste måned, svarende til 14.600 borgere (data ikke vist). Der er således et lille overlap på 1.500 borgere, som har prøvet både hash og andre stoffer den seneste måned.

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 siden 2013.

## Køn og alder

Der er mere end dobbelt så mange mænd som kvinder, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer inden for den seneste måned. Brug af hash og andre euforiserende stoffer er i høj grad et ungdomsfænomen. Andelen, der har prøvet hash den seneste måned, er omkring dobbelt så stor blandt borgere i alderen 16-24 år (7,2 pct.) som blandt 25-35 årige (3,0 pct.), og omtrent dobbelt så stor blandt 25-34 årige, som blandt 35-44 årige (1,7 pct.). Blandt borgere over 55 år har næsten ingen prøvet hash den seneste måned. Samme mønster ses for euforiserende stoffer.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Det er især borgere under uddannelse og borgere, som udelukkende har grundskoleuddannelse, der har prøvet hash eller andre stoffer inden for den seneste måned. Hash er dog langt mere udbredt blandt borgere under uddannelse (5,9 pct.) end blandt borgere med grundskoleuddannelse (3,1 pct.), mens brugen af andre stoffer er omtrent lige udbredt i de to grupper (1,0-1,1 pct.). Blandt borgere med korte eller videregående uddannelser har kun en meget lille andel prøvet hash eller andre stoffer den seneste måned.

Brug af hash og andre euforiserende stoffer er mere udbredt blandt arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive end blandt borgere i beskæftigelse, efterlønsmodtagere og alderspensionister.

## Samlivsstatus og børn

Især borgere, der ikke bor sammen med en partner, har prøvet hash eller andre stoffer den seneste måned.

Der er ikke nævneværdig forskel på andelen, der har prøvet hash den seneste måned, blandt borgere henholdsvis med og uden børn i hjemmet. Brug af andre stoffer den seneste måned forekommer særlig sjældent blandt borgere med børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Brug af hash varierer kun i mindre omfang med borgernes etniske baggrund, mens brug af andre stoffer den seneste måned stort set kun sker blandt borgere med dansk baggrund (0,6 pct.) og i mindre grad blandt borgere med anden vestlig baggrund (0,2 pct.). Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er andelen, som har prøvet andre stoffer end hash den seneste måned, tæt på nul.

### Kort 9.5.3 Borgere, der har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer i løbet af den seneste måned



### Kommunevariation

Der er ikke noget tydeligt geografisk mønster i forekomsten af borgere i kommunerne, som har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer den seneste måned. Andelen varierer på tværs af kommuner fra 1,3 pct. i Sorø Kommune til 3,0 pct. i Odsherred Kommune (data ikke vist). Dog afviger ingen kommuner signifikant fra regionsgennemsnittet.

## 9.6 Initiativ fra Holbæk Kommune

### Den tværgående rusmiddelindsats

#### Forebyggelse af risikabel alkoholadfærd

Ansvar for forebyggelse på alkoholområdet er samlet i kommunerne (14). I Holbæk Kommune udgjorde andelen af borgere, der overoverskred højrisikogrænsen, 8,2 pct., hvilket er lidt lavere end regionsgennemsnittet. Som en del af kommunens sundhedspolitik *Når sundheden skal frem*, blev der i 2015 igangsat en tre-årig alkoholindsats, *Den tværgående rusmiddelindsats*.

Målet med indsatsen var, i tråd med Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakke, at sikre en tidlig opsporende indsats på alkoholområdet. Derudover ville kommunen gerne efterleve KL's 12 anbefalinger om en styrket misbrugsbehandling og på længere sigt nedbringe de kommunale merudgifter til borgere med et overforbrug af alkohol.

#### Den tværgående rusmiddelindsats

Holbæk Kommune har en trestrengt, systematisk indsats med 1) en rusmiddelstrategi, 2) opkvalificering af frontpersonalet til at varetage den tidlige opsporing af overforbrug og alkoholproblemer og 3) kvalitetssikring af misbrugsbehandlingen. Den tværgående rusmiddelindsats har særligt haft fokus på at uddanne kommunens frontpersonale til at kunne varetage den tidlige opsporing af alkoholoverforbrug på en anerkendende og motiverende måde. Metoden varierede fra afdeling til afdeling. Visse afdelinger arbejdede med åbne spørgsmål som: "Hvordan bruger I øl, vin og spiritus hjemme hos jer" og "er du bekymret for andres brug af vin, øl og spiritus?". Fælles for alle de involverede afdelinger var, at de blev klædt på til at kunne varetage den tidlige opsporing og henvise de borgere og pårørende, som ønsker hjælp til relevant rådgivning og behandling i kommunen. Derudover blev der udpeget nogle nøglepersoner, hvis opgave var at fastholde fokus i deres afdeling samt at orientere projektledelsen om eventuelle udfordringer.

#### Erfaringer

Målet med indsatsen var at få flere borgere med et overforbrug af alkohol til at søge tidligere hjælp, så deres overforbrug ikke skulle udvikle sig til et behandlingskrævende misbrug. Ønsket var, at alt relevant frontpersonale skulle klædes på til at spørge systematisk om alkohol i mødet med borgeren. I nogle afdelinger er dette lykkedes, mens det i andre afdelinger er besluttet, at alkoholrisiko blot skal være et ekstra opmærksomhedspunkt. Projektledelsen har været nødt til at praktisere denne tilpasning, da den særlige indsats er blevet udført både på børne-, ungevoksen- og ældreområdet, hvor der har været forskellige forudsætninger tilstede. Derudover har der været fokus på at samarbejde med andre aktører i kommunen for at få alkohol på dagsordenen. På denne måde er det blevet tydeligt for aktører uden for kommunen, at der er gratis hjælp at hente, hvis man ønsker hjælp til at nedsætte sit alkoholforbrug.

#### Evaluering

Indsatsen er endnu ikke evalueret, men på baggrund af medarbejdernes udsagn tegner der sig et billede af, at kommunens medarbejdere har fået en større forståelse for, hvad der skal til for at kunne tale om alkohol i mødet med borgeren, og at medarbejderne føler sig klar til at gennemføre den tidlige opsporing. Derudover svarer 84 % af de adspurgte medarbejdere, at det giver mening for dem at tale om overforbrug af alkohol med en borger. I nogle afdelinger er alkohol blevet indarbejdet som et systematisk led i medarbejdernes arbejdsgange. Det er endnu ikke muligt at sige noget om, hvorvidt der er en økonomisk gevinst ved indsatsen, som blev afsluttet i 2017. Derefter er det meningen, at der oprettes en central tovholderfunktion med fokus på alkohol, som skal samarbejde med nøglepersonerne ude i de enkelte afdelinger. Dette kan bl.a. ske ved at tage emnet op på personalemøder, afholde ekstra kursusforløb for nye ansatte, mv.

Yderligere information om initiativet kan fås ved henvendelse hos forebyggende medarbejder i Holbæk Kommune, Gitte Brønnum Busk, gitbu@holb.dk.

---

## Referencer

1. **Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer*. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. 2016.
2. **Tolstrup JS, Jensen MK, Tjønneland A, et al.** Drinking pattern and mortality in middle-aged men and women. *Addiction*. 2004, 99, 323-330.
3. **Sundhedsstyrelsen.** Alkopedia. [Online] [Citeret: ] <http://alkopedia.dk/tal-om-alkohol/forbruget/dansker-nes-alkoholvaner/>.
4. **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.
5. **Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, et al.** European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. *Cancer Epidemiol*. 2016, 45, 181-8.
6. **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.
7. **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.
8. **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.
9. **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.
10. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Stoffer*. 2013.
11. **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](http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensrad_for_forebyggelse_cannabis_og_sundhed.pdf).
12. **Statistikbanken.dk.** *tabel ALKO2*.
13. **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.
14. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke Alkohol*. 2013.
15. **Stockwell T, Zhao J, Panwar S et al.** Do “ Moderate ” Drinkers Have Reduced Mortality Risk? A Systematic Review and Meta-Analysis of Alcohol Consumption and All-Cause Mortality. *J Stud Alcohol Drugs*. 2016, 77 (2),185-98.
16. **Sundhedsstyrelsen.** Alkohol. [Online] 2017. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/alkohol>.
17. **Becker U, Tolstrup JS (red.).** *Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag*. København: Munksgaard, 2016.
18. **Sundhedsstyrelsen.** *Alkoholstatistik 2015. Nationale data*. Sundhedsstyrelsen og Statens Seruminstitut. 2015.
19. **Sundhedsstyrelsen.** *Behandling af alkoholafhængighed*. [Online] 2015. <https://www.sst.dk/da/nyheder/2015/nkr-behandling-af-alkoholafhaengighed>.

# Kapitel 10

## Fysisk aktivitet og stillesiddende tid

10.1 Fysisk aktivitet i fritiden

10.2 Stillesiddende tid

10.3 Motivation og hjælp til bedre motionsvaner

10.4 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt fysisk aktive og fysisk inaktive borgere

10.5 Transportmæssige begrænsninger for motionsaktiviteter

10.6 Initiativ fra Køge Kommune: Seniorfitness



# Fysisk aktivitet og stillesiddende tid

- En tredjedel af borgerne i Region Sjælland lever ikke op til WHO's minimumsanbefaling om fysisk aktivitet
- I 2017 er en større andel af borgerne i Region Sjælland stillesiddende i deres fritid i forhold til 2013
- Unge under 25 år sidder mere ned end andre aldersgrupper – både i fritiden og i løbet af hele dagen
- Over halvdelen af de utilstrækkeligt fysisk aktive ønsker at være mere fysisk aktive. Det giver et stort forebyggelsespotentiale
- Der er større spredning i mænds end i kvinders fysiske aktivitet i fritiden

Fysisk aktivitet omfatter al bevægelse, der øger energiomsætningen, dvs. både ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet og regelmæssig fysisk aktivitet (1). Fysisk aktivitet indeholder således et bredt spektrum af aktiviteter lige fra idræt, sport og hård motion til hverdagsaktiviteter som leg, havearbejde, en gåtur, cykling m.m. (1). Fysisk inaktivitet og stillesiddende adfærd kan medvirke til både øget sygelighed og dødelighed (2). Fysisk inaktivitet medfører 6.000 dødsfald årligt, hvilket i middelevetid svarer til et år og en måned gennemsnitligt for både mænd og kvinder (2). Fysisk inaktivitet er ligeledes mistænkt for at medvirke til udviklingen af kræft i prostata, mavesæk, æggestokke, nyrer, lunger og bugspytkirtel (3) Stillesiddende adfærd betragtes som en selvstændig helbredsmæssig risikofaktor (4). Stillesiddende adfærd blandt børn, f. eks. i form af megen skærmtid, forbindes med overvægt, dårlig kondition, ringere resultater i skolen, dårligt mentalt helbred som depression og problematisk, social adfærd (4).

Mange studier har vist en forebyggende effekt af øget fysisk aktivitet, blandt andet nedsætter selv en lav grad af fysisk aktivitet risikoen for tidlig død med 20 pct. (5). WHO anbefaler voksne at være moderat fysisk aktive i minimum 150 minutter ugentligt (se tabel 10.1.1) for at forebygge hjerte-kar-sygdomme som forhøjet blodtryk og blodpropper i hjerte og i hjerne (6)

(7). Der er evidens for, at fysisk aktivitet kan forbedre overlevelsen af hjerte-kar-sygdomme (7) og forebygge fremkomsten af type 2 diabetes (8) og andre livsstilssygdomme (9).

Den største sygdomsnedbringende effekt ses ved at gå fra stillesiddende adfærd til at være let fysisk aktiv, men jo mere fysisk aktiv man er, jo mere sænker man risikoen for sygdomme i hjerte-kar-systemet, i stofskiftet og for tidlig død (5) (10) (11) (8). Danske studier har vist, at "motion på recept" kan give forbedret, sundhedsmæssig livskvalitet (12), og et studie af 85-årige har vist, at også ældre kan træne sig op til øget fysisk formåen og større muskelstyrke (13).

Blandt svækkede, ældre borgere kan fysisk aktivitet forebygge knogleskørhed og sænke risikoen for faldulykker (7), forbedre balanceevnen (14) samt øge den fysiske funktionsevne (15). Desuden kan selv lave niveauer af fysisk aktivitet forebygge overdødelighed blandt ældre personer (16).

Fysisk aktivitet har også en gavnlig effekt på det mentale helbred, herunder mindsker det sandsynligheden for at udvikle depression (17), forebygger fald i kognitiv funktion hos ældre mennesker og sænker risikoen for demenssygdom (18) som f.eks. Alzheimers sygdom (19).

---

Fysisk aktivitet er en kompleks størrelse, som er vanskeligt at måle. Der findes ikke én metode, der kan give en komplet beskrivelse af en borgers fysiske aktivitet (20). I tidligere Sundhedsprofiler har man ønsket at vurdere, om borgerne efterlever Sundhedsstyrelsens anbefalinger for *daglig* fysisk aktivitet. I Sundhedsprofilen 2017 er der indført nye spørgsmål, som baserer sig på WHO's anbefalinger for *ugentlig* fysisk aktivitet (se bilag 4). Sundhedsstyrelsen vurderer, at det er et bedre mål for, hvor stor en andel af borgerne, der er utilstrækkeligt fysisk aktive set ud fra et sundhedsperspektiv end det tidligere mål for daglig fysisk aktivitet. Det er et selvrapporteret, kvantitativt mål for tid anvendt til fysisk aktivitet, som kan sammenlignes internationalt, og metoden vil fremtidssikre spørgsmålet (20). De nye spørgsmål om både fysisk aktivitet og stillesiddende tid er tilpasset fra eksisterende spørgsmål og valideret i forbindelse med ibrugtagning i Sundhedsprofilen 2017 (20). Valideringen af spørgsmålene om fysisk aktivitet har haft fokus på deres egnethed til at måle fysisk aktivitet henholdsvis under og over WHO's minimumsanbefaling.

I kapitlets første afsnit vises opgørelser af den fysiske aktivitet i fritiden blandt borgere i Region Sjælland. Den fysiske aktivitet er dels opgjort ud fra samme spørgsmål som i 2010 og 2013, så udviklingen kan følges over tid, og dels ved hjælp af de nye spørgsmål.

Efterfølgende vises opgørelser af, hvor mange timer på en typisk hverdag/arbejdsdag regionens borgerne sidder ned i forbindelse med henholdsvis transport, arbejde, skole eller uddannelse, og hvor mange timer de bruger foran en skærm i fritiden eller sidder ned i fritiden i øvrigt. Spørgsmålene om stillesiddende tid er ligeledes nye, og udviklingen over tid kan derfor ikke vises. Hverken Sundhedsstyrelsen eller WHO har givet anbefalinger vedrørende stillesiddende tid.

I tredje afsnit er der fokus på borgere, der ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Blandt de utilstrækkeligt fysisk aktive borgere undersøges deres vurdering af egne motionsvaner, og om de ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktive. Desuden opgøres det, hvor stor en andel af dem, der er rådet af egen læge til at dyrke mere motion, eller som har fået information om muligheder for at få hjælp til det. Dernæst vises sammenhængen mellem fysisk aktivitetsniveau i fritiden og sociale relationer, øvrige KRAM-faktorer (kost, rygning og alkohol) og fysisk aktivitet i forbindelse med hovedbeskæftigelse (arbejde, skole eller uddannelse). Til sidst er der opgørelser af, hvorvidt transportproblemer udgør en hindring for borgeres deltagelse i motionsaktiviteter.

Kapitlet afsluttes med et initiativ fra Køge Kommune, som samarbejder med idrætsforeninger om et tilbud om *seniorfitness* for borgere over 50 år.

---

## Hovedresultater

### Forekomst

To ud af tre borgere i Region Sjælland er tilstrækkeligt eller optimalt fysisk aktive i deres fritid og lever dermed op til WHO's minimumsanbefaling om at være fysisk aktiv, svarende til mindst 2 timer og 30 minutter om ugen ved moderat intensitet eller 1 time og 15 minutter ved hård intensitet. Samtidig sidder halvdelen af borgerne ned mere end otte timer om dagen, og tre ud af fire borgere sidder ned mindst fire timer dagligt i deres fritid. Sammenlignet med tallene i 2013 dyrker en mindre del af borgerne nu lettere motion i fritiden, mens en større andel er stillesiddende i fritiden. Tre ud af fire borgere, som ikke bevæger sig nok, betragter deres motionsvaner som dårlige, og blandt dem ønsker størstedelen at være mere fysisk aktive. Omkring halvdelen af dem, der gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker at få hjælp til det. Det tyder på et væsentligt forebyggelsespotentiale.

### Sammenhæng mellem aktivitet i fritiden og på arbejdet

Andelen af borgere, som er fysisk inaktive i fritiden, er mindre blandt dem med stillesiddende eller ikke fysisk anstrengende arbejde end blandt borgere med fysisk anstrengende arbejde. Omvendt er der flere, der er tilstrækkeligt fysisk aktive i deres fritid blandt borgere med stillesiddende arbejde, end blandt borgere med anstrengende arbejde. Den sundhedsgavnlige effekt af fysisk aktivitet på arbejdet er dog ikke entydigt positiv (21).

### Køn

Der er en større polarisering blandt mænd, når man ser på deres fysiske aktivitet i fritiden, end tilfældet er blandt kvinder. Både fysisk inaktivitet og efterlevelse af WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder. Flere kvinder end mænd ønsker at være mere fysisk aktive og ønsker hjælp til det. En større andel af mænd end kvinder, som ikke bevæger sig nok, er blevet rådet af egen læge til at ændre motionsvaner, og en større del har fået information fra egen læge om hjælp til dette.

### Alder

Borgere under 25 år er den aldersgruppe, hvor den største andel lever op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet, og som rummer den mindste andel af fysisk inaktive. Samtidig sidder en meget stor del af denne gruppe stille mange timer om dagen. Andelen, der sidder ned mere end otte timer om dagen, er mindst blandt de ældste. Blandt de borgere, som ikke bevæger sig nok, ønsker særligt de 25-54-årige at være mere fysisk aktive. Blandt borgere, der ikke bevæger sig nok, er det især aldersgruppen 55-64 år, som bliver rådet af deres egen læge til at ændre motionsvaner, mens særligt unge under 25 år er informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner.

### Uddannelse

Der er social ulighed i fysisk aktivitet i fritiden. Borgere med udelukkende grundskoleuddannelse er i højere grad fysisk inaktive og stillesiddende i deres fritid end borgere med længere uddannelse. Omvendt sidder en større andel af borgere med videregående uddannelser ned mere end otte timer dagligt end borgere med kortere uddannelse. Motivationen til at ændre motionsvaner blandt de, som ikke bevæger sig nok, er størst blandt borgere med længere uddannelser.



---

### **Samlivsstatus**

Blandt borgere, der ikke bor sammen med en partner, er en større andel fysisk inaktive i fritiden og meget stillesiddende i løbet af dagen end blandt andre borgere. Blandt de borgere, som bevæger sig for lidt, er de, som bor alene, oftere blevet rådet af egen læge til at ændre motionsvaner, ligesom de oftere er informeret om muligheden for at få hjælp til dette end andre.

