

Region Hovedstaden
Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse



Sundhedsprofil

for Region Hovedstaden og kommuner 2017
– Sundhedsadfærd og risikofaktorer



**Sundhedsprofil
for Region Hovedstaden og kommuner 2017
– Sundhedsadfærd og risikofaktorer**

Titel: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Copyright: © 2018 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Alle rettigheder forbeholdes
ISBN 978-87-970344-0-8

Forfattere: Cathrine Juel Lau
Maja Bülow Lykke
Maj Bekker-Jepesen
Lone Prip Buhelt
Anne Helms Andreasen
Nanna Borup Johansen

Forsidebillede: Mads Jensen/Ritzau Scanpix

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse og Center for Sundhed, Region Hovedstaden
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg
Telefon: 38 16 31 00

Layout og grafisk produktion: Mercoprint A/S

Publikationen citeres således:

Lau CJ; Lykke MB; Bekker-Jepesen M; Buhelt LP; Andreasen AH; Johansen NB: Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2018

Forord

Det er med stor glæde, at vi kan præsentere den fjerde sundhedsprofil for Region Hovedstaden. I denne rapport "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer" præsenteres første del af sundhedsprofilundersøgelsen. Når det har været muligt at lave en sådan undersøgelse er det fordi, at rigtig mange mennesker har taget sig tid til at svare på det spørgeskema, som de har fået tilsendt. Det vil jeg gerne sige tak for.

Rapporten giver en beskrivelse af, hvordan vores livsstil er i forhold til sundhed, og hvordan udviklingen har været siden 2010. Undersøgelsen handler også om vores livskvalitet, hvordan vi har det, hvordan vi selv oplever vores helbred, om vi føler os stressede og hvordan vores sociale relationer er.

De første tre sundhedsprofiler har været centrale værktøjer for kommunernes og regionens planlægningsarbejde. Blandt andet har sundhedsprofilerne kastet lys på omfanget af en af regionens helt store udfordringer, den sociale ulighed i sundhed. Uligheden slår igennem både med hensyn til sundhedsadfærd, selvoplevet helbred, risikofaktorer og sygdomsmønster. Der er store forskelle på tværs af de 29 kommuner med hensyn til borgernes sundhed. Den viden har været med til at sikre fokus på behovet for indsatser over for social ulighed i sundhed i regionen.

Gentagelsen af Sundhedsprofilen giver mulighed for at stille skarpt på udviklingen over tid. Vi kan blandt andet se, at andelen af borgere, som drikker for meget, er faldende, samtidig med at motivationen for at drikke mindre er stigende. Sundhedsprofilen viser desværre også, at der er områder, hvor udviklingen ikke går helt så hurtigt, for eksempel i forhold til, hvor mange mennesker, der ryger. Der er også områder, hvor udfordringen er vokset de seneste år, for eksempel er flere mennesker nu overvægtige, og der er også flere mennesker, som har en dårlig mental sundhed. Udfordringen er nu, hvordan vi i de kommende år kan skabe en positiv udvikling også inden for disse områder.

Den nye sundhedsprofil er ventet med spænding, og det er mit håb, at vi kan bruge den viden bedst muligt til gavn for mennesker i Region Hovedstaden. Der er ingen tvivl om, at det er vigtigt, at vi samarbejder og prioriterer forebyggelsesområdet i endnu højere grad end i dag. Det ønsker vi fra Region Hovedstadens side at tage medansvar for og bidrage aktivt til.

Rigtig god fornøjelse.



Sophie Hæstorp Andersen
Regionsrådsformand

Forord

ved Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
– tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed

Sundhedsprofilen 2017 er den fjerde sundhedsprofil for Region Hovedstaden og alle kommuner i regionen. Sundhedsprofilen danner et vigtigt grundlag for kommunernes og regionens politik inden for sundhedsfremme, forebyggelse og rehabilitering og spiller en vigtig rolle i regionens rådgivningsforpligtigelse over for kommunerne. Desuden er de gentagne profiler et unikt redskab til at monitorere udviklingen i sundhedsindikatorer såsom sundhedsadfærd, overvægt og mental sundhed samt byrden af kroniske sygdomme over tid. Vi har igen i 2017 valgt at dele sundhedsprofilen i to delrapporter, hvor nærværende rapport tager udgangspunkt i hele regionens voksne befolkning, mens rapporten "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Kronisk sygdom", tager udgangspunkt i borgere med kronisk sygdom.

I denne rapport "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer", stilles der skarpt på udviklingen fra 2010 og 2013 til 2017. Der er i denne rapport kommet nye temaer med som for eksempel dampning og søvnvaner. Der er desuden et øget fokus på mental sundhed og social ulighed i rapporten. I de enkelte kapitler er al information relateret til den pågældende adfærd eller risikofaktor samlet, herunder ophobning af andre risikofaktorer blandt borgere med den pågældende adfærd, samt information om borgernes motivation for adfærd ændring. Flere af kapitlerne slutter af med et afsnit vedrørende borgernes opfattelse af det forebyggende arbejde, herunder den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Tanken er, at informationerne kan være med til at løfte arbejdet med forebyggelse.

Cathrine Juel Lau
Ph.d., Senior Forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen

Dele af Sundhedsprofilen 2017 er ligesom i 2010 og 2013 en del af et nationalt koncept "Hvordan har du det?", hvor indhold, dataindsamling og databearbejdning er standardiseret. Det gør det muligt at sammenligne oplysninger i denne sundhedsprofil med oplysninger i de øvrige regioners sundhedsprofiler, og dermed kan den enkelte kommune sammenligne egne resultater med resultater for kommuner i de øvrige dele af landet. I 2021 gentages undersøgelsen "Hvordan har du det?", og indtil da, er det vores håb, at den regionale sundhedsprofil vil blive brugt flittigt.

Sundhedsprofilen er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse – tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden.

Vi vil gerne sige tak for et godt, engageret og fagligt samarbejde med de kommunale og regionale repræsentanter for Region Hovedstadens sundhedsprofil. Til sidst skal der rettes en stor tak til de mange borgere, som via deres deltagelse i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017", har gjort denne undersøgelse mulig.

Vi glæder os til at følge anvendelsen af sundhedsprofilen i det kommende arbejde i kommuner og region.

God læselyst!

Nanna Borup Johansen
Læge, Ph.d., Senior Forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning	9
Kapitel 1: Indledning	23
1.1 Formål med sundhedsprofilen	24
1.2 Baggrund for denne rapport	24
1.3 Indhold i denne rapport	25
1.4 Materiale	26
1.5. Metode	28
1.6 Medarbejdere	32
1.7 Litteratur	33
Kapitel 2: Demografi og sociale forhold	35
2.1 Indbyggertal	36
2.2 Alder	38
2.3 Etnisk baggrund	40
2.4 Samlivsstatus	42
2.5 Uddannelse	45
2.6 Erhvervstilknytning	47
2.7 Årlig indkomst	49
2.8 Kommunesocialgrupper	50
2.9 Bilag	53
2.10 Litteratur	55
Kapitel 3: Rygning og brug af elektroniske cigaretter	57
3.1 Dagligrygning og storrygning	60
3.2 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere	64
3.3 Rygning i hjem med børn	67
3.4 Rygning i kombination med andre risikofaktorer	70
3.5 Brug af e-cigaretter	70
3.6 Motivation for at ændre rygevaner	73
3.7 Forebyggelse af rygning og brug af e-cigaretter	78
3.8 Litteratur	85
Kapitel 4: Alkohol	87
4.1 Moderat og storforbrug af alkohol	89
4.2 Tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri	94
4.3 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn	98
4.4 Alkoholvaner i kombination med andre risikofaktorer	101
4.5 Motivation for at ændre alkoholvaner	102
4.6 Forebyggelse af risikabel alkoholadfærd	106
4.7 Litteratur	114
Kapitel 5: Kost	115
5.1 Usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer	117
5.2 Frugt, grøntsager og fisk	122
5.3 Fastfood	126
5.4 Slik eller kager, og sodavand	129
5.5 Usundt kostmønster i kombination med andre risikofaktorer	133
5.6 Motivation for at ændre kostvaner	133
5.7 Forebyggelse af usunde kostvaner	137
5.8 Litteratur	147

Kapitel 6: Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd	149
6.1 Fysisk aktivitet	152
6.2 Meget stillesiddende tid og meget skærmtid	156
6.3 Transport til og fra arbejde eller uddannelse	160
6.4 Fysisk inaktivitet i kombination med andre risikofaktorer	163
6.5 Motivation for at ændre bevægelsesvaner	163
6.6 Forebyggelse af fysisk inaktivitet	168
6.7 Litteratur	175
Kapitel 7: Euforiserende stoffer	177
7.1 Unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer	179
7.2 Unge, som har brugt hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år	183
7.3 Unge, som har et højt forbrug af hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år	186
7.4 Brug af hash og andre stoffer i kombination med andre risikofaktorer	188
7.5 Litteratur	188
Kapitel 8: Seksuel adfærd og sexsygdomme	189
8.1 Ubeskyttet sex	191
8.2 Sexsygdomme	195
8.3 Ubeskyttet sex i kombination med andre risikofaktorer	198
8.4 Litteratur	198
Kapitel 9: Søvn	199
9.1 Søvnkvalitet	201
9.2 Søvnlængde	207
9.2 Søvnproblemer i kombination med andre risikofaktorer	211
9.3 Litteratur	211
Kapitel 10: Vægt	213
10.1 Undervægt	215
10.2 Moderat og svær overvægt	218
10.3 Vægt i kombination med andre risikofaktorer	222
10.4 Motivation for vægttab	222
10.5 Forebyggelse af overvægt	227
10.6 Litteratur	230
Kapitel 11: Mental sundhed	231
11.1 Selvvurderet helbred og livskvalitet	233
11.2 Fysisk og mentalt helbred	238
11.3 Stress	243
11.4 Sociale relationer	246
11.5 Dårlig mental sundhed i kombination med andre risikofaktorer	251
11.6 Motivation for sociale aktiviteter	252
11.7 Forebyggelse af stress	255
11.8 Litteratur	258
Kapitel 12: Social ulighed	259
12.1 Metodiske overvejelser	260
12.2 Rygning, brug af e-cigaretter og social ulighed	262
12.3 Alkohol og social ulighed	264
12.4 Kost, fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og social ulighed	266
12.5 Søvn, overvægt og social ulighed	268
12.6 Selvvurderet helbred, fysisk helbred, mentalt helbred og social ulighed	270
12.7 Stress, sociale relationer og social ulighed	272
12.8 Litteratur	273

Sammenfatning

Denne sundhedsprofil er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017". Undersøgelsen belyser sundhed, sundhedsadfærd og sygdom blandt borgere på 16 år eller derover i Region Hovedstaden. I starten af februar 2017 blev spørgeskemaet udsendt til 104.950 tilfældigt udvalgte borgere. I alt 55.185 borgere deltog i undersøgelsen, hvilket giver en svarprocent på 52,6 %. Til at belyse ændringer over tid er der anvendt data fra spørgeskemaundersøgelserne "Hvordan har du det?" fra 2010 og 2013, som dannede grundlag for de to foregående sundhedsprofiler i Region Hovedstaden.

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er, at fungere som et planlægningsredskab på sundhedsområdet for kommuner og region. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan beslutningstagerne se, hvor der er potentiale for forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper, der er væsentlige at have fokus på, når der tilrettelægges sundhedsindsatser.

Kernen i rapporten er beskrivelsen af forskellige typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer. Rapporten indeholder

således følgende kapitler: Rygning og brug af elektroniske cigaretter (kapitel 3), Alkohol (kapitel 4), Kost (kapitel 5), Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd (kapitel 6), Euforiserende stoffer (kapitel 7), Seksuel adfærd og seksygdomme (kapitel 8), Søvn (kapitel 9), Vægt (kapitel 10) og Mental sundhed (kapitel 11). I hvert kapitel beskrives sammenhængen med sociale faktorer, andre samtidige risikofaktorer blandt borgere med den pågældende adfærd eller risikofaktor og hvor det er muligt, borgernes motivation for adfærdsændring. Flere af kapitlerne rundes af med et afsnit vedrørende individorienteret og strukturel forebyggelse. Rapporten afsluttes som noget nyt med et kapitel om udvikling i social ulighed for udvalgte risikofaktorer fra 2010 til 2017 (kapitel 12).

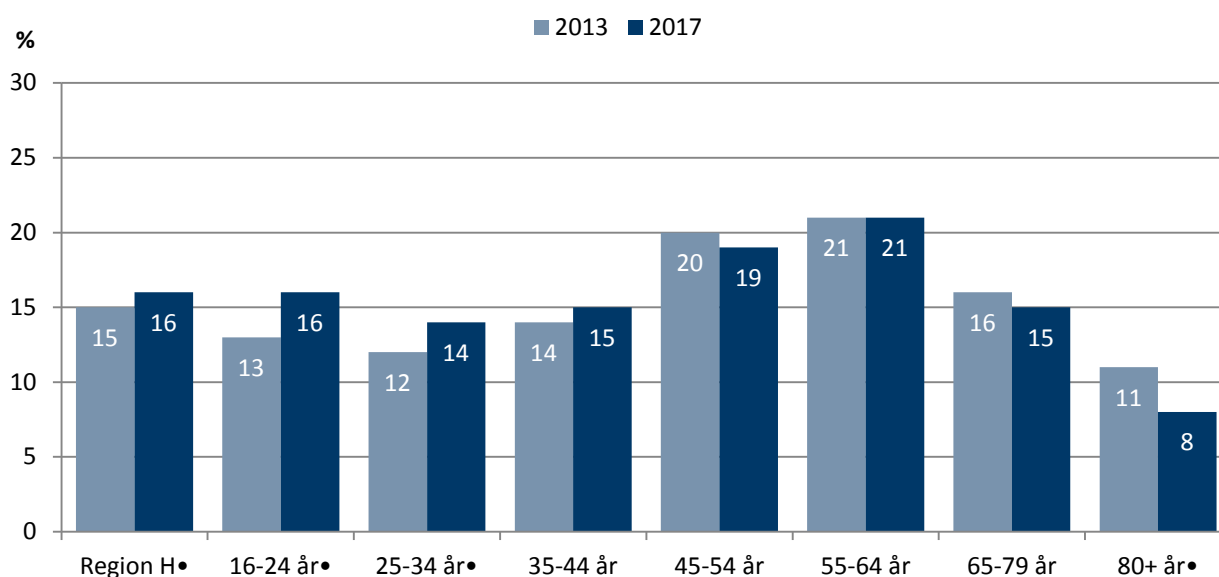
I denne sammenfatning af rapporten beskrives de overordnede resultater for kapitlerne med fokus på forekomsten i 2017. Enkelte tal er summeret for at skabe overblik og kan derfor ikke genfindes i kapitlerne, hvor informationen findes i en mere detaljeret form. Sammenfatningen viser desuden forekomsten for 2013, hvor dette er muligt.

Rygning og brug af elektroniske cigaretter

I 2017 er 23 % af regionens borgere rygere (daglig + lejlighedsvis), mens der blandt ikkerygere er 5,8 %, som udsættes for daglig passiv røg. I alt 16 % af alle borgere er dagligrygere (Figur A), og halvdelen af disse er storrygere (≥ 15 cigaretter/dag), mens i alt 7,3 % er lejlighedsvis rygere. 1,6 % af alle borgere i regionen anvender e-cigaretter dagligt. Forekomsten af dagligrygning, storrygning og daglig brug af e-cigaretter er størst blandt mænd og de 45-64 årige.

Andelen af dagligrygere er steget fra 15 % i 2013 til 16 % i 2017, mens andelen af storrygere er uændret. Stigningen i dagligrygning er sket blandt de yngre aldersgrupper, især de 16-24 årige. Andelen af ikkerygere, som udsættes for daglig passiv rygning, er faldet fra 7,4 % i 2013 til 5,8 % i 2017. Et af de største fald ses blandt de 45-54 årige.

Figur A Dagligrygning i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

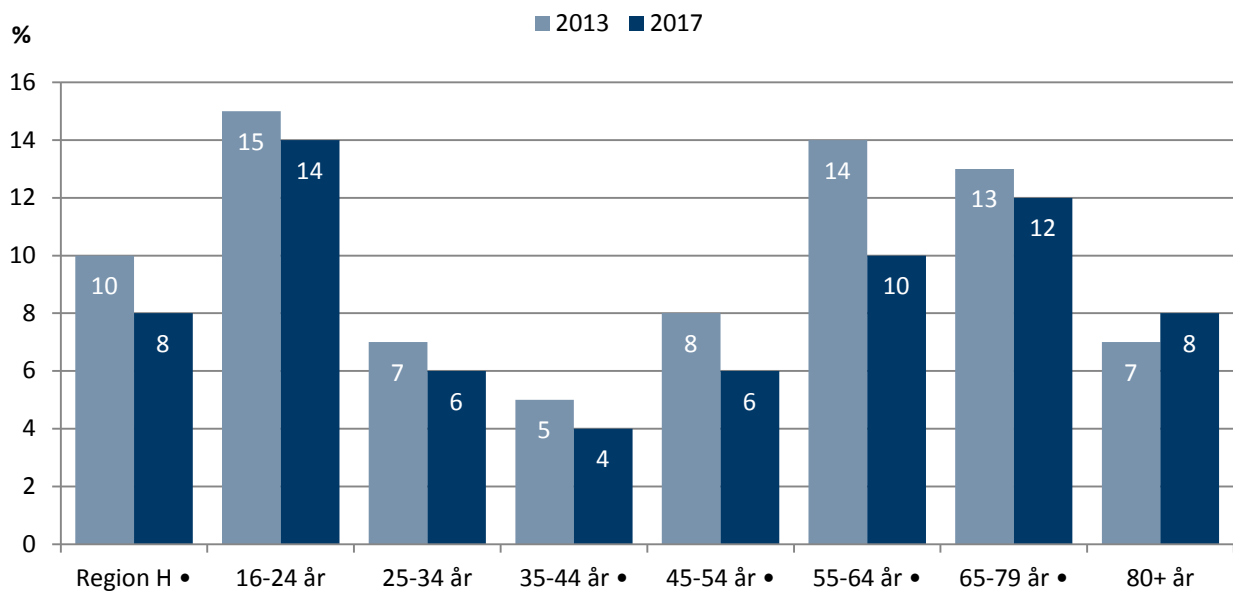
Alkohol

I 2017 har i alt 8 % af borgere i regionen et storforbrug af alkohol (Figur B1), hvilket for kvinder betyder et forbrug på mere end 14 genstande om ugen og for mænd mere end 21 genstande om ugen. I alt 14 % af borgerne rusdrikker, dvs. drikker fem genstande eller flere ved samme lejlighed, mindst én gang om ugen (Figur B2), mens i alt 16 % viser tegn på alkoholfhængighed. Forekomsten af storforbrug af alkohol og rusdrikkeri er højest blandt mænd og blandt unge, mens tegn på alkoholfhængighed er mest udbredt blandt mænd og 55-79 årige.

I 2017 er der en mindre andel borgere i regionen, som har uhensigtsmæssige alkoholvaner end i 2013. Det mest markante fald ses for storforbrug af alkohol. Her ses et fald fra 10 % i 2013 til 8 % i 2017. I forhold til alder er faldet størst for de 55-64 årige.

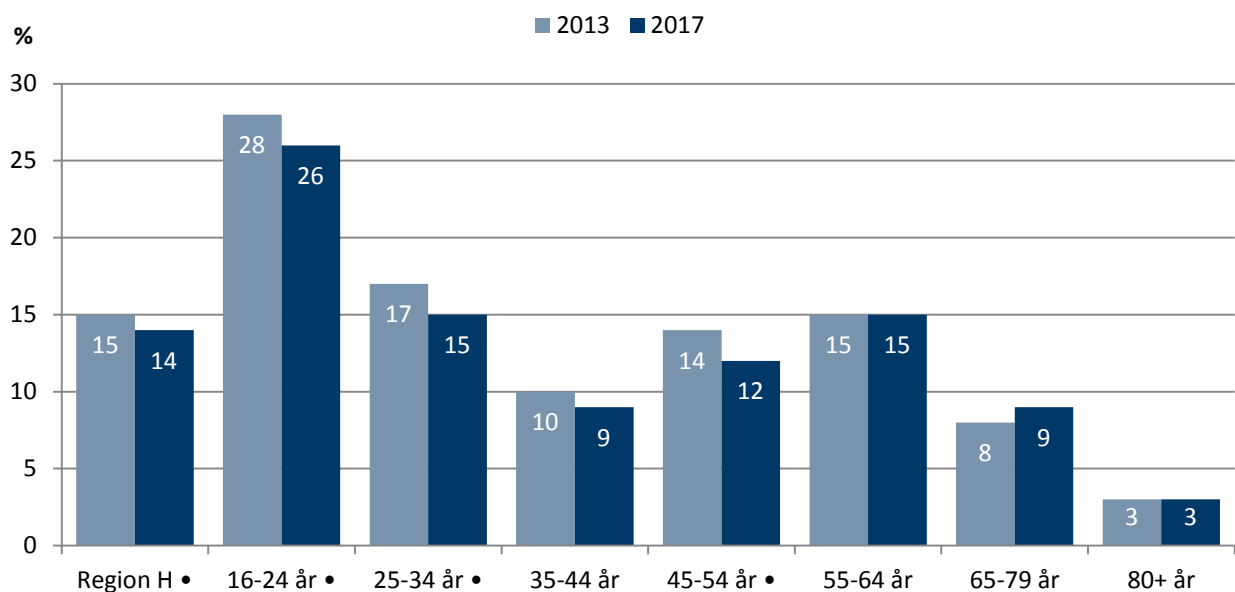
I 2017 har 12 % af borgere med børn i hjemmet en risikabel alkoholfærd. Andelen er uændret fra 2013 til 2017.

Figur B1 Storforbrug af alkohol i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Figur B2 Rusdrikkeri i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

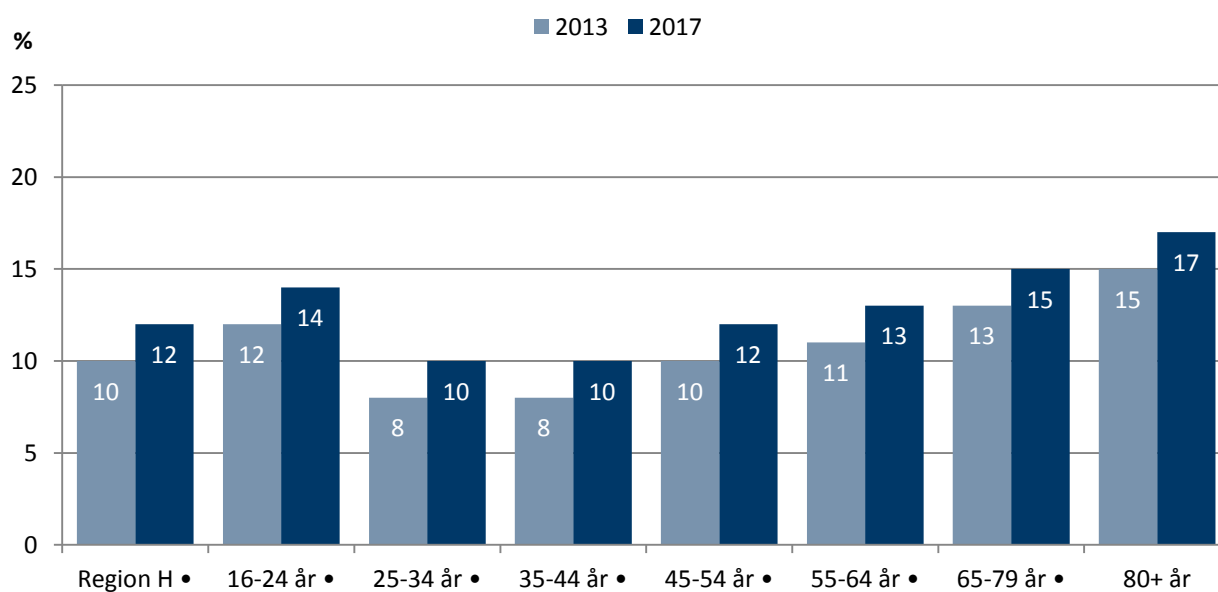
Kost

I 2017 er der 80 % af borgerne, som ikke spiser seks stykker frugt og grønt dagligt eller 350 g fisk om ugen, som anbefalet. 27 % af borgerne spiser fastfood mindst én gang om ugen, 16 % af borgerne drikker sodavand eller andre sukkerholdige drikke mindst tre gange om ugen og 13 % af borgerne spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen. I alt har 12 % af alle borgere et usundt kostmønster, dvs. typisk et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt - især mættet fedt (Figur C). Desuden har 67 % af borgerne et kostmønster med sunde og usunde elementer, som typisk indbefatter et lavt til

moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt - især mættet fedt. For næsten 80 % af borgerne er der dermed plads til kostforbedringer som eksempelvis et højere indtag af frugt, grønt og fisk. Forekomsten af usundt kostmønster er højest blandt mænd og de ældste borgere (65+ årige).

Andelen af borgere med et usundt kostmønster er steget fra 10 % i 2013 til 12 % i 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper.

Figur C Usundt kostmønster i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

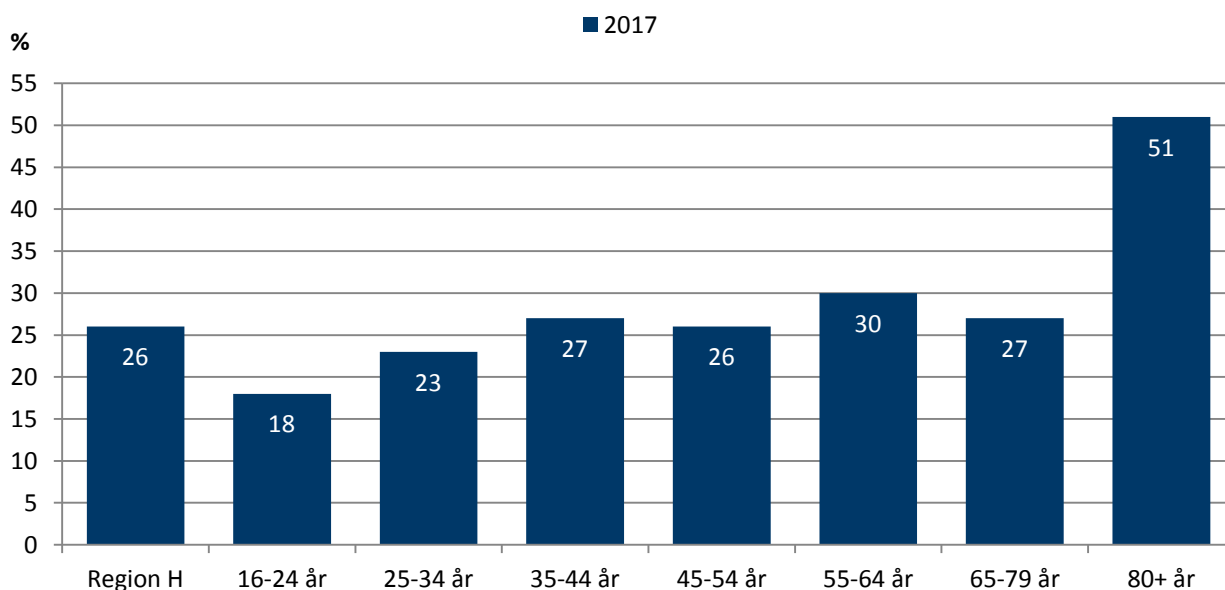
Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd

I 2017 er størstedelen af borgerne fysisk aktive i fritiden, men 26 % lever alligevel ikke op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (Figur D1). WHO anbefaler mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent kombination heraf. I alt 64 % af alle borgere har mere end 8 timers stillesiddende aktiviteter på en typisk hverdag (Figur D2), og 31 % har mindst 4 timers skærmtid på en hverdag. Andelen af borgere, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt de 80+ årige, mens andelen med mere end 8 timers

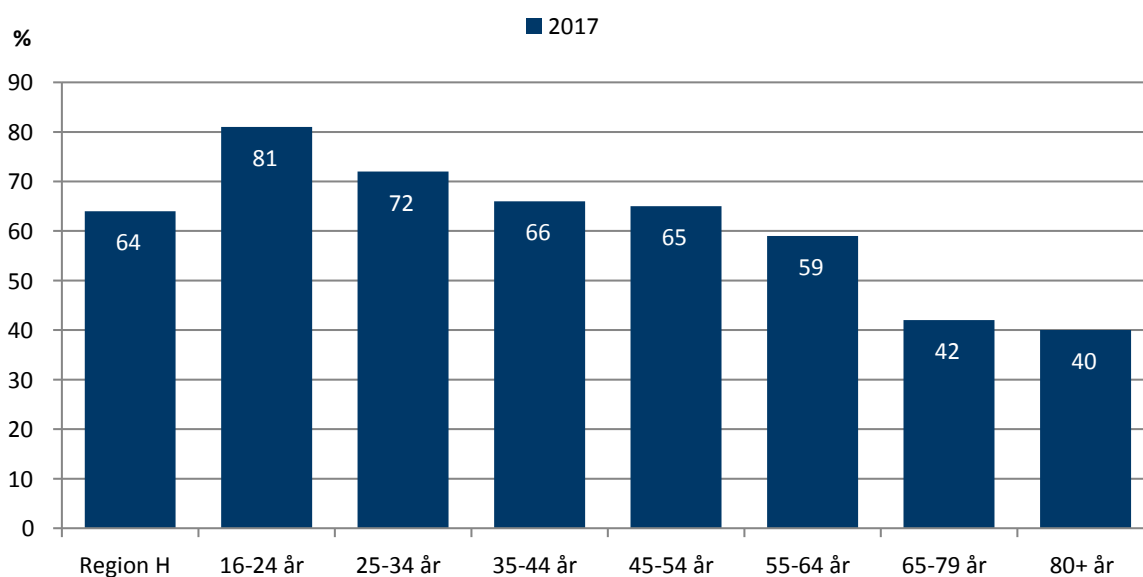
stillesiddende aktiviteter på en typisk hverdag er størst blandt de 16-24 årige.

Andelen af borgere, der læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden, er steget fra 16 % 2013 til 19 % 2017. Til gengæld er andelen med inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse faldet fra 22 % i 2013 til 20 % i 2017. Dette er foreneligt med, at andelen af borgere, som angiver at have let adgang til cykel- og gangstier er steget lidt fra 94 % i 2013 til 96 % i 2017.

Figur D1 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet i regionen som helhed og fordelt på alder



Figur D2 Meget total stillesiddende tid (> 8t/dag) i regionen som helhed og fordelt på alder



Euforiserende stoffer

I Region Hovedstaden har 53 % af de unge i alderen 16-34 år prøvet at bruge hash én eller flere gange i deres liv, mens 17 % har prøvet andre stoffer. Andelen af unge, der nogensinde har prøvet hash, er steget fra 51 % i 2013 til 53 % i 2017 og andelen af unge, som nogensinde har prøvet andre stoffer, er steget fra

14 % i 2013 til 17 % i 2017. Inden for det seneste år har 23 % af de unge brugt hash eller andre stoffer, mens 6,6 % har haft et højt forbrug (10 eller flere gange). Brug af euforiserende stoffer inden for det seneste år er mest udbredt blandt unge mænd og borgere bosiddende i de københavnske bydele.

Seksuel adfærd og sexsygdomme

Ubeskyttet sex er årsag til en række sundhedsproblemer, herunder uønsket graviditet og sexsygdomme, så som klamydia. I Region Hovedstaden har 27 % af de unge i alderen 16-34 år haft sex uden prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker at få et barn, mens 8 % af de unge har haft sex uden kondom ved seneste samleje, trods skiftende seksualpartnere. Sex uden prævention er mest udbredt blandt unge mænd samt unge med ikke-vestlig baggrund, mens sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere er mest udbredt blandt de 16-24 årige samt unge med dansk baggrund.

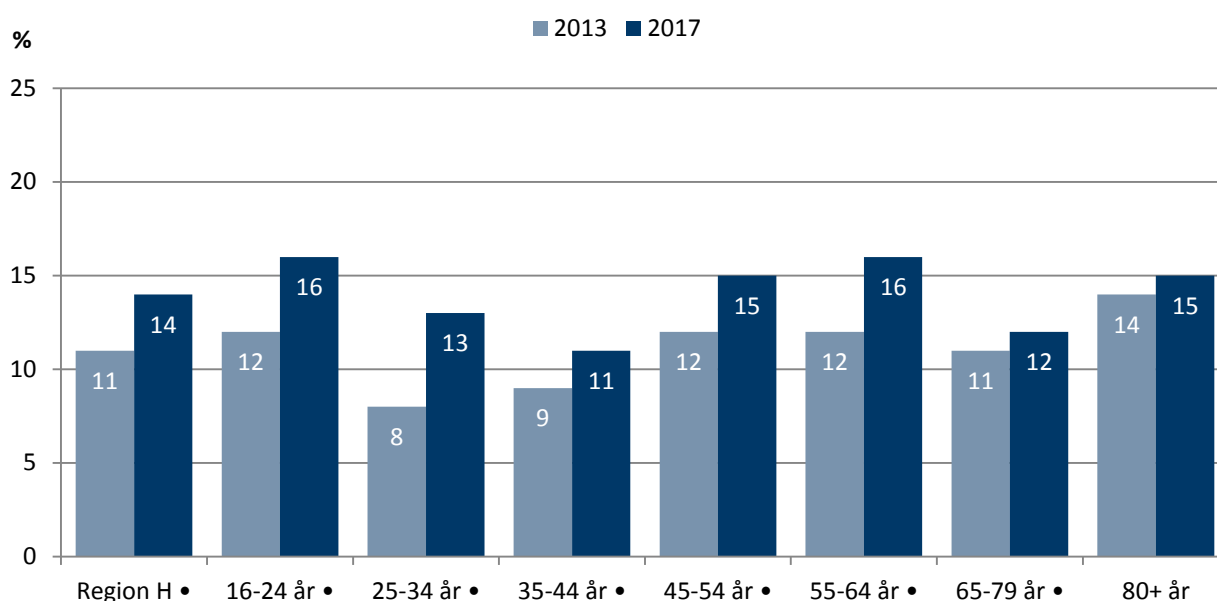
I Region Hovedstaden har 5,6 % af de unge fået konstateret én eller flere seksuelt overførte sygdomme inden for det seneste år. 3,4 % af de unge har fået konstateret klamydia det seneste år, hvilket gør klamydia til den mest udbredte sexsygdom blandt unge. Andelen af unge, som har fået konstateret klamydia er steget markant fra 2,2 % i 2013 til 3,4 % i 2017.

Søvn

Som noget nyt indeholder rapporten information om søvnproblemer blandt borgerne i Region Hovedstaden. I 2017 sover 4,0 % af borgerne mere end 9 timer pr. døgn og 5,4 % sover mindre end 6 timer pr. døgn. I alt 13 % af alle borgerne får aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet og 14 % er meget generet af søvnproblemer (Figur E). Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er størst blandt kvinder og blandt borgere i alderen 16-24 år og 55-64 år.

Der ses en stigning i andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer fra 11 % i 2013 til 14 % i 2017. Stigningen ses i alle aldersgrupper, men den største stigning ses blandt de 25-34 årige.