### **Børn i hjemmet**

Blandt borgere, der bevæger sig for lidt, er dem med børn i hjemmet oftere motiveret for at ændre motionsvaner end borgere uden børn i hjemmet. De, som har børn i hjemmet, har dog ikke så ofte som borgere uden børn i hjemmet fået råd af egen læge om at ændre motionsvaner, eller information om muligheden for hjælp til det.

### **Karakteristik af de fysisk inaktive**

Borgere, der er fysisk inaktive i deres fritid, har sammenlignet med mere fysisk aktive borgere oftere også andre former for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, særligt dagligrygning og usundt kostmønster. De har også et dårligere selv vurderet helbred og et højere stressniveau, ligesom en større andel er utilfredse med livet eller føler sig ensomme.

### **Transportmæssige udfordringer ved motionsaktiviteter**

I alt 8,5 pct. af regionens borgere har undladt at deltage i motionsaktiviteter det seneste år på grund af transportmæssige udfordringer. Der ses store demografiske forskelle i udbredelsen af disse udfordringer.

## 10.1 Fysisk aktivitet i fritiden

Dette afsnit giver en status på borgernes fysiske aktivitet i fritiden og viser udviklingen siden sundhedsprofilerne i 2010 og 2013. Den fysiske aktivitet er som noget nyt vurderet ud fra, hvorvidt borgerne efterlever WHO's anbefalinger for *ugentlig* fysisk aktivitet, og ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som omhandler *daglig* fysisk aktivitet (se bilag 4).

### WHO's minimumsanbefaling (fra 18 år):

Mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet per uge eller en ækvivalent kombination heraf (6).

### WHO's udvidede anbefaling (fra 18 år):

Mindst 300 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent heraf (6).

Moderat fysisk aktivitet er karakteriseret ved, at pulsen kan mærkes, og vejrtrækningen er øget. Ved hård fysisk aktivitet er pulsen væsentligt forøget, man sveder og er så forpustet, at det er svært at tale. Hård fysisk aktivitet kan f.eks. være svømning, løb, cykling i højt tempo, konditionstræning, hård styrketræning eller boldspil (22).

WHO's minimumsanbefaling gælder for personer fra 18 år og derover. Disse anbefalinger er anvendt på alle deltagere i undersøgelsen, også de 16-17-årige, selv om WHO anbefaler et højere niveau af fysisk aktivitet for de 5-17-årige. Det betyder, at en lidt større andel af borgerne i denne sundhedsprofil opfylder WHO's minimumsanbefaling i forhold til, hvis de særlige anbefalinger for børn og unge var anvendt på de yngste borgere.

Efterlevelsen af WHO's anbefaling vedrørende fysisk aktivitet har en vigtig positiv indflydelse på sundhed og dødelighed (6). I denne rapport er borgernes fysiske aktivitet opdelt i fire niveauer, hvoraf de to laveste (fysisk inaktiv og utilstrækkeligt fysisk aktiv) ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling, og de to højeste niveauer (tilstrækkeligt fysisk aktiv og optimalt fysisk aktiv) begge opfylder minimumsanbefalingen. Borgere i den sidstnævnte gruppe opfylder tillige WHO's udvidede anbefaling (6).

Fysisk aktivitet måles i denne rapport primært ud fra nye spørgsmål (20) om antallet af timer og minutter anvendt på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden *på en typisk uge*, herunder blandt andet ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse. Desuden er borgerne spurgt uddybende om, hvor meget af denne tid der anvendes på hård fysisk aktivitet. Spørgsmålene er stillet første gang i 2017, og udviklingen over tid kan derfor ikke opgøres.

Ud over de nye spørgsmål om borgernes fysiske aktivitet er det hidtidige spørgsmål om borgernes beskrivelse af egen fysisk aktivitet i fritiden inden for det seneste år beholdt i Sundhedsprofilen 2017 som et mål for fysisk aktivitet, der kan følges over tid. Svarmulighederne er: "Træner hårdt og dyrker *konkurrenceidræt* regelmæssigt og flere gange om ugen", "dyrker *motionsidræt* eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst fire timer om ugen", "spadserer, cykler eller har anden *lettere motion* mindst fire timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde) og "læser, ser fjernsyn eller har anden *stillesiddende* beskæftigelse". Det er ikke muligt direkte at sammenligne resultaterne fra dette spørgsmål med resultaterne fra de nye spørgsmål om fysisk aktivitet, og det er ikke velegnet til at monitorere WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (2). Til gengæld giver dette spørgsmål mulighed for at sammenligne resultaterne fra 2017 med tidligere Sundhedsprofiler.

**Tabel 10.1.1 Opdeling af borgernes fysiske aktivitetsniveau**

Opdeling af borgernes fysiske aktivitet		
Opfyldelse af WHO's minimumsanbefaling	Opdeling af fysisk aktivitet	
Opfylder <b>ikke</b> WHO's minimumsanbefaling	Fysisk inaktiv	Ingen moderat til hård fysisk aktivitet på en typisk uge
	Utilstrækkeligt fysisk aktiv	Moderat til hård fysisk aktivitet på en typisk uge, men mindre end WHO's minimumsanbefaling
Opfylder WHO's minimumsanbefaling	Tilstrækkeligt fysisk aktiv	Opfylder WHO's minimumsanbefaling
	Optimalt fysisk aktiv	Opfylder WHO's minimumsanbefaling og opfylder WHO's udvidede anbefaling

Note: Se WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet i faktaboksen på forrige side og detaljer om anbefalingerne i bilag 4.

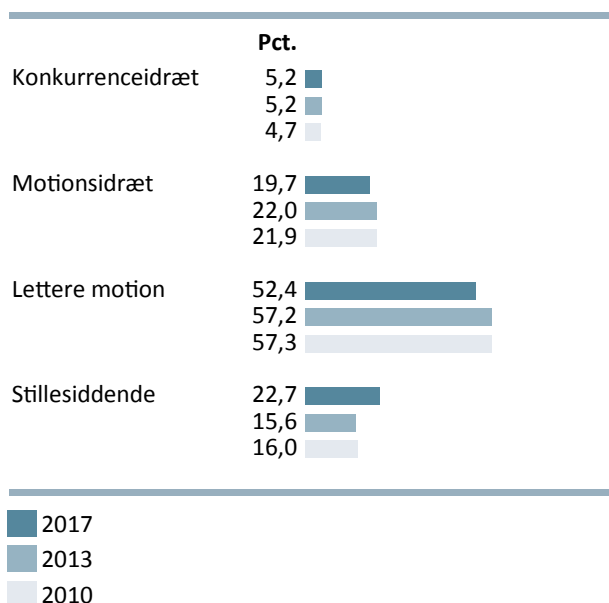
Fysisk aktivitet i fritiden over WHO's udvidede anbefaling er især udbredt blandt:

- Mænd
- 16-24-årige
- 65-79-årige
- Borgere under uddannelse
- Efterlønsmodtagere

Fysisk inaktivitet i fritiden er mest udbredt blandt:

- Borgere over 80 år
- Borgere med udelukkende grundskole uddannelse
- Alderspensionister, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive

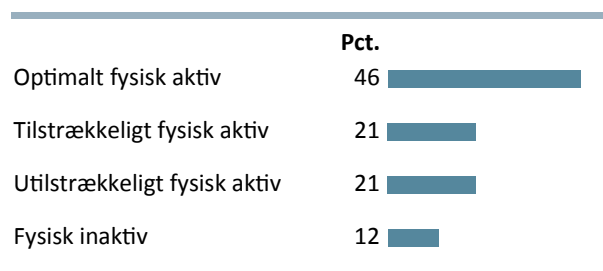
**Tabel 10.1.2 Karakteristik af borgernes fysiske aktivitet i fritiden det seneste år**



Over halvdelen af borgerne i Region Sjælland angiver, at lettere motion bedst beskriver deres fysiske aktivitet i fritiden det seneste år, mens omkring 20 pct. bedst karakteriserer deres aktivitet i fritiden som motionsidræt, og en tilsvarende andel beskriver deres fritid som stillesiddende. Kun én ud af 20 træner hårdt flere gange om ugen svarende til konkurrenceidræt.

Niveauet af fysisk aktivitet i regionen er lavere i 2017 end i 2013. Der er især sket en stigning i andelen af stillesiddende borgere og et fald i andelen af borgere, der dyrker lettere motion. I 2017 har mere end 6 procentpoint flere (en stigning på næsten 40 pct.) fået en stillesiddende fritid end i 2013, og næsten 5 procentpoint færre dyrker lettere motion.

**Tabel 10.1.3 Fysisk aktivitet i fritiden på en typisk uge**



Note: Optimal fysisk aktivitet svarer til mindst 5 timer ved moderat eller 2½ time ved hård intensitet ugentligt (WHO's udvidede anbefaling). Tilstrækkelig fysisk aktivitet svarer til mindst 2½ time ved moderat eller 1 time og 15 minutter ved hård intensitet ugentligt (WHO's minimumsanbefaling) men mindre end grænsen for optimal fysisk aktivitet.

Hvis man betragter borgernes aktivitetsniveau i forhold til WHO's anbefalinger om fysisk aktivitet, lever samlet set to ud af tre borgere (67 pct.) op til minimumsanbefalingen og er enten optimalt eller tilstrækkeligt fysisk aktive, mens en tredjedel (33 pct.) ikke gør. Hver femte borger (21 pct.) er fysisk aktive, men lever ikke op til minimumsanbefalingen, og 12 pct. er helt fysisk inaktive i fritiden.

Tabel 10.1.4 Fysisk aktivitet i fritiden

	Optimalt Pct. fysisk aktiv	Tilstrækkeligt Pct. fysisk aktiv	Utilstrækkeligt Pct. fysisk aktiv	Pct. Fysisk inaktiv
Region Sjælland 2017	45,9	21,1	21,1	12,0
<b>Køn</b>				
Mand	48,1	18,6	20,5	12,8
Kvinde	43,7	23,5	21,6	11,2
<b>Alder</b>				
16-24 år	57,7	18,1	17,2	7,0
25-34 år	43,2	20,8	22,6	13,4
35-44 år	42,9	22,7	21,7	12,6
45-54 år	45,3	21,7	21,3	11,7
55-64 år	44,1	21,6	22,8	11,5
65-79 år	47,7	21,4	19,9	11,0
80+	30,7	19,2	23,5	26,6
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	56,7	21,0	15,7	6,5
Grundskole	39,2	17,6	22,1	21,1
Kort uddannelse	45,0	20,8	22,0	12,1
Kort videregående	48,4	21,8	20,8	9,1
Mellemlang videregående	46,0	24,2	20,4	9,4
Lang videregående	46,1	24,8	21,6	7,6
<b>Erhvervstilknøytning</b>				
Beskæftigede	45,7	22,1	21,2	11,0
Arbejdsløse	44,0	18,9	26,1	11,0
Førtidspensionister	34,3	20,8	26,8	18,1
Efterlønsmodtagere	58,5	18,7	17,7	5,1
Alderspensionister	44,7	21,0	20,5	13,7
Øvrige ikke-erhvervsaktive	40,1	18,5	23,8	17,6
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	45,8	21,7	21,5	11,0
Ikke samlevende	45,9	20,2	20,2	13,7
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	45,4	22,3	21,1	11,3
Bor ikke med børn	45,9	20,8	21,0	12,3
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	46,0	21,3	20,9	11,8
Anden vestlig baggrund	49,9	17,6	21,2	11,4
Ikke-vestlig baggrund	39,1	21,0	23,8	16,1

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

## Generelt

I alt to tredjedele af borgerne (67,0 pct.) er tilstrækkeligt eller optimalt fysisk aktive i fritiden og lever dermed op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Resten af borgerne, 33,1 pct., lever ikke op til minimumsanbefalingen. Af dem er 21,1 pct. utilstrækkeligt fysisk aktive og 12 pct. er helt fysisk inaktive, svarende til henholdsvis 144.600 og 82.100 borgere (data ikke vist).

## Køn og alder

Der er en større polarisering i mænds fysiske aktivitet end i kvinders. Færre kvinder end mænd lever således op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet (optimalt fysisk aktive i tabel 10.1.4), men der er også færre kvinder, som er helt fysisk inaktive. Derimod befinder flere kvinder end mænd sig på et mellemniveau af fysisk aktivitet.

Andelen af borgere, der lever op til WHO's udvidede anbefaling, er størst blandt de unge under 25 år og mindst blandt borgere over 80 år, mens andelen af fysisk inaktive er størst blandt borgere over 80 år og mindst blandt de unge under 25 år. Der er dog ikke en entydig sammenhæng mellem alder og fysisk aktivitet. Andelen, der lever op til WHO's udvidede anbefaling, er f.eks. større blandt de 65-79-årige end blandt både de 35-44-årige og borgere over 80 år.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er sammenhæng mellem uddannelsesniveau og fysisk aktivitet i fritiden, som viser sig tydeligst i forekomsten af fysisk inaktivitet. Jo højere uddannelsesniveau, desto lavere andel fysisk inaktive borgere. Mere end hver femte borger med udelukkende grundskoleuddannelse er helt fysisk inaktive i fritiden, mens dette kun gælder for én ud af 13 borgere med lang videregående uddannelse. Omvendt er det for andelen af borgere med tilstrækkelig fysisk aktivitet i fritiden. Her er andelen større blandt borgere med længere uddannelse, end det er tilfældet blandt borgere med kortere uddannelse. Borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse, er den uddannelsesgruppe, hvor den laveste andel bevæger sig nok, dvs. er tilstrækkeligt eller optimalt fysisk aktive.

Efterlønsmodtagere og borgere under uddannelse er de grupper af borgere, der er mest fysisk aktive: Knap 60 pct. lever op til WHO's udvidede anbefaling, og kun 5-7 pct. er fysisk inaktive. Borgere under uddannelse har 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.

Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive er de grupper, hvor den største andel er fysisk inaktive (18 pct.), og hvor efterlevelse af WHO's udvidede anbefaling er mindst udbredt (34 henholdsvis 40 pct.).

## Samlivsstatus og børn

Der er en tendens til, at en større andel af borgere, der ikke bor sammen med en partner, er fysisk inaktive i fritiden end andre. Forskellene er dog små. Den fysiske aktivitet blandt borgere med og uden børn i hjemmet adskiller sig ikke fra hinanden.

## Etnisk baggrund

Borgere fra ikke-vestlige lande er i mindre grad fysisk aktive i deres fritid end andre borgere. En lavere andel lever op til WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet, end det er tilfældet blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

**Tabel 10.1.5 Fysisk aktivitet i fritiden, opgjort på kommuner**

	Optimalt fysisk	Tilstrækkeligt	Utilstrækkeligt	Pct. Fysisk inaktiv
	Pct. aktiv	Pct. fysisk aktiv	Pct. fysisk aktiv	
Region Sjælland	45,9	21,1	21,1	12,0
Guldborgsund	46,5	20,1	22,6	10,9
Kalundborg	44,4	19,9	21,9	13,8
Lolland	42,3	20,6	22,8	14,2
Odsherred	44,5	18,9	20,0	16,5
Slagelse	45,3	20,7	21,1	12,9
Vordingborg	45,3	19,1	22,0	13,6
Faxe	45,2	20,9	21,0	12,9
Holbæk	42,8	21,4	23,5	12,2
Næstved	47,9	21,4	20,6	10,1
Ringsted	46,6	21,8	20,5	11,0
Sorø	49,0	19,4	20,6	10,9
Stevns	43,7	20,3	23,2	12,8
Greve	44,8	23,1	20,3	11,9
Køge	44,5	21,0	20,4	14,1
Lejre	47,8	20,4	21,7	10,0
Roskilde	49,6	24,6	17,5	8,4
Solrød	49,0	21,3	20,5	9,1

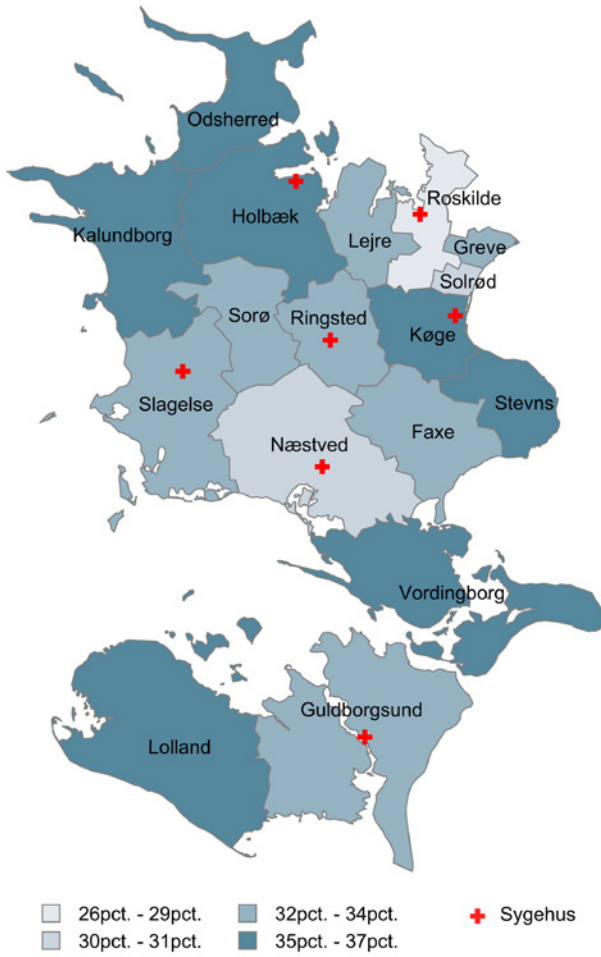
- Signifikant lavere end regionsgennemsnit
- Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit
- Signifikant højere end regionsgennemsnit

### Kommunevariation

Det fysiske aktivitetsniveau varierer mellem kommunerne i Region Sjælland. Forskellene mellem kommunerne er størst for andelen af borgere i yderkategorierne af fysisk aktivitet, dvs. optimalt fysisk aktive og fysisk inaktive. Andelen af fysisk inaktive borgere varierer fra 8,4 pct. i Roskilde Kommune til 16,5 pct. i Odsherred Kommune. Andelen er dermed dobbelt så høj i den kommune, der har flest inaktive borgere, sammenlignet med den kommune, der har færrest inaktive borgere.

Der er en tendens til, at socioøkonomisk udfordrede kommuner har en større andel af fysisk inaktive borgere end de øvrige kommuner. På kortet ses imidlertid, at der i alle dele af regionen er kommuner med en høj andel af borgere, som ikke efterlever WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet.

**Kort 10.1.6 Borgere, som er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden på en uge (efterlever ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet)**





## 10.2 Stillesiddende tid

Stillesiddende tid er et forholdsvis nyt forskningsområde, og det defineres som aktiviteter, der foretages siddende eller liggende i vågen tilstand, hvor kroppens energiforbrug er lavt. En stillesiddende dagligdag er ikke nødvendigvis det samme som en dagligdag uden fysisk aktivitet, men stillesiddende tid kan erstatte tid, som ellers bruges til fysisk aktivitet (4). Stillesiddende tid er udbredt i alle aldersgrupper, og tendensen er stigende. Stillesiddende tid betragtes som en selvstændig risikofaktor for helbredet, blandt andet fordi det kan svække kroppens muskler, knogler og kredsløb, men emnet er stadig langt fra uddybet forskningsmæssigt (4).