Figur E Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer i regionen som helhed og fordelt på alder



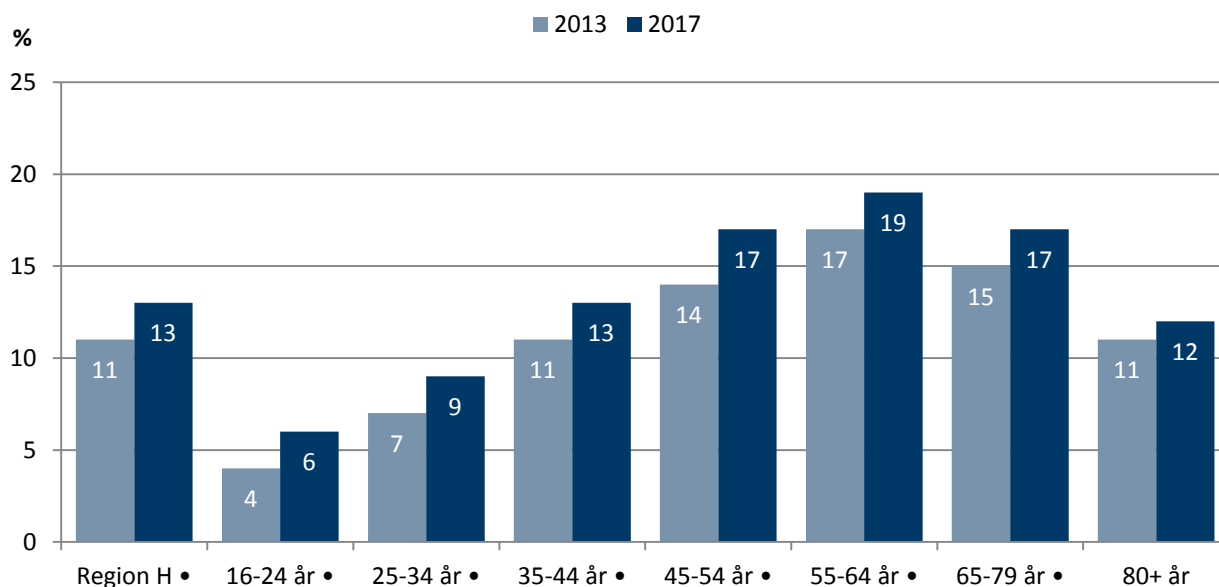
• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Overvægt

I 2017 er 31 % af borgerne i Region Hovedstaden moderat overvægtige, mens 13 % er svært overvægtige (Figur F), dvs. i alt er 44 % overvægtige. Forekomsten af overvægt er højest blandt de 45-79 årige. For moderat overvægt er forekomsten desuden markant højere for mænd end kvinder.

Andelen af moderat overvægtige er steget fra 30 % i 2013 til 31 % i 2017, og i forhold til alder er stigningen størst blandt de 16-44 årige. Forekomsten af svær overvægt er steget fra 11 % til 13 % i samme periode, men her er stigningen sket i alle aldersgrupper, især blandt de 45-54 årige.

Figur F Svær overvægt i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Mental sundhed

Størstedelen af borgerne i Region Hovedstaden har en god mental sundhed og en god livskvalitet. Således har kun 4,8 % af borgerne en dårlig livskvalitet.

Selvvrurderet helbred: I 2017 har 15 % af borgerne i Region Hovedstaden et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Figur G). Forekomsten er mere udbredt blandt kvinder end mænd, og blandt de ældste er forekomsten særligt høj.

Andelen af borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er steget fra 13 % i 2013 til 15 % i 2017. Stigningen ses i flere aldersgrupper blandt andet i gruppen af 16-24 årige.

Fysisk og mentalt helbred: I 2017 har 9 % af borgerne i Region Hovedstaden et dårligt fysisk helbred, og 14 % har et dårligt mentalt helbred. Generelt har en større andel af kvinder end mænd dårligt fysisk og mentalt helbred. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er størst blandt de ældste

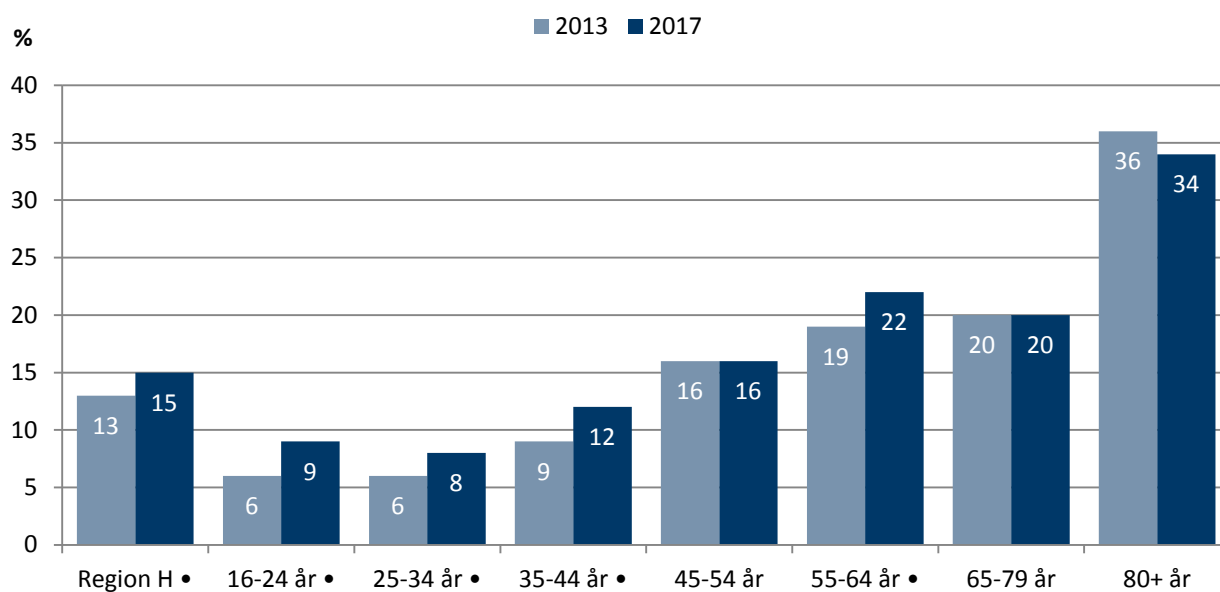
borgere (80+ årige), mens andelen med dårligt mentalt helbred er størst blandt de yngste borgere (16-24 årige).

I regionen som helhed er andelen af borgere med dårligt fysisk helbred uændret fra 2013 til 2017, mens andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er steget fra 11 % i 2013 til 14 % i 2017. For dårligt mentalt helbred ses de største stigninger blandt de 16-24 årige.

Stress: I 2017 har 26 % af borgerne i Region Hovedstaden et højt stressniveau (Figur H). Flere kvinder end mænd har et højt stressniveau og i forhold til alder er andelen størst blandt de yngste borgere (16-34 årige) og de ældste borgere (80+ årige).

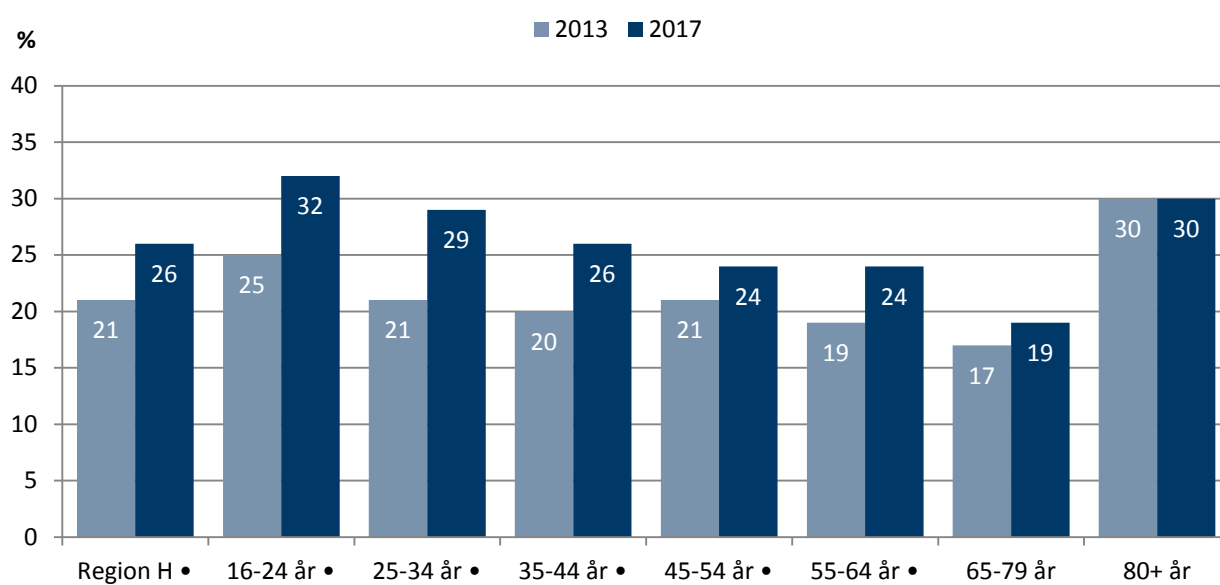
Andelen af borgere med et højt stressniveau er steget fra 21 % i 2013 til 26 % i 2017. De største stigninger ses blandt de 16-34 årige.

Figur G Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Figur H Højt stressniveau i regionen som helhed og fordelt på alder



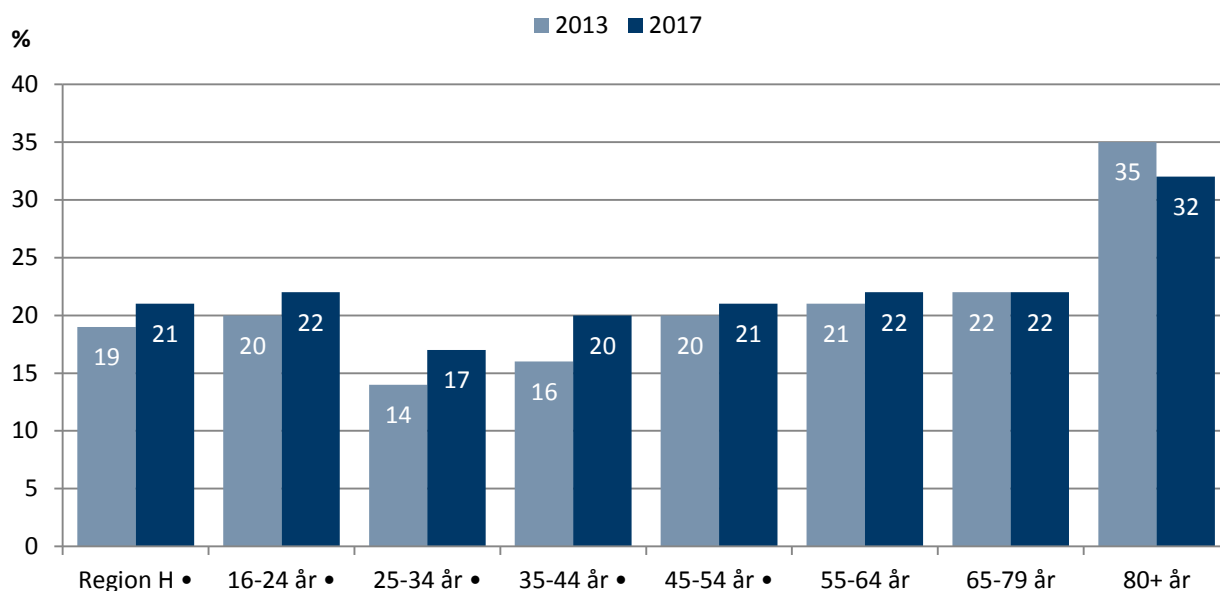
• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Sociale relationer: I 2017 er 8 % af borgerne i Region Hovedstaden ensomme og i alt 21 % af borgerne har svage sociale relationer (Figur I). Borgere med svage sociale relationer er borgere, som sjældent har kontakt til familie eller venner, aldrig har nogen at tale med ved behov eller ofte er uønsket alene. Andelen af borgere med svage sociale relationer er større blandt mænd end kvinder og i forhold til alder mest udbredt

blandt de ældste borgere på 80 år og derover, mens andelen af borgere, som er ensomme, er størst blandt de 16-24 årige.

Andelen af borgere med svage sociale relationer er steget fra 19 % i 2013 til 21 % i 2017. Den største stigning ses blandt de 35-44 årige.

Figur I Svage sociale relationer i regionen som helhed og fordelt på alder



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

Kombination af risikofaktorer

Som noget nyt i 2017 har rapporten fokus på andelen af borgere med en kombination af to risikofaktorer. I dette afsnit gives enkelte udvalgte tal relateret til dagligrygning, alkoholforbrug og selvvurderet helbred.

Andelen af dagligrygere er stor (over 30 %) blandt borgere med usundt kostmønster eller storforbrug af alkohol sammenlignet med alle borgere i regionen. Andelen af dagligrygere er lige så stor (30 %) blandt unge, som har brugt hash eller andre stoffer det seneste år, men endnu større (næsten 50 %) blandt unge, som inden for det seneste år har haft et højt forbrug af hash og andre stoffer.

Andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er særlig stor (op mod 20 %) blandt dagligrygere og især blandt storrygere

sammenlignet med alle borgere i regionen. Desuden er andelen af unge, som rusdrikker særlig stor (over 40 %) blandt unge, som har brugt hash eller andre stoffer det seneste år eller som har haft sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere sammenlignet med alle unge i regionen.

Andelen af borgere, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, er særlig stor (over 40 %) blandt borgere, som er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med alle borgere i regionen. Andelen af unge, som har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, er også relativt stor (14 %) blandt unge med et højt forbrug af hash og andre stoffer det seneste år sammenlignet med alle unge i regionen.

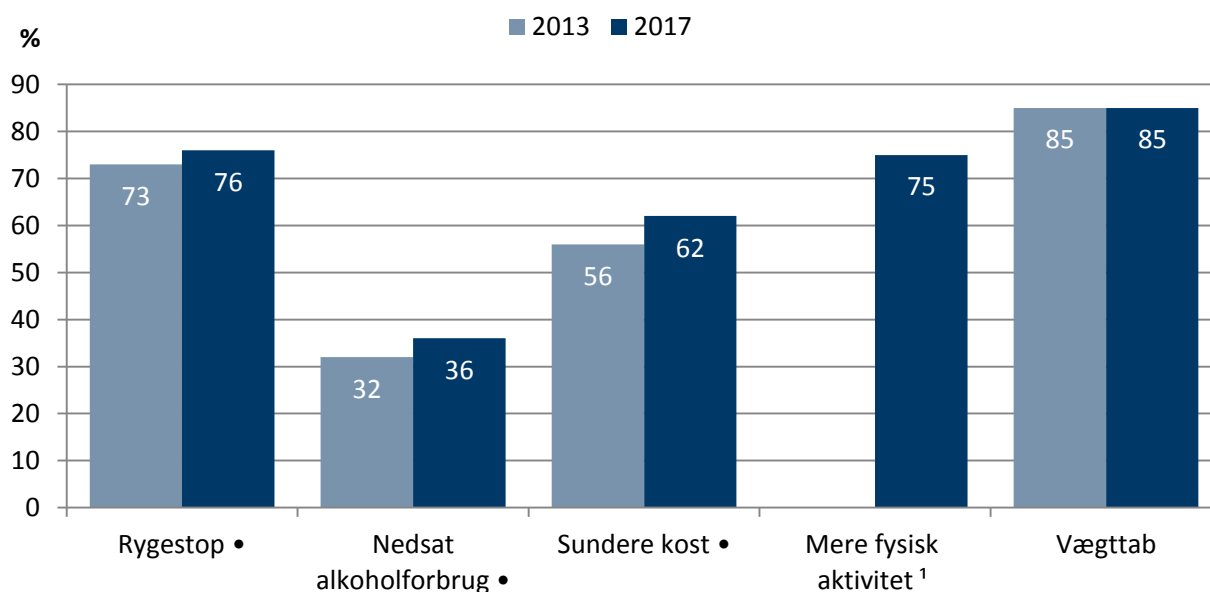
Motivation for adfærdsændringer

Andelen, som ønsker adfærdsændring, blandt henholdsvis dagligrygere, borgere med risikabel alkoholadfærd, borgere med usundt kostmønster, borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet eller overvægtige borgere, varierer markant. I de fleste tilfælde er mere end halvdelen dog motiverede for ændring af deres risikoprofil (Figur J). Blandt dagligrygere ønsker 76 % rygestop, og blandt borgere med et usundt kostmønster ønsker 62 % at spise sundere. Blandt fysisk inaktive borgere ønsker 75 % at være mere fysisk aktive, og blandt overvægtige borgere ønsker 85 %

at tabe sig. I modsætning hertil ønsker kun 36 % af borgere med risikabel alkoholadfærd, at nedsætte deres alkoholforbrug.

Fra 2013 til 2017 er borgernes motivation for adfærdsændring steget blandt dagligrygere, borgere med risikabel alkoholadfærd og borgere med usundt kostmønster. Andelen, som ønsker rygestop er steget fra 73 % i 2013 til 76 % i 2017. Andelen, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, er steget fra 32 % i 2013 til 36 % i 2017, og andelen, som ønsker at spise sundere, er steget fra 56 % i 2013 til 62 % i 2017. Motivation for vægttab er uændret i perioden.

Figur J Ønsker adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

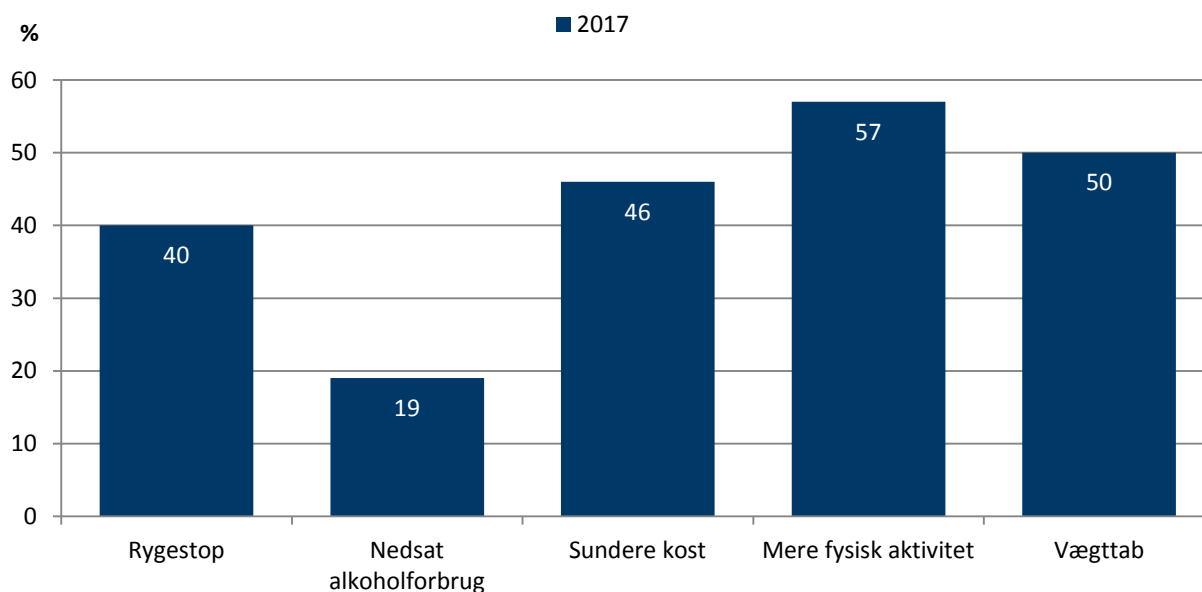
¹ Der er i 2017 benyttet nye spørgsmål om fysisk aktivitet, hvorfor der ikke findes data fra 2013

Som noget nyt i 2017 indeholder rapporten information om andelen af borgere, som ønsker hjælp til adfærdsændring. Blandt borgere, som er motiverede for henholdsvis rygestop, mindre alkoholforbrug, sundere kost, mere fysisk aktivitet eller vægttab, er der markant variation i andelen, som ønsker hjælp til adfærdsændringen (Figur K). Andelen, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktiv, er 57 % blandt borgere som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, men er motiverede for mere fysisk aktivitet. Mens andelen, som

ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, er lige under 20 % blandt borgere med risikabel alkoholadfærd, som er motiverede for at få et lavere alkoholforbrug. Andelen, som ønsker hjælp til vægttab, sundere kost eller rygestop ligger mellem 40-50 %.

Ønske om hjælp til rygestop er faldet fra 44 % i 2013 til 40 % i 2017. Grundet manglende data kan udvikling for de øvrige adfærdsformer ikke opgøres.

Figur K Ønsker hjælp til adfærdsændring blandt borgere, som er motiverede for ændring af uhensigtsmæssig risikoprofil



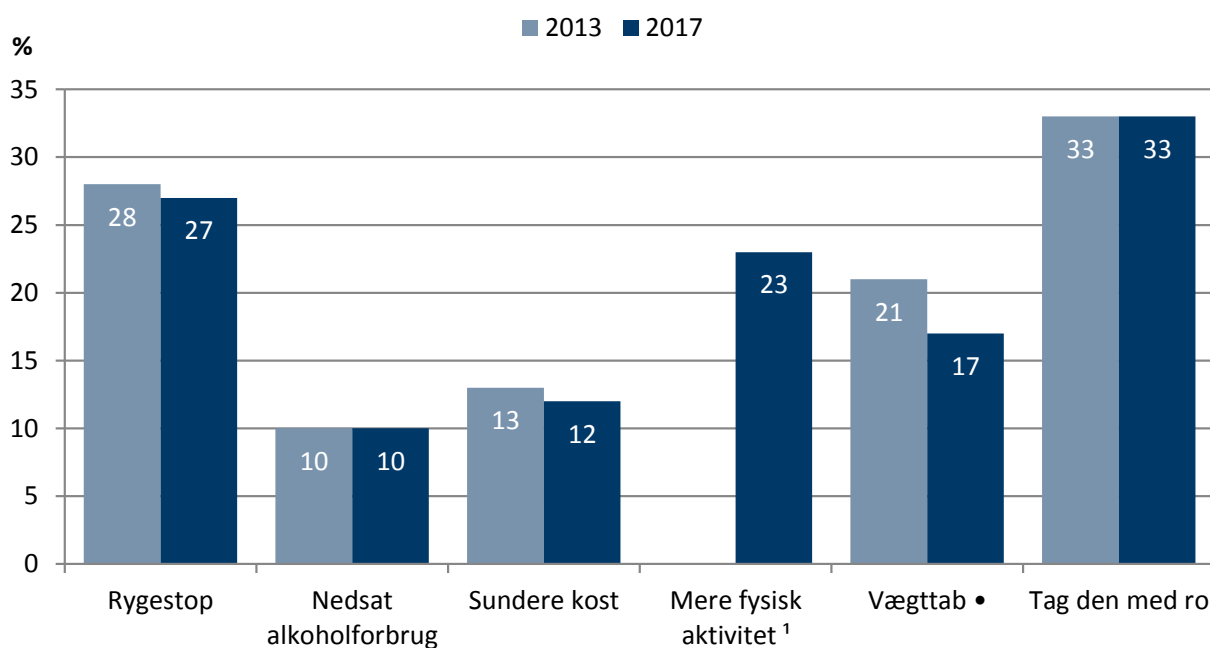
Forebyggelse

Råd fra egen læge

Andelen af borgere, som har fået råd fra egen læge om at ændre en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, er størst blandt borgere, som har højt stressniveau sammenlignet med borgere som ryger, har risikabel alkoholadfærd, usundt kostmønster, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet eller er overvægtige (Figur L). I 2017 er 33 % af borgere med et højt stressniveau, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet af deres læge til at tage den med ro. Mens 27 %

af dagligrygere er blevet rådet til at stoppe med at ryge, 12 % af borgere med usundt kostmønster er blevet rådet til at spise sundere, mens kun 10 % blandt borgere med risikabel alkoholadfærd er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget. For alle de nævnte er andelen uændret siden 2013. Den eneste reelle ændring ses for andelen af overvægtige borgere, som har fået råd af egen læge om at tabe sig. Her ses et fald fra 21 % i 2013 til 17 % i 2017.

Figur L Rådet til adfærdsændring af egen læge blandt borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil



• 2013 er statistisk signifikant forskellig fra 2017

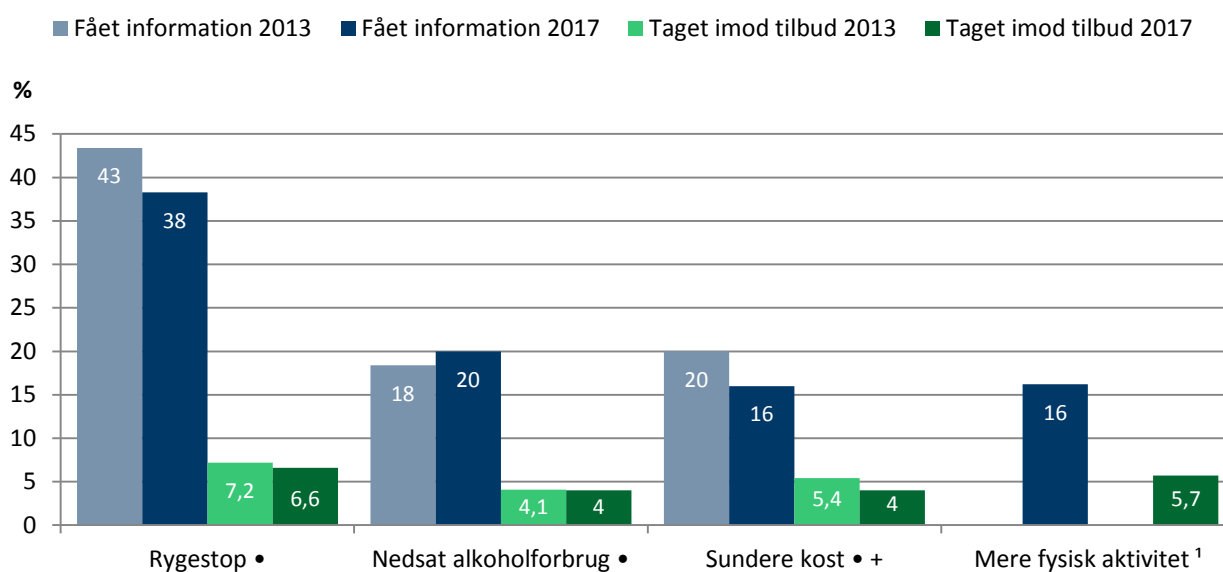
¹ Der er i 2017 benyttet nye spørgsmål om fysisk aktivitet, hvorfor der ikke findes data fra 2013

Har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring

I 2017 er andelen af borgere, som har fået information om hjælp til adfærdsændring, størst blandt rygere (cirka 40 %) (Figur M). Blandt borgerne med en risikabel alkoholadfærd har 20 % fået information om hjælp til adfærdsændring, mens andelen er 16 % blandt borgere med usundt kostmønster og borgere som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. En langt mindre andel (4-7 %) af borgere med u hensigtsmæssig sundhedsadfærd har taget imod tilbud om hjælp til henholdsvis ryggestop, at nedsætte alkoholforbruget, spise sundere eller være mere fysisk aktiv.

Fra 2013 til 2017 ses en tendens til en stigning i andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som har fået information om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, mens der for borgere, som ryger og borgere med usundt kostmønster, er sket et fald i andelen, som har fået information om hjælp til adfærdsændring. I samme periode er der sket et fald i andelen af borgere med usundt kostmønster, som har taget imod tilbud om hjælp til at spise sundere.

Figur M Fået information eller taget imod tilbud om hjælp til adfærdsændring blandt borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil



• Andelen af borgere, der har fået information i 2013, er statistisk signifikant forskellig fra 2017

+ Andelen af borgere, der har taget imod tilbud i 2013, er statistisk signifikant forskellig fra 2017

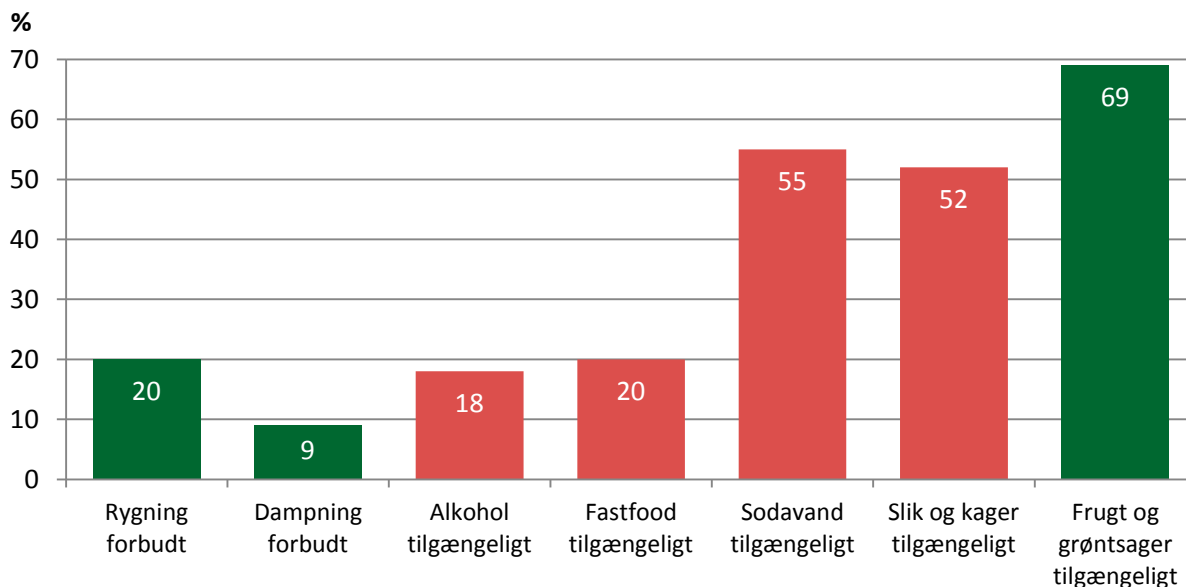
¹ Der er i 2017 benyttet nye spørgsmål om fysisk aktivitet, hvorfor der ikke findes data fra 2013

Regler og tilgængelighed på arbejdspladser og uddannelsessteder

Borgernes sundhedsadfærd er i høj grad påvirket af de rammer, som de daglige omgivelser skaber. Eksempler på rammer er regler for rygning samt tilgængelighed af alkohol såvel som sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladser og uddannelsessteder.

I Region Hovedstaden angiver 20 %, at rygning er forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted og 9 % angiver, at dampning af e-cigaretter er forbudt (Figur N). I 2017 har cirka 20 % af borgere, som er i arbejde eller under uddannelse, adgang til alkohol eller fastfood på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet, mens over 50 % har adgang til sodavand, slik eller kager, eller frugt og grøntsager disse steder.

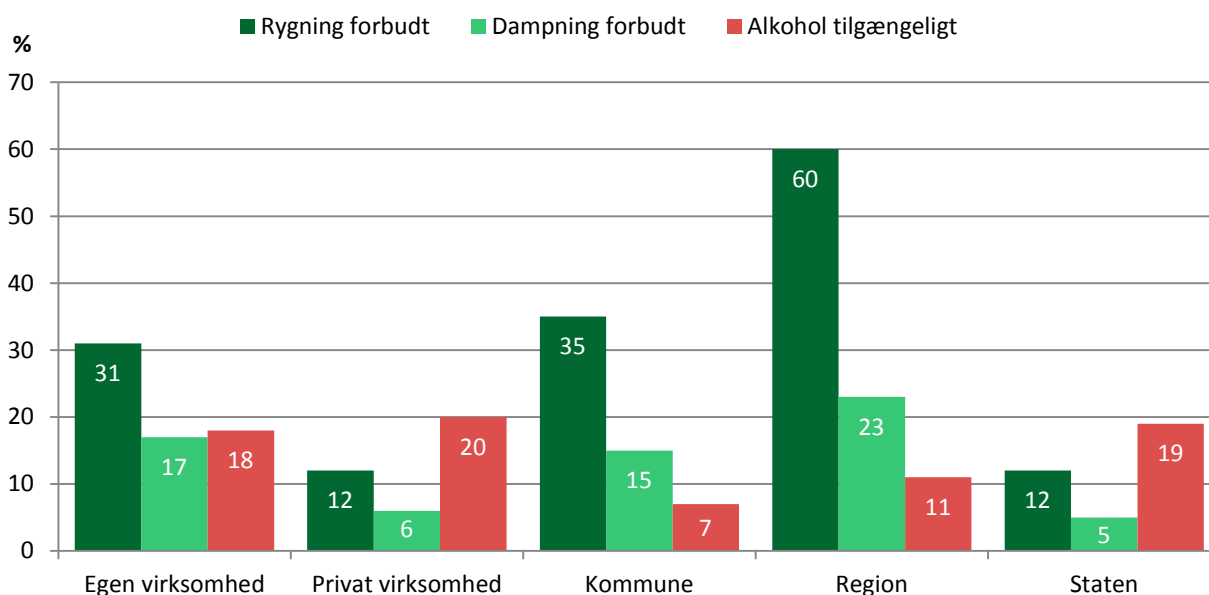
Figur N Regler og tilgængelighed på arbejdsplader og uddannelsessteder i 2017



Andelen af borgere, som angiver at rygning er forbudt på deres arbejdsplads, er 60 % for borgere ansat i en region, over 30 % for borgere ansat i egen virksomhed eller i en kommune, mens andelen er 12 % blandt borgere ansat i staten eller i privat virksomhed (Figur O). Andelen af borgere, som angiver at dampning af e-cigaretter er forbudt på deres arbejdsplads,

er ligeledes størst blandt borgere ansat i en region (over 20 %) og mindst (5-6 %) blandt borgere ansat i staten eller i privat virksomhed. Alkohol er tilgængeligt for op til 20 % af borgere ansat i egen virksomhed, privat virksomhed eller i staten, mens det er tilgængeligt for 11 % ansat i en region og 7 % i en kommune.

Figur O Arbejdspladser hvor rygning og dampning er forbudt og alkohol er tilgængeligt i 2017



Social ulighed

For mange af indikatorerne præsenteret i rapporten ses social ulighed i forekomsten - Jo kortere uddannelse, des større andel borgere har den givne uhensigtsmæssige sundhedsadfærd eller risikofaktor. Tegn på alkoholafhængighed er et eksempel på en sundhedsadfærd, hvor der er en omvendt tendens. Det vil sige, hvor forekomsten er størst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Rapporten indeholder desuden opgørelser af forekomst på tværs af erhvervstilknytningsgrupper, da dette også afspejler de sociale forskelle, der findes i sundhedsadfærd og risikofaktorer. Både uddannelses- og erhvervstilknytningsopgørelser er lavet samlet for mænd og kvinder i de enkelte kapitler.

Som noget nyt i 2017 indeholder rapporten et kapitel om social ulighed, hvor kønsopdelte opgørelser af sammenhængen mellem uddannelse og en række udvalgte indikatorer er undersøgt. Fokus er på forskellen i forekomst mellem grundskoleuddannelse og lang videregående uddannelse for de udvalgte indikatorer. Det vil sige, om der er social ulighed i forekomsten i 2017 og om der er sket en udvikling over tid i den sociale ulighed for de enkelte indikatorer for henholdsvis mænd og kvinder. I disse analyser er der yderligere taget hensyn til fordelingen af alder og etnisk baggrund i det pågældende år.

Tabel 1 er en oversigt over eventuel social ulighed i forekomsten af de udvalgte indikatorer samt udviklingen over tid i den sociale ulighed for de enkelte indikatorer, opgjort for mænd og kvinder separat. Oversigten er baseret på odds ratio værdier for borgere med grundskoleuddannelse med lang videregående uddannelse som reference.

I 2017 er der for stort set alle de udvalgte indikatorer en sammenhæng mellem uddannelse og forekomst af de enkelte indikatorer for både mænd og kvinder. Med undtagelse af storforbrug af alkohol, tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri er der social ulighed for alle indikatorer for begge køn. For tegn på alkoholafhængighed er forekomsten lavest blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse, hvilket betyder at der for denne indikator er omvendt social ulighed for begge køn. For rusdrikkeri ses ingen social ulighed. For stort set alle udvalgte indikatorer ses ingen ændringer i den sociale ulighed fra 2010 til 2017. For indikatoren lav fysisk aktivitet i fritiden er uligheden for kvinder dog faldet fra 2010 til 2017.

Tabel 1 Social ulighed for udvalgte risikofaktorer i 2017 og udvikling i social ulighed 2010-2017

Risikofaktor/sundhedsadfærd	Social ulighed i 2017*			Udvikling i ulighed 2010-2017**	
	Mænd		Kvinder	Mænd	Kvinder
Daglig rygning	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Daglig passiv rygning	Ja	≠	Ja	Ingen	Ingen
Dagligdampning	Ja		Ja	-	-
Storforbrug af alkohol	Ja	≠	Ingen	Ingen	Ingen
Tegn på alkoholafhængighed	Ja, omvendt	≠	Ja, omvendt	Ingen	Ingen
Rusdrikkeri	Ingen		Ingen	-	-
Usundt kostmønster	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	Ja		Ja	-	-
Lav fysisk aktivitet i fritiden	Ja		Ja	Ingen	Falder
Inaktiv transport	Ja	≠	Ja	Ingen	Ingen
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Svær overvægt	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Dårligt fysisk helbred	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Dårligt mentalt helbred	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Højt stressniveau	Ja		Ja	Ingen	Ingen
Svage sociale relationer	Ja		Ja	Ingen	Ingen

Analyserne er stratificeret på køn og justeret for alder og etnisk baggrund

*Lang videregående uddannelse er reference. "Ja" refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er over 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse (= social ulighed). "Ja, omvendt" refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er under 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse (=omvendt social ulighed). "Ingen" refererer til de situationer, hvor OR for grundskoleuddannelse er lig 1 (=ingen social ulighed)

** Lang videregående uddannelse er reference. "Ingen" refererer til de situationer, hvor der ikke er statistisk signifikant forskel på OR for forekomst af en given risikofaktor blandt borgere med grundskoleuddannelse i 2017 sammenlignet med 2010. "Falder" refererer til de situationer, hvor OR for forekomst af en given risikofaktor blandt borgere med grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant mindre end den tilsvarende OR i 2010

≠ OR for grundskoleuddannelse er forskellig for mænd og kvinder i 2017

- Det er ikke muligt at vise udvikling over tid

Opsamling

I denne opsamling fremhæves væsentlige resultater fra rapporten. Nogle af tallene er belyst i denne sammenfatning, mens andre kan findes i de enkelte kapitler.

Blandt borgere i Region Hovedstaden er der sket en positiv ændring i forekomsten af flere typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer. Fra 2013 til 2017 er der sket fald i forekomsten af daglig passiv rygning, rygning i hjem med børn, daglig rygning i eget hjem, moderat og storforbrug af alkohol, tegn på alkoholfafhængighed, rusdrikkeri, og hyppigt indtag af slik eller kager. Der er ligeledes færre som har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse i 2017 sammenlignet med 2013. For flere af disse indikatorer var der også et fald i forekomsten fra 2010 til 2013. Faldet fra 2013 til 2017 er dermed en fortsættelse af det fald, der sås fra 2010 til 2013. Forekomsterne i 2017 er således udtryk for en øget sundhed for borgerne i Region Hovedstaden i forhold til de nævnte indikatorer.

For andre typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer er der ikke sket ændringer. Forekomsten af dårligt fysisk helbred er et eksempel herpå. Der ses dog stigninger i forekomsten af en række indikatorer fra 2013 til 2017. Eksempler herpå er dagligrygning, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden, søvnproblemer, overvægt, dårligt mentalt helbred,

højt stressniveau og svage sociale relationer. For de fleste af disse indikatorer har forekomsten været relativ stabil fra 2010 til 2013. I enkelte tilfælde, eksempelvis for dagligrygning var der et markant fald i forekomsten fra 2010 til 2013. De højere forekomster i 2017 indikerer således en forværring i de nævnte typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer i Region Hovedstaden. Hvorvidt dette har påvirket den stigende forekomst af kronisk sygdom, som beskrives i "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Kronisk sygdom", kan ikke konkluderes.

Til gengæld kan det konkluderes, at der blandt borgere med uhensigtsmæssig risikoprofil er en ret stor andel, som er motiverede for adfærdsændring. Rapporten viser samtidigt, at der på uddannelsessteder og arbejdspladser er plads til yderligere tiltag, som kan fremme borgernes sundhed.

Herudover viser rapporten, at der er social ulighed i forekomsten af de fleste typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer. Det overordnede billede er, at den sociale ulighed i 2017 ikke er forskellig fra uligheden i 2010. Det er derfor fortsat særdeles vigtigt, at fokusere på indsatser, der kan begrænse den sociale ulighed i sundhedsadfærd og risikofaktorer.



Kapitel 1

Indledning



1 Indledning

”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” består af to dele: Én rapport med fokus på sundhedsadfærd og

risikofaktorer blandt alle borgere og én rapport med fokus på borgere med kronisk sygdom.

1.1 Formål med sundhedsprofilen

Formålet med sundhedsprofilen for Region Hovedstaden er, at fungere som et planlægningsredskab på sundhedsområdet for kommuner og region. Ved hjælp af sundhedsprofilen kan beslutningstagerne se, hvor der er potentiale for forbedringer, og hvilke befolkningsgrupper, der er væsentlige at have fokus på, når der tilrettelægges sundhedsindsatser.

Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden dækker samtlige 29 kommuner i regionen, og giver indsigt i en række unikke data. Sundhedsprofilen bidrager med detaljeret viden om borgernes sundhed, sundhedsadfærd og sygelighed i de enkelte kommuner og i regionen som helhed. Denne viden er sat i relation til en række demografiske og sociale forhold. ”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” efterfølger tre tidligere sundhedsprofiler fra 2007, 2010 og 2013. Sundhedsprofilen viser udviklingen i borgernes sundhedstilstand over tid. Samtidig kaster sundhedsprofilen lys over aktuelle tendenser i borgernes adfærd, risikofaktorer og sygdom samt forbrug af sundhedsydelser, og bringer dermed opdateret viden

ind i forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsarbejdet. Sundhedsprofilen 2017 er et unikt grundlag for kommunernes sundhedspolitikker, regionens overordnede hospitalsplanlægning og for sundhedsaftalerne mellem kommunerne, praksissektoren og regionen. Sundhedsprofilen kan dermed anvendes i forbindelse med prioritering af kommunale og regionale forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsindsatser.

I nærværende delrapport fokuseres der på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle borgere i Region Hovedstaden. I anden delrapport er omdrejningspunktet borgere med kronisk sygdom. Sundhedsprofilen afdækker både borgernes aktuelle sundhedstilstand og mulige indsatsområder, som vil kunne forbedre sundheden og mindske sygeligheden på kort og på lang sigt. I begge rapporter er der særligt fokus på social ulighed.

Den næste sundhedsprofilundersøgelse planlægges gennemført i 2021 og publiceret i 2022.

1.2 Baggrund for denne rapport

Denne fjerde sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner er en fortsættelse af den kortlægning af borgernes sundhed, sundhedsadfærd og sygelighed, som blev præsenteret i de foregående sundhedsprofiler. Sundhedsprofilerne for 2007, 2010, 2013 og 2017 kan alle findes på centrets hjemmeside.

Sundhedsprofilen i Region Hovedstaden er en del af et nationalt samarbejde, som har til formål at udarbejde sundhedsprofiler i alle landets fem regioner på samme tid. Det er de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, som står bag udarbejdelsen af sundhedsprofilerne på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, KL, Sundheds- og Ældreministeriet samt Finansministeriet. Sundhedsprofilen i Region Hovedstaden er således en del af et nationalt koncept, hvor indhold, dataindsamling og databearbejdning er standardiseret. Dette gør det muligt at sammenligne en lang række af oplysningerne i denne sundhedsprofil med oplysningerne i de øvrige regioners sundhedsprofiler og dermed for den enkelte kommune, at sammenligne egne resultater med resultater for kommuner i de øvrige dele af landet (se www.danskernessundhed.dk).

Samtidigt har kommuner og region sat deres eget præg på ”Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017” gennem et tæt samarbejde omkring valg af særlige fokusområder samt valg af struktur og formidlingsform.

I de tidligere sundhedsprofiler har de forskellige kapitler afspejlet elementer i en årsagsmodel for udvikling af kronisk sygdom (1-3). Modellen viser sammenhængen mellem individuelle og sociale faktorer, levevilkår, sundhedsadfærd og helbreds faktorer og peger derigennem på, hvordan en lang række faktorer påvirker udviklingen af kroniske sygdomme. Nærværende rapport bygger også på denne model, men er yderligere inspireret af brede modeller som Whitehead & Dahlgrens sundhedsmodel (4) og den økologiske sundhedsmodel af Richard m.fl. (5). Modellerne har det til fælles, at sundhed og sygdom ses som resultatet af en række indbyrdes afhængige årsager. De enkelte faktorer kan være direkte årsag til sygdom eller død, men kan også indgå som element i en længere årsagskæde. Den enkeltes sundhedsadfærd kan således påvirkes på flere niveauer både individuelt, gennem sociale relationer, lokalsamfund og større samfundsmæssige sammenhænge. Forebyggelse og sundhedsfremme skal derfor tænkes bredt for eksempel via strukturelle tiltag og ikke kun rettes mod det enkelte individ.

Effektive forebyggende og sundhedsfremmende indsatser målrettet borgernes adfærd og rammerne omkring borgernes liv kan på sigt føre til en reduktion i forekomsten af uheldsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer og i andelen af borgere, der udvikler kronisk sygdom, men eventuelt også i en stigning i forekomsten af kronisk sygdom pga. reduktion af dødeligheden.

1.3 Indhold i denne rapport

1.3.1 Opbygning af rapporten

Denne rapport beskriver forskellige typer af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle regionens borgere på 16 år eller derover. De indikatorer som præsenteres, er adfærdsformer eller risikofaktorer, som belaster folkesundheden i Region Hovedstaden markant. Der er primært tale om indikatorer, hvortil Sundhedsstyrelsen har udarbejdet specifikke anbefalinger, og hvor der er et vist forebyggelsespotentiale. Derudover beskrives nye temaer i 2017, såsom brug af elektroniske cigaretter og søvnvaner, som region og kommuner har ønsket viden om for at kunne optimere og nuancere forebyggelsesarbejdet.

Sundhedsprofilen 2017 er struktureret anderledes end profilen fra 2013 på en række områder. Rækkefølgen på kapitler og afsnit er ændret for at sætte øget fokus på emner, som aktuelt har stort fokus i region og kommuner eksempelvis mental sundhed. Som noget nyt indeholder rapporten derfor et kapitel om mental sundhed inklusiv emnerne ensomhed og livskvalitet, ligesom rapporten indeholder et kapitel om søvn.

I de enkelte kapitler er al information relateret til den givne adfærd eller risikofaktor samlet, herunder sammenhæng med sociodemografiske faktorer, ophobning af andre risikofaktorer blandt borgere med den pågældende adfærd samt information om borgernes motivation for adfærdsændring. Flere af kapitlerne rundes af med et afsnit vedrørende individorienteret forebyggelse og rammer for borgernes sundhed. Som noget nyt i 2017 afsluttes rapporten med et kapitel om udvikling i social ulighed for udvalgte risikofaktorer fra 2010 til 2017.

Der er i rapporten lagt vægt på at vise udvikling i sundhedsadfærd, risikofaktorer, motivation for adfærdsændring og forebyggelsesindsatser. Hvor det er muligt beskrives udviklingen siden 2010 i de enkelte kommuner og i regionen generelt. Resultater fra sundhedsprofilen 2007 er ikke inkluderet i denne rapport. Dette skyldes, at populationen i sundhedsprofilen 2007 var begrænset til borgere i alderen 25-79 år, og dermed ikke er direkte sammenlignelig med populationerne i 2010, 2013 og 2017, hvor borgerne er 16 år eller derover.

1.3.2 Analysefokus

Der er i sundhedsprofilen lagt vægt på at belyse forebyggelsespotentialet i såvel region som kommuner. Det betyder, at fokus i de enkelte kapitler primært er på borgere, som har størst behov for forebyggelsesindsatser, det vil sige borgere med en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Det er dog ikke et udtryk for, at det ikke er væsentligt at fokusere på borgere uden sundhedsproblemer eller uhensigtsmæssig sundhedsadfærd. Disse borgere skal fastholdes i deres sunde adfærd for at forhindre udviklingen af kroniske sygdomme i fremtiden. Det er dog ikke fokus i denne rapport.

Da sundhedsprofilen for Region Hovedstaden både skal anvendes af Region Hovedstaden og af de 29 kommuner i regionen, er hovedparten af resultaterne i rapporten opgjort på både regionsniveau og på kommuneniveau.

Et gennemgående træk i sundhedsprofilen er fokus på den sociale ulighed i sundhed både på individniveau for forskellige sociodemografiske indikatorer, men også på tværs af kommunerne i Region Hovedstaden. Kommunerne er derfor inddelt i fire kommunesocialgrupper, som beskrives i kapitel 2. Derudover vises udviklingen i social ulighed for udvalgte risikofaktorer.

Et andet gennemgående træk er udviklingen fra 2010 og 2013 til 2017 i regionen generelt og i de enkelte kommuner. Der vil dog være områder, hvor det ikke er muligt at beskrive ændringer, da der er ændret på spørgsmålsformuleringerne over årene eller tilføjet nye spørgsmål til belysning af nye temaer i forebyggelsesarbejdet. Dette vil fremgå i de enkelte afsnit i rapporten.

1.4 Materiale

De forskellige temaer i denne rapport er belyst med data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det?" samt data

fra centrale registre. Spørgeskemaerne for 2017, 2013, 2010 og 2007 kan findes på centrets hjemmeside.

1.4.1 Spørgeskemadata 2017

For at få information om borgernes sundhedsadfærd, symptomer og gener, motivation for adfærdændring, sociale relationer, arbejds- og uddannelsesliv samt livskvalitet, må man spørge borgerne selv. Denne rapport tager derfor udgangspunkt i data fra spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017" med i alt 100 spørgsmål til borgere i Region Hovedstaden. Spørgeskemaundersøgelsen er udarbejdet i overensstemmelse med et nationalt koncept, som er fastlagt af det nationale koordinerende udvalg for sundhedsprofilen.

Det nationale koncept indeholder en kerne af 53 fælles spørgsmål, som anvendes i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017" i alle fem regioner. Det nationale koncept rummer desuden aftaler om, at de regionale sundhedsprofiler fra 2010 og fremefter beskriver borgere på 16 år eller derover. Herudover, at stikprøvestørrelsen er på minimum 2.000 personer pr. kommune, at der er en fælles udsendelsesprocedure med minimumskrav for antal af henvendelser samt en fælles dato for den ordinære udsendelse. I 2017 var der til forskel fra tidligere undersøgelser krav om elektronisk udsendelse via e-boks. Udsendelsesproceduren bestod derfor af to spor:

- For borgere tilmeldt digital post (cirka 90 %):
En invitation til undersøgelsen gennem digital post samt en efterfølgende digital påmindelse. Herefter en postomdelt invitation med et trykt spørgeskema samt minimum to postomdelte påmindelser, hvoraf én indeholdt et nyt trykt spørgeskema. I alt mulighed for fem henvendelser til hver borger i dette spor.
- For borgere, som ikke var tilmeldt digital post (cirka 10 %):
En postomdelt invitation med et trykt spørgeskema samt minimum to postomdelte påmindelser, hvoraf én indeholdt et nyt trykt spørgeskema. I alt mulighed for tre henvendelser til hver borger i dette spor.

Desuden er der udarbejdet fælles regler for automatisk fejlretning og manuel verificering af de fælles kernespørgsmål samt fælles vægtning for non-response som beskrevet i afsnit 1.5.1.

I Region Hovedstaden er spørgeskemaet "Hvordan har du det? 2017" sendt til en tilfældig stikprøve af borgere på 16 år eller derover, som var bosiddende i kommunerne i Region Hovedstaden 1. januar 2017. Der er udsendt 2.450 spørgeskemaer til hver kommune og til hver af de 10 bydele i Københavns Kommune for at sikre, at der for hver kommune er et rimeligt antal besvarede spørgeskemaer. I Frederiksberg Kommune er der dog udsendt i alt 4.500 skemaer grundet kommunens høje indbyggertal. Derudover blev der efter særlig aftale udsendt 4.900 spørgeskemaer i hver af følgende kommuner: Gentofte, Gribskov, Høje-Taastrup og Rødovre. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2017 til maj 2017. Det var i hele perioden muligt for de inviterede deltagere, at kontakte holdet

bag undersøgelsen, via telefon eller e-mail, med spørgsmål om undersøgelsen. Spørgeskemaet kunne besvares i papirform eller elektronisk via internettet. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 104.950 borgere i hele Region Hovedstaden, og blandt disse valgte 52,6 % (N=55.185) at returnere et udfyldt skema (Tabel 1.1). Der var dermed markant højere deltagelsesprocent i 2017 end i 2013, hvor deltagelsesprocenten var 43,5 %. I alt 77,8 % af de borgere, som deltog i undersøgelsen, valgte at besvare spørgeskemaet elektronisk. Det er mere end en fordobling fra 2013, hvor 30,4 % af de samlede besvarelser var elektroniske.

Der er stor forskel på deltagelsesprocenten i de enkelte kommuner og bydele (Tabel 1.1). I bydelen Bispebjerg valgte 41,9 % at besvare spørgeskemaet, mens 62,9 % valgte at svare i Allerød Kommune. I regionen som helhed er der flere kvinder end mænd, som har besvaret spørgeskemaet. Andelen af borgere, som har svaret, stiger med alderen indtil 80 års alderen, hvorefter andelen falder. En mindre andel af borgere med anden etnisk baggrund end dansk har svaret på spørgeskemaet sammenlignet med borgere med dansk baggrund. Denne forskel kan blandt andet skyldes, at spørgeskemaet kun blev udsendt på dansk. Deltagelsesprocenten er desuden højere blandt borgere, der bor sammen med andre sammenlignet med enlige borgere.

Der er en social gradient i andelen, der svarer på spørgeskemaet. Deltagelsesprocenten stiger med stigende bruttoindkomst. Ligeledes er der en højere deltagelsesprocent blandt borgere med en kort, mellemlang eller lang videregående uddannelse sammenlignet med borgere med en grundskole- eller gymnasial uddannelse. Andelen af besvarelser er desuden større blandt beskæftigede borgere sammenlignet med borgere uden for arbejdsmarkedet.

Andelen af borgere, som har besvaret spørgeskemaet i 2017, er størst blandt

- Kvinder
 - Borgere i alderen 55-79 år
 - Borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse
 - Borgere i beskæftigelse
 - Borgere, der bor sammen med andre
 - Borgere med dansk baggrund
 - Borgere med høj indkomst
-

Tabel 1.1 Borgere, som har deltaget i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017"

Kommune/bydel	%	Personer
Region Hovedstaden	52,6	55.185
Albertslund	48,9	1.199
Allerød	62,9	1.542
Ballerup	56,5	1.384
Bornholm	60,6	1.485
Brøndby	48,3	1.184
Dragør	57,3	1.403
Egedal	59,2	1.450
Fredensborg	56,2	1.376
Frederiksberg	50,3	2.265
Frederikssund	59,3	1.452
Furesø	61,4	1.505
Gentofte	52,4	2.568
Gladsaxe	51,8	1.268
Glostrup	49,1	1.204
Gribskov	56,0	2.744
Halsnæs	53,7	1.315
Helsingør	54,4	1.332
Herlev	51,2	1.254
Hillerød	56,7	1.390
Hvidovre	51,5	1.261
Høje-Taastrup	51,7	2.532
Hørsholm	58,6	1.436
Ishøj	44,7	1.095
Kbh Amager Vest	46,7	1.145
Kbh Amager Øst	49,8	1.221
Kbh Bispebjerg	41,9	1.026
Kbh Brønshøj-Husum	44,7	1.094
Kbh Indre By	49,9	1.222
Kbh Nørrebro	46,0	1.127
Kbh Valby	47,0	1.151
Kbh Vanløse	51,6	1.264
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	46,1	1.130
Kbh Østerbro	47,8	1.170
København	47,1	11.550
Lyngby-Taarbæk	55,2	1.352
Rudersdal	59,1	1.449
Rødovre	52,0	2.550
Tårnby	54,9	1.346
Vallensbæk	52,8	1.294

0 25 50 75 100%

1.4.2 Spørgeskemadata 2013 og 2010

I 2013 blev der udsendt spørgeskemaer til en tilfældig stikprøve blandt borgere på 16 år eller derover. Der blev udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet. Ét til borgere i alderen 16-34 år og ét til borgere på 35 år eller derover. Hovedparten af spørgsmålene var ens i de to skemaer, men enkelte emner indgik kun i ét af skemaerne. Der blev udsendt spørgeskemaer til 2.450 borgere i hver kommune og i hver af de 10 bydele i Københavns Kommune. I Frederiksberg Kommune blev der udsendt spørgeskemaer til 4.500 borgere. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2013 til primo maj 2013. I alt blev der

udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen og 43,5 % valgte at returnere et udfyldt skema.

I 2010 var udsendelsesproceduren den samme som i 2013, og der blev ligeledes udsendt to forskellige versioner af spørgeskemaet til hhv. de 16-34 årige og til borgere på 35 år eller derover. Undersøgelsen blev gennemført fra februar 2010 til ultimo april 2010. I alt blev der udsendt spørgeskemaer til 95.150 borgere i hele regionen, og 52,3 % valgte at returnere et udfyldt skema.

1.4.2 Registerdata

Oplysninger fra spørgeskemaundersøgelserne er suppleret med oplysninger fra nationale registre om køn, alder, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, indkomst

og bopælskommune. For borgere bosat i Københavns Kommune er der desuden suppleret med oplysninger om bydel.

1.5. Metode

1.5.1 Vægtning

Indbyggertallet i de 29 kommuner i Region Hovedstaden varierer meget. Da der med enkelte undtagelser er valgt samme stikprøvestørrelse for alle kommuner, vil den samlede stikprøve ikke nødvendigvis være repræsentativ for befolkningen i hele Region Hovedstaden. Dette er der taget højde for i analyserne ved at vægte data i forhold til indbyggertallet i de enkelte kommuner.

I analyserne er der endvidere vægtet i forhold til manglende besvarelse (non-response). Det betyder, at besvarelsen fra hver enkelt person er givet en værdi – en såkaldt vægt – i forhold til, hvor sandsynligt det er, at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, og desuden i forhold til antal lægebesøg, indlæggelse på sygehus samt ejer- og lejerforhold. Vægtene for den samlede stikprøve i landets fem regioner er udarbejdet af Danmarks Statistik på baggrund af ovennævnte oplysninger fra centrale registre.

Hver persons besvarelse kommer på denne måde til at repræsentere besvarelser fra et varierende antal personer. Hvis besvarelsen for eksempel er 20 % blandt unge mænd af anden etnisk baggrund end dansk, vil hver besvarelse fra en ung mand med anden etnisk baggrund end dansk således repræsentere fem personer i sundhedsprofilen. Hvis besvarelsen derimod er 50 % i en gruppe af midaldrende etnisk danske kvinder, vil hver besvarelse repræsentere to personer, og hvis besvarelsen er 100 %, vil hver besvarelse repræsentere én person. Når der i rapporten præsenteres andele og antal personer, er der således tale om estimerede tal.

Ved brug af vægtning bliver resultaterne repræsentative for hele stikprøven og dermed også for befolkningen i de enkelte kommuner, på trods af den varierende deltagelsesprocent på tværs af kommuner og befolkningsgrupper.

Data inkluderet i denne rapport fra "Hvordan har du det? 2010 og 2013"-undersøgelserne er ligeledes vægtet efter ovenstående metode, men med relevante data fra de pågældende år.

1.5.2 Præsentation af resultater - generelt

I "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer" findes primært to typer af tabeller: Regionstabeller og kommunetabeller. Dertil kommer enkelte andre tabeltyper. De principper, som gælder for de fleste tabeltyper i rapporten beskrives i dette afsnit.

Forekomster og antallet af personer i tabellerne er estimerede, som beskrevet i afsnit 1.5.1. For at øge læsevenligheden i rapporten er antallet af personer afrundet til nærmeste 100. Det betyder, at tallene i en given tabel ikke nødvendigvis summer op til det samlede tal for Region Hovedstaden. Alle

tabeller indeholder som minimum resultater fra 2017. Hvis muligt vises også resultater for 2013 og 2010.

Følgende er gældende for regions- og kommunetabeller:

- Statistisk signifikante forskelle fra 2013 til 2017 og fra 2010 til 2017 markeres med #.
- Til at markere statistisk signifikant forskel mellem given kommune eller gruppe og regionsgennemsnittet anvendes *.
- Der er benyttet tests med 5 % signifikansniveau til at afgøre, om resultaterne er statistisk signifikante.

1.5.3 Præsentation af resultater på regionsniveau

I denne rapport præsenteres forekomsten af forskellige typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer i Region Hovedstaden som helhed. Dette gøres primært ved brug af såkaldte regions-tabeller. I regionstabellerne opgøres forekomsten af de fleste indikatorer på tværs af sociodemografiske grupper, som har betydning for sundhedsadfærd og risikofaktorer. De socio-demografiske grupper er: Køn, alder, uddannelse, erhvervstil-

knytning, samlivsstatus samt etnisk baggrund.

På denne måde tydeliggøres det, hvilke befolkningsgrupper, der har det største forebyggelsespotentialer. Herudover indeholder regionstabellerne, hvis muligt, information om forekomsten i 2013 og 2010, hvormed det illustreres, om der er sket ændringer i forekomsten over tid. Tabel 1.2 er et eksempel på en regionstabel.

1.5.4 Præsentation af resultater på kommuneniveau

I rapporten præsenteres resultater opgjort på kommuneniveau for langt de fleste indikatorer. Dette gøres ved brug af en såkaldt kommunetabel, som præsenterer forekomsten af en given indikator for hver kommune i regionen samt hver af de 10 københavnske bydele (Tabel 1.3). Til sammenligning vises regionsgennemsnittet for den givne indikator.

Odds ratio (OR) er sandsynligheden for en given sundhedsadfærd i en kommune i forhold til regionsgennemsnittet. OR er justeret for køn og alder. Det vil sige, at hvis $OR > 1$ for en

kommune, så er sandsynligheden for, at en borger i kommunen har en given sundhedsadfærd, større i denne kommune i forhold til regionsgennemsnittet, når der er taget højde for, at kommunerne ikke har lige mange mænd og kvinder og ikke har lige mange unge og ældre. Er $OR < 1$, er sandsynligheden for, at en borger har en given sundhedsadfærd mindre end regionsgennemsnittet, når der tages højde for fordelingen af køn og alder i kommunerne. Statistisk signifikante forskelle mellem OR i kommuner og regionsgennemsnittet markeres med *.

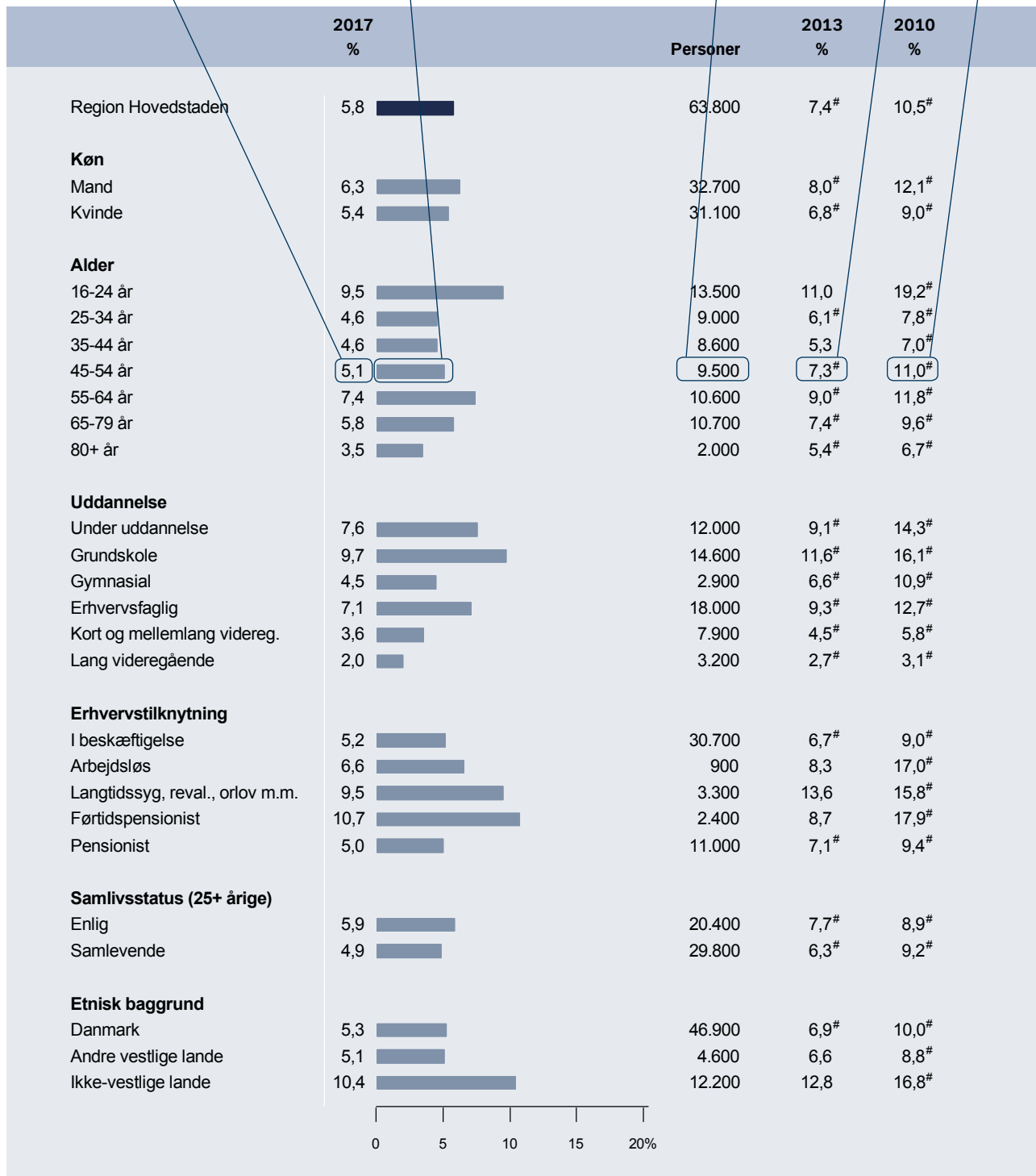
Tabel 1.2 Læsevejledning for regionstabeller. Eksempel: Daglig passiv rygning blandt ikkerygere (tabel 3.5 i rapporten)

Tallet angiver, at 5,1 % af ikkerygere i aldersgruppen 45-54 år udsættes for daglig passiv rygning i 2017

Visuel præsentation af de 5,1 % ikkerygere i aldersgruppen 45-54 år, som dagligt udsættes for passiv rygning

Tallet angiver, at 9.500 ikke-rygere i aldersgruppen 45-54 år dagligt udsættes for passiv rygning

Andel i hhv. 2013 og 2010. # angiver, at andelen er statistisk signifikant forskellig fra andel i 2017



Tabel 1.3 Læsevejledning for kommunetabeller. Eksempel: Daglig passiv rygning blandt ikkerygere – kommuner (tabel 3.6 i rapporten)



1.5.5 Præsentation af kombination af risikofaktorer

Som noget nyt i Sundhedsprofilen 2017 præsenteres en række tabeller, som viser andelen af borgere med en kombination af to risikofaktorer. Tabellen med kombination af risikofaktorer viser således forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med en sundhedsadfærd eller risikofaktor, som det

givne kapitel handler om. Eksempelvis forekomsten af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med søvnproblemer (Tabel 1.4). Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer blandt alle borgere i regionen. Statistisk signifikante forskelle fra regionsgennemsnittet markeres med *.

Tabel 1.4 Læsevejledning for tabel over kombination af risikofaktorer. Eksempel: Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, og blandt alle borgere i Region Hovedstaden (tabel 9.8 i rapporten)

	Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	Region Hovedstaden
	%	%
Dagligrygning	23*	16
Storforbrug af alkohol	11*	8
Usundt kostmønster	16*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	35*	26
Svær overvægt	17*	13
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	41*	15
Højt stressniveau	61*	26

Udvalgte typer af sundhedsadfærd eller risikofaktorer

Tallet angiver, at 16 % af borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, også har et usundt kostmønster. * angiver, at andelen med usundt kostmønster, blandt borgere som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, er statistisk signifikant forskellig fra andelen med usundt kostmønster i regionen som helhed

Tallet angiver regionsgennemsnittet for den udvalgte risikofaktor. Her vises, at 12 % af borgerne i hele Region Hovedstaden har et usundt kostmønster

1.6 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse – tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed – har udarbejdet "Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2017".

Hovedkræfterne bag gennemførelse af spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017" og den efterfølgende udarbejdelse af nærværende rapport er projektleder og seniorforsker Cathrine Juel Lau (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Maja Bülow Lykke (cand. scient.), Maj Bekker-Jepesen (cand. scient.) og Lone Prip Buhelt (MPH), statistiker Anne Helms Andreasen (cand. scient.) og projektleder og seniorforsker Nanna Borup Johansen (læge, ph.d.).

Projektgruppen har desuden bestået af seniorforsker Ann Nielsen (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Karen Allesøe (ph.d.), Kamille Almer Bernsdorf Nielsen (cand.scient.) og Cecilie Goltermann Funder (cand.scient.).

Ansvarlige for datamanagement samt opsætning af den elektroniske spørgeskemaundersøgelse har været datamanager Gert Virenfeldt (cand. scient.) og Carsten Agger (cand. scient.). Herudover har statistiker Rikke Kart Jacobsen (cand. scient.)

hjulpet med udvalgte statistiske analyser. Sekretærer Gitte Aaslet og Birgitte Pickering, har hjulpet med administrative opgaver.

Følgende interne og eksterne forskere har bistået med faglig viden og sparring; Professor Charlotta Pisinger har givet sparring på rygning, seniorforsker Mette Aadahl (ph.d.) har givet sparring på fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd, sektionschef Ulla Toft (ph.d.) har givet sparring på kost og professor Paul Jennum har givet sparring på søvn. Herudover har sundhedsfaglig kandidat Signe Janum Eskildsen bidraget til validering af spørgsmålene vedrørende fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd.