Stillesiddende tid måles i denne rapport ved antallet af timer og minutter anvendt på at sidde ned på en typisk hverdag/arbejdsdag i følgende situationer: Transport, arbejde/skole/uddannelse, fritid ved en skærm og anden fritid. Skærmtid og anden stillesiddende tid i fritiden opgøres samlet og beskrives i tabellerne som ”stillesiddende tid i fritiden”. Spørgsmålene om stillesiddende tid er i deres nuværende formulering inkluderet i spørgeskemaet for første gang i 2017, og derfor kan udvikling over tid ikke opgøres. Hverken Sundhedsstyrelsen eller WHO har anbefalinger for, hvor længe voksne maksimalt bør være stillesiddende dagligt. I dette afsnit fokuseres på to mål for stillesiddende tid: Andelen, der er stillesiddende mindst fire timer i deres fritid dagligt, og andelen, der er stillesiddende mere end otte timer dagligt, samlet set, dvs. inklusiv fritid, arbejde/uddannelse og transport. Undersøgelser peger på, at mere end otte timer stillesiddende tid dagligt kan indebære en risiko for tidlig død (24). For stillesiddende tid i fritiden er afgrænsningen på mindst fire timer dagligt valgt ud fra erfaringer med dette mål i tidligere sundhedsprofiler i andre regioner.

Der er ofte forskel på, hvor aktive borgere er henholdsvis i deres fritid og på deres arbejde, hvilket påvirker det samlede resultat for stillesiddende tid. I slutningen af afsnittet er der derfor udarbejdet en opgørelse blandt borgere med mere eller mindre fysisk aktivitet i fritiden, som viser deres fysiske aktivitet, mens de er i skole, på uddannelsen eller på arbejde. Denne fremstilling skal vise, om der er en form for udveksling eller omvendt fordeling mellem fysisk

aktivitet i fritiden og på arbejde/uddannelsen. Det er vigtigt at være opmærksom på, at den sundhedsgavnige effekt af fysisk aktivitet på arbejdet ikke er entydigt positiv. Et dansk studie viser f.eks., at et fysisk krævende job giver større risiko for visse sygdomme end et stillesiddende job (23) (21), og man skal derfor være forsigtig med fortolkningen, når man sammenholder borgernes fysiske aktivitet i fritiden og på arbejdet.

Borgere, som går i skole, er under uddannelse eller er i arbejde, er blevet spurgt, hvordan de generelt vil beskrive deres fysiske aktivitet i hovedbeskæftigelsen. De fire svarmuligheder angiver stigende grad af fysisk aktivitet: ”Mest stillesiddende arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse”, ”mest stående eller gående arbejde, som ikke kræver fysisk anstrengelse”, ”stående eller gående arbejde med en del løfte- og bærearbejde” og ”tungt eller hurtigt arbejde, som er fysisk anstrengende”.

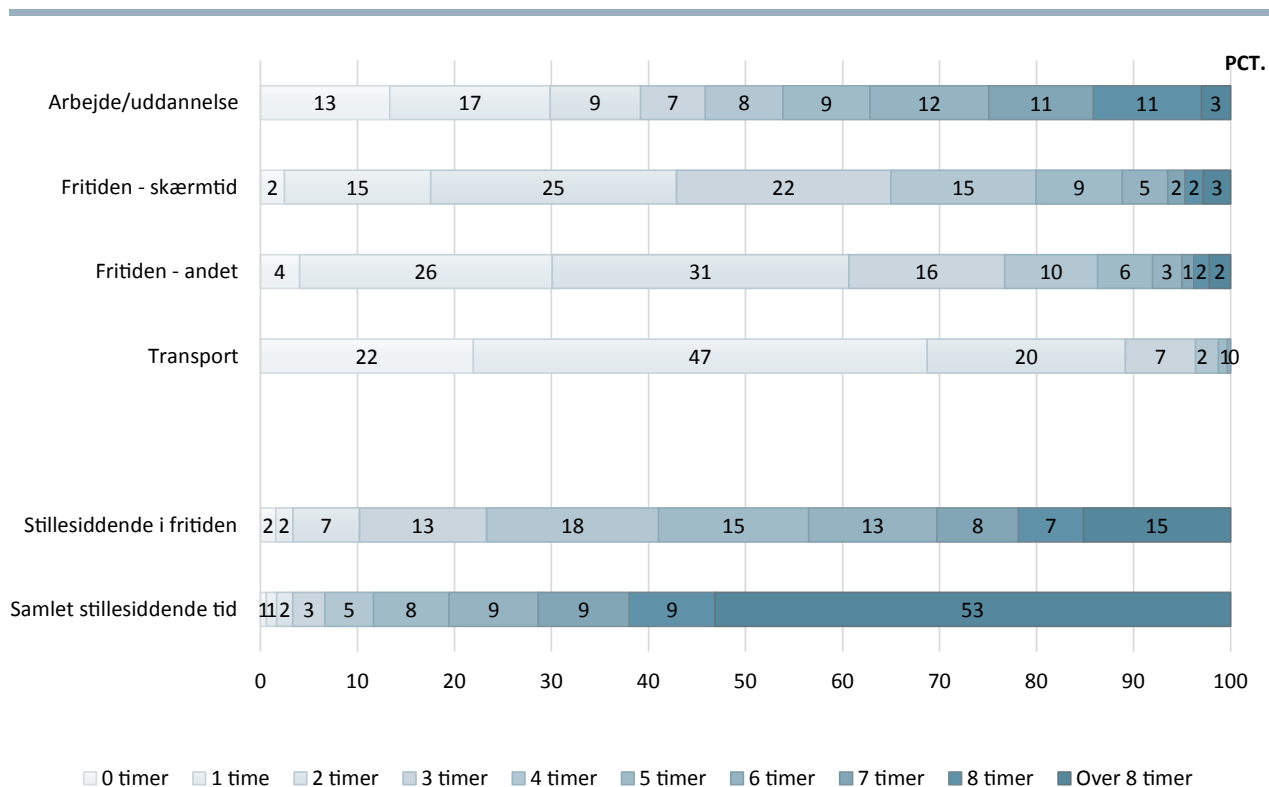
Mere end otte timers stillesiddende tid dagligt i alt er især udbredt blandt:

- 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 stillesiddende tid i fritiden er især udbredt blandt:

- 16-24-årige og borgere over 65 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskole uddannelse
- Borgere, som ikke er i beskæftigelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere uden børn i hjemmet

**Tabel 10.2.1 Stillesiddende tid på hverdage**



Note: Kategorien ”1 time” indeholder personer, som har svaret op til og med én time, men mere end 0 timer. Kategorien ”2 timer” indeholder personer, der har svaret op til og med to timer, men mere end 1 time osv.

Borgerne i Region Sjælland er især stillesiddende på deres arbejde eller uddannelsessted, efterfulgt af skærmtid i fritiden, anden stillesiddende tid i fritiden og transporttid. Hver femte borger har mindst fem timers skærmtid i fritiden, og hver tredje borger har mere end en times stillesiddende transport om dagen.

**Tabel 10.2.2 Borgere med megen stillesiddende tid henholdsvis hele dagen og i fritiden**

	Samlet stillesiddende tid		Stillesiddende tid i fritiden	
	Pct. - mere end 8 timer pr. dag	Personer	Pct. - mindst 4 timer pr. dag	Personer
Region Sjælland 2017	53	364.900	73	501.600
<b>Køn</b>				
Mand	55	185.800	74	247.800
Kvinde	51	179.100	73	253.800
<b>Alder</b>				
16-24 år	76	63.300	82	68.200
25-34 år	62	43.700	69	48.500
35-44 år	56	57.300	60	61.400
45-54 år	61	79.600	68	89.500
55-64 år	52	62.300	75	88.700
65-79 år	33	48.000	81	118.900
80+	31	10.600	77	26.300
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	88	49.300	84	46.900
Grundskole	44	41.500	76	70.800
Kort uddannelse	45	129.100	73	209.900
Kort videregående	60	37.800	72	45.300
Mellemlang videregående	52	70.600	72	96.800
Lang videregående	71	35.900	67	33.900
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	61	206.800	65	218.500
Arbejdsløse	39	6.200	82	13.100
Førtidspensionister	48	14.300	84	25.000
Efterlønsmodtagere	31	4.400	83	11.700
Alderspensionister	32	59.200	80	146.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	43	16.100	80	30.000
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	52	228.100	71	311.700
Ikke samlevende	56	136.700	77	189.900
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	60	129.100	61	131.300
Bor ikke med børn	51	242.100	78	368.800
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	53	335.000	73	461.500
Anden vestlig baggrund	48	11.600	72	17.300
Ikke-vestlig baggrund	55	18.300	68	22.800

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

## Generelt

Mere end halvdelen af borgerne (53 pct.) er stillesiddende mere end otte timer dagligt på en typisk hverdag. Det svarer til 364.900 borgere. Næsten tre ud af fire borgere (73 pct.) sidder stille mindst fire timer om dagen i fritiden, svarende til 501.600 borgere.

## Køn og alder

Lidt flere mænd end kvinder er stillesiddende mere end otte timer om dagen i alt, mens der ikke er kønsforskel i andelen af borgere, der dagligt er stillesiddende mindst fire timer af deres fritid. Det vil sige, at mænd er mere stillesiddende end kvinder i forbindelse med arbejde eller transport.

Andelen af borgere, der er stillesiddende mere end otte timer om dagen, er størst blandt de unge og falder med stigende alder. Tre ud af fire borgere under 25 år sidder ned mere end otte timer om dagen, mens det samme kun gælder hver tredje borger over 65 år. Andelen af borgere, der er meget stillesiddende i fritiden, viser derimod ikke samme aldersmønster. Det er især de unge under 25 år og de ældre over 65 år, som er stillesiddende mere end fire timer af deres fritid dagligt.

Disse resultater skal ses i lyset af, at aldersgrupper, som går i skole, på arbejde eller er under uddannelse, har mindre fritid til rådighed, når tiden brugt til hovedbeskæftigelsen regnes fra.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Der er en tendens til, at jo lavere uddannelsesniveau borgerne har, desto større en andel sidder ned mindst fire timer om dagen i deres fritid. Dette mønster ses ikke for den samlede stillesiddende tid på en almindelig hverdag, dvs. inklusiv arbejdstid og transporttid. Her ses en social ulighed, der vender modsat mønsteret for mange andre parametre. Andelen af borgere, der er stillesiddende mere end otte timer om dagen, er højere blandt borgere med en lang videregående uddannelse (71 pct.) end blandt borgere, som udelukkende har en grundskoleuddannelse (44 pct.). Det skal ses i lyset af, at borgere med lang uddannelse i højere grad er stillesiddende mange timer om dagen på arbejdet end borgere med kortere uddannelse (data ikke vist), hvilket påvirker den samlede stillesiddende tid i hverdagen.

Den tid, borgerne sidder ned på hverdage, hænger tæt sammen med deres erhvervstilknytning. En højere andel af borgere i beskæftigelse end borgere uden sidder på hverdage ned mere end otte timer samlet. Omvendt tilbringer en lavere andel af de beskæftigede mere end fire timer af deres fritid siddende end andre. Det skal ses i lyset af den mængde tilgængelig fritid, som borgere henholdsvis i og uden for beskæftigelse har. Blandt borgere i beskæftigelse sidder seks ud af ti borgere ned mere end otte timer dagligt (61 pct.), mens det kun gælder hver tredje alderspensionist eller efterlønsmodtager, 39 pct. af de arbejdsløse og knap halvdelen af førtidspensionisterne (48 pct.). Hvis man derimod opgør den stillesiddende fritid separat, ses det, at 65 pct. af borgerne i beskæftigelse sidder ned mindst fire timer om dagen i deres fritid, mens andelen er 80 pct. eller derover i alle andre grupper af erhvervstilknytning. Borgere under uddannelse har generelt en høj andel, som sidder meget ned, både i fritiden og samlet set.

## Samlivsstatus og børn

Blandt borgere uden en samboende partner er der en større andel af stillesiddende end blandt borgere, der bor sammen med en partner. Det gælder både samlet stillesiddende tid i hverdagen og stillesiddende tid i fritiden. Andelen af borgere med børn i hjemmet, der i alt sidder ned mere end otte timer om dagen, er højere end andelen blandt borgere uden børn i hjemmet. Det forholder sig omvendt for stillesiddende tid i fritiden. Blandt borgere med børn i hjemmet tilbringer en større andel mindst fire timer af fritiden stillesiddende på hverdage sammenlignet med borgere uden børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Stillesiddende tid er ikke entydigt relateret til borgerens etniske baggrund. Der er ikke signifikant forskel på omfanget af stillesiddende tid blandt borgere med henholdsvis dansk, anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

**Tabel 10.2.3 Borgere med megen stillesiddende tid henholdsvis hele dagen og i fritiden, opgjort på kommuner**

	Samlet stillesiddende tid		Stillesiddende tid i fritiden	
	Pct. - mere end 8 timer pr. dag	Personer	Pct. - mindst 4 timer pr. dag	Personer
Region Sjælland	53	364.900	73	501.600
Guldborgsund	48	24.800	75	39.100
Kalundborg	51	20.700	72	29.500
Lolland	47	16.900	75	27.000
Odsherred	48	13.500	75	21.200
Slagelse	50	33.100	74	48.600
Vordingborg	49	18.900	72	27.700
Faxe	50	15.000	74	22.000
Holbæk	53	30.700	72	42.100
Næstved	55	37.200	72	48.800
Ringsted	51	13.700	69	18.700
Sorø	53	12.600	73	17.300
Stevns	53	9.900	72	13.500
Greve	56	23.500	71	29.800
Køge	59	28.000	74	35.000
Lejre	58	12.500	74	16.000
Roskilde	60	42.900	74	52.400
Solrød	60	11.000	71	13.000

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der sidder ned mere end otte timer om dagen i alt på en typisk hverdag, varierer mellem regionens kommuner fra 47 pct. til 60 pct. Andelen er signifikant større end regionsgennemsnittet i alle de bedre stillede kommuner, undtagen Greve Kommune, mens andelen i størstedelen af de socioøkonomisk udfordrede kommuner er mindre end regionens gennemsnittet. Den omvendte sociale ulighed i stillesiddende tid slår således også igennem på kommuneniveau. Geografisk ses det, at kommunerne i nærheden af hovedstadsområdet har den højeste andel af meget stillesiddende borgere, mens især kommuner i den vestligste og sydligste del af regionen har den laveste andel.

Andelen af borgere med megen stillesiddende tid i fritiden varierer mindre mellem kommunerne, og det socioøkonomiske mønster er mindre tydeligt end for den samlede stillesiddende tid. Andelen af borgere, der sidder ned mindst fire timer om dagen i fritiden, varierer fra 69 pct. til 75 pct. mellem regionens kommuner, og kun én kommune (Ringsted) med en andel på 69 pct. afviger signifikant fra regionens gennemsnittet på 73 pct. Kortet viser imidlertid også en tendens til, at udbredelsen af megen stillesiddende tid er størst i tre kommuner henholdsvis længst mod nord og syd i regionen, nemlig Odsherred, Lolland og Guldborgsund. Disse kommuner har også de største udfordringer på mange andre parametre.

**Kort 10.2.4 Borgere, der er stillesiddende mere end otte timer på en typisk hverdag**



47pct. - 50pct.
  51pct. - 54pct.
  55pct. - 57pct.
  58pct. - 60pct.
 + Sygehus

**Kort 10.2.5 Borgere, der er stillesiddende mindst fire timer i fritiden på en typisk hverdag**



69pct. - 71pct.
  72pct.
  73pct. - 74pct.
  75pct.
 + Sygehus

**Tabel 10.2.6 Fysisk aktivitet i fritiden blandt borgere med forskelligt niveau af fysisk aktivitet på arbejdet, i skolen eller på uddannelsesstedet**

	Fysisk Pct. inaktiv	Utilstrækkeligt fysisk Pct. aktiv	Tilstrækkeligt Pct. fysisk aktiv	Optimalt Pct. fysisk aktiv
Region Sjælland 2017	12,0 ■	21,1 ■	21,1 ■	45,9 ■
<b>Fysisk aktivitet på arbejdet mm.</b>				
Stillesiddende	9,1 ■	21,1 ■	23,5 ■	46,3 ■
Stående/gående, ikke anstrengende	10,1 ■	20,7 ■	24,1 ■	45,1 ■
Stående/gående med en del løft	11,8 ■	19,6 ■	19,4 ■	49,3 ■
Fysisk anstrengende	14,5 ■	17,9 ■	12,6 ■	55,1 ■

■ Signifikant lavere end regionsgennemsnit

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

■ Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: "Fysisk aktivitet på arbejdet m.m." dækker også uddannelsessteder.

Blandt borgere med stillesiddende eller ikke fysisk anstrengende arbejde er der en mindre andel, der er fysisk inaktive i fritiden, end det er tilfældet blandt borgere med fysisk anstrengende arbejde. Omvendt er der flere blandt dem, der har stillesiddende arbejde, som er tilstrækkeligt fysisk aktive i deres fritid sammenlignet med dem med anstrengende arbejde. Hårdt fysisk arbejde vil i visse tilfælde påvirke sundheden negativt og kan dermed ikke betragtes som en fuldgod compensation for en fysisk inaktiv fritid (21). Det er dog bemærkelsesværdigt, at der blandt borgere med fysisk mere krævende arbejde er en højere andel, der er optimalt fysisk aktive i deres fritid end blandt borgere med mindre fysiske jobs.

## 10.3 Motivation og hjælp til bedre motionsvaner

Fysisk aktivitet har som beskrevet tidligere i dette kapitel en væsentlig, forebyggende effekt på mange sygdomme, som ofte forekommer i den danske befolkning. Derfor indgår dette emne som en af Sundhedsstyrelsens såkaldte *Forebyggelsespakker* med faglige anbefalinger til kommunernes forebyggelsesarbejde (1). Der er således stor interesse for at motivere og rådgive borgere om, hvordan de kan øge deres fysiske aktivitetsniveau samt for at integrere dette i kommunernes sundhedspolitik og forvaltning (1). Information, rådgivning og motivation kan spredes fra egen læge, sundhedscenter, skoler og mange andre steder, og indsatsen afhænger ifølge Sundhedsstyrelsen først og fremmest af, hvordan borgerne selv vurderer deres fysiske aktivitetsniveau, og om de er motiveret for at øge det.

Dette afsnit har primært fokus på borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive. Borgerne er blevet spurgt, hvordan de selv vurderer deres motionsvaner. Svarmulighederne for de selvvalgte vaner er: ”Virkelig gode”, ”gode”, ”nogenlunde”, ”mindre gode” eller ”dårlige”. I opgørelserne omfatter ”dårlige selvvalgte motionsvaner” de to sidstnævnte svarmuligheder.