En referencegruppe bestående af repræsentanter fra de 29 kommuner og Center for Sundhed i Region Hovedstaden har været sparringspartnere under hele processen i forhold til valg af emner i spørgeskemaet, spørgeskemakonstruktion, lokale pressestrategier, udarbejdelse af analysestrategier, strukturering af rapporten samt gennemlæsning og kommentering af udvalgte kapitler i rapporten. Referencegruppen består af sundhedskonsulent Mette Nielsen, Glostrup Kommune

(Glostrup-klyngen), sundhedskoordinator Lars Ole Andersen, Brøndby Kommune (Hvidovre/Amager-klyngen), udviklingskonsulent Lisbeth Naver, Herlev Kommune (Herlev-klyngen), sundhedskoordinator Lena Søeborg og Ina Løye Skafte, Rudersdal Kommune (Gentofte-klyngen), sundhedskonsulent Perle McDonald, Hillerød Kommune (Nord-klyngen), sundhedskonsulent Tine Baatrup, Gribskov Kommune (Nord-klyngen), chefkonsulent Jannie Kilsmark, Københavns Kommune (København/Frederiksberg-klyngen), konsulent Marianne Steenstrup Svendsen, Bornholms Regionskommune og

specialkonsulent Lene Schack-Nielsen fra Center for Sundhed under Region Hovedstaden.

Opsætning af spørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og udsendelse af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Huge Consulting ApS og PostNord Strålfors A/S. Udsendelse af papirspørgeskemaer er sket i samarbejde med Bladkompagniet A/S. Trykning, kuvertering samt indscanning af spørgeskemaer er foretaget af Express A/S. Grafisk opsætning og trykning af denne rapport er foretaget af Mercoprint A/S.

1.7 Litteratur

(1) Robinson KM, Lykke M, Hansen BH, Andreasen AH, Jeppesen M, Buhelt LP, et al. Sundhedsprofil for region og kommuner 2013. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2014.

(2) Hammer-Helmich L, Buhelt LP, Andreasen AH, Robinson KM, Hilding-Nørkjær H, Glümer C. Sundhedsprofil for region og kommuner 2010. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed: Region Hovedstaden, Koncern Plan og Udvikling, Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2010.

(3) Glümer C, Hilding-Nørkjær H, Jensen HN, Jørgensen T, Andreasen AH, Ladelund S. Sundhedsprofil for region og kommuner 2008. Region Hovedstaden: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Koncern Plan & Udvikling; 2008.

(4) Dahlgren G, Whitehead M. Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm, Sweden: Institute for Future Studies; 1991.

(5) Richard L, Potvin L, Kishchuk N, Prlic H, Green LW. Assessment of the integration of the ecological approach in health promotion programs. *Am J Health Promot.* 1996;10(4):318-28.



Kapitel 2

Demografi og sociale forhold



2 Demografi og sociale forhold

- Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden 2017 omfatter alle borgere på 16 år eller derover
 - 20 % af borgerne i regionen er 65 år eller derover. Siden 2010 ses en gradvis stigning i andelen af borgere på 65-79 år, men ingen ændring i andelen af borgere på 80 år eller derover
 - 12 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund. Der ses en gradvis stigning siden 2010
 - 15 % af borgerne har en lang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. Der ses en gradvis stigning siden 2010
 - 15 % af borgerne i den erhvervsaktive alder er ikke tilknyttet arbejdsmarkedet. Der ses et fald siden 2013
-

En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhedstilstand og sundhedsadfærd (1-3). En del af forklaringen på de forskelle i sundhed, der ses mellem kommuner og bydele, kan forklares med forskelle i den demografiske og socioøkonomiske profil kommuner og bydele imellem.

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives demografi og sociale forhold i Region Hovedstadens 29 kommuner og 10 københavnske bydele. Hvor det er muligt, beskrives ændringer siden 2013 og 2010. Kapitlets oplysninger om indbyggertal, køn, alder, etnisk baggrund, samlivsstatus, uddannelse, erhvervstilknytning og indkomst er baseret på oplysninger fra nationale registre.

2.1 Indbyggertal

Region Hovedstaden har 1,8 mio. indbyggere, hvoraf de 1,5 mio. på 16 år og derover udgør befolkningsgrundlaget for sundhedsprofilen.

Der er 29 kommuner og 10 københavnske bydele i Region Hovedstaden. Københavns Kommune er den største kommune og udgør med sine 505.600 indbyggere omkring 1/3 af regionens befolkning på 16 år og derover. For de resterende

kommuner og bydele varierer indbyggertallene fra omkring 11.000 borgere i Dragør Kommune til omkring 88.000 borgere i Frederiksberg Kommune (Tabel 2.1).

Udvikling 2010-2017: Der er sket en mindre stigning i indbyggertallene fra 2010 til 2017 og fra 2013 til 2017 i samtlige kommuner og bydele, bortset fra Bornholms Regionskommune (resultater ikke vist).

Tabel 2.1 Borgere på 16 år og derover i de 29 kommuner og 10 bydele i Region Hovedstaden i 2017

Kommune/bydel	Antal indbyggere
Region Hovedstaden	1.483.500
Albertslund	22.400
Allerød	19.600
Ballerup	39.100
Bornholm	34.000
Brøndby	29.000
Dragør	11.400
Egedal	33.900
Fredensborg	32.700
Frederiksberg	88.200
Frederikssund	36.900
Furesø	32.200
Gentofte	60.800
Gladsaxe	55.200
Glostrup	18.400
Gribskov	34.300
Halsnæs	26.100
Helsingør	51.500
Herlev	22.800
Hillerød	40.200
Hvidovre	42.700
Høje-Taastrup	40.300
Hørsholm	20.500
Ishøj	18.100
Kbh Amager Vest	56.600
Kbh Amager Øst	48.300
Kbh Bispebjerg	47.600
Kbh Brønshøj-Husum	35.300
Kbh Indre By	47.500
Kbh Nørrebro	67.900
Kbh Valby	44.800
Kbh Vanløse	33.600
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	54.800
Kbh Østerbro	65.600
København	505.600
Lyngby-Taarbæk	44.700
Rudersdal	44.900
Rødovre	31.200
Tårnby	34.600
Vallensbæk	12.300

2.2 Alder

Jo ældre man er, des større er risikoen for at have en kronisk sygdom (4, 5). Alderssammensætningen er derfor vigtig at tage i betragtning ved sammenligning af befolkningens helbred på tværs af kommuner og bydele.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er 80 % af borgerne på 16 år eller derover i den erhvervsaktive alder (16-64 år), svarende til 1.181.000 personer. I alt 20 % af borgerne er 65 år eller derover, svarende til cirka 303.000 personer (Tabel 2.2 og Tabel 2.3). Der er ikke

stor forskel på aldersfordelingen mellem mænd og kvinder, dog er der flere kvinder på 65 år eller derover (Tabel 2.2).

Udvikling 2010-2017: For borgere på 65-79 år ses en stigning fra 14 % i 2010 til 15 % i 2013 og 16 % i 2017 i regionen som helhed. For borgere på 80 år og derover ses et fald fra 4,9 % i 2010 til 4,7 % i 2013, og ingen ændring fra 2013 til 2017 (Tabel 2.3). Da det samlede indbyggertal er steget fra 2010 til 2017, er der i denne periode kommet et større antal borgere på 65 år eller derover (resultater ikke vist).

Tabel 2.2. Aldersfordeling i Region Hovedstaden

2017	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
16-24 år	15	105.200	14	107.500
25-34 år	19	135.300	18	138.300
35-44 år	17	125.300	16	124.500
45-54 år	17	125.400	16	123.800
55-64 år	13	96.700	13	99.000
65-79 år	15	108.000	16	124.900
80+ år	3	25.100	6	44.700

Kommuner og bydele

Andelen af borgere på 65-79 år varierer fra 6 % i bydelen Nørrebro til 25 % i Bornholms Regionskommune og Gribskov Kommune (Tabel 2.3). Hørsholm Kommune har den største andel borgere på 80 år eller derover (8,9 %), mens bydelen Vesterbro/Kongens Enghave har den mindste andel (1,4 %). Der er således markant variation i andelen af ældre mellem kommuner og bydele.

Udvikling 2010-2017: I størstedelen af kommuner og bydele ses en stigning i andelen af 65-79 årige. De største stigninger fra 2013 til 2017 ses i Bornholms Regionskommune og Fredensborg

Kommune, som sammen med Gribskov Kommune også er de kommuner, der har haft de største stigninger fra 2010 til 2017 (Tabel 2.3).

Andelen af borgere på 80 år og derover er steget i cirka halvdelen af kommuner og bydele og faldet i cirka halvdelen af kommuner og bydele. Kun få kommuner har ikke oplevet ændringer fra 2013 til 2017. Det samme ses, når man sammenligner andelen fra 2010 med 2017. Her ses den største stigning i Ballerup Kommune og det største fald i bydelen Brønshøj-Husum.

Tabel 2.3 Borgere, som er 65-79 år, og borgere, som er 80 år eller derover – kommuner

	65-79 år				80 år eller derover			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	16	232.900	15 [#]	14 [#]	4,7	69.700	4,7	4,9 [#]
Albertslund	18	4.000	17 [#]	15 [#]	3,9	900	2,8 [#]	2,4 [#]
Allerød	20	4.000	19 [#]	17 [#]	5,6	1.100	4,8 [#]	4,2 [#]
Ballerup	19	7.600	20 [#]	19	6,2	2.400	4,8 [#]	4,2 [#]
Bornholm	25	8.500	22 [#]	19 [#]	7,6	2.600	7,0 [#]	6,9 [#]
Brøndby	17	5.000	17	17	6,1	1.800	5,6 [#]	5,3 [#]
Dragør	23	2.600	22 [#]	20 [#]	6,9	800	6,1 [#]	5,6 [#]
Egedal	20	6.700	19 [#]	16 [#]	3,7	1.300	2,8 [#]	2,3 [#]
Fredensborg	22	7.100	19 [#]	16 [#]	5,2	1.700	4,6 [#]	4,5 [#]
Frederiksberg	15	13.200	14 [#]	13 [#]	4,9	4.300	5,2 [#]	5,9 [#]
Frederikssund	22	8.200	21 [#]	18 [#]	5,3	2.000	4,6 [#]	4,4 [#]
Furesø	20	6.300	20	18 [#]	6,6	2.100	5,5 [#]	4,9 [#]
Gentofte	18	11.100	17 [#]	15 [#]	6,1	3.700	6,6 [#]	7,3 [#]
Gladsaxe	15	8.100	14 [#]	14 [#]	5,7	3.100	6,1 [#]	6,3 [#]
Glostrup	16	3.000	17	16	6,3	1.200	6,3	6,1
Gribskov	25	8.500	23 [#]	19 [#]	5,7	1.900	4,9 [#]	4,5 [#]
Halsnæs	24	6.200	22 [#]	19 [#]	5,6	1.500	5,2 [#]	4,7 [#]
Helsingør	22	11.200	20 [#]	18 [#]	6,0	3.100	5,5 [#]	5,3 [#]
Herlev	17	3.800	17	16	6,3	1.400	6,1	6,2
Hillerød	18	7.200	17 [#]	16 [#]	5,2	2.100	5,0	4,7 [#]
Hvidovre	16	6.700	15	15 [#]	5,5	2.300	5,4	5,6
Høje-Taastrup	17	6.900	17	15 [#]	4,1	1.700	3,7 [#]	3,4 [#]
Hørsholm	24	5.000	23 [#]	21 [#]	8,9	1.800	8,0 [#]	7,5 [#]
Ishøj	17	3.000	16 [#]	13 [#]	3,0	500	2,6 [#]	2,6 [#]
Kbh Amager Vest	10	5.500	9 [#]	9 [#]	2,4	1.300	2,7 [#]	3,1 [#]
Kbh Amager Øst	9	4.500	9	8 [#]	2,4	1.100	2,9 [#]	3,5 [#]
Kbh Bispebjerg	9	4.100	9	9	2,6	1.200	3,5 [#]	4,5 [#]
Kbh Brønshøj-Husum	12	4.300	12	12	4,4	1.500	5,6 [#]	6,7 [#]
Kbh Indre By	14	6.500	13 [#]	12 [#]	2,7	1.300	2,7	3,0 [#]
Kbh Nørrebro	6	4.400	6	6	1,7	1.200	2,3 [#]	2,8 [#]
Kbh Valby	10	4.400	10	10	3,3	1.500	4,1 [#]	4,9 [#]
Kbh Vanløse	12	4.000	11 [#]	10 [#]	3,4	1.200	4,2 [#]	5,0 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	7	3.900	7	6 [#]	1,4	700	1,7 [#]	2,1 [#]
Kbh Østerbro	11	7.400	10 [#]	9 [#]	2,9	1.900	3,3 [#]	3,7 [#]
København	10	49.000	9 [#]	9 [#]	2,6	13.000	3,1 [#]	3,7 [#]
Lyngby-Taarbæk	17	7.500	16 [#]	15 [#]	7,3	3.300	8,2 [#]	8,9 [#]
Rudersdal	20	9.000	20	18 [#]	8,1	3.600	7,8 [#]	7,5 [#]
Rødovre	16	5.000	16	16	6,7	2.100	6,6	6,6
Tårnby	17	6.000	17	16 [#]	5,8	2.000	6,0	6,1 [#]
Vallensbæk	20	2.400	19	17 [#]	4,2	500	3,4 [#]	3,0 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

2.3 Etnisk baggrund

Etnisk baggrund kan have betydning for forekomsten af sygdomme som følge af forskelle i kulturelle normer, sundhedsadfærd eller forskelle i genetisk disposition for specifikke sygdomme (6). Etnisk baggrund opgøres i sundhedsprofilen på baggrund af registeroplysninger om borgernes oprindelsesland, defineret af Danmarks Statistik, ud fra oplysninger om borgernes og dennes forældres fødeland og statsborgerskabsland. Der opdeles i dansk, anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har 81 % af befolkningen en dansk baggrund, mens 7 % har en anden vestlig baggrund end dansk, og 12 % har en ikke-vestlig baggrund. De største grupper med anden etnisk baggrund end dansk kommer fra Tyrkiet og Pakistan (Tabel 2.4). Andelen af borgere fra ikke-vestlige lande er størst blandt de 25-44 årige (resultater ikke vist).

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund er steget fra 10 % i 2010 til 12 % i 2017 i regionen som helhed (Tabel 2.5).

Kommuner og bydele

Der er stor variation i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund mellem kommuner og bydele (Tabel 2.5). Den mindste andel findes i Bornholms Regionskommune, hvor kun 3 % af borgerne har en ikke-vestlig baggrund, mens den største andel på 33 % findes i Ishøj Kommune.

Udvikling 2010-2017: I perioden 2010-2017 ses stigninger i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund i langt de fleste kommuner og bydele. Nogle af de største stigninger ses i kommuner og bydele hvor andelen i forvejen er høj, som Brøndby og Ishøj kommuner samt bydelen Brønshøj-Husum.

Inddeling af etnisk baggrund

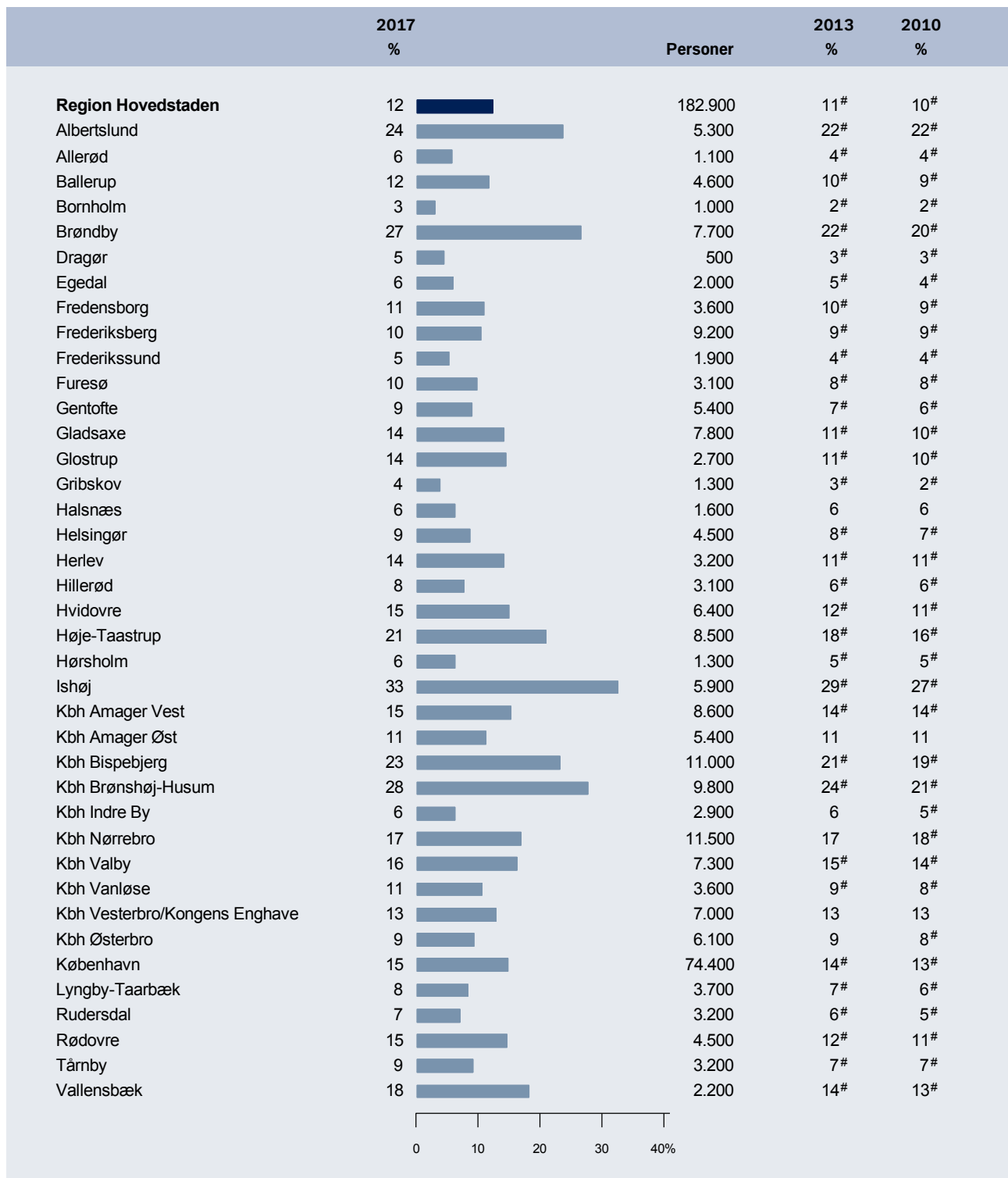
- Danmark
- Andre vestlige lande: 27 EU-lande plus Andorra, Australien, Canada, Island, Lichtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, USA, Vatikanstaten
- Ikke vestlige lande: Alle øvrige lande

Tabel 2.4 De ti største etniske grupper i Region Hovedstaden

Oprindelsesland	2017 %	Personer
Danmark	80,5	1.194.600
Tyrkiet	2,0	30.400
Pakistan	1,2	18.000
Polen	0,9	13.400
Irak	0,8	11.200
Tyskland	0,7	10.400
Sverige	0,6	9.200
Jugoslavien	0,6	8.600
Iran	0,6	8.600
Norge	0,6	8.200
Storbritannien	0,5	7.800

På listen over de ti største etniske grupper i Region Hovedstaden ses Jugoslavien, selvom dette land ikke længere eksisterer. Årsagen hertil er, at der stadig er borgere registreret i CPR-registret med Jugoslavien som fødeland eller statsborgerskabsland

Table 2.5 Borgere, som her en ikke-vestlig baggrund – kommuner



#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

2.4 Samlivsstatus

Registeroplysninger benyttes til at definere om borgerne er samlevende eller enlige. Med samlevende menes borgere, som er samlevende med fælles børn, samboende uden fælles børn, gift eller i registreret partnerskab. Registeroplysningerne er baseret på oplysninger om folkeregisteradresse og tager ikke hensyn til uformelle forhold som eksempelvis deleordninger for skilsmissebørn eller personer, som har folkeregisteradresse ét sted, men i praksis bor et andet sted. I dette afsnit er registeroplysninger koblet med oplysninger fra spørgeskemaet i forhold til om man bor sammen med børn på 15 år og derunder.

Borgerens samlivsstatus og de sociale relationer, der knytter sig hertil, kan have betydning for forekomsten af en række sygdomme og dødelighed (3). Desuden præbørns vaner af voksne, og børn bærer deres vaner med videre i livet. Samlivsstatus er derfor vigtig at tage i betragtning ved sammenligning af befolkningens helbred mellem kommuner og bydele.

Blandt de 16-24 årige flytter mange hjemmefra for at etablere sig og mange har skiftende partnere. Det er derfor ikke

meningsfuldt at tale om betydning af samlivsstatus for sundheden i denne aldersgruppe på samme måde som i de øvrige aldersgrupper. De 16-24 årige indgår derfor ikke i opgørelserne af samlivsstatus i sundhedsprofilen, bortset fra opgørelsen af borgere, som bor sammen med børn.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden bor 62 % af mændene og 58 % af kvinderne på 25 år eller derover sammen med en partner (Tabel 2.6). At færre kvinder end mænd bor sammen med en partner skyldes blandt andet, at flere ældre kvinder end mænd overlever deres partner og bliver alene.

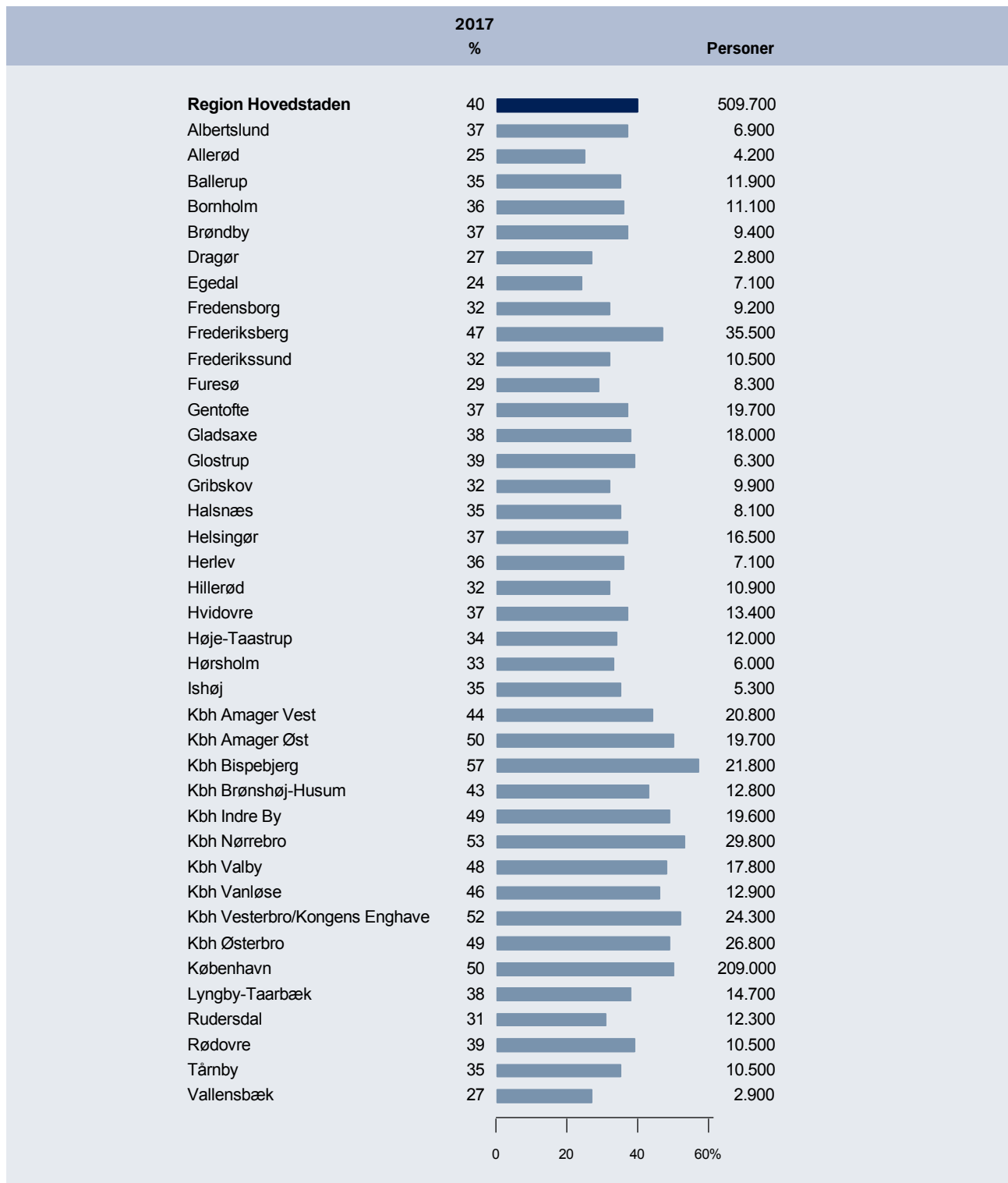
Kommuner og bydele

Andelen af borgere på 25 år eller derover, som er enlige, varierer fra 24 % i Egedal Kommune til 57 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 2.7). Der er generelt flere enlige end samlevende i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune. Dette er foreneligt med, at der også her er en stor andel af unge.

Tabel 2.6 Samlivsstatus for borgere på 25 år eller derover i Region Hovedstaden

2017	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
Samlevende	62	384.200	58	376.900
Enlig	38	231.500	42	278.300

Tabel 2.7 Borgere på 25 år eller derover som er enlige – kommuner



2.4.1 Borgere, som bor sammen med børn

Borgere, som bor sammen med børn, omfatter borgere under 65 år, som bor sammen med børn under 16 år.

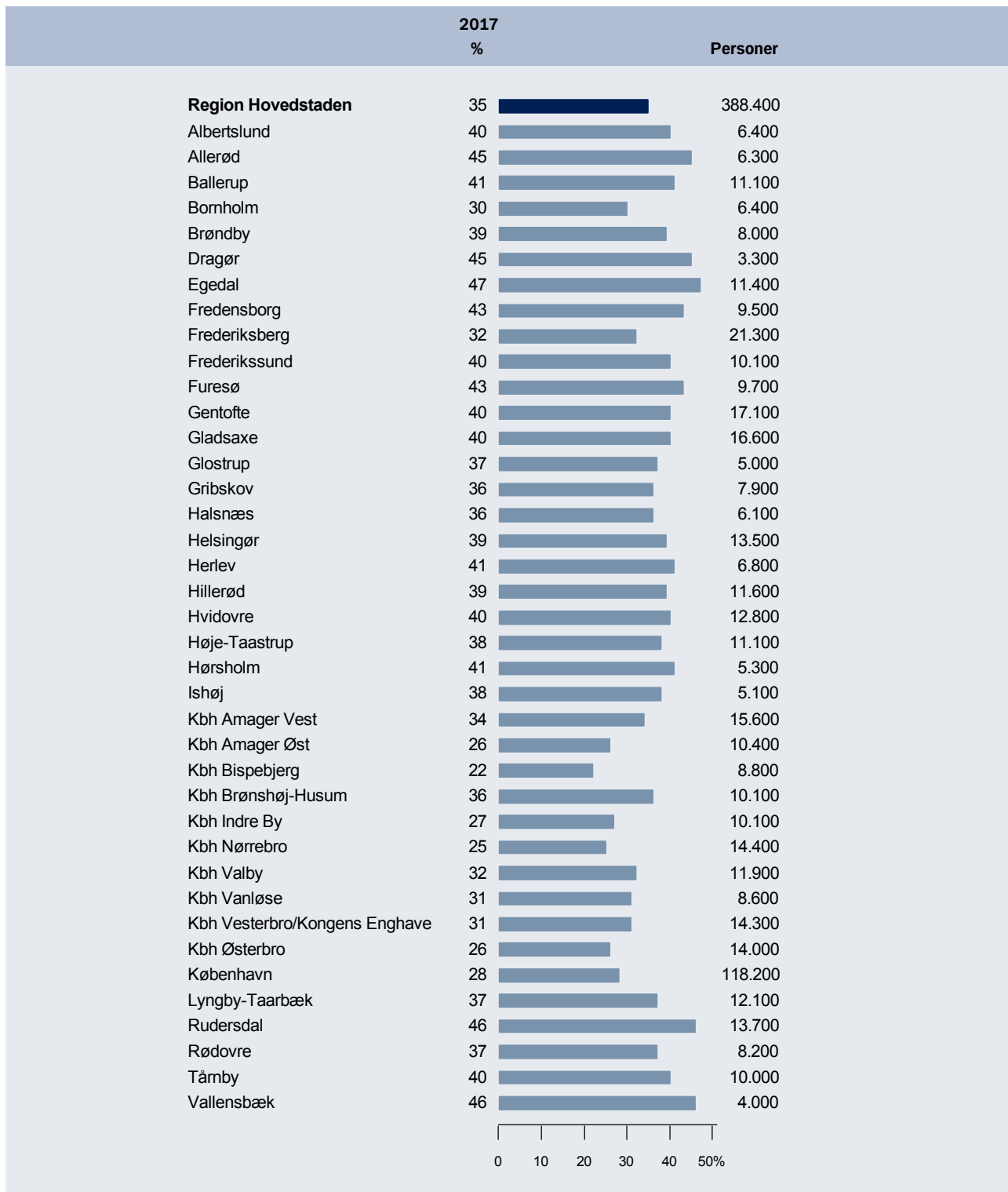
Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden bor 35 % af borgerne på 16-64 år sammen med børn under 16 år (Tabel 2.8).

Kommuner og bydele

Andelen af borgere på 16-64 år, som bor sammen med børn under 16 år, varierer fra 22 % i bydelen Bispebjerg til 47 % i Egedal Kommune (Tabel 2.8).

Tabel 2.8 Borgere, som bor sammen med børn under 16 år – kommuner



2.5 Uddannelse

Uddannelseslængde er et udtryk for social position i samfundet (7, 8). Det skyldes blandt andet, at uddannelse har indflydelse på muligheden for at få bestemte typer af jobs og dermed også på indkomstniveau og et givent niveau af materielle ressourcer. Samtidig kan uddannelseslængde have betydning for borgerens evne til at finde relevant information og tilegne sig viden. Gennem uddannelse tilegner den enkelte sig kompetencer, som har betydning for personens tilbøjelighed til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed (9).

I sundhedsprofilen er borgernes uddannelseslængde kategoriseret ved brug af oplysninger fra Danmarks Statistik om borgernes højest fuldførte uddannelse. Borgere, som er under uddannelse, er dog kategoriseret som værende under uddannelse, uanset deres højest fuldførte uddannelse. Se Bilag 2.1 for en uddybende beskrivelse af kategoriseringen af uddannelseslængde.

Tabel 2.9 Uddannelseslængde for mænd og kvinder i Region Hovedstaden

2017	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
Under uddannelse	14	90.500	14	99.700
Grundskole	18	118.200	18	126.200
Gymnasial	8	51.700	6	44.600
Erhvervsfaglig	28	185.400	24	173.500
Kort og mellemlang videreg.	17	113.600	23	165.200
Lang videregående	16	105.600	14	99.200

Region Hovedstaden

I regionen har 16 % af mændene og 14 % af kvinderne en lang videregående uddannelse, svarende til 204.800 personer, mens 18 % har en grundskoleuddannelse som højest fuldførte uddannelse, svarende til 244.400 personer (Tabel 2.9). Der er en større andel mænd end kvinder, som har en gymnasial, erhvervsfaglig eller lang videregående uddannelse, mens en større andel kvinder end mænd har en kort eller mellemlang videregående uddannelse som højest fuldførte uddannelse. I alt 14 % af borgerne er under uddannelse og her er ingen kønsforskel.

Gruppen af borgere under uddannelse er primært unge, som bygger videre på deres grundskole- eller gymnasiale uddannelse. Omkring to ud af tre borgere på 16-24 år, og én ud af fire borgere på 25-34 år er under uddannelse. Næsten ingen borgere på 45 år eller derover er under uddannelse. Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er størst blandt regionens yngste (16-24 år) og ældste (80+ årige) borgere. Andelen af borgere med en lang videregående uddannelse er størst blandt de 25-44 årige og falder derefter med stigende alder (resultater ikke vist).

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er faldet fra 22 % i 2010 til 20 % i 2013 og 18 % i 2017 i regionen som helhed, mens andelen af borgere med lang

videregående uddannelse er steget fra 11 % i 2010 til 12 % i 2013 til 15 % i 2017 (Tabel 2.10).

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med grundskoleuddannelse varierer mellem kommuner og bydele, og variationen er særlig udtalt blandt borgere med lang videregående uddannelse (Tabel 2.10). Andelen af borgere med grundskoleuddannelse varierer fra 10 % i Gentofte Kommune og bydelen Indre By til 30 % i Bornholms Regionskommune og Ishøj Kommune. Tilsvarende varierer andelen af borgere med lang videregående uddannelse fra 3 % i Bornholms Regionskommune til 28 % i bydelen Indre By. Der er således store forskelle mellem kommuner og bydele hvad angår uddannelseslængde.

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere med grundskoleuddannelse er faldet i samtlige kommuner og bydele. Det største fald fra 2013 til 2017 ses i bydelen Valby, som også er den bydel, der har haft det største fald fra 2010 til 2017. Tilsvarende er andelen af borgere med en lang videregående uddannelse steget i stort set alle regionens kommuner og bydele. Den største stigning fra 2013 til 2017 ses i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave, som sammen med bydelen Amager Vest har haft de største stigninger fra 2010 til 2017.