Der er også indhentet oplysninger om, hvorvidt borgerne gerne vil være mere fysisk aktive, og de, som har svaret ”ja”, er desuden spurgt, om de ønsker hjælp til at øge den fysiske aktivitet.

Borgerne er endvidere spurgt, om de inden for det seneste år er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion. Svarmulighederne er: ”Ja”, ”nej” og ”kan ikke huske/ved ikke”. Endelig anvendes oplysninger om, hvorvidt borgerne har modtaget information om, at man kan få hjælp til at forbedre sine motionsvaner, f.eks. fra egen læge eller kommunens sundhedspersonale. I alt 81 pct. af de fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere har været hos lægen i løbet af de seneste 12 måneder (data ikke vist). Andelen er opgjort blandt alle borgere – uanset om de har været hos lægen eller ej.

Motivation til at være mere fysisk aktiv er især udbredt blandt:

- Kvinder
- De 25-54-årige
- Borgere med en videregående uddannelse
- Borgere i beskæftigelse samt øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der har børn i hjemmet

Ønske om hjælp til at ændre motionsvaner er især udbredt blandt:

- Kvinder
- De 25-54-årige
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der har børn i hjemmet



**Tabel 10.3.1 Sammenhæng mellem fysisk aktivitet og borgernes egen vurdering af motionsvaner samt ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv**

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige	Vurderer egne motionsvaner som dårlige og vil gerne være mere fysisk aktiv	Vurderer egne motionsvaner som dårlige, vil gerne være mere fysisk aktiv og ønsker hjælp til det
	Pct.	Pct.	Pct.
Region Sjælland 2017	39,7	30,9	15,6
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>			
Fysisk inaktiv	82,4	56,7	31,0
Utilstrækkeligt fysisk aktiv	70,7	57,1	29,1
Tilstrækkeligt fysisk aktiv	41,2	34,3	16,8
Optimalt fysisk aktiv	16,1	13,3	6,2

- 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 vurderer omtrent 40 pct. af regionens borgere, at deres motionsvaner er dårlige eller mindre gode (herefter kaldet "dårlige"). Andelen varierer stærkt med borgernes fysiske aktivitetsniveau.

Fire ud af fem borgere (82,4 pct.), der er fysisk inaktive, vurderer selv, at de har dårlige motionsvaner, mens andelen er lidt mindre blandt borgere, der er utilstrækkeligt fysisk aktive (70,7 pct.). Selv blandt borgere, der er tilstrækkeligt fysisk aktive, vurderer 41,2 pct., at deres motionsvaner er dårlige, og blandt borgere, der er optimalt fysisk aktive, dvs. lever op til WHO's udvidede anbefaling, mener hver sjette, at de har dårlige motionsvaner.

Størstedelen af de borgere, der vurderer deres motionsvaner som dårlige, ønsker også at være mere aktive (30,9 pct. ud af 39,7 pct.). Knap hver tredje borger

i regionen mener, at deres motionsvaner er dårlige og vil gerne være mere fysisk aktive (30,9 pct.). Også her er andelen langt højere blandt de fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive end blandt borgere, der allerede er fysisk aktive. På trods af et højt aktivitetsniveau mener mellem hver syvende og hver ottende borger, der lever op til WHO's udvidede anbefaling, at deres motionsvaner er dårlige, og de ønsker at være mere fysisk aktive.

Omkring halvdelen af de borgere, der gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker hjælp til at blive det (15,6 pct. ud af 30,9 pct.). Blandt fysisk inaktive borgere eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere ønsker i alt 29-31 pct. hjælp til at blive mere fysisk aktive, samtidigt med at de vurderer deres vaner som dårlige og ønsker at blive mere fysisk aktive.

**Tabel 10.3.2 Egen vurdering af motionsvaner og ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktiv blandt borgere, der er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden**

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige		Vurderer egne motionsvaner som dårlige og vil gerne være mere fysisk aktiv		Vurderer egne motionsvaner som dårlige, vil gerne være mere fysisk aktiv og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland 2017	74,9	169.700	57,0	129.100	29,8	67.400
<b>Køn</b>						
Mand	72,6	80.700	52,9	58.800	25,2	28.000
Kvinde	77,1	89.000	60,8	70.300	34,1	39.400
<b>Alder</b>						
16-24 år	70,4	13.900	57,8	11.500	28,1	5.600
25-34 år	82,3	20.500	73,9	18.500	41,0	10.300
35-44 år	83,5	29.300	72,7	25.500	37,4	13.200
45-54 år	81,4	36.000	67,2	29.800	35,6	15.800
55-64 år	77,0	31.800	57,9	23.900	28,8	11.900
65-79 år	62,4	28.500	34,3	15.600	17,6	8.000
80+	61,9	9.700	27,7	4.300	17,6	2.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	74,7	9.300	64,7	8.100	33,2	4.100
Grundskole	73,5	28.600	43,9	17.100	24,2	9.500
Kort uddannelse	73,8	73.800	55,5	55.400	29,6	29.500
Kort videregående	79,0	15.100	65,0	12.500	31,6	6.100
Mellemlang videregående	78,0	31.900	66,5	27.200	31,9	13.000
Lang videregående	71,5	11.000	61,8	9.500	28,5	4.400
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	78,9	86.600	67,6	74.300	32,4	35.700
Arbejdsløse	79,7	4.800	65,4	4.000	40,2	2.500
Førtidspensionister	86,6	11.300	58,2	7.600	38,7	5.000
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	62,3	38.600	32,6	20.100	17,6	10.800
Øvrige ikke-erhvervsaktive	85,4	13.800	65,7	10.600	40,1	6.500
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	74,5	107.200	58,3	83.900	28,5	41.100
Ikke samlevende	75,6	62.500	54,7	45.200	31,9	26.300
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	81,9	56.500	74,2	51.200	38,4	26.600
Bor ikke med børn	73,0	115.000	51,1	80.500	27,1	42.700
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	75,5	156.000	57,8	119.400	29,5	60.900
Anden vestlig baggrund	69,1	5.400	46,5	3.700	29,2	2.300
Ikke-vestlig baggrund	67,7	8.200	48,6	5.900	34,5	4.200

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

Tre ud af fire borgere, som er utilstrækkeligt fysisk aktive eller fysisk inaktive, vurderer selv, at deres motionsvaner er dårlige eller mindre gode (74,9 pct.). Lidt over halvdelen (57 pct.) ønsker tillige at blive mere fysisk aktive. Blandt disse ønsker knap halvdelen at få hjælp til at blive mere fysisk aktive, svarende til 29,8 pct. af alle, som er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive.

## Køn og alder

Blandt borgere, der er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive, vurderer en større andel af kvinderne end mændene, at deres motionsvaner er dårlige, og flere kvinder end mænd ønsker også at blive mere fysisk aktive, ligesom flere kvinder ønsker hjælp til dette. Blandt mænd, der bevæger sig for lidt, ønsker hver fjerde hjælp til at blive mere fysisk aktiv, mens dette gælder for hver tredje af kvinderne.

Især borgere i alderen 25-54 år, som bevæger sig for lidt, vurderer selv, at deres motionsvaner er dårlige (81-83 pct.). Blandt borgere over 65 år, som bevæger sig for lidt, vurderer kun 62 pct., at deres motionsvaner er dårlige. Samme mønster på tværs af aldersgrupper ses for andelen af borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, og for andelen der ønsker hjælp til det. Det er værd at bemærke, at der blandt de ældre borgere over 65 år, som vurderer egne motionsvaner som dårlige, er en lavere motivation for også at ændre motionsvaner end blandt de yngre borgere. Men halvdelen af dem, som gerne vil være mere fysisk aktive, ønsker også hjælp til dette.

## Uddannelse og erhvervstilknytning

På tværs af uddannelsesniveauer er der stort set ikke forskel på, hvor mange af de utilstrækkeligt fysisk aktive eller fysisk inaktive borgere, der vurderer deres egne motionsvaner som dårlige. Derimod er der en tydelig uddannelsesmæssig forskel på hvor mange, der ønsker at være mere fysisk aktive. Især borgere med kort eller mellemlang videregående uddannelse ønsker at være mere fysisk aktive, mens borgere med udelukkende grundskoleuddannelse er mindst tilbøjelige til gerne at ville være mere fysisk aktive. Når det drejer sig om, hvem der ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktive, er der ikke uddannelsesmæssige forskelle. Mellem hver tredje og hver fjerde borger ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv uanset

uddannelsesniveaet. Men ser man på andelen af borgere, der ønsker at være mere fysisk aktive, og som også ønsker hjælp til det, ses nye uddannelsesforskelle. En større andel af de kortuddannede, som ønsker at være mere fysisk aktive, ønsker hjælp til dette, sammenlignet med borgere med en længerevarende uddannelse.

Andelen af utilstrækkeligt fysisk aktive eller fysisk inaktive borgere, der vurderer egne motionsvaner som dårlige, er størst blandt førtidspensionister, beskæftigede og øvrige ikke erhvervsaktive. En stor del af de beskæftigede og øvrige ikke erhvervsaktive ønsker også at være mere fysisk aktive, mens førtidspensionister ikke har samme motivation for dette. Til gengæld ønsker en høj andel af førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive hjælp til at blive mere fysisk aktive.













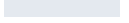









































## Samlivsstatus og børn




Der er ikke forskel på motivationen til at være mere fysisk aktiv eller borgernes ønske om hjælp til at blive det mellem borgere, der henholdsvis bor eller ikke bor sammen med en partner. Borgere med børn i hjemmet vurderer i højere grad end andre, at deres motionsvaner er dårlige, og flere ønsker at være mere fysisk aktive og ønsker hjælp til det. Dette skal ses i lyset af de generelle aldersforskelle i vurdering og motivation vedrørende egne motionsvaner samt det forhold, at borgere uden børn i hjemmet i gennemsnit er ældre end borgere med børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Der er ikke forskel på andelen af borgere, som vurderer egne motionsvaner som dårlige, og motivationen til at ændre motionsvaner blandt borgere med forskellig etnisk baggrund. Der er dog en tendens til, at en større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund, som ønsker at være mere fysisk aktive, også ønsker at få hjælp til dette, end det er tilfældet blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

**Tabel 10.3.3 Egen vurdering af motionsvaner og ønske om hjælp til at blive mere fysisk aktive blandt borgere, der er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive i fritiden, opgjort på kommuner**

	Vurderer egne motionsvaner som dårlige		Vurderer egne motionsvaner som dårlige og vil gerne være mere fysisk aktiv		Vurderer egne motionsvaner som dårlige, vil gerne være mere fysisk aktiv og ønsker hjælp til det	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	75 	169.700	57 	129.100	30 	67.400
Guldborgsund	75 	12.800	56 	9.500	28 	4.800
Kalundborg	82 	12.000	58 	8.300	31 	4.400
Lolland	74 	9.800	54 	7.100	32 	4.200
Odsherred	69 	7.200	49 	5.200	29 	3.100
Slagelse	71 	16.000	52 	11.800	28 	6.200
Vordingborg	75 	10.300	59 	8.000	25 	3.500
Faxe	75 	7.500	55 	5.500	26 	2.700
Holbæk	76 	15.700	55 	11.400	31 	6.400
Næstved	73 	15.300	56 	11.700	30 	6.200
Ringsted	71 	6.000	52 	4.400	29 	2.500
Sorø	76 	5.800	62 	4.700	29 	2.200
Stevns	73 	4.900	54 	3.700	29 	1.900
Greve	77 	10.400	63 	8.500	35 	4.700
Køge	79 	13.300	64 	10.900	32 	5.500
Lejre	75 	5.200	59 	4.100	29 	2.000
Roskilde	74 	13.400	60 	10.800	30 	5.400
Solrød	76 	4.100	64 	3.400	33 	1.800

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, som ikke bevæger sig nok, og som selv vurderer deres motionsvaner som dårlige, varierer fra 69 pct. i Odsherred Kommune til 82 pct. i Kalundborg Kommune. Andelen af borgere, som også ønsker at være mere fysisk aktive, varierer mellem kommuner fra 49 pct. til 64 pct. Der er en tendens til, at andelen af motiverede borgere er størst i de

socioøkonomisk bedre stillede kommuner i regionen som Greve, Køge og Solrød kommuner, og mindst i mere udfordrede kommuner som Odsherred. Andelen af borgere, som ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktive, varierer mindre på tværs af kommuner, og i ingen af kommunerne afviger andelen signifikant fra regionsgennemsnittet.

**Table 10.3.4 Information om hjælp til at ændre motionsvaner fra forskellige kilder til fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere**

	<b>Pct.</b>
Egen læge	6,7 ■
Kommunens personale	2,8 ■
Sygehus	2,3 ■
Arbejde/uddannelse	2,3 ■
Andre	11,2 ■
Alle kilder	23,3 ■

Note: Hver borger kan have modtaget information fra mere end én kilde.

I alt 23,3 pct. af de borgere, som er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive, har fået information om hjælp til at ændre motionsvaner. Det er kun få procent, der er blevet informeret af kommunens personale eller sygehuset, mens 6,7 pct. har fået information fra egen læge. Størstedelen er dog blevet informeret om muligheden for hjælp fra anden side. Detaljer om kilderne til information i denne store gruppe er ikke indhentet i undersøgelsen.

**Tabel 10.3.5 Råd fra egen læge om at dyrke motion samt information om hjælp til at ændre motionsvaner**

	Rådet af egen læge til Pct. at dyrke motion	Informeret af egen Pct. læge om hjælp	Pct. Informeret om hjælp
Region Sjælland 2017	14,1	5,7	22,9
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>			
Fysisk inaktiv	21,6	7,4	22,6
Utilstrækkeligt fysisk aktiv	18,8	6,4	23,6
Tilstrækkeligt fysisk aktiv	14,4	6,4	23,9
Optimalt fysisk aktiv	9,7	4,3	22,5

Signifikant lavere end regionsgennemsnit	Med "informeret om hjælp" menes informeret af enten egen
Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit	læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted
Signifikant højere end regionsgennemsnit	eller andre.

I alt 14,1 pct. af borgerne i regionen er blevet rådet af deres egen læge til at dyrke motion i løbet af det seneste år, og i alt 22,9 pct. af borgerne har fået information om hjælp til at ændre motionsvaner fra en eller flere kilder.

Andelen af borgere, der inden for de seneste 12 måneder er blevet rådet af egen læge til at dyrke motion, er forskellig blandt borgere med forskelligt aktivitetsniveau. Mere end hver fjerde af de fysisk inaktive borgere (21,6 pct.) har fået råd af egen læge

om at dyrke motion, mens det gælder hver tiende af de optimalt fysisk aktive. Rådgivningen om motion til de optimalt fysisk aktive skal ses i lyset af, at det er muligt at opfylde WHO's udvidede anbefaling uden at dyrke egentlig motion. Andelen af borgere, der er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner fra en eller flere kilder, varierer ikke med borgernes aktivitetsniveau. Det er dog især borgere, som ikke lever op til WHO's udvidede anbefaling, der er blevet informeret af egen læge om mulighederne for at få hjælp til at ændre motionsvaner.

**Tabel 10.3.6 Andel af borgere, der er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive, som er rådet af egen læge til at dyrke motion, og andelen, som er informeret om hjælp til at ændre motionsvaner**

	Rådet af egen læge til at dyrke		Informeret af egen læge om		Informeret	
	Pct. motion	Personer	Pct. hjælp	Personer	Pct. om hjælp	Personer
Region Sjælland 2017	19,8	44.900	6,7	15.300	23,3	52.700
<b>Køn</b>						
Mand	23,0	25.700	8,5	9.500	25,7	28.700
Kvinde	16,7	19.200	5,1	5.800	20,9	24.000
<b>Alder</b>						
16-24 år	12,9	2.500	4,2	800	31,9	6.200
25-34 år	22,2	5.500	7,1	1.800	21,7	5.400
35-44 år	15,7	5.600	3,0	1.100	16,3	5.700
45-54 år	20,5	9.200	6,4	2.800	23,4	10.400
55-64 år	23,1	9.500	7,4	3.100	24,7	10.300
65-79 år	21,9	9.800	10,0	4.500	24,9	11.300
80+	17,5	2.700	7,6	1.200	21,5	3.300
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	17,8	2.200	3,2	400	29,4	3.700
Grundskole	20,5	7.900	8,5	3.300	23,3	9.000
Kort uddannelse	21,3	21.400	7,4	7.400	22,2	22.200
Kort videregående	20,7	4.000	9,9	1.900	25,5	4.900
Mellemlang videregående	18,5	7.500	4,8	2.000	23,0	9.400
Lang videregående	15,0	2.300	2,4	400	21,3	3.300
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	17,1	18.900	5,1	5.700	19,9	22.100
Arbejdsløse	25,6	1.600	11,3	700	29,9	1.900
Førtidspensionister	30,9	4.000	10,5	1.400	28,4	3.700
Efterlønsmodtagere	—	—	—	—	—	—
Alderspensionister	20,8	12.600	9,4	5.700	24,0	14.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	26,8	4.300	7,6	1.200	30,5	4.800
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	18,2	26.300	6,3	9.000	21,5	31.000
Ikke samlevende	22,7	18.600	7,6	6.300	26,3	21.700
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	15,8	11.000	4,5	3.100	18,8	13.000
Bor ikke med børn	21,4	33.600	7,7	12.200	25,6	40.300
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	19,7	40.800	6,9	14.200	22,9	47.500
Anden vestlig baggrund	15,2	1.200	4,8	400	30,5	2.400
Ikke-vestlig baggrund	24,5	2.900	5,6	700	23,9	2.800

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

Note: Med ”informeret om hjælp” menes informeret af enten egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre.

---

### **Generelt**

Hver femte borger, der er fysisk inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv (19,8 pct.), er i løbet af de seneste 12 måneder blevet rådet af egen læge til at dyrke motion. En lidt større andel (23,3 pct.) har fået information om hjælp til at ændre motionsvaner, men kun en lille andel har fået informationen fra egen læge (6,7 pct.).

### **Køn og alder**

Der er flere af de inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive mænd end kvinder, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge, og flest mænd er blevet informeret om hjælp til at ændre motionsvaner, både af egen læge og generelt. Det tyder på, at der særligt er et potentiale for rådgivning og information af utilstrækkeligt aktive kvinder om deres fysiske aktivitetsniveau.

Især unge under 25 år er informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner, men informationen kommer ikke primært fra egen læge. De 65-79-årige får derimod især information om muligheden for hjælp fra lægerne i almen praksis.

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Der er ikke de store forskelle på tværs af uddannelsesniveau med hensyn til, hvor meget borgere, der bevæger sig for lidt, bliver rådgivet og informeret om fysisk aktivitet. Dog ser det ud til, at information fra egen læge i lavere grad gives til borgere med lang videregående uddannelse end til borgere med kortere uddannelse.

Desuden er der en tendens til, at især førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive, der ikke bevæger sig nok, bliver rådgivet af egen læge til at dyrke motion, mens kun en lille andel af borgere i beskæftigelse, der ikke bevæger sig nok, bliver rådet af egen læge til at dyrke motion eller får information om muligheden for at få hjælp.

### **Samlivsstatus og børn**























































Andelen af borgere uden en samboende partner bliver oftere rådgivet af egen læge eller informeret om hjælp til at ændre uhensigtsmæssige motionsvaner, end borgere med en partner gør.




### **Etnisk baggrund**

Der er ikke entydige forskelle på, hvor stor en andel af borgere med forskellig etnisk baggrund, der bliver rådgivet og informeret vedrørende fysisk aktivitet, hvis de ikke bevæger sig nok.



**Tabel 10.3.7 Andel af borgere, der er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive, som er rådet af egen læge til at dyrke motion, og andelen, som er informeret om hjælp til at ændre motionsvaner, opgjort på kommuner**

	Rådet af egen læge til at dyrke		Informeret af egen læge om		Informeret om	
	Pct. motion	Personer	Pct. hjælp	Personer	Pct. hjælp	Personer
Region Sjælland	19,8 	44.900	6,7 	15.300	23,3 	52.700
Guldborgsund	18,2 	3.200	5,3 	900	19,4 	3.400
Kalundborg	19,5 	2.900	8,0 	1.200	30,6 	4.400
Lolland	17,7 	2.300	5,8 	800	21,3 	2.800
Odsherred	18,7 	1.900	7,5 	800	24,1 	2.500
Slagelse	19,5 	4.400	7,5 	1.700	24,7 	5.600
Vordingborg	21,8 	3.000	9,2 	1.200	24,0 	3.200
Faxe	17,9 	1.800	5,7 	600	23,3 	2.300
Holbæk	21,4 	4.400	8,0 	1.700	24,1 	5.000
Næstved	19,2 	4.000	5,6 	1.200	22,2 	4.600
Ringsted	20,8 	1.800	6,5 	600	16,5 	1.400
Sorø	18,7 	1.400	6,6 	500	23,3 	1.800
Stevns	19,9 	1.400	7,0 	500	23,4 	1.600
Greve	20,4 	2.800	5,8 	800	20,1 	2.700
Køge	20,3 	3.400	5,3 	900	22,7 	3.800
Lejre	20,8 	1.400	6,0 	400	18,8 	1.300
Roskilde	21,6 	4.000	6,7 	1.300	27,1 	5.100
Solrød	18,0 	1.000	8,5 	500	24,1 	1.300

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

Note: Med ”informeret om hjælp” menes informeret af enten egen læge, kommunens personale, sygehus, arbejde/uddannelsessted eller andre.

### Kommunevariation

Forskellene mellem kommunerne i regionen er hverken store, hvad angår råd om øget motion fra egen læge eller information om hjælp til borgere, der bevæger sig for lidt. Dog skiller Kalundborg Kommune sig ud med en høj andel af borgere, der er inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive (30,6 pct.), som er blevet informeret om muligheden for at få hjælp til at ændre motionsvaner, mens Ringsted Kommune skiller sig ud med en meget lav andel (16,5 pct.). I Kalundborg skyldes den høje andel blandt andet, at flere har fået information om hjælp via arbejdspladsen eller uddannelsesstedet (data ikke vist).

## 10.4 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt fysisk aktive og fysisk inaktive borgere

Den Nationale Sundhedsprofil 2013 viste, at der er tendens til sammenhæng mellem livsstilssygdomme, mangel på fysisk aktivitet og forekomst af andre problemer, f.eks. trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd i øvrigt (24). I dette afsnit sammenholdes borgernes fysiske aktivitet i fritiden med deres øvrige sundhedsadfærd, særligt KRAM-faktorerne (usund kost, dagligrygning og problematisk alkoholadfærd). Tilsvarende er sammenhængen mellem den fysiske aktivitet og borgernes helbred, trivsel og sociale relationer vist.

Der er en tendens til, at gruppen af borgere, der bevæger sig for lidt, også hyppigt har andre uhensigtsmæssige sundhedsvaner, jf. tabel 10.4.1. Borgere, der er fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive, er langt oftere også dagligrygere eller har et usundt kostmønster end borgere, der er tilstrækkeligt eller optimalt fysisk aktive. Forekomsten af problematisk alkoholadfærd varierer mindre med niveauet af fysisk aktivitet end kost og rygning.

Blandt fysisk inaktive borgere ses en høj andel:

- Dagligrygere
- Med usundt kostmønster
- Med dårligt fysisk helbred
- Med dårligt mentalt helbred
- Med højt stressniveau
- Der er utilfredse med livet
- Ensomme borgere
- Med sjælden kontakt med familie
- Med sjælden kontakt med andre i forbindelse med fritidsaktiviteter





















Tabel 10.4.1 Øvrig sundhedsadfærd blandt fysisk aktive og fysisk inaktive borgere




	Pct. Dagligrygning	Problematisk Pct. alkoholadfærd	Pct. Usundt kostmønster
Region Sjælland 2017	19	19	17
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>			
Fysisk inaktiv	30	21	31
Utilstrækkeligt fysisk aktiv	20	19	20
Tilstrækkeligt fysisk aktiv	16	17	14
Optimalt fysisk aktiv	16	19	12

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.

**Tabel 10.4.2 Helbred og trivsel blandt henholdsvis fysisk aktive og fysisk inaktive borgere**
















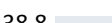




	Dårligt fysisk Pct. helbred	Dårligt mentalt Pct. helbred	Højt Pct. stressniveau	Utilfreds med Pct. livet
Region Sjælland 2017	13,5 	13,6 	26,6 	17,4 
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>				
Fysisk inaktiv	30,4 	21,5 	37,1 	29,1 
Utilstrækkeligt fysisk aktiv	16,6 	15,2 	29,9 	19,8 
Tilstrækkeligt fysisk aktiv	11,7 	12,5 	23,5 	15,3 
Optimalt fysisk aktiv	7,9 	10,4 	21,5 	14,0 




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

Der er en tydelig sammenhæng mellem borgernes fysiske aktivitetsniveau og deres selvvaluerede fysiske og mentale helbred, stressniveau og tilfredshed med livet. Jo mere fysisk aktiv, desto mindre andel har dårligt fysisk eller mentalt helbred, højt stressniveau eller er utilfredse med livet.

Sammenlignet med fysisk aktive borgere er der blandt de fysisk inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive en større andel, som føler sig ensomme. Også sjælden kontakt med familie og sjælden kontakt med andre i forbindelse med fritidsaktiviteter er mere udbredt blandt borgere, der bevæger sig for lidt. De mindre fysisk aktive borgere er også oftere belastet af deres økonomiske situation.

**Tabel 10.4.3 Sociale relationer og økonomisk belastning blandt henholdsvis fysisk aktive og fysisk inaktive borgere**

	Føler sig Pct. ensom	Sjælden kontakt med Pct. familie	Sjælden kontakt med andre ifm. Pct. fritidsaktiviteter	Belastet af sin Pct. økonomi
Region Sjælland 2017	8,6 	9,2 	33,1 	42,1 
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>				
Fysisk inaktiv	14,1 	13,9 	60,2 	47,1 
Utilstrækkeligt fysisk aktiv	9,5 	10,7 	44,1 	44,5 
Tilstrækkeligt fysisk aktiv	7,0 	7,7 	31,0 	38,8 
Optimalt fysisk aktiv	6,9 	7,2 	21,4 	40,1 

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

---

## 10.5 Transportmæssige begrænsninger for motionsaktiviteter

I Forebyggelsespakken for fysisk aktivitet fremhæves transport, adgang og tilgængelighed som vigtige faktorer i forhold til at fremme fysisk aktivitet som forebyggelse af sygdomme relateret til livsstilssygdomme (1). Dette gælder f.eks. kommuners opgave med hensyn til at sikre sunde og trygge transportveje, som fremmer fysisk aktivitet, såsom cykelstier og gode færdselsveje for fodgængere. Det gælder også en sikring af borgernes mulighed for at komme frem til faciliteter, som kan fremme fysisk aktivitet, såsom idrætsfaciliteter, parker og naturområder (1). I dette afsnit er der fokus på borgernes oplevelse af transportmæssige begrænsninger for deres adgang til motionsaktiviteter.

Transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter er især udbredt blandt:

- Borgere under 35 år eller over 80 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere med udelukkende grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

**Tabel 10.5.1 Borgere, som inden for de seneste 12 måneder har undladt at deltage i motionsaktiviteter på grund af problemer med transport**

	Pct. Undladt motionsaktiviteter	Personer
Region Sjælland 2017	8,5	58.600
Region Sjælland 2013	9,0	59.900
<b>Køn</b>		
Mand	8,1	27.300
Kvinde	8,9	31.300
<b>Alder</b>		
16-24 år	13,1	10.800
25-34 år	12,9	9.200
35-44 år	7,6	7.800
45-54 år	7,9	10.400
55-64 år	5,9	6.900
65-79 år	6,4	9.500
80+	11,8	4.000
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>		
Under uddannelse	12,6	7.100
Grundskole	12,0	11.400
Kort uddannelse	6,5	18.800
Kort videregående	7,1	4.500
Mellemlang videregående	6,2	8.200
Lang videregående	7,3	3.700
<b>Erhvervstilknytning</b>		
Beskæftigede	6,5	21.900
Arbejdsløse	10,8	1.800
Førtidspensionister	17,4	5.100
Efterlønsmodtagere	1,9	300
Alderspensionister	7,4	13.500
Øvrige ikke-erhvervsaktive	16,3	6.300
<b>Samlivsstatus</b>		
Samlevende	6,5	28.600
Ikke samlevende	12,2	30.000
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>		
Bor sammen med børn	8,5	18.300
Bor ikke med børn	8,5	40.100
<b>Etnisk baggrund</b>		
Dansk baggrund	8,1	50.700
Anden vestlig baggrund	8,7	2.100
Ikke-vestlig baggrund	17,1	5.700

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

---

### **Generelt**

I alt 8,5 pct. af borgerne i Region Sjælland har inden for det seneste år undladt at deltage i motionsaktiviteter pga. transportmæssige udfordringer. Det svarer til 58.600 borgere. Andelen af borgere med transportmæssige udfordringer i forhold til motionsaktiviteter er stort set den samme som i 2013 (9,0 pct.).

### **Køn og alder**

Der er ikke forskel på mænd og kvinders transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter, men der er store forskelle på tværs af aldersgrupper. Især de unge og de ældste borgere oplever transportmæssige begrænsninger. Blandt borgere under 35 år eller over 80 år har ca. 12-13 pct. undladt at deltage i motionsaktiviteter pga. transportmæssige udfordringer det seneste år, mens det blandt 55-79-årige kun gælder ca. 6 pct. og blandt 35-54-årige ca. 8 pct. Blandt ældre over 80 år er andelen med transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter lavere i 2017, end den var i 2013 (data ikke vist).

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Borgere under uddannelse og borgere udelukkende med grundskoleuddannelse oplever i højere grad transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter (12-13 pct.), sammenlignet med borgere med længere uddannelse (6-7 pct.). Førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive er blandt de grupper af borgere, hvor den højeste andel har undladt at deltage i motionsaktiviteter pga. transportmæssige udfordringer (16-17 pct.), mens efterlønsmodtagere har den laveste andel (1,9 pct.).

### **Samlivsstatus og børn**

Blandt borgere uden en samboende partner er andelen, der har undladt at deltage i motionsaktiviteter pga. transportmæssige udfordringer, næsten dobbelt så høj (12,2 pct.) som blandt borgere, der bor med en partner (6,5 pct.). Borgere med og uden børn i hjemmet adskiller sig ikke fra hinanden med hensyn til transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter.

### **Etnisk baggrund**

Borgere fra ikke-vestlige lande oplever i langt højere grad transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Således har 17,1 pct. af borgere med ikke-vestlig baggrund undladt at deltage i motionsaktiviteter på grund af transportmæssige udfordringer i løbet af de seneste 12 måneder, mens det samme kun gælder 8-9 pct. af borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

**Tabel 10.5.2 Borgere, som inden for de seneste 12 måneder har undladt at deltage i motionsaktiviteter på grund af problemer med transport, opgjort på kommuner**

	Pct. 2017 Undladt motionsaktiviteter	Personer 2017	Pct. 2013
Region Sjælland	8,5	58.600	9,0
Guldborgsund	7,6	4.000	9,9
Kalundborg	8,1	3.300	9,5
Lolland	9,6	3.500	10,2
Odsherred	10,0	2.900	8,1
Slagelse	9,1	6.100	9,7
Vordingborg	9,1	3.500	8,7
Faxe	8,9	2.600	9,9
Holbæk	9,7	5.600	10,3
Næstved	9,9	6.700	8,5
Ringsted	8,4	2.300	8,1
Sorø	7,2	1.700	11,6
Stevns	7,8	1.400	9,3
Greve	6,1	2.500	5,4
Køge	7,1	3.400	9,1
Lejre	8,5	1.800	7,9
Roskilde	8,5	6.000	8,4
Solrød	6,8	1.200	8,1

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

### Kommunevariation

Transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter varierer på tværs af kommunerne i Region Sjælland fra 6,1 pct. i Greve Kommune til 10,0 pct. i Odsherred Kommune. I stort set alle kommuner afviger andelen dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 8,5 pct. Der er en tendens til, at kommuner langs den østlige kyst syd for hovedstadsområdet (Greve, Solrød og Køge) har en mindre andel

af borgere end de øvrige kommuner, som oplever transportmæssige udfordringer i forbindelse med motionsaktiviteter.

Andelen af borgere, som det seneste år har oplevet transportproblemer i forbindelse med motionsaktiviteter, har ikke ændret sig signifikant i nogen kommuner siden 2013.

**Kort 10.5.3 Borgere, som inden for de seneste 12 måneder har undladt at deltage i motionsaktiviteter på grund af problemer med transport.**





# 10.6 Initiativ fra Køge Kommune

## Seniorfitness

I Sundhedsprofilen 2013 angav 29 pct. af borgerne i Køge Kommune, at de havde stillesiddende aktiviteter mere end ti timer om dagen, hvilket var på niveau med regionsgennemsnittet. I 2017 er fysisk aktivitet og stillesiddende tid opgjort ud fra nye mål. Sammen med andre kommuner tæt på hovedstadsområdet er Køge Kommune en af de kommuner i regionen, som har den største andel af borgere, der sidder stille en stor del af dagen. Tallene fra Sundhedsprofilen 2017 viser også, at der i Køge Kommune er en stor andel af de inaktive eller utilstrækkeligt fysisk aktive borgere, som vurderer deres motionsvaner som dårlige. En stor del af disse borgere ønsker at ændre deres vaner, 64 pct., hvilket er langt over regionsgennemsnittet på 57 pct.

### Baggrund for Seniorfitness

I Køge Kommunes *Træningsenhed* oplevede man i 2013 at modtage borgere i gentagne genoptræningsforløb inden for relativt kort tid. Oftest var det som følge af, at borgerne ikke havde formået at vedligeholde deres funktionsniveau efter endt genoptræningsforløb. *Seniorfitness* er et eksempel på, hvordan Køge Kommune har taget hånd om denne udfordring. I 2014 startede *Seniorfitness* som et tilbud for borgere efter endt rehabiliterings- eller genoptræningsforløb. Det blev hurtigt tydeligt, at trygge rammer og dygtige undervisere er vigtige faktorer, for at deltagerne føler sig godt tilpas. Gode træningsrutiner, socialt sammenhold, smil, nærvær og motion under kyndig vejledning er derfor nogle af de nøgleord, der kendetegner *Seniorfitness* i Køge Kommune.

### Tilbuddet

*Seniorfitness* er et træningstilbud til borgere over 50 år, der gerne vil vedligeholde og forbedre deres muskelstyrke, kondition og balance på mindre hold med ligesindede. Tilbuddet foregår i samarbejde med DGI og lokale idrætsforeninger. DGI Midt- og Vestsjælland har stået for uddannelse af samtlige *Seniorfitness*-instruktører, som alle har gennemført en 40 timers fitnessuddannelse samt ti timers aldersrelateret træning, således at instruktørerne er kompetente til at tage hånd om den enkelte og understøtte borgere

med behov for særligt hensyntagende træning. For at understøtte en god overgang og opstart i *Seniorfitness* har alle kommunale genoptræningscentre derfor særligt udpegede *Seniorfitness*-kontaktterapeuter, der hjælper med at etablere den indledende kontakt mellem borger og forening.

Målet med *Seniorfitness* er at vedligeholde og styrke deltageres funktionsniveau og forebygge funktionsnedsættelse, så den enkelte borger forbliver selvhjulpent længst muligt. Dertil er det hensigten, at borgere, der er tilmeldt *Seniorfitness*, får udbygget deres netværk, sociale relationer og på længere sigt muligvis indsluses i foreningstilbud i lokalområdet. For de involverede idrætsforeninger er *Seniorfitness* en mulighed for at imødekomme en gruppe af potentielle medlemmer, som normalt ikke opsøger det etablerede foreningsliv.

I Køge Kommune foregår *Seniorfitness* på to måder: *Seniorfitness* som holdtræning i træningsfaciliteter på ældrecentre varetaget af den lokale idrætsforening, og *HjerteFitness* og *Seniorfitness* som selvtræning i Borup Fitness, et mindre lokalt foreningsbaseret motionscenter. *Seniorfitness*-holdtræningen på ældrecentre foregår på mindre hold, og disse hold træner to gange ugentligt i en time. Al holdtræning starter med fælles opvarmning efterfulgt af træning i maskiner og afsluttes med afspænding. Selvtræningen foregår på egen hånd i Borup Fitness' almindelige åbningstid så ofte, man lyster. Der er en *Seniorfitness*-instruktør til stede én dag om ugen i et givent tidsrum, eller efter særlig aftale.

*Seniorfitness* er et partnerskab mellem DGI Midt- og Vestsjælland, Køge Kommune samt de lokale idrætsforeninger *HjerteFitness* og Borup Fitness. DGI Midt- og Vestsjælland har været en vigtig samarbejdspartner i opstartsperioden, både i forbindelse med konceptudvikling, procesfacilitering samt etablering af kontakt til lokale idrætsforeninger.

Deltagerne betaler 175 kr pr. mdr., som dækker udgifter til aflønning af instruktører mv. i idrætsforeningerne.