Tabel 2.10 Borgere med en grundskoleuddannelse og borgere med en lang videregående uddannelse – kommuner

	Grundskoleuddannelse				Lang videregående uddannelse			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	18	244.400	20 [#]	22 [#]	15	204.800	12 [#]	11 [#]
Albertslund	25	5.300	26 [#]	27 [#]	6	1.300	6	5 [#]
Allerød	13	2.400	14 [#]	15 [#]	17	3.300	16 [#]	14 [#]
Ballerup	23	8.500	24 [#]	26 [#]	8	3.000	7 [#]	6 [#]
Bornholm	30	9.800	32 [#]	35 [#]	3	1.100	3	3
Brøndby	29	7.900	31 [#]	33 [#]	5	1.200	4 [#]	4 [#]
Dragør	16	1.700	17 [#]	19 [#]	12	1.300	10 [#]	9 [#]
Egedal	15	5.100	17 [#]	18 [#]	8	2.800	8	7 [#]
Fredensborg	18	5.500	19 [#]	20 [#]	13	4.000	12 [#]	11 [#]
Frederiksberg	12	9.900	14 [#]	15 [#]	25	19.800	21 [#]	19 [#]
Frederikssund	22	7.900	24 [#]	26 [#]	5	1.900	5	4 [#]
Furesø	14	4.100	15 [#]	17 [#]	19	5.800	17 [#]	16 [#]
Gentofte	10	5.800	12 [#]	13 [#]	27	15.100	25 [#]	24 [#]
Gladsaxe	18	9.300	20 [#]	22 [#]	13	6.900	11 [#]	10 [#]
Glostrup	23	4.000	25 [#]	27 [#]	6	1.100	5 [#]	4 [#]
Gribskov	22	7.200	23 [#]	25 [#]	6	2.000	5 [#]	5 [#]
Halsnæs	26	6.400	28 [#]	30 [#]	4	1.000	4	3 [#]
Helsingør	21	10.400	23 [#]	25 [#]	9	4.300	8 [#]	7 [#]
Herlev	22	4.800	24 [#]	26 [#]	8	1.700	6 [#]	6 [#]
Hillerød	16	6.200	18 [#]	20 [#]	11	4.200	10 [#]	10 [#]
Hvidovre	23	9.200	25 [#]	27 [#]	7	2.800	5 [#]	5 [#]
Høje-Taastrup	25	9.400	27 [#]	29 [#]	6	2.100	5 [#]	5 [#]
Hørsholm	13	2.500	14 [#]	15 [#]	21	4.000	19 [#]	19 [#]
Ishøj	30	4.900	32 [#]	35 [#]	4	700	3 [#]	3 [#]
Kbh Amager Vest	16	8.100	18 [#]	21 [#]	19	9.600	15 [#]	12 [#]
Kbh Amager Øst	16	7.100	19 [#]	21 [#]	15	6.800	12 [#]	10 [#]
Kbh Bispebjerg	19	8.000	22 [#]	25 [#]	13	5.600	10 [#]	9 [#]
Kbh Brønshøj-Husum	22	6.700	24 [#]	27 [#]	13	4.100	11 [#]	9 [#]
Kbh Indre By	10	4.100	11 [#]	13 [#]	28	11.500	24 [#]	22 [#]
Kbh Nørrebro	14	8.400	16 [#]	19 [#]	21	13.100	15 [#]	13 [#]
Kbh Valby	18	7.400	22 [#]	25 [#]	15	6.300	12 [#]	11 [#]
Kbh Vanløse	14	4.400	16 [#]	18 [#]	18	5.500	14 [#]	13 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	15	7.400	18 [#]	21 [#]	22	10.600	17 [#]	15 [#]
Kbh Østerbro	11	6.700	13 [#]	15 [#]	24	14.500	20 [#]	19 [#]
København	15	69.800	18 [#]	20 [#]	19	87.900	15 [#]	14 [#]
Lyngby-Taarbæk	12	5.200	14 [#]	16 [#]	23	9.600	21 [#]	19 [#]
Rudersdal	11	4.800	12 [#]	14 [#]	25	10.800	23 [#]	22 [#]
Rødovre	23	6.800	25 [#]	27 [#]	8	2.300	6 [#]	5 [#]
Tårnby	23	7.800	26 [#]	28 [#]	6	1.900	4 [#]	4 [#]
Vallensbæk	18	2.000	19 [#]	21 [#]	8	900	7 [#]	6 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

2.6 Erhvervstilknytning

Ligesom uddannelse, er erhvervstilknytning et vigtigt mål for social position i samfundet. Erhvervstilknytning har blandt andet betydning for borgerens økonomi og er dermed knyttet til den enkeltes muligheder i relation til egen sundhed. Dertil kommer sammenhængen mellem erhvervstilknytning og helbred som følge af det fysiske og psykiske arbejdsmiljø på arbejdspladsen. Eksklusion fra arbejdsmarkedet, som følge af eksempelvis arbejdsløshed, er en begivenhed, som kan føre til forringet helbred (2). At være ekskluderet fra arbejdsmarkedet medfører tab af både indkomst, sociale relationer og struktur i hverdagen, som alle tre er faktorer, der spiller en væsentlig rolle for det fysiske og mentale helbred.

I denne sundhedsprofil er borgernes erhvervstilknytning kategoriseret ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik om borgernes væsentligste indkomstkilde. Se Bilag 2.2 for en uddybende beskrivelse af kategoriseringen af erhvervstilknytning.

I sundhedsprofilen anvendes betegnelsen "Borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet" som

en fællesbetegnelse for grupperne: "Arbejdsløs", "Langtidssyg, reval., orlov m.m." samt "Førtidspensionist".

Region Hovedstaden

I alt er 80 % af borgerne i Region Hovedstaden i den erhvervsaktive alder (Tabel 2.2). En lidt større andel mænd er i beskæftigelse sammenlignet med kvinder, hvilket er foreneligt med, at der er flere kvinder end mænd blandt de ældste i regionen (Tabel 2.11). Tilsvarende er en større andel af kvinder pensionister sammenlignet med mænd. Der er ikke væsentlige kønsforskelle i andelen af arbejdsløse, langtidssyge eller førtidspensionister.

I alt 15 % af alle borgere i den erhvervsaktive alder i Region Hovedstaden er uden for arbejdsmarkedet, svarende til 129.800 borgere (Tabel 2.12).

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, er steget fra 2010 til 2013, men faldet fra 2013 til 2017 i regionen som helhed. Forekomsten i 2017 på 15 % er således højere end i 2010 og samtidig lavere end i 2013.

Tabel 2.11 Erhvervstilknytning for borgere i Region Hovedstaden

2017	Mænd		Kvinder	
	%	Personer	%	Personer
I beskæftigelse	70	406.200	62	376.800
Arbejdsløs	2	11.500	2	10.700
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	5	29.300	6	37.500
Førtidspensionist	4	22.200	4	24.400
Pensionist	19	110.600	26	156.800

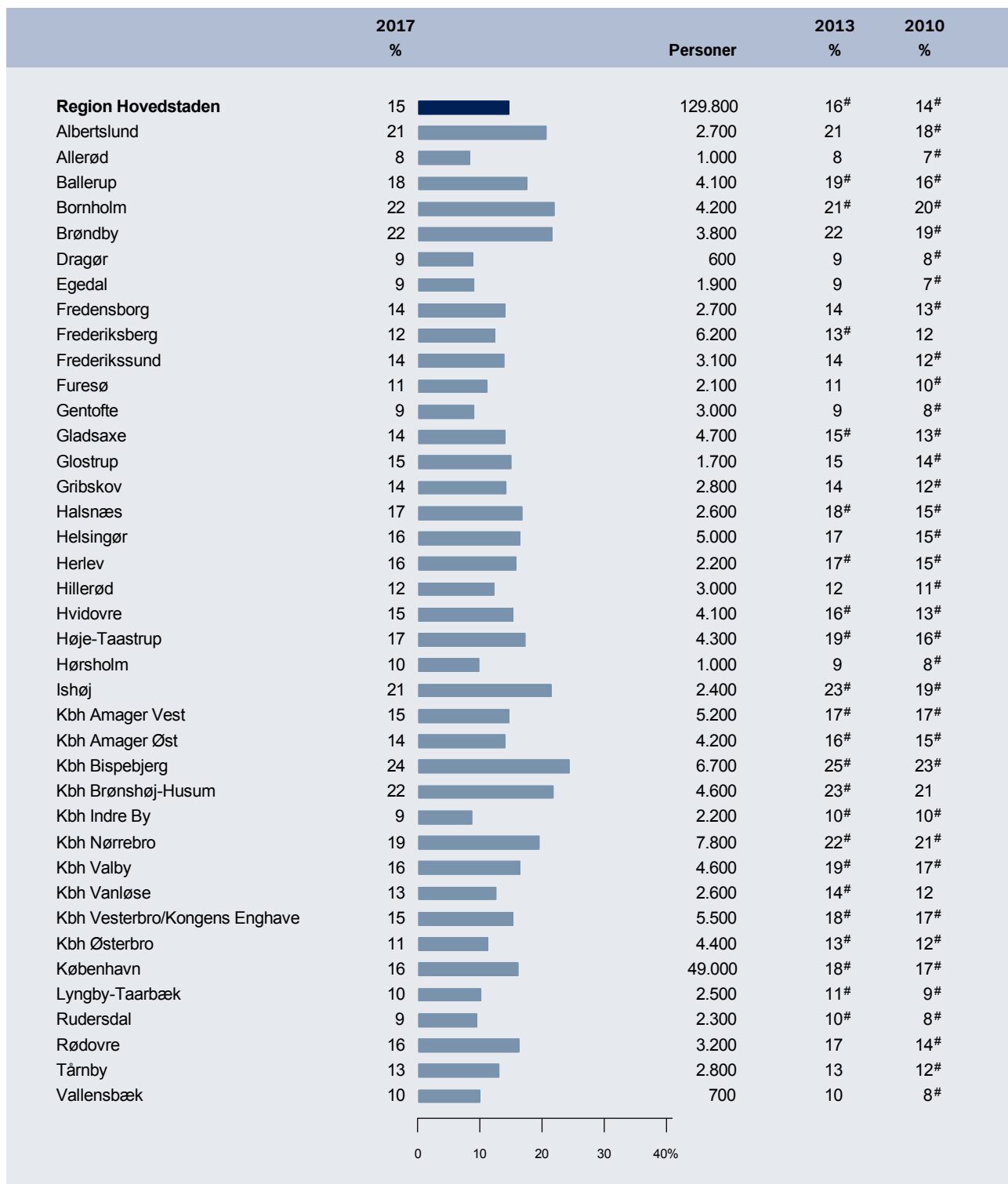
Kommuner og bydele

Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, varierer mellem kommuner og bydele fra 8 % i Allerød Kommune til 24 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 2.12).

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, er faldet i cirka halvdelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2017. De største fald

ses i bydelene Nørrebro, Valby og Vesterbro/Kongens Enghave. I modsætning hertil er der i de fleste kommuner sket en stigning i andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet fra 2010 til 2017. De største stigninger ses i Allerød og Brøndby kommuner. Det er kun i nogle af de københavnske bydele, at der ses et fald i andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, fra 2010 til 2017.

Table 2.12 Citizens under 65 years, who are out of the labor market – municipalities



#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

2.7 Årlig indkomst

Borgernes indkomst kan påvirke mulighederne for at foretage "sunde valg" som eksempelvis køb af sunde fødevarer eller valg af bolig i trygge og rekreative omgivelser.

I denne sundhedsprofil opgøres den årlige indkomst ud fra oplysninger fra Danmarks Statistik om husstandsindkomst per voksen i husstanden. Se Bilag 2.3 for en uddybende beskrivelse af årlig indkomst.

Region, kommuner og bydele

Den årlige gennemsnitlige indkomst for borgere i Region Hovedstaden er 335.200 kr. (Tabel 2.13). Der er stor variation i den gennemsnitlige årlige indkomst mellem kommuner og bydele. Lavest ligger bydelene Bispebjerg og Nørrebro med en gennemsnitlig årlig indkomst på omkring 230.000 kr., og højest ligger Gentofte og Rudersdal kommuner med gennemsnitlige årlige indkomster på over det dobbelte (over 530.000 kr.).

Tabel 2.13 Gennemsnitlig årlig indkomst – kommuner



2.8 Kommunesocialgrupper

For at anskueliggøre omfanget af sociale forskelle i sundhed på tværs af kommuner og bydele i Region Hovedstaden, er de 29 kommuner og 10 københavnske bydele inddelt i fire kommunesocialgrupper i sundhedsprofilen. Kommunesocialgruppe 1 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 4 indeholder kommuner og bydele, hvis borgere er socialt dårligst stillet. Inddelingen er et gennemgående træk i de tabeller, der viser kommuner og bydele i forhold til sundhedsvaner, sundhed og sygelighed.

Inddelingen i kommunesocialgrupper er baseret på oplysninger om årlig indkomst, uddannelseslængde og erhvervstilknytning fra registre. Det er således hele regionens befolkning og ikke kun deltagere i spørgeskemaundersøgelsen "Hvordan har du det? 2017", der danner grundlag for dannelsen af kommunesocialgrupperne.

Kommuner og bydele er inddelt i kommunesocialgrupper på baggrund af nedenstående kategorier opgjort blandt borgere på 25 år og derover:

- Andel af borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse
- Andel af borgere i den erhvervsaktive alder (ml. 25-64 år) og uden for arbejdsmarkedet, herunder arbejdsløse (i mindst et halvt år), førtidspensionister, modtagere af kontanthjælp, sygedagpenge, uddannelsesgodtgørelse og orlovsydelse
- Gennemsnitlig årlig indkomst

For hver kategori rangordnes kommuner og bydele og inddeles i fire lige store grupper. Kommunerne og bydelene tildeles point fra 1 til 4, på følgende måde:

- 1 point, hvis kommunen/bydelen er i den fjerdedel af kommuner og bydele med **mindst** andel af borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse; 4 point, hvis kommunen/bydelen er i den

fjerdedel af kommuner og bydele med **størst** andel af borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse som højest fuldførte uddannelse.

- 1 point, hvis kommunen/bydelen er i den fjerdedel af kommuner og bydele med **mindst** andel af borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet; 4 point, hvis kommunen/bydelen er i den fjerdedel af kommuner og bydele med **størst** andel af borgere i den erhvervsaktive alder uden for arbejdsmarkedet.
- 1 point, hvis kommunen/bydelen er i den fjerdedel af kommuner og bydele med **højest** gennemsnitlig årlig indkomst; 4 point, hvis kommunen/bydelen er i den fjerdedel af kommuner og bydele med **lavest** gennemsnitlig årlig indkomst.

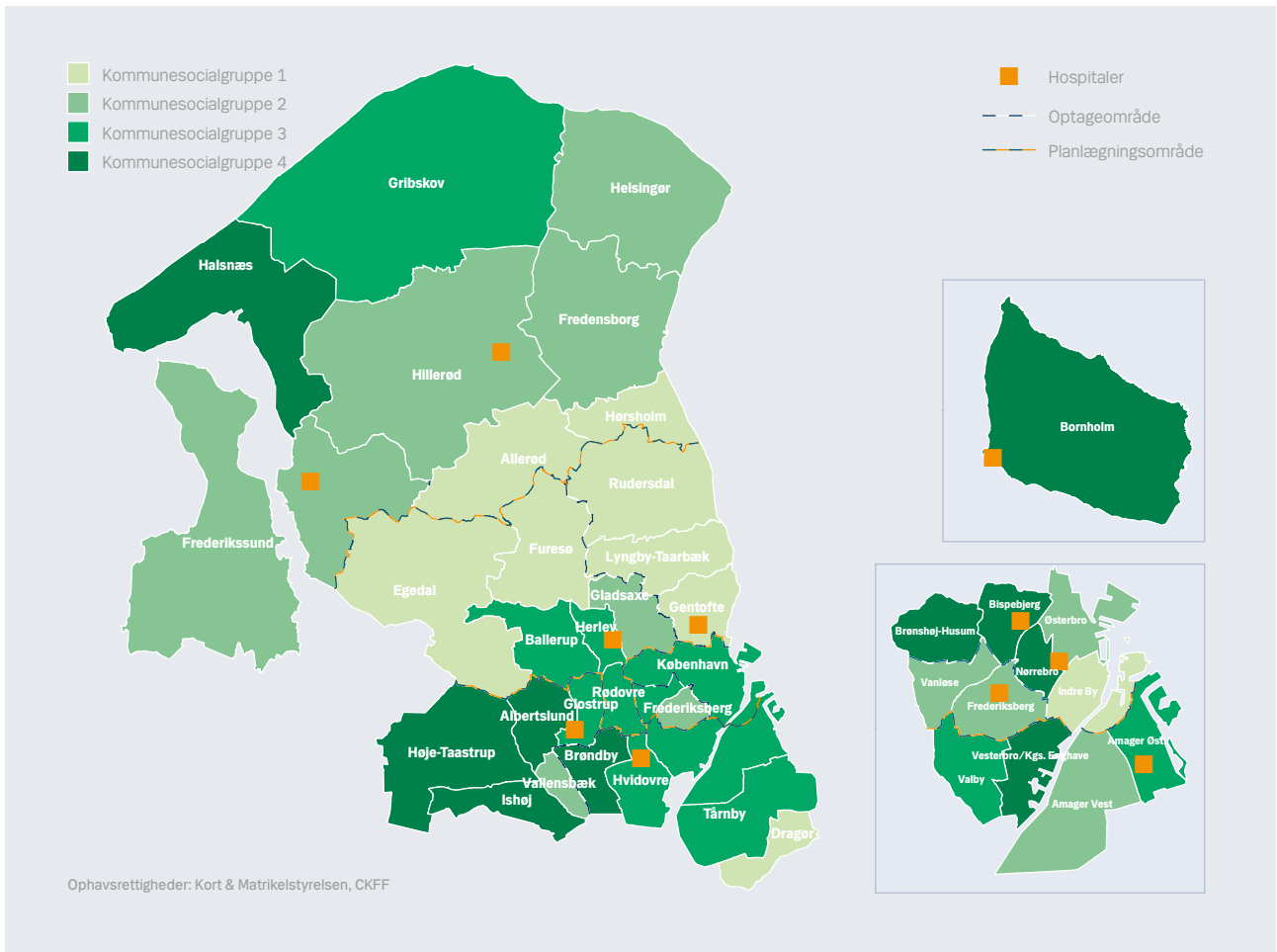
Summen af point afgør, hvilken kommunesocialgruppe kommunen eller bydelen placeres i. Den fjerdedel af kommuner og bydele, der har færrest point, udgør den mest ressourcerstærke kommunesocialgruppe, mens den fjerdedel af kommuner og bydele, der har flest point, udgør den mindst ressourcerstærke kommunesocialgruppe. Er der flere kommuner og bydele med samme antal point, benyttes gennemsnitlig årlig indkomst til rangordning af disse kommuner og bydele. Tabel 2.14 viser grundlaget for inddelingen af kommunesocialgrupperne. Figur 2.1 viser inddelingen i kommunesocialgrupper i Region Hovedstaden. Inden for hver kommunesocialgruppe er kommuner og bydele vist i alfabetisk orden.

Udvikling 2013-2017: Seks kommuner og bydele placerer sig anderledes i 2017 i forhold til 2013. Bydelen Indre By er rykket fra kommunesocialgruppe 2 til 1, Fredensborg Kommune er rykket fra kommunesocialgruppe 1 til 2, bydelen Amager Vest fra kommunesocialgruppe 3 til 2, Gribskov Kommune fra kommunesocialgruppe 2 til 3, bydelen Valby fra kommunesocialgruppe 4 til 3, og Halsnæs Kommune fra kommunesocialgruppe 3 til 4 (resultater ikke vist).

Tabel 2.14 Inddeling i kommunesocialgrupper

Kommuner/bydele	Grundskole- og gymnasial uddannelse	Uden for arbejdsmarkedet	Indkomst	Sum	Kommunesocial-gruppe
Allerød	1	1	1	3	1
Dragør	2	1	1	4	1
Egedal	2	1	2	5	1
Furesø	1	2	1	4	1
Gentofte	1	1	1	3	1
Hørsholm	1	1	1	3	1
Kbh Indre By	1	1	1	3	1
Lyngby-Taarbæk	1	1	1	3	1
Rudersdal	1	1	1	3	1
Fredensborg	2	3	1	6	2
Frederiksberg	1	2	2	5	2
Frederikssund	3	2	2	7	2
Gladsaxe	2	2	2	6	2
Helsingør	3	3	2	8	2
Hillerød	2	2	2	6	2
Kbh Amager Vest	2	2	3	7	2
Kbh Vanløse	2	2	3	7	2
Kbh Østerbro	1	2	2	5	2
Vallensbæk	2	1	2	5	2
Ballerup	3	4	2	9	3
Glostrup	3	3	3	9	3
Gribskov	3	3	2	8	3
Herlev	3	3	3	9	3
Hvidovre	4	3	3	10	3
Kbh Amager Øst	3	2	4	9	3
Kbh Valby	3	3	4	10	3
København	2	3	3	8	3
Rødovre	3	3	3	9	3
Tårnby	4	2	3	9	3
Albertslund	4	4	4	12	4
Bornholm	4	4	4	12	4
Brøndby	4	4	4	12	4
Halsnæs	4	4	3	11	4
Høje-Taastrup	4	4	3	11	4
Ishøj	4	4	4	12	4
Kbh Bispebjerg	4	4	4	12	4
Kbh Brønshøj-Husum	4	4	4	12	4
Kbh Nørrebro	2	4	4	10	4
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	3	3	4	10	4

Figur 2.1 Inddeling i kommunesocialgrupper



2.9 Bilag

Bilag 2.1 Klassificering af uddannelseslængde på baggrund af registerdata

Til klassificering af borgernes uddannelseslængde samt afgrænsning af borgere under uddannelse anvendes oplysninger fra Danmarks Statistiks uddannelsesregister (Befolkningens Uddannelse). Dette register indeholder oplysninger om alle fuldførte og igangværende almene og erhvervskompetencegivende uddannelser for hver enkelt person i befolkningen opgjort pr. 30. september hvert år.

Borgere under uddannelse defineres som personer, der er begyndt på en uddannelse inden for de seneste seks år, som endnu ikke er afsluttet ¹. Til identificering af borgere under uddannelse anvendes variablene UDD (igangværende uddannelse) og IG_VFRA (påbegyndelsestidspunkt).

Til klassificering af uddannelseslængde blandt borgere, som ikke er under uddannelse, anvendes variabelen HFAUDD (højest fuldførte uddannelse) klassificeret i hovedgrupper efter DISCED-klassifikations-systemet ². Disse hovedgrupper er sammenlagt til fem uddannelsesgrupper, som anvendes i denne rapport (se tabel herunder). Denne uddannelsesklassificering adskiller sig fra den, som blev anvendt i Sundhedsprofil 2013, som havde 4 uddannelsesgrupper fordi grundskole- og gymnasiale uddannelser var lagt sammen. Det forventes, at der vil være forskel i sundhedsadfærden mellem borgere med grundskoleuddannelse og gymnasiale uddannelser (9), derfor er grupperne adskilt i denne rapport.

Uddannelse	Registervariabel (Højest fuldførte uddannelse)	Eksempler
Grundskole	Grundskole	0.-10. klasse, almene voksenuddannelser, enkeltfag
Gymnasiale uddannelser	Almene gymnasiale uddannelser	Studentereksamen (STX), HF, gymnasial supplering
	Erhvervsgymnasiale uddannelser	HHX, HTX, adgangseksamen til ingeniøruddannelsen
Erhvervsfaglige uddannelser	Erhvervsfaglige uddannelser	Kørelærer, murer, tømrer, maler, elektriker, frisør, kosmetolog, tandklinikassistent, bager, landmand, chauffør, SOSU-assistent
Korte og mellem-lange videregående uddannelser	Korte videregående uddannelser	Kunsthåndværker, datamatiker, laborant
	Mellemlange videregående uddannelser	Diplomingeniøruddannelser og professionsbacheloruddannelser, for eksempel pædagog, socialrådgiver, sygeplejerske, fysioterapeut, folkeskolelærer
	Bacheloruddannelser	Akademiske bacheloruddannelser på universiteter, for eksempel bachelor i matematik, musik, jura, sociologi, skovbrug, journalistik, sprog, idræt
Lange videregående uddannelser	Lange videregående uddannelser	Kandidatuddannelser, for eksempel læge, tandlæge, jurist, økonom, psykolog. cand.mag., cand.scient., cand.merc.
	Forskeruddannelser	Ph.d., Dr.

¹ I beregning af kommunesocialgrupper er personer under uddannelse ikke en separat kategori, dvs. andelen af borgere med højst en grundskole- eller gymnasial uddannelse er her opgjort blandt alle borgere over 25 år, uanset om de fortsat er under uddannelse.

² <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/discsed-15--hovedomraade-fuldførte-uddannelser>

Bilag 2.2 Klassificering af erhvervstilknytning på baggrund af registerdata

Til klassificering af borgernes erhvervstilknytning anvendes den socioøkonomiske klassifikation PRE_SOCIO, som er baseret på oplysninger om borgernes væsentligste indkomstkilde fra Danmarks Statistiks Indkomstregister (Arbejds-klassifikationsmodulet - AKM). Ud fra borgernes væsentligste indkomstkilde i løbet af året fastlægges, om personen er lønmodtager, selvstændig, arbejdsløs, dagpengemodtager, førtidspensionist, pensionist osv. Hvis en person har haft flere forskellige indkomstkilder i løbet af året, for eksempel fra beskæftigelse i en periode og fra kontanthjælp i en anden, vil

personen figurere i den kategori, hvor indkomsten har været størst samlet set i løbet af året.

I nærværende rapport anvendes fem hovedkategorier af erhvervstilknytning baseret på PRE_SOCIO. Se tabel herunder for forklaring af indholdet af de fem kategorier. Erhvervstilknytning oplyses ikke for personer under uddannelse, da disse indgår i uddannelsesklassificeringen. Klassificeringen af erhvervstilknytning til brug i Sundhedsprofil 2017 adskiller sig ikke fra den, som blev anvendt i Sundhedsprofil 2013, som var baseret på SOCIO02.

Erhvervstilknytning	Omfatter følgende kategorier af PRE_SOCIO
I beskæftigelse	Selvstændige, med eller uden ansatte
	Medarbejdende ægtefæller
	Lønmodtagere
Arbejdsløs	Arbejdsløse mindst halvdelen af året
Langtidssyg, revalidering, orlov m.m.	Modtagere af dagpenge, herunder sygedagpenge og barseldagpenge, personer på orlov
	Kontanthjælpsmodtagere samt borgere på revalideringsydelse
Førtidspensionist	Førtidspensionister
Pensionist	Pensionister
	Efterlønsmodtagere

Bilag 2.3 Opgørelse af årlig indkomst på baggrund af registerdata

Til opgørelse af den årlige indkomst anvendes PERINDKIALT, som er baseret på oplysninger om borgernes personindkomst fra Danmarks Statistiks Indkomstregister. Personindkomst i alt er lig summen af erhvervsindkomst, overførselsindkomst, formueindkomster (eksklusiv beregnet lejeværdi af egen bolig) og anden ikke klassificerbar indkomst, der kan henføres direkte til den enkelte person, og før fradrag af arbejdsmarkedsbidrag og særlig pensionsbidrag. Personindkomst i alt er et bruttobeløb. Dvs. at renteudgifter, herunder virksomhedsrenter

i selvstændigt erhvervsdrivendes virksomhed, ikke er fratrukket.

I nærværende rapport er den årlige indkomst defineret som gennemsnittet af de seneste fem års husstandsindkomst per voksen i husstanden baseret på PERINDKIALT_13. PERINDKIALT_13 benyttet til opgørelsen af indkomst adskiller sig fra BRUTTO variabelen, der blev anvendt i Sundhedsprofil 2013, som dækkede færre indkomstkilder.

2.10 Litteratur

- (1) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (2) Christensen U og Larsen JL. Social udsathed og helbred. I: Lund R Christensen U og Iversen L (red.). Medicinsk Sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard; 2011. p. 137-56.
- (3) Lund R. Social relationer og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk Sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 63-80.
- (4) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (5) Lau CJ, Lykke M, Andreasen AH, Bekker-Jeppesen M, Buhelt LP, Robinson KM, et al. Sundhedsprofil 2013 - Kronisk Sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden; 2015.
- (6) Nørredam M. Migration, etnicitet og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk Sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 161-77.
- (7) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health. 2006;60(1):7-12.
- (8) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health. 2006;60(2):95-101.
- (9) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80.



Kapitel 3

Ryging og brug af elektroniske cigaretter



3 Rygning og brug af elektroniske cigaretter

- I 2017 er andelen af dagligrygere og lejlighedsvisere rygere lidt større end i 2013, mens andelen af storrygere (≥ 15 cigaretter/dag) er uændret
- 16 % af alle borgere ryger dagligt og halvdelen af disse er storrygere
- 76 % af rygerne ønsker rygestop, hvoraf 40 % ønsker hjælp til rygestop. Færre ønsker hjælp til rygestop end tidligere
- 27 % af rygerne er af egen læge blevet rådet til rygestop. Andelen er mindre end tidligere
- Færre borgere udsættes for passiv rygning end tidligere. I 2017 udsættes 5,8 % af ikkerygerne i regionen for passiv rygning, og der ryges indendørs blandt 4,5 % af borgere, som bor sammen med børn
- Der er sociale og geografiske forskelle i forekomsten af dagligrygning, storrygning og passiv rygning. Således er andelen størst blandt borgere med kortere uddannelser og i kommunesocialgruppe 3 og 4
- 1,6 % af alle borgere i regionen anvender e-cigaretter dagligt

Rygning

Rygning er den risikofaktor, som har størst betydning for sygdom og tidlig død i Danmark (1). Andelen af dagligrygere har været støt faldende siden midten af det 20. århundrede, hvor over halvdelen af voksne danskere røg dagligt. De seneste år synes udviklingen dog at være gået i stå og andelen af rygere i Danmark er højere end i de øvrige nordiske lande (2, 3). De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at 16,9 % af danskerne ryger dagligt (4). Andelen er uændret siden 2013 (5).

Al rygning er sundhedsskadelig og rygning skader hele kroppen. Jo længere tid en borger har røget og jo mere der ryges pr. dag, jo større er risikoen for negative sundhedseffekter (6). Rygning er den hyppigste årsag til kræft og op imod hvert femte nye kræfttilfælde, svarende til 7-8.000 kræfttilfælde om året, skyldes tobak (2, 3). Rygning medfører desuden stærkt øget risiko for bl.a. hjertekarsygdomme, KOL og andre lunge-sygdomme, sukkersyge, mavesår, knogleskørhed, nedsat fertilitet blandt kvinder, impotens og mange andre sygdomme (7).

Passiv rygning blandt voksne medfører øget risiko for lungekræft, luftvejssygdomme, hjertekarsygdom og slagtilfælde, mens børn, der udsættes for passiv rygning, har øget risiko for bronkitis, lungebetændelse, astma, nedsat lungefunktion, vejrtrækningsproblemer, mellemørebetændelse og vuggedød (7). Selv små mængder røg er skadeligt og rygning indendørs forurener længe efter, at cigareten er slukket (3).

Hvert år dør 13.600 danskere af rygning og rygning resulterer i henholdsvis 58.000 og 38.000 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (6). Omkring 900 danskere dør årligt som følge af passiv rygning (8).

Af samfundsmæssige konsekvenser medfører rygning nedsat arbejdsmæssig produktivitet i form af øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundheds-

ydelser og medicin. Nuværende og tidligere rygere har hvert år mere end 5 mio. ekstra sygedage, 2,2 mio. ekstra kontakter til læge og 150.000 ekstra hospitalsindlæggelser sammenlignet med aldrig-rygere (6). Behandling og pleje af nuværende og tidligere rygere koster årligt 10 mia. kr. mere end ikkerygere, mens omkostninger til tabt produktion blandt nuværende og tidligere rygere beløber sig til 29 mia. kr. mere pr. år (6).

Det er aldrig for sent at stoppe med at ryge. Et rygestop vil altid, uanset i hvilken alder, medføre positive sundhedseffekter (3, 9). Forebyggelse af rygning omfatter: Fremme af rygestop, fremme af røgfrie miljøer samt forebyggelse af rygestart (10). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke på tobaksområdet (11). Denne forebyggelsespakke er én af de højest prioriterede i kommunerne og siden 2013 er der sket en stigning i andelen af kommuner, som tilbyder både standardiserede og målgruppertilpassede rygestopkurser, ligesom flere kommuner laver opfølgende rekruttering (12). 19 kommuner i Danmark har indført røgfri arbejdstid og to mere er på vej (3). Samtidig er andelen af kommuner, som har etableret samarbejde med praktiserende læger om opsporing og rekruttering af borgere til rygestopkurser steget, og i flere kommuner undervises om rygning i de ældste klasser i folkeskolen (12).

Over halvdelen af dem, som ryger, er startet inden de fyldte 18 år og 80 % inden de fyldte 20 år (13). Derfor er der særligt fokus på børn og unge i forebyggelsen af rygning. I 2016 lancerede regeringen en målsætning om en røgfri generation, som indebærer, at de børn, som fødes i dag, aldrig begynder at ryge, sådan at ingen børn og unge ryger i 2030 (2). Flere lande har i de seneste år sat en slutdato for rygning – en dato hvor andelen af rygere ikke overstiger 5 % (14, 15). Blandt danskerne er der generelt opbakning til en lang række stramninger på rygeområdet, især når de er målrettet mod at beskytte børn og unge mod røg (16-18).

Tabel 3.1 Rygevaner og brug af elektroniske cigaretter (dampning) i Region Hovedstaden

	2017 %	2013 %	2010 %
Dagligrygere	16	15	20
Lejlighedsvis rygere	7,3	6,1	5,6
Storrygere	7,4	7,5	10
Smårygere	16	14	15
Tidligere rygere	29	30	29
Aldrig-rygere	47	49	46
Daglige dampere	1,6		

Dagligrygere	Borgere, som ryger dagligt
Lejlighedsvis rygere	Borgere, som ryger mindst én gang om ugen eller sjældnere end hver uge
Storrygere	Borgere, som ryger ≥ 15 cigaretter dagligt
Smårygere	Borgere, som ryger < 15 cigaretter dagligt, lejlighedsvis rygere, eller cerut-, cigar- og piberygere (uanset mængden, der ryges)
Tidligere rygere	Borgere, som tidligere har røget
Aldrig-rygere	Borgere, som aldrig har røget
Ikkerygere	Borgere, som er tidligere rygere eller aldrig-rygere

Brug af elektroniske cigaretter

Brug af elektroniske cigaretter (e-cigaretter) kaldes også for "dampning". En e-cigaret består overordnet af et batteri, et varmelegeme, der opvarmer væsken og forvandler den til luftbårne partikler samt en beholder med væske, som kan være med eller uden nikotin (3). E-cigaretter findes i forskellige designs og typer (3), og langt de fleste bruger e-cigaretter med nikotin (10). Det er i Danmark tilladt at sælge e-cigaretter med et nikotinhold på op til 20 mg/l, men kun til personer på 18 år eller derover (3). E-cigaretter markedsføres ofte som et middel til rygestop, men der er ingen videnskabelig evidens for virkningen (10). Studier der har fulgt e-cigaretbrugere over tid viser faktisk det modsatte, at færre holder op med at ryge (19). Det anslås, at ca. 2 % af voksne danskere damper dagligt, og at flertallet af damperne også ryger almindelige cigaretter (3, 10).

Da e-cigaretter er et nyt produkt og findes i mange forskellige typer, er der ikke samme viden om potentielle helbredsrisici, som ved almindelige cigaretter (3, 10). Mange undersøgelser har fundet kræftfremkaldende, giftige og andre sundhedsskadelige stoffer i e-væsker og e-dampe, og der kan være skadelige effekter af partikler, smagsstoffer og andre indholdsstoffer i dampen (10, 20). Dyrestudier viser skade på bl.a. lunger og hjerte. Derudover ved man, at nikotin medfører afhængighed, påvirker hjerte og blodkar, er skadeligt for gravide og kan medføre forgiftning (3). De langvarige effekter ved passiv dampning kendes endnu ikke. Derfor anbefaler WHO, at e-cigaretter ligestilles med almindelige cigaretter i forhold til gældende regler og lovgivning om røgfrie miljøer (10).

Sundhedsstyrelsen fraråder brug af e-cigaretter – også til rygestop (10). Vælger man at bruge e-cigaretter frarådes det, at bruge dem indendørs og i nærheden af børn eller gravide (10).

E-cigaretter findes i varianter med smag af frugt eller slik hvilket virker meget tiltrækkende på børn. 15 % af danske 15-årige har brugt e-cigaretter inden for den seneste måned (21), og der er stigende evidens for, at børns brug af e-cigaretter øger risikoen for, at de sidenhen begynder at ryge (22).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives rygning, passiv rygning og rygning i relation til andre risikofaktorer. Herudover beskrives brug af e-cigaretter. Efterfølgende beskrives borgernes motivation for rygestop samt forebyggelse af rygning og dampning. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

Dagligrygning og storrygning er mest udbredt blandt

- Mænd
- 45-64 årige
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Langtidssyge og førtidspensionister
- Enlige
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Herudover er passiv rygning og rygning i hjem med børn også mere udbredt i disse grupper

3.1 Dagligrygning og storrygning

I alt 23 % af borgere i Region Hovedstaden ryger dagligt eller lejlighedsvist, svarende til 340.000 borgere (resultater ikke vist). Af de borgere, som ryger, bruger 6,5 % også e-cigaretter, svarende til 21.800 borgere.

I dette afsnit fokuseres på forekomsten af dagligrygning og storrygning. Forekomsten af dagligrygning og storrygning opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Ryger du?
- Hvor meget ryger du i gennemsnit pr. dag?

Region Hovedstaden

I alt 16 % af borgerne i Region Hovedstaden ryger dagligt, svarende til 234.400 borgere og i alt 7,4 % borgere er storrygere, svarende til 107.100 borgere (Tabel 3.2).

Køn: En større andel mænd end kvinder er dagligrygere eller storrygere.

Alder: Andelen af dagligrygere og storrygere er størst blandt de 45-64 årige, mens den mindste andel af dagligrygere og storrygere ses blandt borgere på 80 år eller derover. Dette er foreneligt med, at rygere i højere grad end ikkerygere dør i en tidligere alder.

Uddannelse: Der ses en faldende forekomst af dagligrygning og storrygning med stigende uddannelseslængde, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse. Sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse, er andelen af dagligrygere mere end fire gange større blandt borgere, som har en grundskoleuddannelse, mens andelen af storrygere er syv gange så stor.

Erhvervstilknytning: Andelen af dagligrygere er dobbelt så stor blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Andelen af storrygere er to til tre gange større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af dagligrygere og storrygere er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af dagligrygere og storrygere er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: Flere er begyndt at ryge siden 2013. I tabel 3.1 på forrige side ses, at andelen af aldrig-rygere er faldet fra 49 % i 2013 til 47 % i 2017, og at faldet især er sket blandt de 16-34 årige samt borgere under uddannelse (se tabel på centrets

hjemmeside). Samtidig er andelen af lejlighedsvis rygere steget fra 6,1 % i 2013 til 7,3 % i 2017 og her er det også blandt de 16-34 årige og borgere under uddannelse at stigningen er størst (se tabel på centrets hjemmeside).

I regionen som helhed er andelen af dagligrygere steget fra 15 % i 2013 til 16 % i 2017, mens andelen af storrygere er uændret. For dagligrygning gør stigningen sig gældende blandt de 16-34 årige og borgere under uddannelse. Til gengæld er andelen af dagligrygere faldet blandt borgere på 80 år eller derover og blandt pensionister. I langt de fleste sociodemografiske grupper er andelen af dagligrygere dog ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er forekomsten af dagligrygning faldet fra 20 % i 2010 til 16 % i 2017 og forekomsten af storrygere er faldet fra 10,3 % i 2010 til 7,4 % i 2017. For både daglig- og storrygning gør faldet sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper, for dagligrygning især blandt langtidssyge borgere, mens faldet i storrygning især gør sig gældende blandt arbejdsløse borgere.

Kommuner og bydele

Andelen af dagligrygere varierer fra 9 % i Allerød Kommune til 21 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 3.3). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. De fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger på eller over regionsgennemsnittet, mens alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af storrygere varierer fra 3,6 % i Allerød Kommune til 11,8 % i Halsnæs Kommune (Tabel 3.4). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens alle kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I langt de fleste kommuner og bydele er andelen af dagligrygere ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017 (Tabel 3.3). Dog ses stigninger i Bornholms Regionskommune og i Frederikssund og Helsingør kommuner. For storrygere er andelen faldet i enkelte af de københavnske bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 3.4). Det største fald ses i bydelen Brønshøj-Husum. Samtidig ses en stigning i andelen af storrygere i Bornholms Regionskommune og Glostrup Kommune.

Udvikling 2010-2017: For størstedelen af kommuner og bydele er der sket et fald i forekomsten af dagligrygning såvel som i storrygning fra 2010 til 2017 (Tabel 3.3 og Tabel 3.4). For både dagligrygning og storrygning ses det største fald i Brøndby Kommune.

Tabel 3.2 Dagligrygning og storrygning

	Dagligrygning				Storrygning			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	16	234.400	15 [#]	20 [#]	7,4	107.100	7,5	10,3 [#]
Køn								
Mand	18	126.600	17	21 [#]	9,0	63.700	9,1	11,8 [#]
Kvinde	14	107.900	14	18 [#]	5,8	43.400	6,0	8,9 [#]
Alder								
16-24 år	16	32.600	13 [#]	17	4,5	9.400	4,4	7,4 [#]
25-34 år	14	38.900	12 [#]	16 [#]	5,8	15.600	5,5	7,8 [#]
35-44 år	15	37.600	14	20 [#]	7,7	18.800	7,6	11,4 [#]
45-54 år	19	45.700	20	25 [#]	10,7	26.200	10,9	15,2 [#]
55-64 år	21	41.300	21	24 [#]	11,2	21.400	11,9	13,1 [#]
65-79 år	15	32.900	16	19 [#]	6,4	14.600	6,3	8,6 [#]
80+ år	8	5.300	11 [#]	12 [#]	1,8	1.200	2,4	2,5
Uddannelse								
Under uddannelse	13	28.900	10 [#]	14	3,9	8.800	3,9	5,9 [#]
Grundskole	28	64.700	27	31 [#]	15,3	35.300	15,1	18,4 [#]
Gymnasial	18	16.800	17	19	7,3	6.700	7,8	9,7 [#]
Erhvervsfaglig	19	63.800	20	25 [#]	9,8	32.600	10,0	13,7 [#]
Kort og mellemlang videreg.	11	30.000	12	15 [#]	4,6	12.100	5,1	6,5 [#]
Lang videregående	6	11.700	6	8 [#]	2,1	3.900	1,9	3,1 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	15	119.100	15	19 [#]	7,3	56.000	7,2	10,4 [#]
Arbejdsløs	27	5.500	29	32	14,8	3.000	14,7	21,9 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	34	20.700	36	42 [#]	20,4	12.200	23,9	27,0 [#]
Førtidspensionist	33	12.100	33	40 [#]	20,9	7.600	23,4	26,4 [#]
Pensionist	13	35.300	15 [#]	18 [#]	5,4	14.500	5,6	7,3 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	22	106.300	21	26 [#]	11,2	54.900	11,6	15,1 [#]
Samlevende	13	95.100	13	16 [#]	5,7	42.700	5,7	8,1 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	16	187.300	16	20 [#]	7,5	87.500	7,7	10,5 [#]
Andre vestlige lande	14	16.700	12	16	5,9	7.000	4,4	7,9 [#]
Ikke-vestlige lande	19	30.100	18	23 [#]	7,8	12.500	8,3	10,2 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 3.3 Dagligrygning – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	16	234.400		15 [#]	20 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	20 *	4.400	*	17	23
Bornholm	21 *	6.800	*	15 [#]	23
Brøndby	18	5.100		20	26 [#]
Halsnæs	20 *	5.200	*	19	25 [#]
Høje-Taastrup	18 *	7.100	*	19	22 [#]
Ishøj	20 *	3.400	*	19	23
Kbh Bispebjerg	20 *	9.600	*	20	25 [#]
Kbh Brønshøj-Husum	17	5.800		20	18
Kbh Nørrebro	17	11.700		18	22 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	20 *	10.900	*	21	24
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	17	6.600		16	21 [#]
Glostrup	17	3.100		14	20
Gribskov	17 *	5.900		18	21 [#]
Herlev	16	3.600		17	20 [#]
Hvidovre	16	6.800		17	21 [#]
Kbh Amager Øst	20 *	9.600	*	16	22
Kbh Valby	20 *	8.700	*	16	21
København	18 *	86.800	*	17	21 [#]
Rødovre	18 *	5.300	*	17	19
Tårnby	17	5.900		16	22 [#]
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	13 *	4.300	*	14	19 [#]
Frederiksberg	13 *	11.600	*	13	16 [#]
Frederikssund	17	6.100		14 [#]	21 [#]
Gladsaxe	16	8.700		16	19
Helsingør	20 *	10.300	*	16 [#]	22
Hillerød	14	5.700		14	17
Kbh Amager Vest	16	9.200		16	21 [#]
Kbh Vanløse	15	5.100		16	19 [#]
Kbh Østerbro	15	9.600		17	18 [#]
Vallensbæk	12 *	1.500	*	14	19 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	9 *	1.700	*	9	14 [#]
Dragør	12 *	1.400	*	13	17 [#]
Egedal	12 *	4.000	*	13	18 [#]
Furesø	13 *	4.200	*	11	14
Gentofte	11 *	6.600	*	10	16 [#]
Hørsholm	10 *	2.000	*	11	14 [#]
Kbh Indre By	14	6.500		16	18 [#]
Lyngby-Taarbæk	12 *	5.400	*	10	15
Rudersdal	11 *	5.000	*	9	15 [#]

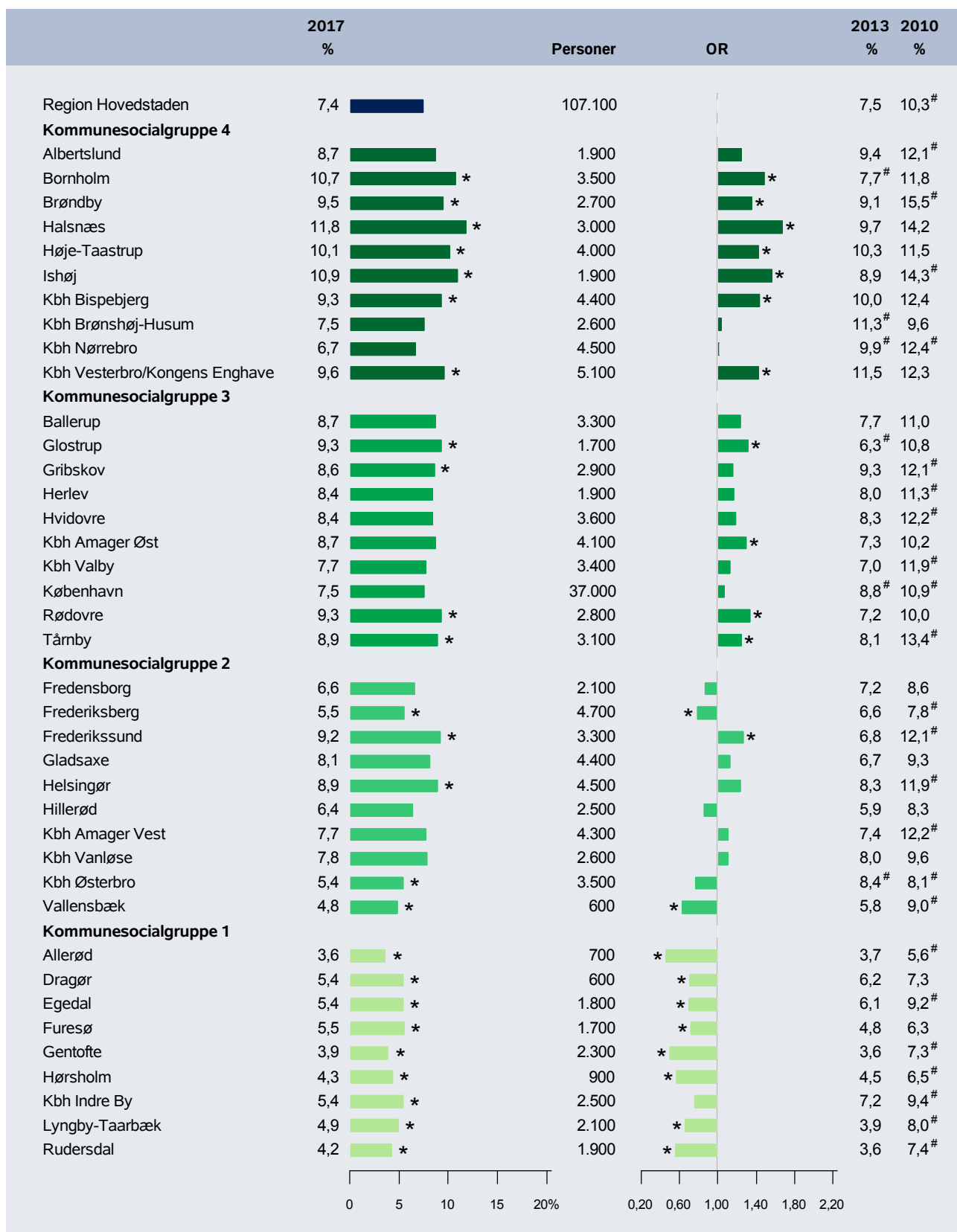
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 3.4 Storrygning – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

3.2 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere

Passiv rygning omfatter ikkerygere (tidligere rygere og aldrig-rygere), som dagligt opholder sig mindst en halv time i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010. Rygning i eget hjem og regler for rygning på arbejdspladser og uddannelsesinstitutioner beskrives i afsnit 3.7.3 og 3.7.4.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange timer om dagen opholder du dig i rum, hvor der bliver røget, eller hvor der lugter af tobaksrøg? ^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om passiv rygning fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 udsættes 5,8 % af ikkerygere i Region Hovedstaden for daglig passiv rygning, svarende til 63.800 personer (Tabel 3.5).

Køn: En større andel af ikkerygende mænd udsættes dagligt for passiv rygning sammenlignet med ikkerygende kvinder.

Alder: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er størst blandt de 16-24 årige og mindst blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en faldende forekomst af daglig passiv rygning med stigende uddannelseslængde, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er fem gange så stor blandt borgere med en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er dobbelt så stor blandt borgere, som er langtidssyge eller på førtidspension sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er faldet fra 7,4 % i 2013 til 5,8 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i mange af de sociodemografiske grupper, især blandt de 45-54 årige og blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse.

Udvikling 2010-2017: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er faldet fra 10,5 % i 2010 til 5,8 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper, især blandt de 16-24 årige og blandt arbejdsløse borgere.









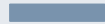







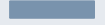









Kommuner og bydele

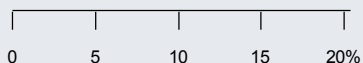
Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning varierer fra 3,3 % i Gentofte Kommune til 10,6 % i Brøndby Kommune (Tabel 3.6). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Gradienten bliver tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er faldet i mange kommuner og bydele fra 2013 til 2017. Det største fald ses i bydelen Brønshøj-Husum.

Udvikling 2010-2017: Andelen af ikkerygere, som dagligt udsættes for passiv rygning, er faldet i stort set alle kommuner og bydele fra 2010 til 2017. De største fald ses i Bornholms Regionskommune og Tårnby Kommune.

Tabel 3.5 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	5,8 	63.800	7,4 [#]	10,5 [#]
Køn				
Mand	6,3 	32.700	8,0 [#]	12,1 [#]
Kvinde	5,4 	31.100	6,8 [#]	9,0 [#]
Alder				
16-24 år	9,5 	13.500	11,0	19,2 [#]
25-34 år	4,6 	9.000	6,1 [#]	7,8 [#]
35-44 år	4,6 	8.600	5,3	7,0 [#]
45-54 år	5,1 	9.500	7,3 [#]	11,0 [#]
55-64 år	7,4 	10.600	9,0 [#]	11,8 [#]
65-79 år	5,8 	10.700	7,4 [#]	9,6 [#]
80+ år	3,5 	2.000	5,4 [#]	6,7 [#]
Uddannelse				
Under uddannelse	7,6 	12.000	9,1 [#]	14,3 [#]
Grundskole	9,7 	14.600	11,6 [#]	16,1 [#]
Gymnasial	4,5 	2.900	6,6 [#]	10,9 [#]
Erhvervsfaglig	7,1 	18.000	9,3 [#]	12,7 [#]
Kort og mellemlang videreg.	3,6 	7.900	4,5 [#]	5,8 [#]
Lang videregående	2,0 	3.200	2,7 [#]	3,1 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	5,2 	30.700	6,7 [#]	9,0 [#]
Arbejdsløs	6,6 	900	8,3	17,0 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	9,5 	3.300	13,6	15,8 [#]
Førtidspensionist	10,7 	2.400	8,7	17,9 [#]
Pensionist	5,0 	11.000	7,1 [#]	9,4 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	5,9 	20.400	7,7 [#]	8,9 [#]
Samlevende	4,9 	29.800	6,3 [#]	9,2 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	5,3 	46.900	6,9 [#]	10,0 [#]
Andre vestlige lande	5,1 	4.600	6,6	8,8 [#]
Ikke-vestlige lande	10,4 	12.200	12,8	16,8 [#]



#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 3.6 Daglig passiv rygning blandt ikkerygere – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	5,8	63.800		7,4 [#]	10,5 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	9,5 *	1.500	*	9,1	12,9 [#]
Bornholm	7,2	1.700		6,5	16,0 [#]
Brøndby	10,6 *	2.300	*	10,6	17,0 [#]
Halsnæs	7,5 *	1.400	*	8,0	14,1 [#]
Høje-Taastrup	8,0 *	2.400	*	7,6	10,7 [#]
Ishøj	8,9 *	1.200	*	11,8	15,3 [#]
Kbh Bispebjerg	9,8 *	3.200	*	9,1	11,2
Kbh Brønshøj-Husum	5,7	1.500		12,7 [#]	12,6 [#]
Kbh Nørrebro	6,1	2.700		9,1	9,8 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	6,0	2.100		9,4 [#]	11,9 [#]
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	7,9 *	2.300	*	8,1	11,7 [#]
Glostrup	7,1	1.000		9,2	12,0 [#]
Gribskov	7,1 *	1.800	*	6,1	11,0 [#]
Herlev	6,1	1.100		6,7	13,5 [#]
Hvidovre	6,1	2.000		9,7 [#]	13,4 [#]
Kbh Amager Øst	6,1	2.000		9,2 [#]	8,8
Kbh Valby	6,6	2.100		6,7	12,3 [#]
København	5,9	20.600		8,1 [#]	10,8 [#]
Rødovre	6,1	1.400		9,0 [#]	10,6 [#]
Tårnby	6,9	1.800		11,0 [#]	16,1 [#]
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	4,9	1.300		7,6 [#]	9,8 [#]
Frederiksberg	4,7	3.200		4,9	8,0 [#]
Frederikssund	6,0	1.700		9,0 [#]	9,2 [#]
Gladsaxe	5,2	2.200		6,2	9,4 [#]
Helsingør	6,1	2.200		8,2	10,9 [#]
Hillerød	5,2	1.600		5,7	8,7 [#]
Kbh Amager Vest	4,7	1.900		8,7 [#]	12,7 [#]
Kbh Vanløse	6,2	1.600		5,5	10,1 [#]
Kbh Østerbro	4,3	2.100		4,8	9,7 [#]
Vallensbæk	5,4	500		7,8	9,4 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	3,6 *	600	*	3,5	4,9
Dragør	4,7	400		6,0	8,7 [#]
Egedal	5,6	1.500		6,9	9,8 [#]
Furesø	3,4 *	900	*	4,8	7,9 [#]
Gentofte	3,3 *	1.600	*	5,3 [#]	6,4 [#]
Hørsholm	3,6 *	600	*	4,9	6,3 [#]
Kbh Indre By	4,4	1.500		7,0 [#]	9,9 [#]
Lyngby-Taarbæk	3,8 *	1.300	*	5,7	7,1 [#]
Rudersdal	4,6	1.700		5,3	8,5 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

3.3 Rygning i hjem med børn

Rygning i hjem med børn omfatter borgere under 65 år, som bor sammen med børn under 16 år, og som angiver, at der ryges indendørs flere gange om ugen i deres hjem. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010. Rygning i eget hjem beskrives i afsnit 3.7.3. Det skal bemærkes, at det ud fra spørgsmålene ikke kan vises, hvem i husstanden, som ryger eller om der ryges mange timer hver dag eller få minutter ugentligt, blot at der bliver røget indendørs i hjemmet.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?
- Bor du sammen med andre?
(Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år)

Region Hovedstaden

I 2017 bliver der røget indendørs i hjemmet blandt 4,5 % af de borgere under 65 år i Region Hovedstaden, som bor sammen med børn, svarende til 17.100 personer (Tabel 3.7).

Køn: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er størst blandt de 16-24 årige og de 55-64 årige.

Uddannelse: Forekomsten af indendørs rygning i hjemmet, blandt borgere, som bor sammen med børn, falder med stigende uddannelseslængde. Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er 13 gange større blandt borgere med en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er næsten seks gange større blandt langtidssyge borgere sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er mere end dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er tre gange så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er faldet fra 6,0 % i 2013 til 4,5 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere, som er under uddannelse.

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, er faldet fra 11,9 % i 2010 til 4,5 % i 2017. Faldet gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper, især blandt arbejdsløse borgere.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, varierer fra 0,8 % i Furesø Kommune til 11,7 % i Albertslund Kommune (Tabel 3.8). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. En stor del af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger på eller over regionsgennemsnittet, mens en del af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I en håndfuld kommuner og bydele er andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, faldet fra 2013 til 2017. Det største fald er sket i bydelen Brønshøj-Husum. Albertslund og Lyngby-Taarbæk er de eneste kommuner, hvor der fra 2013 til 2017 ses en stigning i rygning i hjem med børn.

Udvikling 2010-2017: For størstedelen af kommuner og bydele er der sket et fald i andelen af borgere, som bor sammen med børn, hvor der ryges indendørs, fra 2010 til 2017. De største fald er sket i Ishøj og Brøndby kommuner og i bydelen Nørrebro.

Tabel 3.7 Rygning i hjem med børn

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	4,5	17.100	6,0 [#]	11,9 [#]
Køn				
Mand	3,9	7.000	5,1 [#]	11,3 [#]
Kvinde	5,0	10.100	6,6 [#]	12,4 [#]
Alder				
16-24 år	6,8	2.000	9,1	20,4 [#]
25-34 år	4,3	3.600	4,7	8,5 [#]
35-44 år	4,1	7.000	5,4 [#]	10,4 [#]
45-54 år	4,2	3.900	7,3 [#]	13,8 [#]
55-64 år	6,5	700	8,7	19,1 [#]
Uddannelse				
Under uddannelse	5,1	2.200	9,3 [#]	14,9 [#]
Grundskole	13,0	4.400	15,3	27,2 [#]
Gymnasial	5,6	1.300	7,3	11,9 [#]
Erhvervsfaglig	5,6	4.400	8,5 [#]	15,2 [#]
Kort og mellemlang videreg.	2,1	1.900	3,6 [#]	6,4 [#]
Lang videregående	0,7	600	1,1	3,0 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	3,1	9.400	4,9 [#]	10,0 [#]
Arbejdsløs	8,1	600	9,8	22,9 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	17,5	3.300	17,1	25,7 [#]
Førtidspensionist	-	-	-	-
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	8,2	5.100	9,8	20,2 [#]
Samlevende	3,4	10.100	4,8 [#]	9,2 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	3,2	9.300	4,9 [#]	10,3 [#]
Andre vestlige lande	2,9	900	5,4	12,3 [#]
Ikke-vestlige lande	11,1	7.000	14,2	21,5 [#]



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af for få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Tabel 3.8 Rygning i hjem med børn – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	4,5	17.100		6,0 [#]	11,9 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	11,7 *	700	*	5,2 [#]	17,1
Bornholm	7,7 *	500	*	9,3	16,0 [#]
Brøndby	7,9 *	600	*	11,3	23,2 [#]
Halsnæs	5,7	300		7,8	15,5 [#]
Høje-Taastrup	7,0 *	800	*	8,0	15,7 [#]
Ishøj	5,7	300		11,7	21,4 [#]
Kbh Bispebjerg	11,2 *	1.000	*	11,3	15,3
Kbh Brønshøj-Husum	4,3	400		12,6 [#]	10,7 [#]
Kbh Nørrebro	3,5	500		6,4	18,3 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	5,6	800		8,0	12,3 [#]
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	6,9 *	800	*	4,7	18,0 [#]
Glostrup	4,3	200		4,0	12,8 [#]
Gribskov	4,4	300		7,6	14,0 [#]
Herlev	4,4	300		5,3	12,3 [#]
Hvidovre	4,1	500		5,2	14,2 [#]
Kbh Amager Øst	5,6	600		11,5	11,9 [#]
Kbh Valby	7,7 *	900	*	8,7	19,0 [#]
København	5,2 *	6.100	*	8,2 [#]	13,6 [#]
Rødovre	5,5	400		9,5	14,0 [#]
Tårnby	3,0	300		8,2 [#]	17,3 [#]
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	3,6	300		5,0	9,3 [#]
Frederiksberg	1,5 *	300	*	4,1 [#]	7,7 [#]
Frederikssund	5,8	600		3,1	10,5 [#]
Gladsaxe	3,3	500		6,6	10,6 [#]
Helsingør	8,5 *	1.100	*	5,7	11,5
Hillerød	2,5	300		2,0	7,8 [#]
Kbh Amager Vest	4,5	700		7,5	16,2 [#]
Kbh Vanløse	3,7	300		2,6	11,1 [#]
Kbh Østerbro	2,7	400		5,8	9,4 [#]
Vallensbæk	1,3 *	100	*	3,9	9,9 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	1,6 *	100	*	2,9	5,7 [#]
Dragør	1,7	100		1,4	6,5 [#]
Egedal	2,3	300		1,4	7,1 [#]
Furesø	0,8 *	100	*	2,2	6,0 [#]
Gentofte	1,6 *	300	*	4,4 [#]	7,5 [#]
Hørsholm	0,9 *	50	*	2,0	4,2 [#]
Kbh Indre By	5,6	600		10,1	10,1
Lyngby-Taarbæk	2,9	400		0,2 [#]	7,0 [#]
Rudersdal	3,4	500		3,9	5,6

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

3.4 Rygning i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt daglig- og storrygere og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 16 % af dagligrygere, som har et storforbrug af alkohol, mens det gælder 8 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 3.9). Forekomsten opgøres for 2017.

Dagligrygere og især storrygere har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd og et dårligere helbred sammenlignet med borgere i regionen som helhed.

Blandt både daglig- og storrygere er det især andelen med storforbrug af alkohol og usundt kostmønster, som er større end i regionen som helhed.

Blandt unge dagligrygere er det især andelen med et højt forbrug af hash eller andre stoffer, som er større end i regionen som helhed.

Tabel 3.9 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt daglig- og storrygere og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Dagligryger	Storryger	Region Hovedstaden
	%	%	%
Storforbrug af alkohol	16*	19*	8
Rusdrikkeri	23*	25*	14
Usundt kostmønster	24*	32*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	36*	41*	26
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	19*	22*	14
Svær overvægt	14	17*	13
Mindre godt eller dårligt selvvrurderet helbred	23*	28*	15
Højt stressniveau	35*	38*	26
Højt forbrug af hash eller andre stoffer**	21*	20	7
Usikker sex (Sex uden kondom med skiftende seksualpartnere)**	14*	12	8

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

** Højt forbrug af hash eller andre stoffer og usikker sex opgøres blandt unge (16-34 årige)

3.5 Brug af e-cigaretter

Alle borgere i Region Hovedstaden er blevet bedt om at angive, hvorvidt de bruger e-cigaretter – altså "damper". Dette spørgsmål er nyt i 2017. I alt 2,7 % damper dagligt eller lejlighedsvist, svarende til 38.000 borgere. 2,8 % har tidligere dampet, svarende til 40.100 borgere og 8,7 % har dampet få gange, svarende til 124.500 borgere (resultater ikke vist). Af de 38.000 borgere, som damper, er 58 % også rygere, svarende til 21.800 borgere. I resten af dette afsnit fokuseres på borgere, som damper dagligt.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Bruger du e-cigaretter?

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden damper 1,6 % af borgerne dagligt e-cigaretter, svarende til 22.700 personer (Tabel 3.10).

Køn: Andelen, som damper dagligt, er dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen, som damper dagligt, er størst blandt de 35-54 årige og mindst blandt borgere på 80 år eller derover.

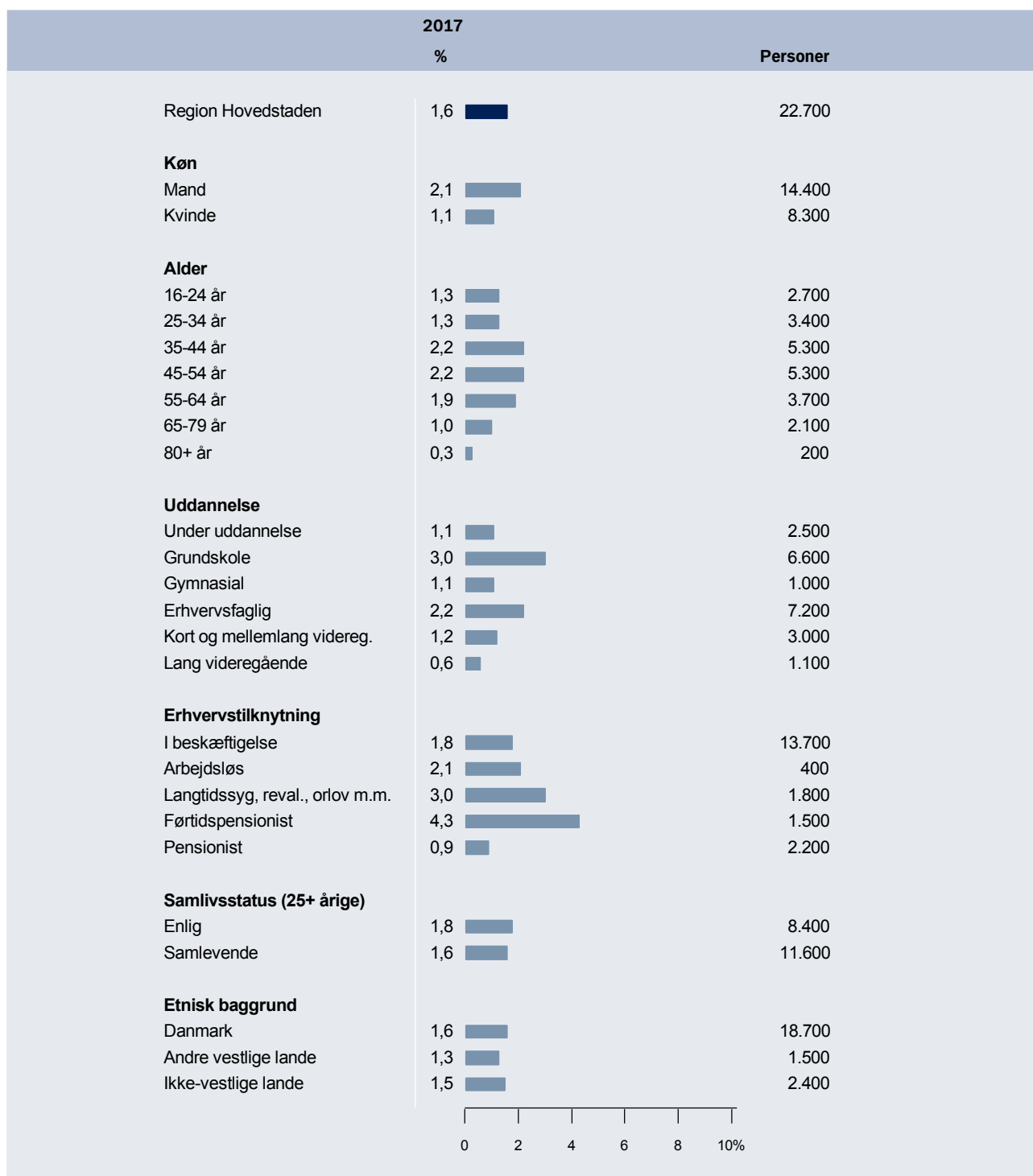
Uddannelse: Forekomsten af daglig dampning falder med stigende uddannelseslængde, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere, som damper dagligt, er tre til fem gange større blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som damper dagligt, er større blandt langtidssyge og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem enlige og samlevende i andelen, som damper dagligt.

Etnisk baggrund: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem borgere med forskellig etnisk baggrund i andelen, som damper dagligt.

Tabel 3.10 Daglig dampning

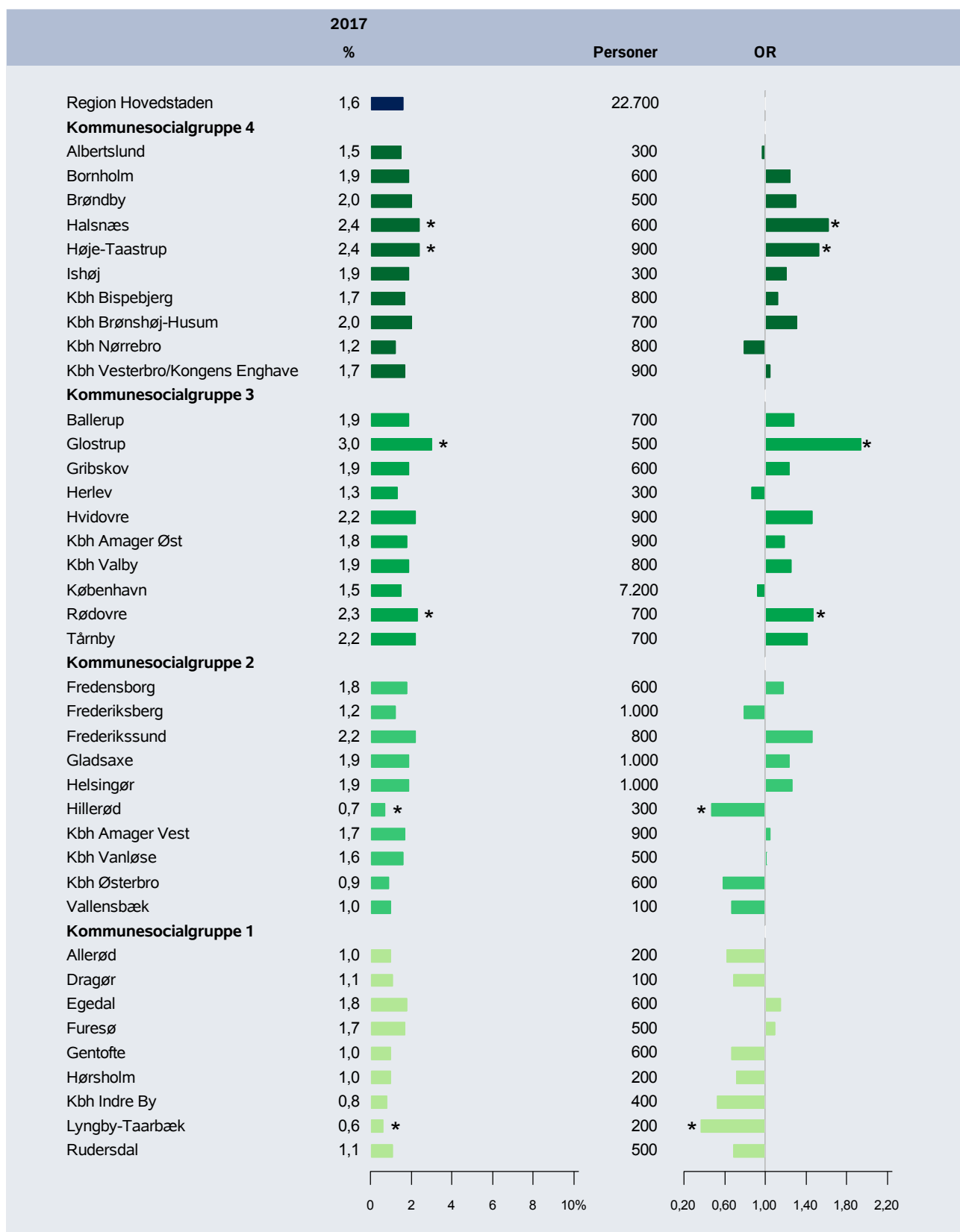


Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som damper dagligt, varierer fra 0,6 % i Lyngby-Taarbæk Kommune til 3,0 % i Glostrup Kommune (Tabel 3.11). Der ses en svag tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger over regions-

gennemsnittet, mens én kommune i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 3.11 Daglig dampning – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

3.6 Motivation for at ændre rygevaner

Dette afsnit beskriver daglig- og lejlighedsvis rygeres ønske om rygestop, ønske om hjælp til rygestop samt hvorvidt de mangler opbakning til rygestop fra deres omgangskreds. Forekomsten opgøres for 2017 og hvor det er muligt for 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Vil du gerne holde op med at ryge?
- Hvis du vil holde op med at ryge, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?
- Har du opbakning til rygestop fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

3.6.1 Selvvurderede rygevaner, ønske om rygestop og mangler opbakning fra omgangskredsen

I Region Hovedstaden ønsker cirka tre ud af fire rygere, at stoppe med at ryge, uanset hvor meget de ryger (Tabel 3.12). Blandt storrygere, som ønsker at stoppe med at ryge, ønsker 48 % hjælp til rygestop, svarende til 38.700 personer, mens 26 % ønsker hjælp til rygestop blandt smårygere, svarende til 40.000 personer. Blandt rygere, som ønsker rygestop, og hjælp til rygestop, mangler cirka 17 % opbakning til rygestop fra deres omgangskreds. Det er især borgere, som mangler

opbakning til rygestop, som har særlig brug for støtte fra læge, kommune, hospital, arbejdsplads, uddannelsesinstitution eller lignende. Blandt dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, er andelen som mangler opbakning fra omgangskredsen størst blandt borgere med grundskoleuddannelse, langtidssyge og førtidspensionister samt borgere med ikke-vestlig baggrund (op til 30 %) (se tabel på centrets hjemmeside). I flere af disse grupper ses desuden den største andel dagligrygere (Tabel 3.2).