## Deltagerne siger:

Anne, 86-år:

*Efter træning føler man sig rigtig godt tilpas. Man har det godt med sig selv, fordi man har været i gang.*

Birtha på 82 år har gået til Seniorfitness siden opstarten i 2014 og synes, at det har været en god fortsættelse af den genoptræning, hun modtog efter en knæoperation:

*Dengang var jeg på et knæhold, og der trænede jeg kun knæet. Her træner vi det hele. Man kan godt mærke, at det er en gymnastikinstruktør, der træner os, for vi har en rigtig god opvarmning... da jeg startede, måtte jeg hele tiden holde fast i barrierne, og nu kan jeg sagtens stå ude på gulvet under hele opvarmningen.*

Inger fik en blodprop i hjernen, og efterfølgende modtog hun genoptræning:

*Efter mit genoptræningsforløb hos kommunens dygtige fysioterapeuter opfordrede de mig til at fortsætte træningen og tilmelde mig Seniorfitness, og nu har jeg gået her i tre måneder. Miljøet er dejlig trygt, og jeg møder altid imødekommende instruktører. Rent fysisk føler jeg klart en forbedring, blandt andet i form af en meget bedre kondition, og så føler jeg mig stærkere.*

## Erfaringer

Oprindeligt var *Seniorfitness* et motionstilbud for en afgrænset målgruppe, nærmere bestemt borgere godkendt til rehabilitering og/eller genoptræning efter Sundhedsloven §119 og §140 samt Serviceloven §86. Rekruttering af deltagere til *Seniorfitness* skete derfor blandt borgere, der afsluttede et genoptrænings- eller rehabiliteringsforløb. Dette var for at sikre, at tilbuddet nåede ud til den tiltænkte målgruppe. Grundet stor interesse og efterspørgsel på deltagelse i *Seniorfitness* har Køge Kommune valgt at videreudvikle *Seniorfitness* således, at flere seniorer kan få glæde af tilbuddet.

Siden opstarten har der været særlig rift om pladserne på *Seniorfitness*-holdtræningen. Det har resulteret i, at der nu er seks hold, hvert med 12-15 deltagere, som træner to gange ugentligt. Deltagernes smil på læben og sved på panden taler sit tydelige sprog: De er vilde med det. Motiverede borgere og dygtige instruktører er nogle af de elementer, der er årsagen til, at *Seniorfitness* i dag er et vellykket og eftertragtet tilbud blandt seniorer i Køge Kommune.

Alice kom til *Seniorfitness* støttet til sin stok og meget dårligt gående. Hun går nu helt uden stok, og hver gang går hun gangtest på gangene for at blive hurtigere og mere sikker i sin gang.

Bente kom med rollator og senere stok. I dag går hun sikkert rundt uden stok, og opvarmningen klares stående med støtte fra barren.

Yderligere information om initiativet i Køge Kommune, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse til Stine Rodenberg, stine.rodenberg@koege.dk.

Se i øvrigt mere om *Seniorfitness* her: [www.koege.dk/aktivaldring](http://www.koege.dk/aktivaldring)



Chefinstruktør Lisbeth Møller instruerer Susan Jensen, der startede med at gå i Seniorfitness i 2014. I 2017 blev Susan Jensen hyret som *Seniorfitness*-vært, der udfører administrative opgaver, hjælper med indstilling af maskiner og hygger om medlemmerne. Foto: Stine Rodenberg.

---

## Referencer

1. **Sundhedsstyrelsen.** *Forebyggelsespakke - Fysisk aktivitet.* 2012.
2. **Eriksen L, et al.** *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2016.
3. **Leitzmann M, et al.** European Code against Cancer 4th Edition: Physical activity and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015, 39, 46–55.
4. **Overgaard K, et al.** *Stillesiddende adfærd - en helbredsrisiko?* København: Videnscenter for Forebyggelse, 2015.
5. **Arem H, et al.** Leisure Time Physical Activity and Mortality: A Detailed Pooled Analysis of the Dose-Response Relationship. *JAMA Intern Med.* 2015, 175 (6), 959.
6. **WHO.** Global Recommendations on Physical Activity for Health. [Online] 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44399/1/9789241599979_eng.pdf).
7. **Tetens I, et al.** *Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet.* Søborg: DTU Fødevarerinstitution, 2013.
8. **Smith AD, et al.** Physical activity and incident type 2 diabetes mellitus: a systematic review and dose-response meta-analysis of prospective cohort studies. *Diabetologia.* 2016, 59 (12), 2527–45.
9. **Zhang D, et al.** Leisure-time physical activity and incident metabolic syndrome: a systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. *Metabolism.* 2017, 75, 36-44.
10. **Liu X, et al.** Dose-Response Association between Physical Activity and Incident Hypertension: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Hypertension.* 2017, 69 (5), 813-20.
11. **Kyu HH, et al.** Physical activity and risk of breast cancer, colon cancer, diabetes, ischemic heart disease, and ischemic stroke events: systematic review and dose-response meta-analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *BMJ.* 2016, 354, 3857.
12. **Sørensen J, et al.** Exercise on prescription: Changes in physical activity and health-related quality of life in five Danish programmes. *European Journal of Public Health.* 2011, 21 (1), 56–62.
13. **Puggaard L, et al.** Maximal oxygen uptake, muscle strength and walking speed in 85-year-old women: Effects of increased physical activity. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2000, 12 (3), 180-89.
14. **Grönstedt H, et al.** Effects of Individually Tailored Physical and Daily Activities in Nursing Home Residents on Activities of Daily Living, Physical Performance and Physical Activity Level: A Randomized Controlled Trial. *Gerontology.* 2013, 59, 220-29.
15. **Chin A, et al.** The functional effects of physical exercise training in frail older people: a systematic review. *Sport Med.* 2008, 38 (9), 781–93.
16. **Hupin D, 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.
17. **Mammen G and Faulkner G.** Physical activity and the prevention of depression: A systematic review of prospective studies. *Am J Prev Med.* 2013, 45 (5), 640-57.
18. **Blondell SJ, Hammersley-Mather R and Veerman J.** Does physical activity prevent cognitive decline and dementia?: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *BMC Public Health.* 2014, 14, 1-12.
19. **Beckett MW, Ardern CI og Rotondi MA.** A meta-analysis of prospective studies on the role of physical activity and the prevention of Alzheimer's disease in older adults. *BMC Geriatr.* 2015, 15 (1), 9.
20. **Danquah, IH, et al.** *Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og sidde tid.* Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2016.

---

21. **Holterman A, et al.** The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. *Br J Sports Med.* 2017 Aug 1.

22. **Sundhedsstyrelsen.** *30 minutter om dagen ved moderat til høj intensitet.* 2016.

23. **Holtermann A, et al.** The interplay between physical activity at work and during leisure time-risk of ischemic heart disease and all-cause mortality in middle-aged Caucasian men. *Scand J Work Environ Health.* 2009, 466-74.

24. **Sundhedsstyrelsen.** *Danskernes Sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2013.*



# Kapitel 11

## Søvn

11.1 Søvnlængde på hverdage

11.2 Søvnkvalitet

11.3 Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet

11.4 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd og borgernes søvnkvalitet

11.5 Initiativ fra Næstved Kommune: Søvnkurser



# Søvn

- Omkring hver tiende borger i Region Sjælland sover under seks timer dagligt
- Andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet er steget siden 2013
- Kvinder har dårligere søvnkvalitet end mænd, og ældre over 65 år har bedre søvnkvalitet end borgere under 65 år. Forskellene er øget siden 2013
- Jo længere uddannelse, desto længere søvnlængde og bedre søvnkvalitet
- En større andel af borgere med ikke-vestlig baggrund end borgere med dansk baggrund sover under seks timer dagligt
- Der er en tæt sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet

Søvn har stor betydning for helbredet, både hvad angår de fysiologiske forhold i kroppen og den subjektive opfattelse af helbredet (1). Søvnproblemer er symptomer og gener, der er forbundet med søvn. Dette omfatter vanskelighed med at falde i søvn, oplevelsen af mangel på sammenhængende søvn og for tidlig opvågning trods tilstrækkelig mulighed for at sove samt søvnsygdomme som f.eks. søvnapnø. Voksne har generelt behov for at sove seks-ni timer i døgnet. Søvnproblemer omfatter både for kort søvn (mindre end seks-syv timer) og for lang søvn (mere end ni timer) (1).

Flere vigtige hormoner relaterer sig til søvn. Vækst- og kønshormoner dannes især om natten, og de har betydning for vækst, vedligeholdelse af muskelmasse, celledannelse, knoglestyrke, hjernefunktion, vitalitet samt vækst af hår og negle (2). Hormonet kortisol kaldes også "langtidsstresshormonet" og findes især i høj koncentration om dagen, mens produktionen falder til et lavt niveau under dyb søvn. Ved manglende søvn falder niveauet af kortisol derfor ikke, og vedvarende høje koncentrationer i blodet har mange bivirkninger. Det øger f.eks. indholdet af sukker og fedt i blodet, blodtrykket stiger og giver åreforkalkninger, hvilket øger risikoen for blodpropper i hjerte og hjerne (1). Kortisolniveauet øger også risikoen for angst og depression, og der er derfor en gensidig relation mellem stress, livsbelastende begivenheder og søvnproblemer (1).

Der er sammenhæng mellem søvnforstyrrelser, vægtforøgelse og risiko for fedme (3) (4) (5), og søvnforstyrrelser relateres til højere sygelighed (6) (7) som hjerte-kar-sygdomme (8) og diabetes (9) (10), ligesom der er lidt højere dødelighed blandt personer med for lidt eller for meget søvn (1). Det er dog usikkert, i hvor høj grad især lang søvn skal ses som medvirkende årsag til øget dødelighed eller som en markør for eksisterende sygdom, som påvirker både søvn og dødelighed (1).

Udover følgesygdomme relateret til forstyrrelser i kroppen på grund af uopfyldt søvnbehov findes også egentlige søvnsygdomme som f.eks. søvnapnø, der særligt kan ses i forbindelse med diabetes (11) (12). Forskere anbefaler derfor, at fremtidige forebyggelsesstrategier bør inddrage en vurdering af søvnproblemer på lige fod med andre kendte risikofaktorer som usund kost, rygning, højt indtag af alkohol, fysisk inaktivitet og dårligt mentalt helbred (1).

Omgivelserne har effekt på søvnens omfang og kvalitet. Det kan være arbejdsvilkår som f.eks. skifteholdsarbejde eller højt pres på arbejdspladsen (13). Der er betydelige samfundsmæssige omkostninger forbundet med både søvnproblemer og -sygdomme. Eksempelvis er søvnproblemer forbundet med øget medicinforbrug og øget antal konsultationer hos egen læge, nedsat produktivitet og øget fravær fra arbejde. De største



---

indirekte udgifter associeret med søvnproblemer og -sygdomme vedrører nedsat arbejdsproduktivitet, som estimeres til årligt at svare til 7,8 mistede dage for hver fuldtidsbeskæftiget dansker (1).

Dette kapitel om søvn indledes med en beskrivelse af søvnlængden i befolkningen i Region Sjælland (afsnit 11.1). Afsnit 11.2 fokuserer på søvnkvalitet, og i afsnit 11.3 handler det om sammenhængen mellem søvnlængde og søvnkvalitet. I kapitlets fjerde afsnit 11.4, er der fokus på sammenhæng mellem helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd blandt borgere med forskellig søvnkvalitet. Kapitlet afsluttes med beskrivelse af et initiativ fra Næstved Kommune med tilbud om søvnkurser.

---

## Hovedresultater

### Forekomst

Omkring hver tiende borger i Region Sjælland sover under seks timer dagligt på hverdage, og hver tiende sover ni timer eller derover. Omkring halvdelen af borgerne sover alt i alt godt eller virkelig godt. Der er dog også en del borgere, som har dårlig søvnkvalitet. I 2017 synes hver ottende borger således, at de sover dårligt, mens hver syvende næsten aldrig føler sig udhvilet, og hver sjette borger er meget generet af søvnproblemer. Andelen af borgere, som har dårlig søvnkvalitet, er steget med ca. 30 pct. siden 2013.

### Køn

Der er ingen kønsforskelle i andelen af borgere, der sover under seks timer, men en større andel af kvinder end mænd sover dårligt, føler sig ikke udhvilet eller er meget generet af søvnproblemer. Siden 2013 er søvnkvaliteten især blevet ringere blandt kvinder.

### Alder

Borgere over 65 år har generelt bedre søvnkvalitet end yngre borgere. Andelen af borgere, der sover dårligt, er størst blandt 45-64 årige, mens andelen, der ikke føler sig udhvilet, er størst i de yngste aldersgrupper. Kun 7 pct. af borgere over 65 år føler sig ikke udhvilet, mens andelen er to til tre gange større blandt yngre borgere. Siden 2013 er problemer med søvnkvaliteten især blevet mere udbredt blandt borgere under 45 år.

### Uddannelse og erhvervstilknytning

Udbredelsen af søvnlængde under seks timer og dårlig søvnkvalitet falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Søvnkvalitet under seks timer er to til tre gange mere udbredt blandt borgere med lang videregående uddannelse end blandt borgere, som udelukkende har grundskoleuddannelse. Der er også en markant sammenhæng mellem borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og deres søvnlængde og søvnkvalitet. Blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive sover omkring hver femte borger under seks timer, og hver tredje er meget generet af søvnproblemer, mens det samme kun er tilfældet for henholdsvis hver tiende og hver ottende borger i beskæftigelse. Siden 2013 er andelen, som ikke føler sig udhvilet, steget markant blandt borgere under uddannelse.

### 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. Siden 2013 er søvnkvaliteten desuden især blevet ringere blandt borgere, som ikke 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, mens andelen, der sover dårligt, eller som er meget generet af søvnproblemer, er størst blandt borgere uden børn i hjemmet.

### Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund sover generelt mindre og har ringere søvnkvalitet end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Blandt borgere med ikke-vestlig baggrund er det næsten hver fjerde borger, der sover under seks timer dagligt, mens det blandt borgere med dansk baggrund kun er hver tiende.

---

### **Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet**

Der er en meget tydelig sammenhæng mellem søvnlængde og oplevet søvnkvalitet. Omkring halvdelen af de borgere, der sover under seks timer, mener, at de sover dårligt. Blandt borgere, der sover syv timer eller derover, gælder det 4-8 pct.

### **Sammenhæng mellem sundhedsadfærd, helbred og trivsel og borgernes søvn**

Borgernes søvnlængde og især søvnkvalitet varierer meget med deres selvvaluerede helbred, tilfredshed med livet, stressniveau, ensomhed og i mindre grad også deres sundhedsadfærd. Blandt borgere med dårligt selvvalueret helbred sover hver femte under seks timer, og hver tredje sover alt i alt dårligt, mens begge dele kun er tilfældet for en ud af 13 borgere med et godt selvvalueret helbred.

## 11.1 Søvnlængde på hverdage

Voksne har generelt behov for at sove seks-ni timer i døgnet, men der er store individuelle forskelle. Voksne danskere sover i gennemsnit ca. 45 minutter længere i weekenderne end på hverdage (1).

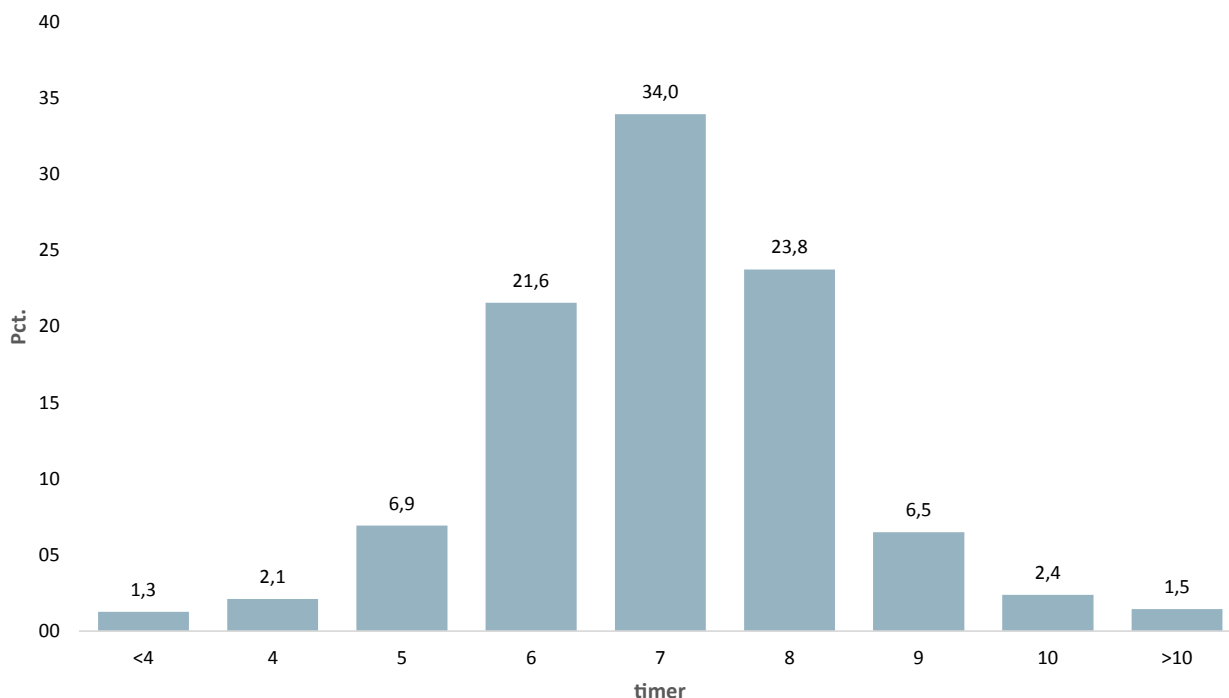
For at opgøre og beskrive søvnens længde er borgerne i 2017 spurgt om, hvor mange timer og minutter de sover på et almindeligt hverdagsdøgn vurderet ud fra søvnen de seneste fire uger. Søvnlængden inkluderer også tiden brugt til en middagslur. Søvnlængden er dels opgjort som en fordeling af borgerne efter deres søvnlængde time for time, og dels ud fra andelen af borgere, der sover henholdsvis under seks timer eller mindst seks timer, svarende til den nedre grænse for det generelle søvnbehov blandt voksne (1).

Søvnlængde under seks timer er især udbredt blandt:

- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

I Region Sjælland er det mest almindeligt, at voksne sover mindst syv timer men under otte timer dagligt på hverdage, og fire ud af fem borgere sover over seks men under ni timer, jf. tabel 11.1.1. Knap hver tiende borger sover under seks timer, og hver tiende borger sover ni timer eller derover.

Tabel 11.1.1. Dagligt antal timers søvn på hverdage



Note: Hver timekategori omfatter personer, som har sovet 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.

Tabel 11.1.2 Borgere, der sover under eller over seks timer dagligt på hverdage

	Pct. Sover under seks timer	Personer	Pct. Sover mindst seks timer	Personer
Region Sjælland 2017	10,4	71.100	89,6	615.500
<b>Køn</b>				
Mand	10,4	34.800	89,6	300.400
Kvinde	10,3	36.300	89,7	315.200
<b>Alder</b>				
16-24 år	9,6	7.900	90,4	74.300
25-34 år	11,0	7.600	89,0	62.000
35-44 år	11,2	11.300	88,8	89.000
45-54 år	10,7	13.800	89,3	115.400
55-64 år	11,6	13.500	88,4	102.800
65-79 år	8,9	13.400	91,1	137.200
80+	9,3	3.600	90,7	35.000
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	9,1	5.100	90,9	51.100
Grundskole	13,0	12.500	87,0	83.800
Kort uddannelse	10,2	29.500	89,8	259.400
Kort videregående	8,8	5.500	91,2	56.900
Mellemlang videregående	8,9	11.800	91,1	120.700
Lang videregående	5,1	2.600	94,9	47.800
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	9,1	30.000	90,9	299.600
Arbejdsløse	15,2	2.400	84,8	13.600
Førtidspensionister	21,0	6.200	79,0	23.300
Efterlønsmodtagere	7,8	1.100	92,2	12.700
Alderspensionister	9,0	17.100	91,0	173.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	18,5	7.000	81,5	30.900
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	9,1	39.800	90,9	397.200
Ikke samlevende	12,5	31.300	87,5	218.300
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	9,9	20.900	90,1	191.000
Bor ikke med børn	10,5	49.800	89,5	425.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	9,6	60.500	90,4	569.000
Anden vestlig baggrund	11,5	2.800	88,5	21.300
Ikke-vestlig baggrund	23,3	7.700	76,7	25.400

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

---

### **Generelt**

Hver tiende borger i regionen (10,4 pct.) sover under seks timer dagligt på hverdage, svarende til 71.100 borgere, jf. tabel 11.1.2.

### **Køn og alder**

Der er igen kønsforskelle i andelen af borgere, der sover under seks timer dagligt, og andelen varierer heller 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 andre aldersgrupper.

### **Uddannelse og erhvervstilknytning**

Andelen af borgere, der sover under seks timer dagligt, varierer markant på tværs af uddannelsesgrupper og borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet. Blandt borgere med lang videregående uddannelse er der 5,1 pct., der sover under seks timer dagligt, mens andelen er to-tre gange så stor blandt borgere udelukkende med grundskoleuddannelse (13,0 pct.). Blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive sover omkring hver femte borger under seks timer dagligt, mens dette kun er tilfældet for hver tiende borger i beskæftigelse eller på alderspension.

### **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 henholdsvis 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 fjerde borger under seks timer dagligt, mens det blandt borgere med dansk baggrund kun er hver tiende.

**Tabel 11.1.3 Borgere, der sover under eller over seks timer dagligt på hverdage, opgjort på kommuner**

	Pct. Sover under seks timer	Personer	Pct. Sover mindst seks timer	Personer
Region Sjælland	10,4	71.100	89,6	615.500
Guldborgsund	11,3	5.900	88,7	46.200
Kalundborg	11,6	4.700	88,4	36.100
Lolland	10,6	3.800	89,4	32.300
Odsherred	13,3	3.800	86,7	25.000
Slagelse	11,7	7.800	88,3	58.500
Vordingborg	9,2	3.600	90,8	35.600
Faxe	10,3	3.000	89,7	26.400
Holbæk	11,5	6.600	88,5	51.200
Næstved	10,7	7.200	89,3	60.400
Ringsted	11,4	3.100	88,6	23.600
Sorø	9,0	2.200	91,0	22.100
Stevns	9,3	1.700	90,7	16.800
Greve	9,8	4.100	90,2	37.300
Køge	8,2	3.800	91,8	43.100
Lejre	7,5	1.600	92,5	19.800
Roskilde	9,1	6.500	90,9	64.900
Solrød	9,1	1.600	90,9	16.400

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

### Kommunevariation

Andelen af borgere, der sover under seks timer dagligt på hverdage, varierer mellem Region Sjællands kommuner fra 7,5 pct. og 8,2 pct. i henholdsvis Lejre og Køge kommuner til 13,3 pct. i Odsherred Kommune. Størstedelen af kommunerne afviger dog ikke signifikant fra regionsgennemsnittet på 10,4 pct.

Der er generelt en 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 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

Kvaliteten af søvnen har betydning for helbredet, fordi søvnen påvirker niveauet af blandt andet vækst- og stresshormoner (2) (1).

Borgernes søvnkvalitet er beskrevet med tre spørgsmål. Indledningsvis er borgerne blevet spurgt om, hvordan de alt i alt synes, at de sover, med svarmulighederne: "Virkelig godt", "godt", "nogenlunde" eller "dårligt". I dette afsnit opgøres andelen af borgere, der svarer, at de sover dårligt. Det skal bemærkes, at opgørelsen af borgere, der sover dårligt i Region Sjællands Sundhedsprofil 2013, også omfattede borgere, der svarede, at de sover "nogenlunde". Andelen var derfor væsentligt højere i 2013-rapporten end i nærværende rapport. I denne rapport er tallene for 2010 og 2013 opgjort på samme måde som 2017-tallene, og man kan derfor sammenligne mellem alle årene.

Dernæst er borgerne blevet spurgt, om de har fået søvn nok de seneste fire uger til at føle sig udhviled. Her var svarmulighederne: "Ja, som regel", "ja, men ikke tit nok" eller "nej, aldrig (næsten aldrig)". I dette afsnit opgøres andelen af borgere, som aldrig eller næsten aldrig føler sig udhvilet.

Borgerne blev desuden spurgt, om de har været generet af søvnbesvær eller søvnproblemer de seneste 14 dage. Svarmulighederne var: "Ja, meget generet", "ja, lidt generet" eller "nej". I dette afsnit opgøres andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer.

Endelig er borgerne spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har modtaget information om, at man kan få hjælp i forbindelse med søvnvaner fra henholdsvis kommunen, egen læge, sygehus, arbejdet, uddannelsen eller fra andre steder.

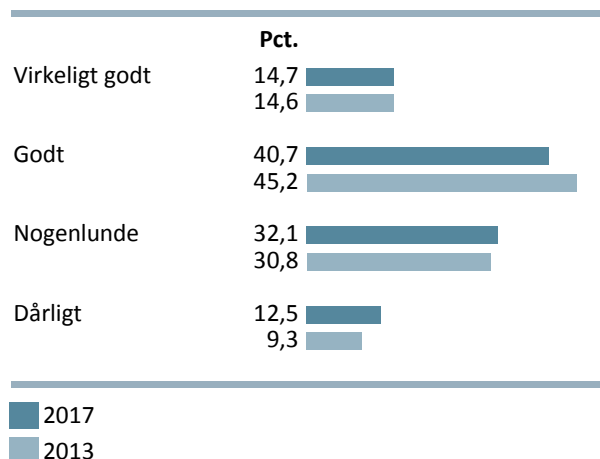
Dårlig søvnkvalitet er især udbredt blandt:

- Kvinder
- Borgere under 65 år
- Borgere udelukkende med grundskoleuddannelse
- Førtidspensionister, arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Siden 2013 er søvnkvaliteten især blevet ringere blandt:

- Kvinder
- Borgere under 65 år
- Borgere under uddannelse
- Borgere, der ikke bor sammen med en partner

Tabel 11.2.1 Hvordan synes du alt i alt, du sover?



Omkring halvdelen af borgerne i regionen synes, at de alt i alt sover godt eller virkeligt godt. Samme andel føler sig som regel udhvilet og er ikke generet af søvnproblemer (data ikke vist). Der er dog også en del borgere med dårlig søvnkvalitet, og andelen er stigende. Hver ottende borger i 2017 synes, at de alt i alt sover decideret dårligt.

**Tabel 11.2.2 Borgere, som alt i alt sover dårligt, som aldrig eller næsten aldrig har sovet nok til at føle sig udhvilet, eller som er meget generet af søvnproblemer**

	Sover		Aldrig/ næsten aldrig		Meget generet af søvn-	
	Pct. dårligt	Personer	Pct. udhvilet	Personer	Pct. problemer	Personer
Region Sjælland 2017	12,5	85.700	13,5	92.900	15,6	106.800
Region Sjælland 2013	9,3	61.900	10,6	70.300	12,0	79.800
Region Sjælland 2010					10,7	70.000
<b>Køn</b>						
Mand	10,3	34.500	11,1	37.200	12,3	41.500
Kvinde	14,5	51.200	15,8	55.700	18,7	65.400
<b>Alder</b>						
16-24 år	10,9	8.900	19,1	15.600	18,6	15.700
25-34 år	13,5	9.400	18,4	12.600	16,6	11.800
35-44 år	12,8	12.700	17,6	17.700	15,4	15.500
45-54 år	14,2	18.200	15,1	19.300	15,7	20.300
55-64 år	15,6	18.000	12,3	14.300	17,5	20.100
65-79 år	10,0	15.100	6,9	10.500	12,7	18.700
80+	8,4	3.400	7,1	2.900	12,2	4.700
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	11,3	6.300	20,2	11.300	17,3	9.700
Grundskole	16,4	16.200	16,3	16.100	20,2	19.800
Kort uddannelse	12,5	36.100	12,5	36.000	15,0	43.200
Kort videregående	12,0	7.500	11,8	7.300	13,6	8.400
Mellemlang videregående	11,0	14.400	12,0	15.700	13,1	17.200
Lang videregående	7,5	3.700	9,6	4.800	7,4	3.700
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	10,0	32.700	12,4	40.600	11,5	37.300
Arbejdsløse	23,4	3.700	22,6	3.600	30,3	4.900
Førtidspensionister	29,6	8.900	27,9	8.400	37,4	11.600
Efterlønsmodtagere	9,1	1.200	4,9	700	11,3	1.600
Alderspensionister	9,6	18.700	6,9	13.500	12,6	24.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	31,2	11.800	32,6	12.300	37,2	13.900
<b>Samlevsstatus</b>						
Samlevende	10,5	45.900	11,8	51.200	13,0	55.900
Ikke samlevende	15,9	39.800	16,6	41.600	19,9	51.000
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	11,0	23.200	16,5	34.800	12,5	26.400
Bor ikke med børn	13,2	62.600	12,6	59.700	16,4	78.200
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	12,1	76.200	13,2	83.200	15,0	94.100
Anden vestlig baggrund	14,5	3.500	14,5	3.500	15,4	3.800
Ikke-vestlig baggrund	17,4	5.900	18,2	6.200	25,1	9.000

Signifikant lavere end regionsgennemsnit

Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

Signifikant højere end regionsgennemsnit

## Generelt

Mellem hver sjette og hver ottende borger i Region Sjælland har dårlig søvnkvalitet målt på de tre udvalgte parametre: Hver ottende borger synes selv, at de alt i alt sover dårligt (12,5 pct.) svarende til 85.700 borgere. Hver syvende borger føler sig næsten aldrig udhvilet (13,5 pct.), og hver sjette borger er meget generet af søvnproblemer (15,6 pct.). Det svarer til henholdsvis 92.900 borgere og 106.800 borgere.

Søvnkvaliteten i regionen er blevet ringere de seneste år. Både andelen af borgere, der alt i alt sover dårligt, andelen, der ikke føler sig udhvilet, og andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, er steget med cirka 30 pct. siden 2013. Andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, er steget med 46 pct. siden 2010, hvor det blev målt første gang.

## Køn og alder

Kvinder har generelt dårligere søvnkvalitet end mænd. Andelen af kvinder, som alt i alt sover dårligt, ikke føler sig udhvilet, eller som er meget generet af søvnproblemer, er 40-50 pct. større end andelen blandt mænd. Siden 2013 er søvnkvaliteten især blevet ringere blandt kvinder, hvor andelen med dårlig søvnkvalitet er steget ca. 4 procentpoint for alle tre mål (data ikke vist).

Set ud fra alle tre mål for søvnkvalitet har borgere over 65 år generelt en bedre søvnkvalitet end borgere under 65 år, men på tværs af aldersgrupper under 65 år er mønstret i søvnkvaliteten ikke ens for de tre mål. Andelen af borgere, der alt i alt sover dårligt, stiger fra 16-65-års alderen, mens andelen, der ikke føler sig udhvilet, er størst i de yngste aldersgrupper. Blandt borgere over 65 år føler kun én ud af 14 borgere sig ikke udhvilet, mens det i de yngste aldersgrupper er næsten hver femte borger.

Siden 2013 er dårlig søvnkvalitet især blevet mere udbredt blandt borgere under 45 år, men også i aldersgruppen 45-64 år er søvnkvaliteten blevet ringere (data ikke vist).

## Uddannelse og erhvervstilknytning

Andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet falder generelt med stigende uddannelsesniveau. Hver femte borger med udelukkende grundskoleuddannelse er meget generet af søvnproblemer (20,2 pct.),

mens dette kun er tilfældet for mindre end én ud af 13 borgere med lang videregående uddannelse (7,4 pct.). Der er en endnu mere markant sammenhæng mellem borgernes tilknytning til arbejdsmarkedet og deres søvnkvalitet. Omkring hver tredje af de arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive er meget generet af søvnproblemer, mens det kun gælder omkring hver ottende borger i beskæftigelse, på efterløn eller alderspension. Samme mønster ses for andelen af borgere, der sover dårligt, eller som ikke føler sig udhvilet.

Siden 2013 er andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet steget i stort set alle uddannelsesgrupper. Andelen, som ikke føler sig udhvilet, er især steget blandt borgere under uddannelse – en stigning på næsten 50 pct. siden 2013 (data ikke vist).

## Samlivsstatus og børn

Søvnkvaliteten er generelt bedre blandt borgere, der bor sammen med en partner, end blandt dem, der ikke gør. Siden 2013 er søvnkvaliteten især blevet ringere blandt borgere, som ikke bor sammen med en partner (data ikke vist).

Andelen af borgere, som ikke føler sig udhvilet, er større blandt borgere med børn i hjemmet end blandt borgere uden børn i hjemmet. Omvendt er andelen af borgere, der sover dårligt, og andelen, som er meget generet af søvnproblemer, størst blandt borgere uden børn i hjemmet.

## Etnisk baggrund

Borgere med ikke-vestlig baggrund har generelt ringere søvnkvalitet end borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Det gælder både, når man betragter andelen af borgere, der sover dårligt, andelen, der ikke føler sig udhvilet, og andelen, der er meget generet af søvnproblemer.

## Information om hjælp vedrørende søvnvaner

Af de borgere, som sover dårligt, har hver fjerde (25,8 pct.) i løbet af de seneste 12 måneder fået information om muligheder for at få hjælp i forbindelse med søvnvaner primært fra egen læge, men også fra kommunen, sygehus, arbejde/uddannelse eller andre kilder (data ikke vist).

**Tabel 11.2.3 Borgere, som alt i alt sover dårligt, som aldrig eller næsten aldrig har sovet nok til at føle sig udhvilet, eller som er meget generet af søvnproblemer, opgjort på kommuner**

	Sover dårligt		Aldrig/næsten aldrig udhvilet		Meget generet af søvnproblemer	
	Pct.	Personer	Pct.	Personer	Pct.	Personer
Region Sjælland	12	85.700	14	92.900	16	106.800
Guldborgsund	12	6.400	14	7.400	15	7.800
Kalundborg	13	5.500	12	5.100	16	6.600
Lolland	13	4.600	13	4.600	15	5.400
Odsherred	14	4.200	15	4.300	17	4.900
Slagelse	13	8.800	14	9.300	16	10.600
Vordingborg	13	5.200	14	5.300	16	6.000
Faxe	12	3.400	14	4.100	15	4.400
Holbæk	16	9.200	15	8.700	18	10.200
Næstved	11	7.400	13	8.900	15	10.100
Ringsted	12	3.300	14	3.700	17	4.700
Sorø	12	2.900	12	2.900	15	3.600
Stevns	12	2.100	12	2.200	15	2.800
Greve	12	4.900	14	5.700	16	6.400
Køge	14	6.300	14	6.500	15	7.100
Lejre	10	2.100	12	2.600	13	2.800
Roskilde	11	7.700	13	9.300	15	10.900
Solrød	10	1.700	12	2.100	14	2.500

- 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 varierer andelen ikke signifikant fra regionsgennemsnittet. Andelen af borgere, der sover dårligt, er størst i Holbæk Kommune (16 pct.) og mindst i Solrød og Lejre kommuner (10 pct.). Holbæk har den største andel, der ikke føler sig udhvilet, og en stor andel som er meget generet af søvnproblemer.

Der er i stort set alle kommuner en tendens til, at andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet, målt på de tre parametre, er steget siden 2013 (data ikke vist). Andelen af borgere, der ikke føler sig udhvilet, er steget signifikant i Odsherred og Holbæk kommuner,

mens andelen af borgere, der sover dårligt, er steget signifikant i Odsherred, Holbæk, Slagelse og Sorø kommuner. Andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, er steget i Odsherred, Sorø og Roskilde kommuner. I Odsherred Kommune er alle tre andele således steget signifikant. I alle de nævnte kommuner er andelen steget med mellem 5 og 7 procentpoint fra 2013 til 2017 (data ikke vist).

### Kort 11.2.4 Borgere, som alt i alt sover dårligt






















## 11.3 Sammenhæng mellem søvnlængde og søvnkvalitet

Både søvnens længde og kvalitet har betydning for søvnens påvirkning af helbredet, f.eks. påvirkes risikoen for type-2 diabetes og hjerte-kar-sygdom af både omfang og kvalitet af søvnen (1). I dette afsnit ses sammenhængen mellem søvnkvalitet og søvnlængde på hverdage.


Der er en meget tydelig sammenhæng mellem, hvor meget søvn borgerne i Region Sjælland får, og hvordan søvnkvaliteten opleves, jf. tabel 11.3.1. Omkring halvdelen af de borgere, der sover under seks timer, mener, at de alt i alt sover dårligt, og samme andel føler sig aldrig eller næsten aldrig udhvilet eller er meget generet af søvnproblemer. Blandt borgere, der sover syv timer eller derover, oplever kun 5-10 pct., at søvnkvaliteten er dårlig. Der er en tendens til, at de borgere, der sover otte-ni timer, har den bedste søvnkvalitet, mens dårlig søvnkvalitet synes mere udbredt blandt borgere, der sover ni timer eller derover.

**Tabel 11.3.1 Sammenhæng mellem søvnlængden på hverdage og søvnkvaliteten**

	Sover		Aldrig/næsten		Meget generet af	
	Pct. dårligt	Personer	Pct. aldrig udhvilet	Personer	Pct. søvnproblemer	Personer
Region Sjælland 2017	12,5 	85.700	13,5 	92.900	15,6 	106.800
<b>Antal timers søvn</b>						
Under seks timer	50,4 	35.700	49,2 	34.900	52,8 	37.400
Seks til syv timer	16,8 	24.900	19,0 	28.100	20,5 	30.400
Syv til otte timer	5,4 	12.600	6,5 	15.300	8,1 	19.100
Otte til ni timer	4,1 	6.600	4,6 	7.600	6,5 	10.600
Ni timer eller mere	7,9 	5.600	9,8 	7.000	10,4 	7.300

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit

 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

Note: Timeinddelingen er foretaget således, at f.eks. ”seks til syv timer” omfatter borgere, der sover mindst seks timer men under syv timer.

---

## 11.4 Helbred, trivsel, sociale relationer og sundhedsadfærd og borgernes søvnkvalitet

Dette afsnit viser sammenhænge mellem borgernes søvnlængde og oplevede søvnkvalitet og deres livsvilkår og øvrige sundhedstilstand. Søvnkvalitet påvirkes af og påvirker helbred, trivsel og sundhedsadfærd. Der er større sygelighed og risiko for fedme knyttet til søvnforstyrrelser (7) (6) (4) (8), og dødeligheden blandt personer med for lidt eller for meget søvn er forøget (1). Trivsel og sociale relationer har relation til søvn, idet stress eller livsbelastende situationer som f.eks. skilsmisse, dårlig økonomi eller højt arbejdspress kan forårsage dårlig søvnkvalitet (1) (13). Søvnproblemerne kan resultere i ringere livskvalitet, og således forstærkes virkningen gensidigt (1). Dårlige sundhedsvaner som f. eks. indtag af store mængder af fed mad eller alkohol kan ligeledes forringe søvnkvalitet og -længde (1).