Tabel 3.12 Rygevaner, ønske om rygestop, ønske om hjælp til rygestop og mangler opbakning fra omgangskredsen blandt rygere

Rygevaner i 2017			Ønsker rygestop		Ønsker hjælp til rygestop*		Mangler opbakning fra omgangskreds til rygestop**	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Dagligrygere	16	234.400	76	175.800	40	70.300	17	11.800
Storrygere	7,4	107.100	76	81.000	48	38.700	17	6.700
Smårygere	16	230.300	68	155.800	26	40.000	16	6.400

* Blandt borgere, som ønsker rygestop

** Blandt borgere, som ønsker rygestop og ønsker hjælp til dette

3.6.2 Motivation for at ændre rygevaner

Region Hovedstaden

Blandt dagligrygere i Region Hovedstaden ønsker 76 % at stoppe med at ryge, svarende til 175.800 personer og 40 % af disse ønsker hjælp til rygestop, svarende til 70.300 personer (Tabel 3.13).

Køn: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop. En lidt større andel mænd ønsker hjælp til rygestop sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, falder med stigende alder og er mindst blandt borgere på 80 år eller derover. Omvendt ses det, at andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, er mindst blandt de 16-24 årige.

Uddannelse: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, er mindst blandt dagligrygere med en erhvervsfaglig uddannelse og størst blandt dagligrygere under uddannelse, mens andelen, som ønsker hjælp til rygestop er mindst blandt dagligrygere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, er størst blandt dagligrygere i beskæftigelse, mens andelen, som ønsker hjælp til rygestop, er størst blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop og som ønsker hjælp til rygestop, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel i andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, blandt borgere med forskellig etnisk baggrund. Andelen, som ønsker hjælp til rygestop, er størst blandt dagligrygere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, er steget fra 73 % i 2013 til 76 % i 2017 i regionen som helhed. Stigningen gør sig gældende i enkelte sociodemografiske grupper, især blandt dagligrygere med grundskoleuddannelse eller gymnasial uddannelse. I samme periode er andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, faldet fra 44 % i 2013 til 40 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper, især blandt de 45-54 årige.

Udvikling 2010-2017: Andelen af dagligrygere, som ønsker at holde op med at ryge, er den samme i 2010 og 2017 i regionen som helhed. Dog ses et fald i andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop blandt de 16-24 årige og dagligrygere under uddannelse, mens der ses en stigning i andelen, der ønsker rygestop blandt dagligrygere med grundskoleuddannelse. Andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, er faldet fra 49 % i 2010 til 40 % 2017. Faldet gør sig gældende i mange af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt langtidssyge borgere.

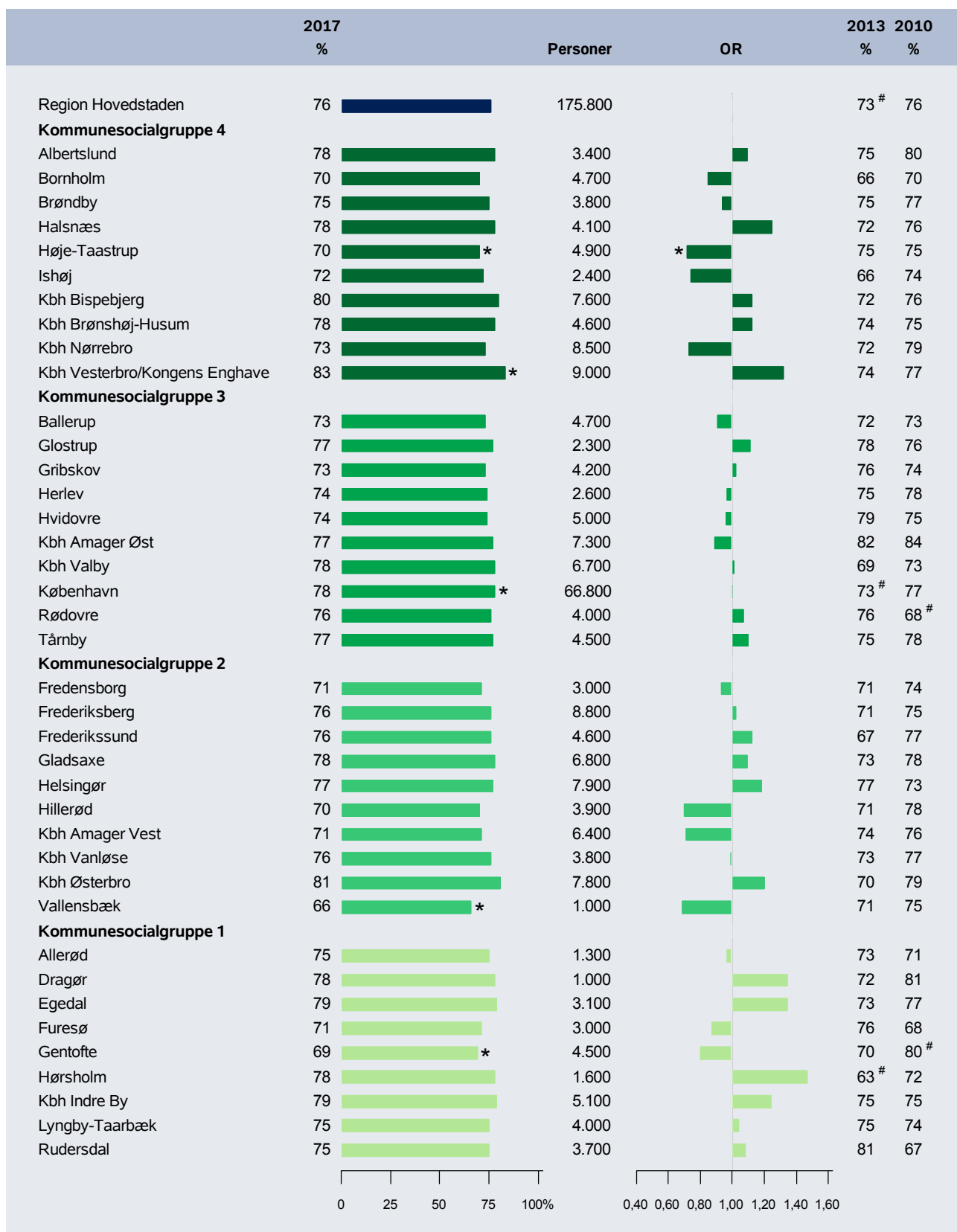
Kommuner og bydele

Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, varierer fra 66 % i Vallensbæk Kommune til 83 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (Tabel 3.14), mens andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop, varierer fra 33 % i Gentofte Kommune til 52 % i Glostrup Kommune (Tabel 3.15). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupper i forhold til ønske om rygestop eller ønske om hjælp til rygestop, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, er ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017 i stort set alle kommuner og bydele (Tabel 3.14). Dog ses en statistisk signifikant stigning i København og Hørsholm kommuner. For andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop ses få, men store ændringer, fra 2013 til 2017 (Tabel 3.15). Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser og dermed er behæftet med stor usikkerhed. Det største fald ses i bydelen Nørrebro, mens de største stigninger ses i Glostrup og Allerød kommuner.

Udvikling 2010-2017: Andelen af dagligrygere, som ønsker rygestop, er uændret fra 2010 til 2017 i stort set alle kommuner og bydele (Tabel 3.14). Dog ses et fald i Gentofte Kommune og en stigning i Rødovre Kommune. Fra 2010 til 2017 ses få, men store fald, i andelen af dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop (Tabel 3.15). Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele og dermed er behæftet med stor usikkerhed.

Tabel 3.14 Dagligrygere, som ønsker rygestop – kommuner



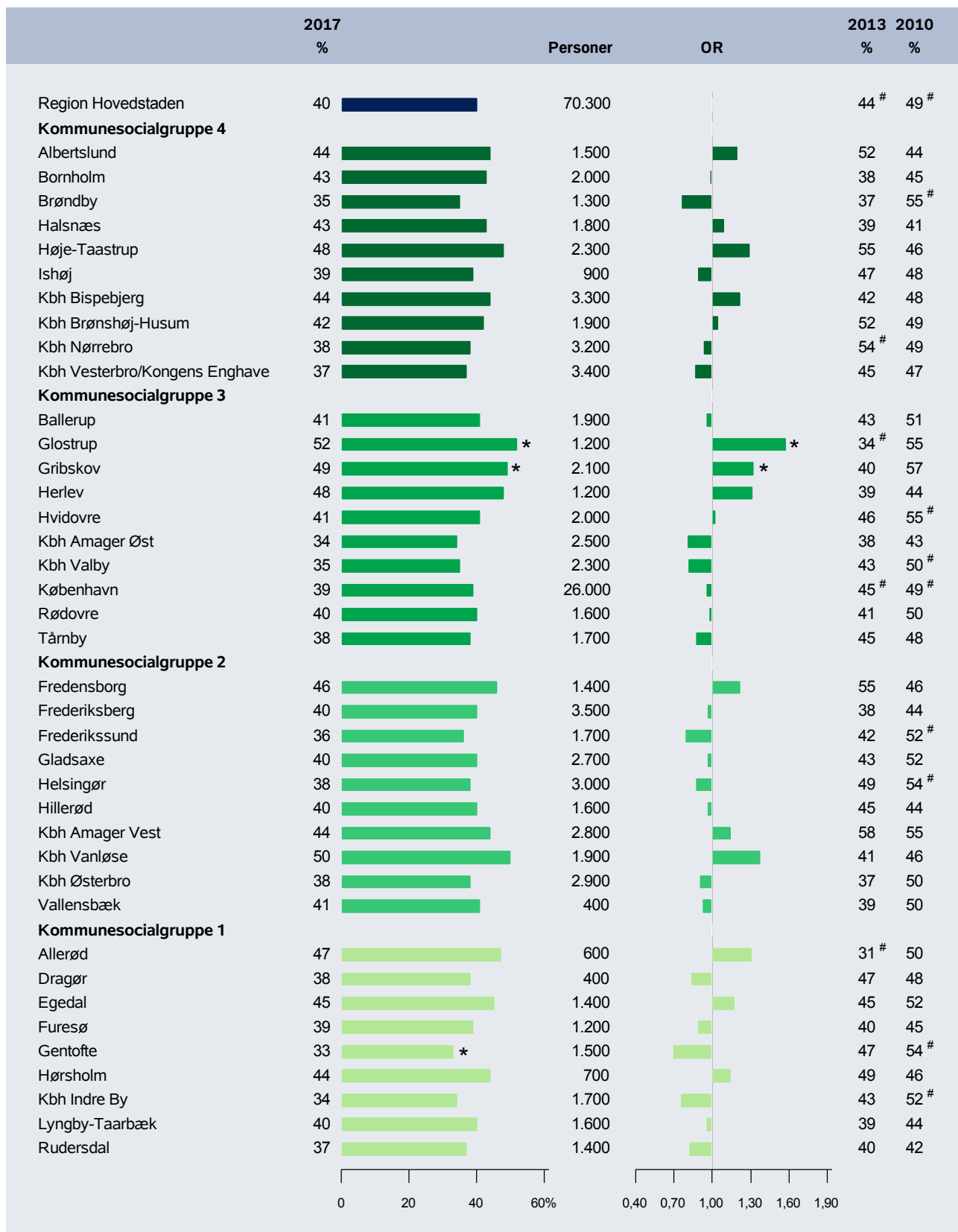
*Statistik signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistik signifikant forskellig fra 2017

Tabel 3.15 Dagligrygere, som ønsker hjælp til rygestop – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

3.7 Forebyggelse af rygning og brug af e-cigaretter

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler dels den individrettede forebyggelse i form af råd

fra egen læge samt information og tilbud om hjælp til rygestop inden for det seneste år og dels den strukturelle forebyggelse i form af rygning i eget hjem samt regler for rygning og brug af e-cigaretter på arbejdspladsen og uddannelsesstedet.

3.7.1 Råd om rygestop fra egen læge

Råd om rygestop fra egen læge opgøres blandt rygere (daglig- og lejlighedsvis rygere), som har været ved egen læge inden for det seneste år, og af egen læge er blevet rådet til at holde op med at ryge. Dette afsnit bygger på et spørgsmål, som ikke tidligere er præsenteret i Sundhedsprofilen, men som er stillet siden 2010 og forekomsten opgøres derfor for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til, at holde op med at ryge?

Region Hovedstaden

I 2017 er 27 % af rygere i Region Hovedstaden, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet af deres læge til at holde op med at ryge, svarende til 66.700 personer (Tabel 3.16).

Køn: En større andel mænd er blevet rådet til rygestop af egen læge sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, stiger med alderen frem til 79 års alderen, hvorefter den falder igen. Hvor fire ud af ti blandt de 55-79 årige rygere er blevet rådet til rygestop af egen læge, er færre end to ud af ti blandt de 16-34 årige blevet rådet til rygestop.

Uddannelse: En større andel rygere med grundskole-, gymnasial eller erhvervsfaglig uddannelse er blevet rådet til rygestop af egen læge sammenlignet med rygere med videregående uddannelser.

Erhvervstilknytning: En større andel rygere blandt langtids-syge borgere, førtidspensionister og pensionister er blevet rådet til rygestop af egen læge end blandt borgere i beskæftigelse og arbejdsløse borgere.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, mellem enlige og samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, mellem borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, er ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017 i regionen som helhed. Dog ses et fald blandt de 55-64 årige.

Udvikling 2010-2017: Andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, er faldet fra 31 % i 2010 til 27 % i 2017. Faldet gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt arbejdsløse borgere.

Kommuner og bydele

Andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge, varierer fra 17 % i bydelen Nørrebro til 40 % i Halsnæs og Fredensborg kommuner (Tabel 3.17). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I de fleste kommuner og bydele ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge fra 2013 til 2017. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser og dermed er behæftet med usikkerhed. Dog ses enkelte store ændringer. Det største fald ses i Hvidovre Kommune, mens de største stigninger ses i Fredensborg og Egedal kommuner.

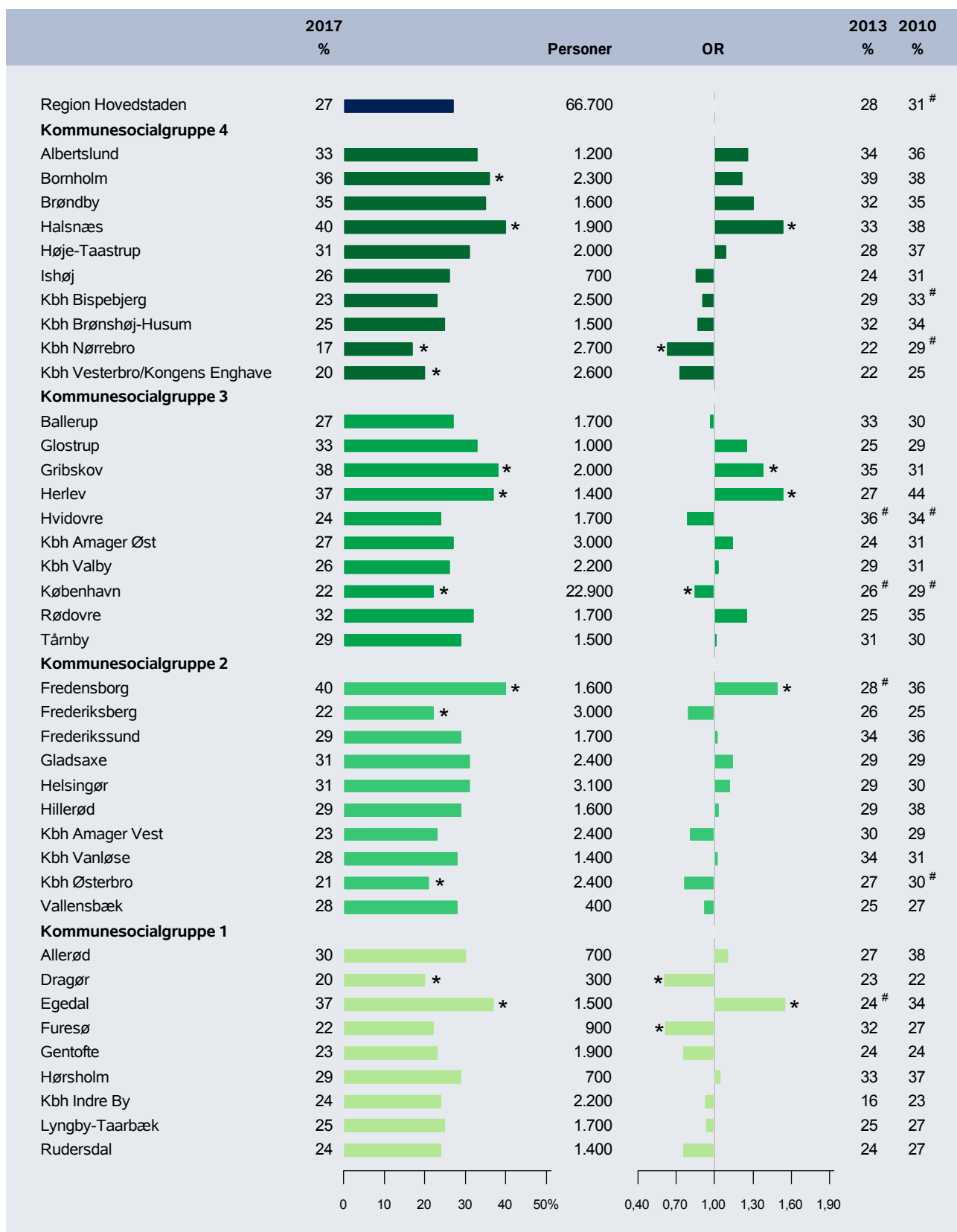
Udvikling 2010-2017: I enkelte kommuner ses store fald i andelen af rygere, som er blevet rådet til rygestop af egen læge fra 2010-2017. Det største fald ses i bydelen Nørrebro. I de fleste kommuner og bydele ses dog ingen statistisk signifikante ændringer. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på meget få besvarelser og dermed er behæftet med stor usikkerhed.

Tabel 3.16 Rygere, som er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	27	66.700	28	31 [#]
Køn				
Mand	29	36.400	31	33 [#]
Kvinde	24	30.300	25	28 [#]
Alder				
16-24 år	15	7.500	12	21 [#]
25-34 år	18	8.700	14	20
35-44 år	24	9.600	24	29 [#]
45-54 år	32	13.000	35	36
55-64 år	40	14.700	45 [#]	43
65-79 år	41	12.000	41	41
80+ år	26	1.200	31	26
Uddannelse				
Under uddannelse	13	6.200	13	18 [#]
Grundskole	35	20.000	35	39 [#]
Gymnasial	28	5.400	26	23
Erhvervsfaglig	34	19.400	36	36
Kort og mellemlang videreg.	25	8.800	27	27
Lang videregående	15	2.700	18	19
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	27	32.700	26	29 [#]
Arbejdsløs	26	1.400	33	41 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	35	6.900	38	42
Førtidspensionist	39	4.300	41	45
Pensionist	38	12.000	40	38
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	30	31.500	32	34 [#]
Samlevende	28	27.600	30	32 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	27	54.700	27	31 [#]
Andre vestlige lande	25	4.300	28	32
Ikke-vestlige lande	28	7.700	33	32

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Table 3.17 Rygere, som er blevet rådet til at holde op med at ryge af egen læge – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

3.7.2 Information og tilbud om hjælp til rygestop

Rygere i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, hvorvidt de inden for de seneste 12 måneder har fået information om, at man kan få hjælp til rygestop fra forskellige kilder i samfundet samt om de har taget imod hjælp fra nogle af disse. Den samme borger kan således have fået information eller taget imod tilbud fra flere kilder og dermed indgå flere steder i tabellen nedenfor. Forekomsten opgøres for 2017 og 2013, men ikke for 2010, da svarkategorierne i dette år var anderledes.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til rygestop? ^a
- Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til rygestop? ^a

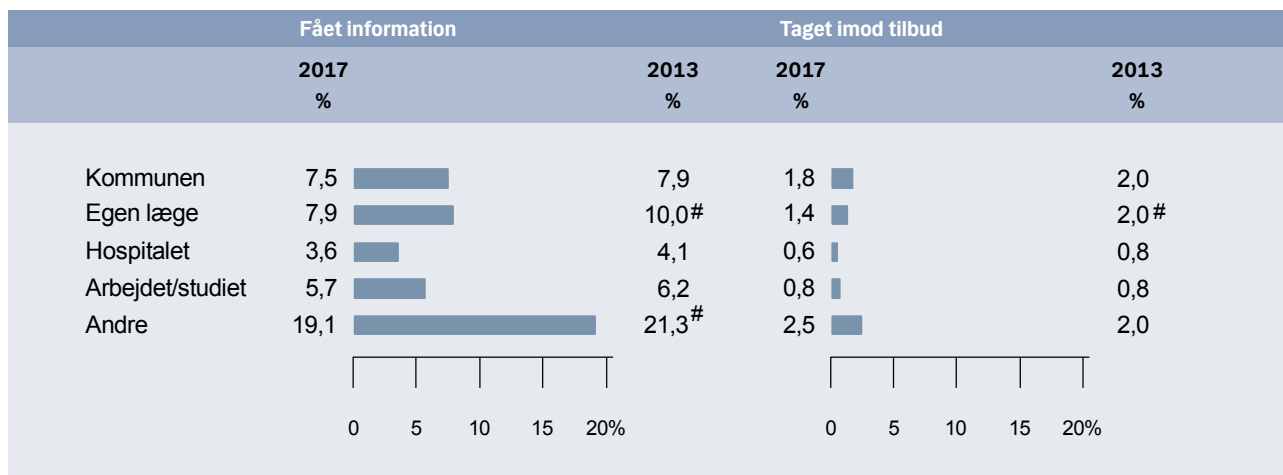
^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om rygning fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har i alt 38,3 % af rygere (daglig- og lejlighedsvis rygere) fået information om hjælp til rygestop fra én eller flere kilder, svarende til 126.500 personer, mens i alt 6,6 % af rygere har taget imod tilbud om hjælp til rygestop, svarende til 22.000 personer (resultater ikke vist). Flest borgere får information eller tager imod tilbud om hjælp fra "andre kilder" end dem, som der er spurgt specifikt ind til (Tabel 3.18). Herefter er de hyppigste kilder til information om hjælp til og tilbud om rygestop kommunen og egen læge.

Udvikling 2013-2017: Andelen af rygere, som har fået information om rygestop fra egen læge eller fra andre kilder er faldet fra 2013 til 2017. Der er ligeledes sket et fald i andelen af rygere, som har taget imod et tilbud om rygestop fra egen læge.

Tabel 3.18 Rygere, som inden for det seneste år, har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til rygestop



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

"Egen læge" er i denne rapport opgjort anderledes end i Sundhedsprofilen 2013 og tallene i rapporterne fra forskellige år kan dermed ikke direkte sammenlignes

3.7.3 Rygning i eget hjem

Alle borgere i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, hvor ofte der ryges indendørs i deres eget hjem. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010. Borgere, som dagligt udsættes for passiv rygning samt indendørs rygning blandt borgere, som bor sammen med børn, beskrives i afsnit 3.1.2 og 3.1.3.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Bliver der røget indendørs i dit hjem?

I alt 86 % af borgerne angiver, at der aldrig eller næsten aldrig ryges indendørs i deres hjem (Tabel 3.19). Andelen af borgere, som angiver, at der aldrig eller næsten aldrig ryges indendørs i deres hjem er steget fra 73 % i 2010 og 81 % 2013 til 86 % i 2017. Dette er foreneligt med, at der også ses et fald i andelen af borgere, som angiver, at der dagligt ryges indendørs i deres hjem. I 2017 angiver 8 % af borgerne, at der dagligt ryges indendørs i deres hjem.

Tabel 3.19 Rygning i eget hjem

	2017 %	2013 %	2010 %
Ja, hver dag	8	12	17
Ja, nogle gange om ugen	3	3	3
Ja, men sjældnere end hver uge	3	5	7
Nej, aldrig eller næsten aldrig	86	81	73

Fordelingen er statistisk signifikant forskellig mellem 2017 og de foregående år

3.7.4 Regler for rygning og brug af e-cigaretter på arbejdspladser og uddannelsessteder

Alle borgere i Region Hovedstaden, som er under 65 år og er i arbejde eller under uddannelse, er blevet bedt om at angive, hvor det er tilladt at ryge eller bruge e-cigaretter på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. Da der i 2017 er flere svarkategorier end i det tilsvarende spørgsmål i 2013, er det ikke muligt at sammenligne forekomsten over tid.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

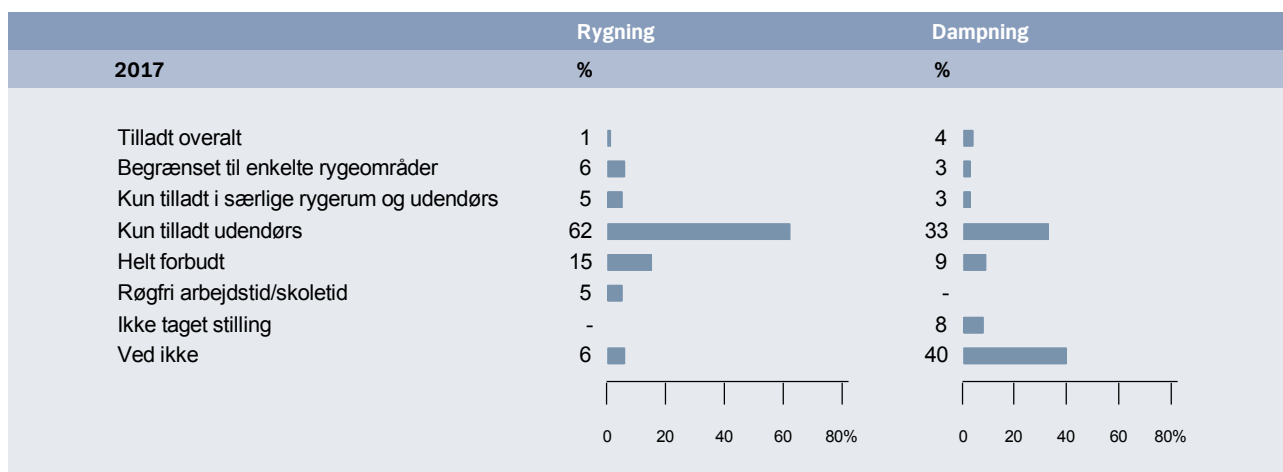
- Hvor er det tilladt at ryge på din arbejdsplads/uddannelse? ^a
- Hvor er det tilladt at bruge e-cigaretter på din arbejdsplads/uddannelse? ^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om regler for rygning og dampning af e-cigaretter på arbejdsplads/uddannelse fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

I Region Hovedstaden angiver 5 % af borgere i arbejde eller under uddannelse, at de har røgfri arbejdstid/skoletid (rygning også forbudt uden for matriklen) og 15 % angiver, at rygning er helt forbudt (dvs. helt forbudt på matriklen) (Tabel 3.20). Til sammenligning angiver 9 %, at dampning af e-cigaretter er helt forbudt på deres arbejde/uddannelsessted. Kun 1 % angiver, at rygning er tilladt overalt, mens 4 % angiver, at det er tilladt at dampe overalt.

En stor del af borgere i arbejde eller under uddannelse angiver, at rygning og dampning af e-cigaretter kun er tilladt udendørs på deres arbejde eller uddannelsessted. I alt 62 % angiver, at rygning kun er tilladt udendørs, mens 33 % angiver, at dampning kun er tilladt udendørs. Blandt borgere i arbejde eller under uddannelse ved 6 % ikke, hvad reglerne for rygning er på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, mens det for dampning af e-cigaretter gælder hele 40 %.

Tabel 3.20 Regler for rygning og dampning på arbejdspladser og uddannelsessteder blandt borgere i Region Hovedstaden



Tabellen er begrænset til borgere under 65 år i beskæftigelse eller under uddannelse
- Svarkategorien findes ikke for den givne indikator

Region Hovedstaden

I alt 20 % af borgerne, som er i arbejde eller under uddannelse i Region Hovedstaden angiver, at rygning er helt forbudt på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet og/eller at der er røgfri arbejdstid/skoletid (herefter: helt forbudt) (Tabel 3.21). I alt 13 % angiver at rygning er helt eller delvist tilladt indendørs (dvs. tilladt overalt, begrænset til enkelte rygeområde eller kun tilladt i særlige rygerum). Tilsvarende angiver 9 % af borgerne, at dampning af e-cigaretter er forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, mens 10 % angiver, at det er helt eller delvist tilladt indendørs.

Køn: En større andel kvinder end mænd angiver, at rygning eller dampning af e-cigaretter er forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, mens en større andel mænd end kvinder angiver, at rygning er tilladt indendørs på deres arbejdsplads eller uddannelsessted.

Alder: Andelen af borgere, som angiver, at rygning eller dampning af e-cigaretter er forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, stiger med stigende alder, mens der ikke ses en klar alderstendens blandt borgere, som angiver at rygning eller dampning tillades indendørs på deres arbejdsplads eller uddannelsessted.

Uddannelse: Andelen af borgere, som angiver, at rygning eller dampning af e-cigaretter er helt forbudt på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere med kort eller mellemlang videregående uddannelse og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse for rygning og borgere under uddannelse når det gælder dampning. Andelen af borgere, som angiver at rygning eller dampning tillades indendørs på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Ansættelsessted: Andelen af borgere, som angiver, at rygning eller dampning af e-cigaretter er helt forbudt på deres arbejdsplads, er størst blandt borgere ansat i en region og mindst blandt borgerne ansat i privat virksomhed eller i staten. Andelen af borgere, som angiver, at rygning er helt eller delvist tilladt indendørs på deres arbejdsplads, er mindst blandt borgere ansat i en kommune sammenlignet med de øvrige ansættelsessteder, mens den for dampning er mindst blandt borgere ansat i en region.

Tabel 3.21 Borgere på arbejdspladser/uddannelsessteder hvor rygning/brug af e-cigaretter er helt forbudt eller tilladt indendørs

2017	Rygning		Dampning	
	Helt forbudt/Røgfri arbejdstid/skoletid %	Helt/delvist tilladt indendørs %	Helt forbudt %	Helt/delvist tilladt indendørs %
Region Hovedstaden	20	13	9	10
Køn				
Mand	16	15	8	13
Kvinde	24	10	10	7
Alder				
16-24 år	15	15	7	11
25-34 år	17	13	7	10
35-44 år	21	11	9	10
45-54 år	22	12	11	10
55-64 år	26	12	12	10
Uddannelse				
Under uddannelse	17	13	7	9
Grundskole	15	20	9	17
Gymnasial	18	12	9	11
Erhvervsfaglig	18	15	10	14
Kort og mellemlang videreg.	28	9	13	7
Lang videregående	21	6	8	5
Ansættelsessted				
Egen virksomhed	31	13	17	14
Privat virksomhed	12	13	6	11
Kommune	35	9	15	6
Region	60	12	23	5
Staten	12	12	5	8

Tabellen er begrænset til borgere under 65 år i beskæftigelse eller under uddannelse

3.8 Litteratur

- (1) Institute for Health Metrics and Evaluation. Country Profiles - Denmark [citeret 2017 15-11]. <http://www.healthdata.org/denmark>.
- (2) Regeringen. Patienternes kræftplan - Kræftplan IV. København: Sundheds- og Ældreministeriet; 2016.
- (3) Kræftens Bekæmpelse. Undgå røg og rygning [citeret 2017 15-11]. <https://www.cancer.dk/forebyg/undga-roeg-og-rygning/>.
- (4) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (5) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (6) Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (7) U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking: 50 Years of Progress. A report of the Surgeon General. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014.
- (8) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Tobak. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (9) World Health Organization. Fact sheet about health benefits of smoking cessation [citeret 2017 15-11]. <http://www.who.int/tobacco/quitting/benefits/en/>.
- (10) Sundhedsstyrelsen. Tobak [citeret 2017 15-11]. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/tobak>.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (12) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (13) Sundhed.dk. Lægehåndbogen [citeret 2017 15-11]. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/>.
- (14) ASH Scotland. Tobacco Endgames [citeret 2017 18-12]. <https://www.ashscotland.org.uk/what-we-do/supply-information-about-tobacco-and-health/key-topics/tobacco-endgames/>.
- (15) van der Deen FS, Wilson N, Cleghorn CL, Kvizhinadze G, Cobiac LJ, Nghiem N, et al. Impact of five tobacco endgame strategies on future smoking prevalence, population health and health system costs: two modelling studies to inform the tobacco endgame. *Tob Control*. 2017.
- (16) Lykke M, Helbeck B, Glumer C. Temporal changes in the attitude towards smoking bans in public arenas among adults in the Capital Region of Denmark from 2007 to 2010. *Scand J Public Health*. 2014;42(5):401-8.
- (17) Trygfonden og Mandag Morgen. Mellem broccoli og bajere - forebyggelse ifølge danskerne. København: Trygfonden og Mandag Morgen; 2017.
- (18) Lykke M, Pisinger C, Glumer C. Ready for a goodbye to tobacco? - Assessment of support for endgame strategies on smoking among adults in a Danish regional health survey. *Prev Med*. 2016;83:5-10.
- (19) Kalkhoran S, Glantz SA. E-cigarettes and smoking cessation in real-world and clinical settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Respir Med*. 2016;4(2):116-28.
- (20) Pisinger C. A systematic review of health effects of electronic cigarettes. Copenhagen: World Health Organization; 2015.
- (21) Rasmussen M, Pedersen TP, Due P. Skolebørnsundersøgelsen 2014. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (22) Soneji S, Barrington-Trimis JL, Wills TA, Leventhal AM, Unger JB, Gibson LA, et al. Association Between Initial Use of e-Cigarettes and Subsequent Cigarette Smoking Among Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr*. 2017;171(8):788-97.