Der er generelt en sammenhæng mellem borgernes sundhedsadfærd og deres søvnlængde og søvnkvalitet. Jo mere usund adfærd, desto større en andel sover under seks timer eller har en dårlig søvnkvalitet. Sammenlignet med borgere, der er ikke-rygere eller fysisk aktive, er der en større andel af de borgere, der ryger dagligt og ikke bevæger sig nok, som sover under seks timer om dagen, eller som synes, at de alt i alt sover dårligt. Der er en tendens til, at sammenhængen mellem sundhedsadfærd og søvnkvalitet er lidt mere markant end mellem sundhedsadfærd og søvnlængde. Blandt borgere, der har taget stoffer den seneste måned, er søvnkvaliteten f.eks. markant ringere end blandt borgere, der ikke har taget stoffer. Andelen, der sover under seks timer, er derimod ikke væsentlig forskellig blandt borgere, som henholdsvis har eller ikke har taget stoffer.

På ét punkt, nemlig mellem borgere med problematisk alkoholadfærd og borgere uden, adskiller søvnlængde og søvnkvalitet sig dog stort set ikke fra hinanden.














































**Tabel 11.4.1 Søvn længde og søvnkvalitet blandt borgere med forskellig sundhedsadfærd**




	Sover under		Sover		Aldrig/ næsten aldrig	
	Pct. seks timer	Personer	Pct. dårligt	Personer	Pct. udhvilet	Personer
Region Sjælland 2017	10,4	71.100	12,5	85.700	13,5	92.900
<b>Kostmønster</b>						
Usundt kostmønster	12,2	13.800	16,3	18.700	18,2	20.900
Kostmønster med sunde og usunde elementer	10,2	46.100	12,0	54.100	13,0	58.500
Sundt kostmønster	9,4	11.300	10,7	12.800	11,3	13.500
<b>Ryging</b>						
Daglig ryger	13,5	16.900	16,2	20.300	18,8	23.600
Lejlighedsvis ryger	9,6	2.400	13,6	3.400	13,9	3.500
Tidligere ryger	9,9	21.600	12,7	27.500	12,0	26.000
Aldrig ryger	9,4	29.900	10,8	34.600	12,6	40.100
<b>Fysisk aktivitet (iflg. WHO's anbefalinger)</b>						
Inaktiv eller utilstrækkeligt fysisk aktiv	11,8	26.600	16,2	36.700	18,6	42.000
Optimalt eller tilstrækkeligt fysisk aktiv	9,2	42.300	11,0	50.600	11,6	53.300
<b>Stillesiddende dagligt</b>						
Mere end otte timer	9,7	35.600	12,3	44.800	15,0	54.800
Højst otte timer	10,9	35.000	12,5	40.300	12,0	38.600
<b>Alkoholadfærd</b>						
Problematiske	10,4	13.300	13,7	17.600	13,3	17.100
Ikke problematiske	10,3	57.300	12,2	68.100	13,7	76.200
<b>Stoffer seneste måned</b>						
Har taget stoffer	14,7	2.100	23,9	3.400	25,7	3.700
Har ikke taget stoffer	10,1	68.200	12,2	81.900	13,3	89.300
<b>BMI</b>						
Undervægt	13,4	2.200	17,1	2.800	23,7	3.900
Normal vægt	8,9	25.400	10,8	30.700	12,8	36.600
Moderat overvægt	10,4	25.400	11,8	28.600	11,5	27.800
Svær overvægt	13,0	18.300	17,0	24.000	17,7	25.000

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



**Tabel 11.4.2 Sammenhæng mellem helbred, trivsel, sociale relationer og belastninger og borgernes søvn**

	Sover under		Sover		Aldrig/ næsten aldrig	
	Pct. seks timer	Personer	Pct. dårligt	Personer	Pct. udhvilet	Personer
Region Sjælland 2017	10,4 	71.100	12,5 	85.700	13,5 	92.900
<b>Tilfredshed med livet</b>						
Utilfreds	21,0 	25.700	31,4 	38.800	33,4 	41.200
Tilfreds	7,7 	43.300	7,9 	44.300	8,7 	49.000
<b>Selvvurderet helbred</b>						
Dårligt	20,9 	26.400	33,6 	43.100	33,6 	43.200
Godt	7,9 	44.200	7,6 	42.600	8,9 	49.500
<b>Stress</b>						
Højt stressniveau	18,6 	33.100	27,2 	49.000	31,2 	56.000
Ikke højt stressniveau	7,5 	38.000	7,3 	36.900	7,3 	37.100
<b>Ensomhed</b>						
Føler sig ensom	22,2 	13.000	36,9 	21.700	36,5 	21.400
Føler sig ikke ensom	9,2 	57.900	10,2 	64.100	11,4 	71.700
<b>Mindst én sygdom</b>						
Ja	12,1 	55.100	16,4 	74.400	17,3 	78.700
Nej	6,8 	15.700	5,4 	12.400	7,0 	16.100
<b>Belastet af sin boligsituation</b>						
Ja	15,1 	24.300	20,1 	32.300	22,0 	35.500
Nej	8,8 	46.500	10,1 	53.100	10,9 	57.400
<b>Belastet af sin økonomi</b>						
Ja	13,8 	39.000	17,7 	50.000	20,4 	57.700
Nej	7,9 	31.900	8,7 	35.200	8,7 	35.200

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

Der er en meget markant sammenhæng mellem borgernes helbred og trivsel og deres søvnlængde og søvnkvalitet. Sammenhængene er mere tydelige end mellem sundhedsadfærd og søvn, jf. tabel 11.4.1. Blandt borgere med dårligt selvvurderet helbred sover hver femte under seks timer og hver tredje synes, at de alt i alt sover dårligt, mens begge dele kun er tilfældet for knap 8 pct. af dem, der har et godt selvvurderet helbred. Samme mønster i søvnlængde og

søvnkvalitet gør sig gældende for borgere, der er henholdsvis utilfredse eller tilfredse med livet, borgere med og uden højt stressniveau, borgere, der føler sig ensomme eller ikke gør, og borgere med og uden langvarige sygdomme. Blandt borgere, der føler sig belastet af deres boligsituation eller økonomi, er det også mere udbredt at sove under seks timer og at have dårlig søvnkvalitet.

---

# 1 1.5 Initiativ fra Næstved Kommune

## Søvnkurser

Sammen med Roskilde Kommune havde Næstved Kommune i 2013 den største andel af borgere, som meddelte, at de sov "dårligt" eller "nogenlunde", nemlig 43 pct. I 2017 er dårlig søvnkvalitet opgjort anderledes end i 2013, idet der alene er medregnet de borgere, som sover "dårligt" og ikke de, som sover "nogenlunde". Med den nye definition er Næstved i 2017 dog en af de kommuner, som har den mindste andel borgere, der alt i alt sover dårligt.

Allerede i 2010 erfarede man i rehabiliteringen i Næstved Kommune, at der var behov for mere fokus på søvn, fordi et stigende antal af borgerne dér gav udtryk for at have søvnproblemer. Derfor blev emnet undersøgt, og en af kommunens sundhedskonsulenter blev uddannet til søvnvejleder og udarbejdede herefter undervisningsmateriale med særligt henblik på at forbedre søvnen blandt borgere i kommunen.

I 2010 var der ikke så megen fokus eller litteratur om søvn på nationalt plan, så der blevet skelet til psykiatrien og internationale kilder, da eksempelvis USA var længere fremme. I de senere år er der kommet mere viden på området her i landet, bl.a. på søvnmedicinsk klinik *ScanSleep*, *National Sleep Foundation* og *Dansk Center for Søvnmedicin* på Glostrup Hospital.

### Kursusforløb og resultater

Søvnundervisning indgår nu som emner i rehabiliteringsforløb for borgere med kræft, diabetes m.v. jvf. forløbsprogrammerne og anbefalingerne til kronisk syge, og desuden gives der søvnundervisning på et kursus for stress- og depressionsramte borgere. Formålet med at integrere søvnundervisning på rehabiliteringsforløb er at formidle viden om søvn i forhold til sundhed og helbred. Kurserne skal bidrage til, at borgerne får bedre søvn og give opmærksomhed på sammenhængen mellem søvnkvalitet og adfærd i løbet af dagen.

Siden 2010 har cirka 1.500 kursister fået søvnundervisning i forbindelse med et ti-ugers-rehabiliteringsforløb, hvor der i alt indgår 1,5 times undervisning i søvn. Desuden er der kurser særligt for stress- og depressionsramte borgere, hvor søvnundervisningen består af i alt 2,5 timer over et forløb på seks uger. På dette kursus er der mere tid til at tale om, hvordan man kommer tilbage til en hensigtsmæssig søvn. Dette gælder flere typer af søvnproblemer, nemlig både hvis man sover for meget, sover for lidt eller vågner gentagne gange om natten. Undervisningen har kørt siden 2011 med tilsammen cirka 850 deltagere. Alt i alt har 2350 borgere modtaget søvnundervisning i kommunen.

Undervisningen varetages af sundhedskonsulenter og en psykolog. I undervisningen formidles den nyeste viden om søvn og døgnrytme. Der er fokus på faktorer, som kan give en bedre søvnhygiejne, hvilket betyder, at vaner og adfærd påvirkes for at forbedre søvnkvaliteten, og der fokuseres på redskaber til søvnoptimering.

Undervisningen er en kombination af psyko-education/erfaringsudveksling samt opgaver, der har til formål at få deltagerne til at reflektere over deres egne sovevaner. Interesserede kursister får udleveret forskellige former for søvndagbøger (monitorerings-skemaer, der kan bruges som hjælp til selvhjælp), og nogle kursister får mundtlig vejledning om dette.

Yderligere information om initiativet, herunder eventuel dokumentation og evaluering, kan fås ved henvendelse i *Enheden for forebyggelse og sundhedsfremme* i Næstved Kommune; [chalu@naestved.dk](mailto:chalu@naestved.dk)



Søvnundervisning i Næstved Kommune. Foto: Charlotte Lunde.

### Deltagerne siger:

- Jeg bruger mindfulness, før jeg går i seng
- Jeg har lært, hvor vigtigt det er med passende/ fast sengetid
- Jeg skal ikke kigge på skærmen ½ time før, jeg skal sove
- Jeg bruger yoga-strækøvelser før sovetid
- Jeg har faste ritualer før sengetid
- Jeg bruger vejrtrækningsøvelser, hvis jeg vågner om natten
- Det giver ro at vide, at det er normalt at vågne et par gange i løbet af natten
- Jeg bruger øjenpude, hvis der er for lyst i rummet
- Fysisk aktivitet i løbet af dagen giver mindre fysisk uro og dermed bedre søvn
- Jeg bruger kun min seng til at sove i, står op, hvis ikke jeg kan sove

---

## Referencer

1. **Jennum P, Bonke J, Clark AJ, et al.** *Søvn og sundhed*. Vidensråd for forebyggelse. 2015.
2. **Gerlach, J.** *Søvn*. København: PsykiatriFondens Forlag. 2003.
3. **Van Someren EJW, Cirelli C, Dijk D-J, et al.** Disrupted Sleep: From Molecules to Cognition. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2015, 35 (41), 13889–95.
4. **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.
5. **Hanlon EC, Tasali E, Leproult R, et al.** Sleep Restriction Enhances the Daily Rhythm of Circulating Levels of Endocannabinoid 2-Arachidonoylglycerol. *Sleep*. 2016, 39 (3), 653–64.
6. **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.
7. **Clark JA, Jørgensen TS, Bonke J, et al.** Dårlig søvn er en trussel mod helbredet. *Ugeskr.f.læger*. 2016, 178 (17), 2-6.
8. **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.
9. **Arble DM, Bass J, Behn CD, et al.** Impact of Sleep and Circadian Disruption on Energy Balance and Diabetes: A Summary of Workshop Discussions. *Sleep*. 2015, 38 (12), 1849–60.
10. **Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, et al.** Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: Systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev*. 2015, 30, 11–24.
11. **Mokhlesi B, Finn LA, Hagen EW, et al.** Obstructive sleep apnea during REM sleep and hypertension. results of the Wisconsin Sleep Cohort. *Am J Respir Crit Care Med*. 2014, 190 (10), 1158–67.
12. **Mokhlesi B, Grimaldi D, Beccuti G, et al.** Effect of One Week of 8-Hour Nightly Continuous Positive Airway Pressure Treatment of Obstructive Sleep Apnea on Glycemic Control in Type 2 Diabetes: A Proof-of-Concept Study. *Am J Respir Crit Care Med*. 2016, 194, (4), 516–9.
13. **de Almeida CMO, Malheiro A.** Sleep, immunity and shift workers: A review. *Sleep Science*. 2016, 9, 164-68.

# Bilag

**Bilag 1**

**Bilag 2**

**Bilag 3**

**Bilag 4**



---

## Bilag 1

### Fordeling af antal personer, der har besvaret spørgeskemaet i forskellige demografiske og socioøkonomiske grupper i Region Sjællands sundhedsprofil, 2017

---


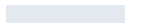



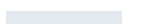

	Personer
Region Sjælland 2017	19.134
<b>Køn</b>	
Mand	8.834
Kvinde	10.300
<b>Alder</b>	
16-24 år	1.679
25-34 år	1.414
35-44 år	2.477
45-54 år	3.709
55-64 år	3.732
65-79 år	5.127
80+	996
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>	
Under uddannelse	882
Grundskole	1.738
Kort uddannelse	6.690
Kort videregående	1.512
Mellemlang videregående	3.425
Lang videregående	1.246
<b>Erhvervstilknytning</b>	
Beskæftigede	8.321
Arbejdsløse	309
Førtidspensionister	688
Efterlønsmodtagere	423
Alderspensionister	6.123
Øvrige ikke-erhvervsaktive	733
<b>Samlivsstatus</b>	
Samlevende	13.136
Ikke samlevende	5.998
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>	
Bor sammen med børn	4.004
Bor ikke med børn	10.292
<b>Etnisk baggrund</b>	
Dansk baggrund	18.061
Anden vestlig baggrund	474
Ikke-vestlig baggrund	595


---

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 parameter.


## Bilag 2

### Kønsfordeling i de anvendte demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper i Region Sjællands sundhedsprofil, 2017

	Pct. Kvinder	Personer	Pct. Mænd	Personer
Region Sjælland 2017	51 	346.800	49 	339.800
<b>Alder</b>				
16-24 år	51 	44.800	49 	42.400
25-34 år	50 	38.200	50 	37.800
35-44 år	53 	54.200	47 	48.000
45-54 år	49 	62.500	51 	64.700
55-64 år	49 	54.500	51 	57.600
65-79 år	49 	70.600	51 	72.800
80+	57 	22.000	43 	16.500
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>				
Under uddannelse	57 	31.800	43 	24.100
Grundskole	56 	55.000	44 	43.700
Kort uddannelse	47 	134.900	53 	153.800
Kort videregående	47 	29.300	53 	32.800
Mellemlang videregående	60 	79.400	40 	51.800
Lang videregående	42 	20.800	58 	29.300
<b>Erhvervstilknytning</b>				
Beskæftigede	49 	155.400	51 	164.900
Arbejdsløse	53 	8.400	47 	7.400
Førtidspensionister	59 	19.500	41 	13.700
Efterlønsmodtagere	57 	8.000	43 	6.000
Alderspensionister	51 	101.400	49 	97.700
Øvrige ikke-erhvervsaktive	58 	21.600	42 	15.500
<b>Samlivsstatus</b>				
Samlevende	48 	203.600	52 	216.300
Ikke samlevende	54 	143.200	46 	123.500
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>				
Bor sammen med børn	53 	112.000	47 	98.900
Bor ikke med børn	50 	236.600	50 	239.000
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk baggrund	50 	313.400	50 	308.500
Anden vestlig baggrund	53 	13.500	47 	11.800
Ikke-vestlig baggrund	51 	20.000	49 	19.500

 Signifikant lavere end regionsgennemsnit




 Ikke signifikant forskellig fra regionsgennemsnit

 Signifikant højere end regionsgennemsnit

## Bilag 3

### Aldersfordeling i de anvendte demografiske og socioøkonomiske befolkningsgrupper i Region Sjællands sundhedsprofil, 2017

	Pct. 16-24 år	Personer	Pct. 25-64 år	Personer	Pct. 65+	Personer
Region Sjælland 2017	12,7	87.300	60,8	417.500	26,5	181.800
<b>Køn</b>						
Mand	12,5	42.400	61,2	208.100	26,3	89.200
Kvinde	12,9	44.800	60,4	209.400	26,7	92.600
<b>Uddannelsesmæssig baggrund</b>						
Under uddannelse	89,1	49.800	10,5	5.900	0,4	200
Grundskole	16,4	16.100	45,9	45.300	37,7	37.200
Kort uddannelse	2,3	6.700	64,8	187.100	32,9	94.900
Kort videregående	2,0	1.200	75,3	46.800	22,7	14.100
Mellemlang videregående	1,5	2.000	72,9	95.700	25,6	33.600
Lang videregående	0,3	100	80,4	40.200	19,3	9.700
<b>Erhvervstilknytning</b>						
Beskæftigede	5,0	16.100	95,0	304.200	0,0	0
Arbejdsløse	7,7	1.200	92,3	14.500	0,0	0
Førtidspensionister	3,0	1.000	97,0	32.200	0,0	0
Efterlønsmodtagere	0,0	0	100,0	14.000	0,0	0
Alderspensionister	0,0	0	0,0	0	100,0	199.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	17,1	6.300	82,9	30.800	0,0	0
<b>Samlivsstatus</b>						
Samlevende	4,3	17.900	69,6	292.100	26,2	110.000
Ikke samlevende	26,0	69.400	47,0	125.500	26,9	71.900
<b>Samboende med børn u. 16 år</b>						
Bor sammen med børn	10,1	21.300	89,0	187.800	0,8	1.800
Bor ikke med børn	11,7	55.800	50,3	239.200	38,0	180.700
<b>Etnisk baggrund</b>						
Dansk baggrund	12,5	78.000	59,4	369.400	28,1	174.500
Anden vestlig baggrund	8,1	2.000	70,8	17.900	21,1	5.300
Ikke-vestlig baggrund	18,2	7.200	76,4	30.200	5,4	2.100

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



---

## Bilag 4

### WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet.

#### **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. Hvis aktiviteten deles op skal varigheden være mindst 10 minutter pr. gang. Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd her: [www.who.int](http://www.who.int) – Global Recommendations on Physical Activity for Health.

#### **WHO's udvidede anbefaling for fysisk aktivitet (fra 18 år):**

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

#### **Sundhedsstyrelsens anbefalinger for fysisk aktivitet (18-64 år):**

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