Kapitel 4

Alkohol



4 Alkohol

- I 2017 er der er en mindre andel af borgerne i regionen, som har uhensigtsmæssige alkoholvaner end tidligere
 - 8 % af borgerne har et storforbrug af alkohol. Der ses et markant fald siden 2010
 - 12 % af borgere med risikabel alkoholadfærd bor sammen med børn. Andelen er uændret siden 2013
 - 36 % af borgere med risikabel alkoholadfærd ønsker at nedsætte deres forbrug. Det ses, at flere ønsker at nedsætte deres forbrug end tidligere. I 2017 ønsker hver femte hjælp til adfærdændringen
 - 10 % af borgere med risikabel alkoholadfærd er af egen læge blevet rådet til, at nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen er ikke forskellig fra 2013, men er steget lidt siden 2010
 - 18 % af borgerne har adgang til alkohol på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet
 - Der er sociale og geografiske forskelle i alkoholvaner. Forekomsterne for storforbrug og alkoholafhængighed er højest blandt borgere med kortere uddannelse. Omvendt er forekomsten af moderat alkoholforbrug højest blandt borgere med længere uddannelser. De højeste forekomster af moderat alkoholforbrug og storforbrug af alkohol findes blandt andet i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune
-

Danskernes alkoholforbrug har siden 1970'erne været blandt de højeste i Europa (1, 2). De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at godt 10 % af den voksne befolkning har et moderat forbrug af alkohol, dvs. overskrider lavrisikogrænsen på 7/14 genstande ugentligt for henholdsvis kvinder og mænd. Og desuden, at 6,7 % af den voksne befolkning har et storforbrug af alkohol, dvs. overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse på 14/21 genstande ugentligt for henholdsvis kvinder og mænd (3). Andelen af borgere, som overskrider Sundhedsstyrelsens lavrisiko- og højriskogrænser for alkoholindtagelse, er faldet i perioden fra 2010 til 2017 (3, 4).

Et højt alkoholforbrug er én af de enkeltfaktorer, som har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark (5). Et højt alkoholforbrug er forbundet med øget sygelighed og dødelighed samt dårlig trivsel og forringet livskvalitet (6). En lang række akutte og kroniske tilstande og sygdomme kan helt eller delvist tilskrives et højt alkoholforbrug, herunder alkoholafhængighed, hjertekarsygdomme, lungesygdomme, leversygdomme, forhøjet blodtryk, angst og depression, en række kræftsygdomme samt fosterpåvirkning (6-8). Med et højt alkoholforbrug følger desuden andre negative sociale konsekvenser i form af ødelagte parforhold, omsorgssvigt af børn, vold og kriminalitet samt ulykker (9).

Hvert år dør cirka 2.900 danskere som følge af et storforbrug af alkohol eller en alkoholrelateret diagnose, hvilket svarer til omkring 5 % af alle dødsfald (4, 5, 10). De samme faktorer er relateret til henholdsvis 32.000 og 10.000 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (5).

Af samfundsmæssige konsekvenser medfører alkohol nedsat arbejdsmæssig produktivitet i form af øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundhedsydelse og medicin. Borgere med et storforbrug af alkohol har

hvert år mere end 350.000 ekstra sygedage, 110.000 ekstra kontakter til lægen og 29.000 ekstra hospitalsindlæggelser sammenlignet med borgere, som ikke har et storforbrug af alkohol (5). Behandling og pleje af borgere, som overskrider Sundhedsstyrelsens højriskogrænse, koster årligt 360 mio. kr. mere end borgere, som ikke overskrider højriskogrænsen, mens omkostninger til tabt produktion beløber sig til 7,7 mia. kr. mere pr. år (5).

Alkoholculturen i de sociale netværk har stor betydning for borgernes alkoholvaner, især blandt unge (11). Danske unge har rekord i alkoholindtag og tidlig alkoholdebut sammenlignet med unge i andre europæiske lande, mens andelen af unge, som har været fulde de seneste 30 dage er faldet de seneste år (12). Det samlede alkoholsalg og forbrug i Danmark er ligeledes faldet i perioden 2007 til 2015 til et årligt gennemsnitligt forbrug på 9,4 liter ren alkohol pr. indbygger over 15 år (10).

En ny rapport fra WHO viser, at Danmark halter bagud i forhold til begrænsning af tilgængeligheden af alkohol via politiske tiltag (2). I den forbindelse har blandt andre Vidensråd for Forebyggelse anbefalet politikerne at hæve og håndhæve aldersgrænsen for køb af alkohol til 18 år samt at se på alkoholbevillingerne i kommunerne (13). Kommunerne har det primære ansvar for både forebyggelse og behandling på alkoholområdet. Til støtte for den kommunale forebyggende indsats har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke på alkoholområdet (14). Forebyggelsespakken er en af de højest prioriterede i kommunerne og langt størstedelen af kommunerne angiver, at de har forskellige alkoholbehandlingstilbud til forskellige målgrupper (15). Herudover er der siden 2013 sket en stigning i andelen af kommuner, som har taget initiativ til at sikre en ensartet alkoholpolitik på alle ungdomsinstitutioner (15).

Sundhedsstyrelsens 7 udmeldinger om alkohol (2010)

- 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 højst 7 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 genstande 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

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives borgernes alkoholvaner i form af moderat og storforbrug af alkohol, tegn på alkoholafhængighed, rusdrikkeri og risikabel alkoholadfærd blandt borgere, som bor sammen med børn. Herefter beskrives forbrug af alkohol i kombination med andre risikofaktorer. Endeligt beskrives borgernes motivation for at ændre alkoholvaner samt forebyggelse af risikabelt alkoholforbrug. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

4.1 Moderat og storforbrug af alkohol

I 2017 har 87 % af regionens borgere drukket alkohol det seneste år, svarende til 1.262.200 personer, 30 % har drukket alkohol i hverdagen, svarende til 421.400 personer, mens 74 % af borgerne har drukket alkohol i weekenden, svarende til 1.041.100 personer (resultater ikke vist).

I dette afsnit anvendes Sundhedsstyrelsens definition af moderat alkoholforbrug og storforbrug af alkohol. Sundhedsstyrelsen definerer moderat alkoholforbrug som et forbrug på 8-14 genstande om ugen for kvinder og 15-21 genstande om ugen for mænd. Storforbrug defineres som et forbrug på flere end 14 genstande om ugen for kvinder og flere end 21 genstande om ugen for mænd. Forekomsterne opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?

Region Hovedstaden

I 2017 har 13 % af borgerne i Region Hovedstaden et moderat forbrug af alkohol, svarende til 179.800 personer, mens 8 % af borgerne har et storforbrug af alkohol, svarende til 118.000 personer (Tabel 4.1).

Køn: En større andel kvinder har et moderat alkoholforbrug sammenlignet med mænd, mens der omvendt er en større andel mænd, som har et storforbrug af alkohol sammenlignet med kvinder.

Alder: For forekomsten af både moderat og storforbrug af alkohol er andelen størst blandt de 16-24 årige og de 65-79 årige og mindst blandt de 35-44 årige.

Uddannelse: Der ses en tendens til en social gradient for borgere med et moderat alkoholforbrug, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse. Jo længere uddannelse, des højere forekomst af moderat alkoholforbrug. Den største andel ses dog blandt borgere under uddannelse og borgere med gymnasial uddannelse, som især omfatter unge mennesker. Det er også blandt disse borgere, at andelen af storforbrugere af alkohol er størst. For forekomsten af storforbrug af alkohol er andelen mindst blandt borgere med videregående uddannelser.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med et moderat alkoholforbrug er mere end dobbelt så stor blandt pensionister sammenlignet med førtidspensionister og langtidssyge borgere. Andelen af borgere med et storforbrug af alkohol er størst blandt pensionister og blandt arbejdsløse borgere.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med et moderat eller storforbrug af alkohol er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med et moderat eller storforbrug af alkohol er tre til fem gange større blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er forekomsten af moderat forbrug af alkohol faldet fra 14 % i 2013 til 13 % i 2017, og forekomsten af storforbrug af alkohol er faldet fra 10 % i 2013 til 8 % i 2017. Faldene gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. For moderat forbrug af alkohol er faldet størst blandt de 16-24 årige og blandt borgere under uddannelse. For storforbrug af alkohol ses det største fald blandt langtidssyge borgere.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er forekomsten af moderat forbrug af alkohol faldet fra 16 % i 2010 til 13 % i 2017, mens forekomsten af storforbrug af alkohol er faldet fra 13 % i 2010 til 8 % i 2017. Faldene gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. For moderat forbrug af alkohol er faldet størst blandt de 55-64 årige og blandt borgere under uddannelse. For storforbrug af alkohol ses det største fald blandt de 16-24 årige og borgere under uddannelse.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med et moderat alkoholforbrug varierer fra 7 % i Ishøj Kommune til 19 % i bydelene Nørrebro og Indre By (Tabel 4.2). De fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger under regionsgennemsnittet, med undtagelse af bydelene Nørrebro og Vesterbro, som ligger over regionsgennemsnittet, mens en del kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger over regionsgennemsnittet. Der ses således en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, også når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere med et storforbrug af alkohol varierer fra 5 % i Ishøj Kommune og bydelen Brønshøj-Husum til 12 % i bydelene Nørrebro og Indre By (Tabel 4.3). Der ses ingen social

gradient i storforbrug af alkohol på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke ved justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. For både moderat og storforbrug af alkohol har justering for etnisk baggrund heller ingen betydning for den sociale gradient (resultater ikke vist).

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner og bydele er forekomsten af moderat forbrug af alkohol og storforbrug af alkohol faldet fra 2013 til 2017. For moderat alkoholforbrug ses det største fald i Rødovre Kommune (Tabel 4.2), mens det for storforbrug af alkohol ses i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 4.3). I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af moderat alkoholforbrug og storforbrug af alkohol ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017.

Udvikling 2010-2017: I de fleste kommuner og bydele er forekomsten af moderat forbrug af alkohol og især storforbrug af alkohol faldet fra 2010 til 2017. Faldet gør sig gældende i langt de fleste kommuner og bydele. For moderat forbrug af alkohol ses det største fald i bydelen Amager Øst (Tabel 4.2) og for storforbrug af alkohol ses det største fald i bydelen Indre By (Tabel 4.3).

Storforbrug er mest udbredt blandt

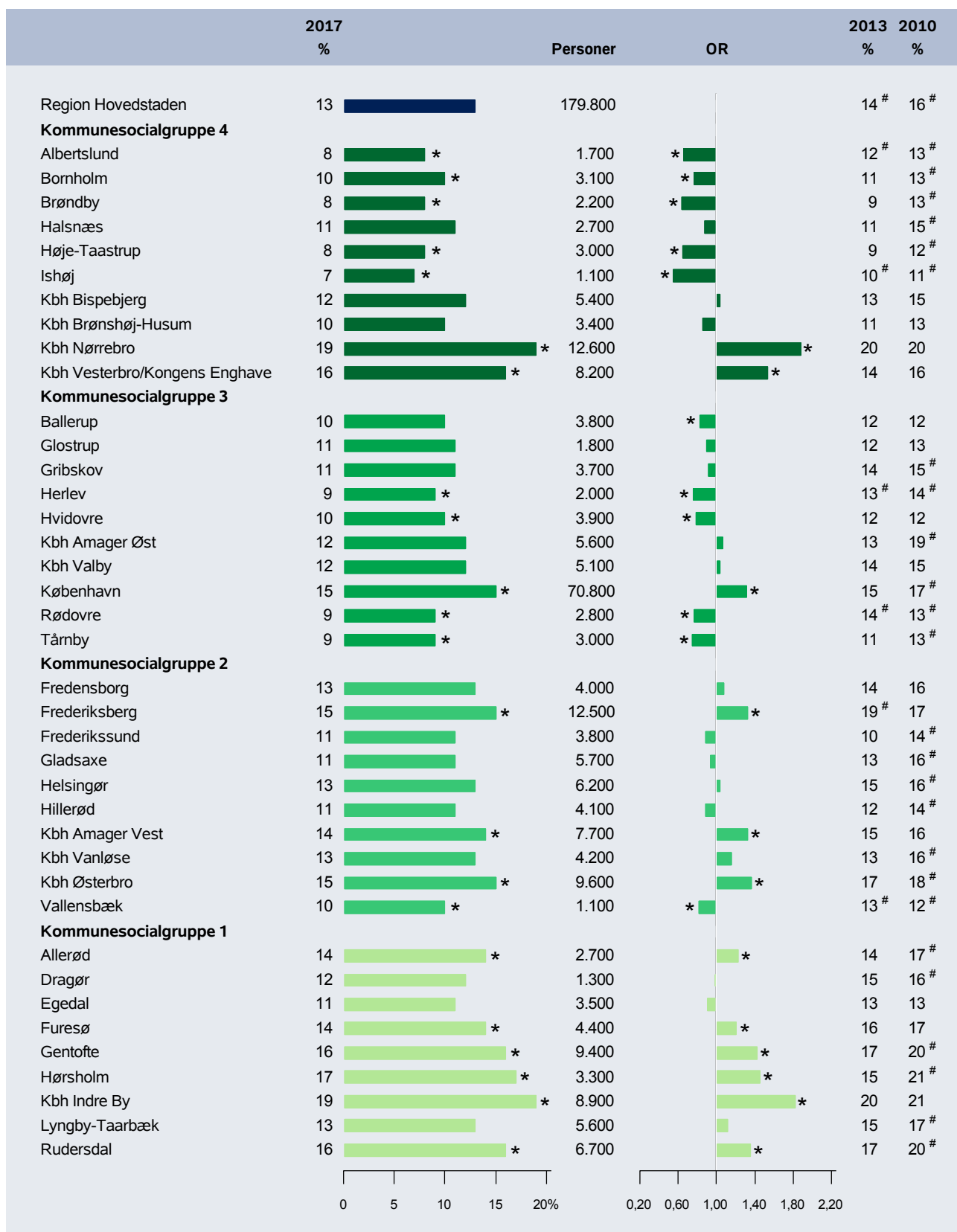
- Mænd
 - De 16-24 årige og borgere under uddannelse
 - Arbejdsløse og pensionister
 - Enlige
 - Borgere med dansk baggrund
-

Tabel 4.1 Moderat forbrug og storforbrug af alkohol

	Moderat forbrug				Storforbrug			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	13	179.800	14 [#]	16 [#]	8	118.000	10 [#]	13 [#]
Køn								
Mand	11	73.200	12 [#]	13 [#]	10	68.900	12 [#]	15 [#]
Kvinde	15	106.600	17 [#]	19 [#]	7	49.100	8 [#]	10 [#]
Alder								
16-24 år	18	36.300	21 [#]	22 [#]	14	27.700	15	22 [#]
25-34 år	12	31.100	14 [#]	14 [#]	6	15.600	7	10 [#]
35-44 år	7	17.600	8 [#]	10 [#]	4	9.900	5 [#]	6 [#]
45-54 år	11	25.300	13 [#]	15 [#]	6	14.800	8 [#]	12 [#]
55-64 år	14	26.900	15	19 [#]	10	19.200	14 [#]	16 [#]
65-79 år	16	34.800	16	18 [#]	12	25.800	13 [#]	15 [#]
80+ år	13	7.900	12	14	8	5.000	7	8
Uddannelse								
Under uddannelse	17	36.700	20 [#]	22 [#]	12	26.100	13	19 [#]
Grundskole	10	22.700	10	12 [#]	8	18.700	10 [#]	12 [#]
Gymnasial	15	13.600	16	17	11	9.600	14 [#]	17 [#]
Erhvervsfaglig	12	37.100	12	14 [#]	8	26.800	10 [#]	12 [#]
Kort og mellemlang videreg.	13	33.500	15 [#]	17 [#]	7	18.900	8	10 [#]
Lang videregående	14	24.900	14	17 [#]	6	11.700	6	10 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	12	86.800	13 [#]	15 [#]	7	49.100	8 [#]	11 [#]
Arbejdsløs	11	2.100	9	14	11	2.300	12	14
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	7	3.800	8	7	7	4.300	12 [#]	12 [#]
Førtidspensionist	6	2.200	7	8	8	2.700	11	14 [#]
Pensionist	15	38.500	15	17 [#]	11	27.900	12 [#]	14 [#]
Samlevsstatus (25+ årige)								
Enlig	13	61.300	14 [#]	16 [#]	9	42.600	11 [#]	14 [#]
Samlevende	11	81.700	12 [#]	14 [#]	7	47.600	8 [#]	10 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	14	160.200	15 [#]	17 [#]	9	105.500	11 [#]	14 [#]
Andre vestlige lande	13	14.500	13	15 [#]	7	8.200	8	11 [#]
Ikke-vestlige lande	3	4.600	4	4 [#]	3	4.200	3	4 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 4.2 Moderat forbrug af alkohol – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 4.3 Storforsbrug af alkohol – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	8	118.000		10 [#]	13 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	7	1.500		9	9
Bornholm	8	2.400		7	9
Brøndby	7	1.800		7	9
Halsnæs	8	2.000		12 [#]	11
Høje-Taastrup	7	2.500	*	6	12 [#]
Ishøj	5	900	*	7	10 [#]
Kbh Bispebjerg	9	4.200		10	13 [#]
Kbh Brønshøj-Husum	5	1.700	*	10 [#]	11 [#]
Kbh Nørrebro	12	8.000	*	13	16 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	10	5.100	*	12	14 [#]
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	8	3.000		8	13 [#]
Glostrup	6	1.000	*	7	11 [#]
Gribskov	11	3.400	*	9	13 [#]
Herlev	8	1.700		9	11 [#]
Hvidovre	7	3.000		9	11 [#]
Kbh Amager Øst	9	4.200		12	12 [#]
Kbh Valby	9	3.700		9	12 [#]
København	9	45.500	*	11 [#]	14 [#]
Rødovre	8	2.300		8	13 [#]
Tårnby	7	2.200		7	11 [#]
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	7	2.300		11 [#]	12 [#]
Frederiksberg	9	7.800	*	10	16 [#]
Frederikssund	9	3.000		10	12 [#]
Gladsaxe	8	3.900		9	12 [#]
Helsingør	7	3.500		8	13 [#]
Hillerød	6	2.400	*	9 [#]	10 [#]
Kbh Amager Vest	8	4.600		10	14 [#]
Kbh Vanløse	8	2.600		11 [#]	13 [#]
Kbh Østerbro	9	6.000	*	12	14 [#]
Vallensbæk	6	700	*	8	10 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	7	1.400		10	10 [#]
Dragør	9	900		12 [#]	15 [#]
Egedal	6	2.100	*	8	10 [#]
Furesø	8	2.500		9	13 [#]
Gentofte	8	4.900		11 [#]	14 [#]
Hørsholm	9	1.800		10	13 [#]
Kbh Indre By	12	5.400	*	14	21 [#]
Lyngby-Taarbæk	9	3.800		10	11 [#]
Rudersdal	8	3.600		9	12 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.2 Tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri

I dette afsnit måles tegn på alkoholafhængighed ved brug af CAGE-C spørgeskemaet. For tegn på alkoholafhængighed opgøres forekomsten for 2017, 2013 og 2010. Rusdrikkeri defineres som indtagelse af fem genstande eller mere ved samme lejlighed mindst én gang om ugen. For rusdrikkeri opgøres forekomsten for 2017 og 2013, men ikke for 2010, da spørgsmålets svarkategorier i dette år, var anderledes.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

Tegn på alkoholafhængighed

- Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?
- Har du inden for de seneste 12 måneder følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?
- Er det nogen, inden for de seneste 12 måneder, der har "brokket" sig over, at du drikker for meget?
- Har du inden for de seneste 12 måneder følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?
- 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?

Rusdrikkeri

- Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed? ^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om alkohol fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 har 16 % af borgerne i Region Hovedstaden tegn på alkoholafhængighed, svarende til 229.300 personer, mens 14 % af borgerne rusdrikker, svarende til 197.500 personer (Tabel 4.4).

Køn: Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed eller rusdrikkeri, er dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Tegn på alkoholafhængighed er især udbredt i den ældre del af befolkningen, mens rusdrikkeri især er udbredt i den yngre del af befolkningen. For især de yngste borgere er alkoholforbruget koncentreret i weekenden, mens det for borgere på 65 eller derover i højere grad er fordelt over både hverdage og weekend.

Uddannelse: Der ses en social gradient i forekomsten af tegn på alkoholafhængighed, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse. Jo længere uddannelse, des højere forekomst af tegn på alkoholafhængighed. For rusdrikkeri er der ikke en social gradient. Forekomsten af rusdrikkeri er størst blandt borgere med gymnasial uddannelse og borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed, er størst blandt arbejdsløse og pensionister og mindst blandt langtidssyge borgere. Forekomsten af rusdrikkeri er ligeledes højest blandt borgere, som er arbejdsløse, men lavest blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed, er den samme blandt enlige og samlevende, mens andelen af borgere, som rusdrikker, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed eller som rusdrikker, er mere end dobbelt så stor blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er forekomsten af tegn på alkoholafhængighed faldet fra 17 % i 2013 til 16 % i 2017, og forekomsten af rusdrikkeri er faldet fra 15 % i 2013 til 14 % i 2017. For tegn på alkoholafhængighed gør faldet sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. Faldet er størst blandt langtidssyge borgere. I samme periode ses dog en stigning i andelen med tegn på alkoholafhængighed blandt de 16-24 årige. For rusdrikkeri ses et fald i forekomsten i flere sociodemografiske grupper, det største fald ses blandt langtidssyge borgere.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er forekomsten af tegn på alkoholafhængighed faldet fra 17 % i 2010 til 16 % i 2017. Faldet gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper, det største fald ses blandt førtidspensionister.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har tegn på alkoholafhængighed, varierer fra 10 % i Brøndby Kommune til 24 % i bydelen Indre By (Tabel 4.5). Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens en håndfuld kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Der ses dog ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Ved yderligere justering for etnisk baggrund ses heller ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupper (se tabel på centrets hjemmeside).

Andelen af borgere, der rusdrikker, varierer fra 8 % i Høje-Taastrup og Ishøj kommuner til 26 % i bydelen Nørrebro (Tabel 4.6). For rusdrikkeri ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 under regionsgennemsnittet, mens kun få kommuner i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger over regionsgennemsnittet. Der ses dog ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder (Tabel 4.6) eller yderligere for etnisk baggrund i kommuner og bydele (se tabel på centrets hjemmeside). Det er især de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune, som har en stor andel af rusdrikkere.

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner og bydele er forekomsten af tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri faldet fra 2013 til 2017. For tegn på alkoholafhængighed ses det største fald i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 4.5) og for rusdrikkeri ses det største fald i Herlev Kommune og bydelen Indre By (Tabel 4.6).

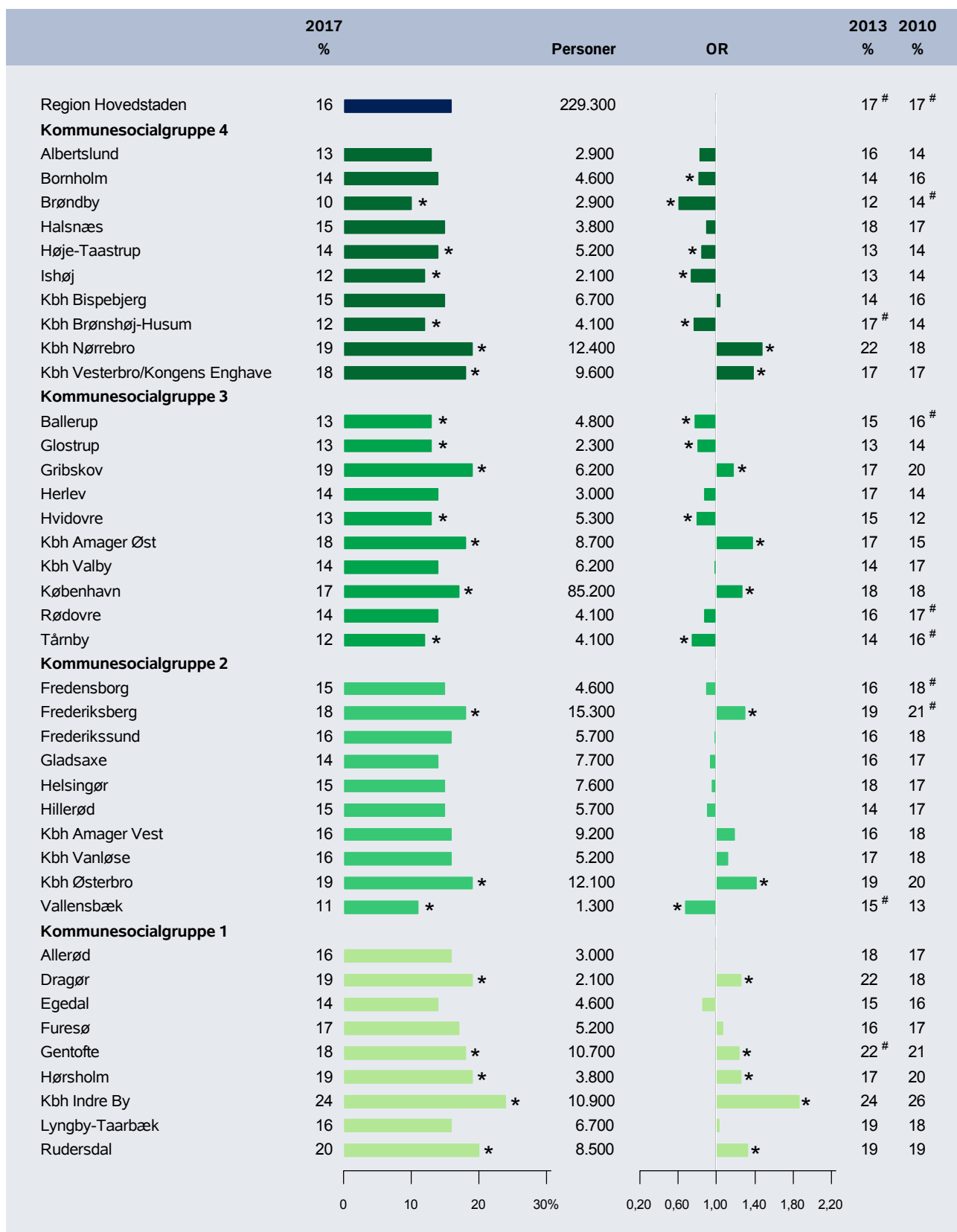
Udvikling 2010-2017: I enkelte kommuner og bydele er forekomsten af tegn på alkoholafhængighed faldet fra 2010 til 2017. De største fald ses i Brøndby og Tårnby kommuner (Tabel 4.5).

Tabel 4.4 Tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri

	Tegn på alkoholafhængighed				Rusdrikkeri			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	
Region Hovedstaden	16	229.300	17#	17#	14	197.500	15#	
Køn								
Mand	22	150.000	23#	24#	19	134.900	20#	
Kvinde	11	79.300	11	11	8	62.600	9#	
Alder								
16-24 år	13	27.700	11#	13	26	54.300	28#	
25-34 år	13	33.600	11	13	15	39.700	17#	
35-44 år	13	30.800	14	14#	9	22.400	10	
45-54 år	16	39.700	20#	22#	12	29.300	14#	
55-64 år	22	42.200	26#	25#	15	28.600	15	
65-79 år	21	47.300	22	20	9	21.300	8	
80+ år	13	7.900	15	12	3	2.000	3	
Uddannelse								
Under uddannelse	13	28.400	12	14	24	54.000	27#	
Grundskole	15	34.300	16	15	12	27.200	12	
Gymnasial	18	16.700	20	20	19	17.400	20	
Erhvervsfaglig	16	54.200	18#	18#	11	36.500	12	
Kort og mellemlang videreg.	17	44.700	18	18	11	28.100	11	
Lang videregående	19	34.900	20	21#	12	21.400	13	
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	16	122.800	17#	17#	13	96.800	13	
Arbejdsløs	19	3.800	21	25	18	3.600	18	
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	12	7.300	20#	14	11	6.700	16#	
Førtidspensionist	14	5.100	16	21#	11	3.900	12	
Pensionist	19	48.800	21#	18	8	20.600	7	
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	17	82.500	19#	19#	14	68.100	15#	
Samlevende	16	118.900	17#	18#	10	74.800	10	
Etnisk baggrund								
Danmark	17	196.500	18#	18#	15	174.100	16#	
Andre vestlige lande	18	21.300	19	20	12	14.000	12	
Ikke-vestlige lande	7	11.100	6	7	6	9.000	6	

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Table 4.5 Signs of alcohol dependence - municipalities



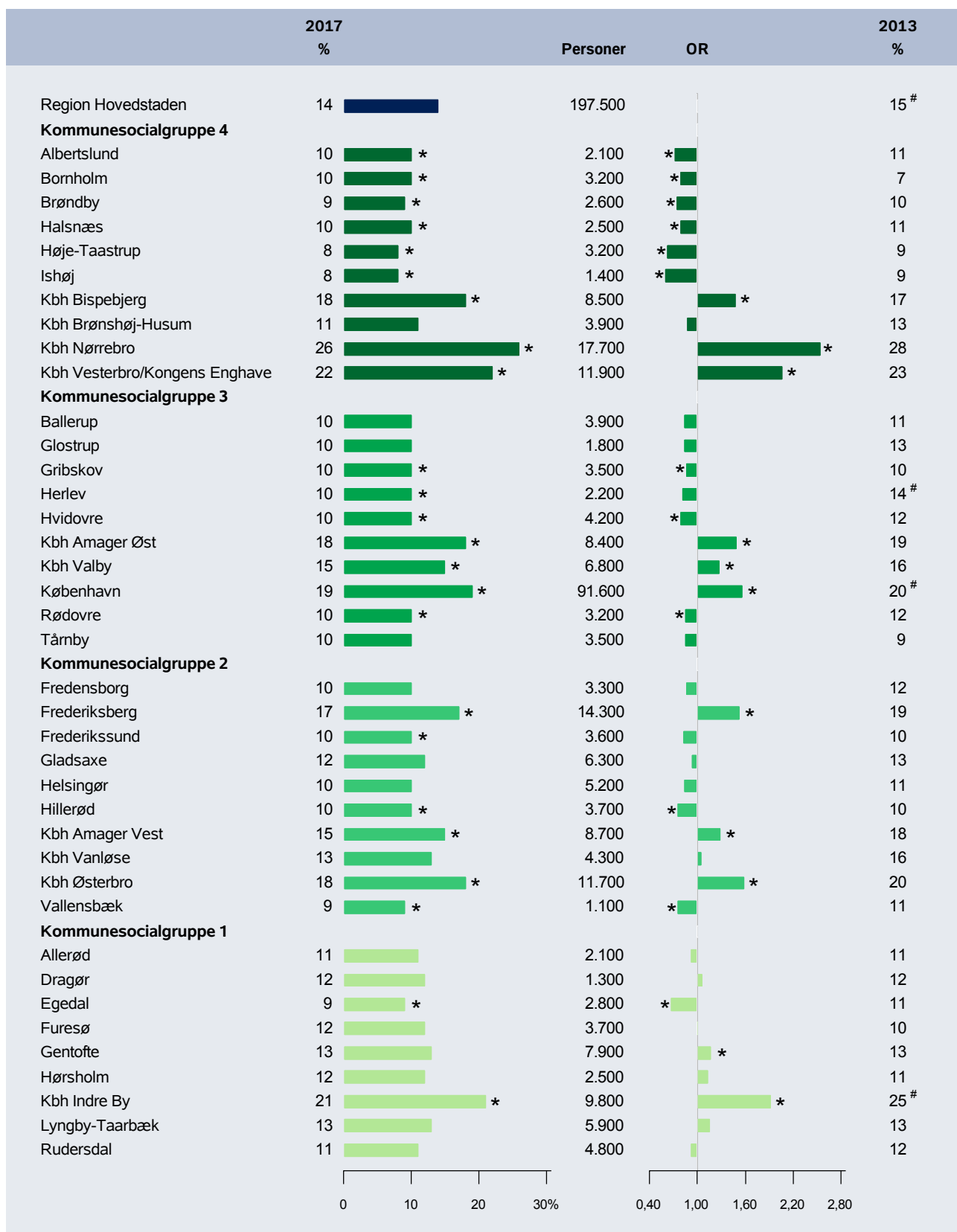
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 4.6 Rusdrikkeri – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.3 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn

Risikabel alkoholadfærd omfatter borgere, som enten har et storforbrug af alkohol eller har tegn på alkoholfafhængighed eller begge dele. Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn opgøres for borgere under 65 år, som bor sammen med mindst ét barn under 16 år. Det kan både dreje sig om risikabel alkoholadfærd blandt forældre og hjemmeboende søskende. Det skal bemærkes, at det ud fra spørgsmålene ikke kan vises, hvem i husstanden, som har risikabel alkoholadfærd, blot at der bliver drukket i hjemmet.

De spørgsmål, der danner baggrund for storforbrug findes under afsnit 4.1, og de spørgsmål, der danner baggrund for tegn på alkoholfafhængighed findes under afsnit 4.2. Forekomsten af risikabel alkoholadfærd i hjem med børn opgøres for 2017, 2013 og 2010. Opgørelsen af borgere med risikabel alkoholadfærd kan ses på centrets hjemmeside.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Bor du sammen med andre?
(Jeg bor sammen med barn/børn under 16 år)

Region Hovedstaden

I 2017 har 12 % af borgere med børn i hjemmet en risikabel alkoholadfærd, svarende til 46.600 personer (Tabel 4.7).

Køn: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er mere end dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: For borgere på 25 år og derover stiger andelen med risikabel alkoholadfærd i hjem med børn med alderen. Den største andel ses dog blandt de 16-24 årige.

Uddannelse: Der er ingen statistisk signifikant forskel på andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd i hjem med børn mellem borgere i forskellige uddannelsesgrupper.

Erhvervstilknytning: Der er ingen statistisk signifikant forskel på andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd i hjem med børn mellem borgere med forskellig erhvervstilknytning.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, er mere end dobbelt så stor blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, uændret fra 2013 til 2017. Dog er der sket et fald i enkelte af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt de 55-64 årige.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, faldet fra 15 % i 2010 til 12 % i 2017. Faldet gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt arbejdsløse borgere.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, varierer fra 5 % i Brøndby Kommune til 21 % i bydelen Indre By (Tabel 4.8). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I de fleste kommuner og bydele er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som bor sammen med børn, stort set uændret fra 2013 til 2017. Dog ses et fald i Brøndby Kommune. I størstedelen af kommuner og bydele ses ingen statistiske signifikante ændringer fra 2013 til 2017.

Udvikling 2010-2017: I enkelte kommuner ses et fald i forekomsten af risikabel alkoholadfærd i hjem med børn fra 2010 til 2017. De største fald ses i Halsnæs og Hillerød kommuner. I de fleste kommuner og bydele ses ingen statistisk signifikante ændringer fra 2010 til 2017.

Tabel 4.7 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn

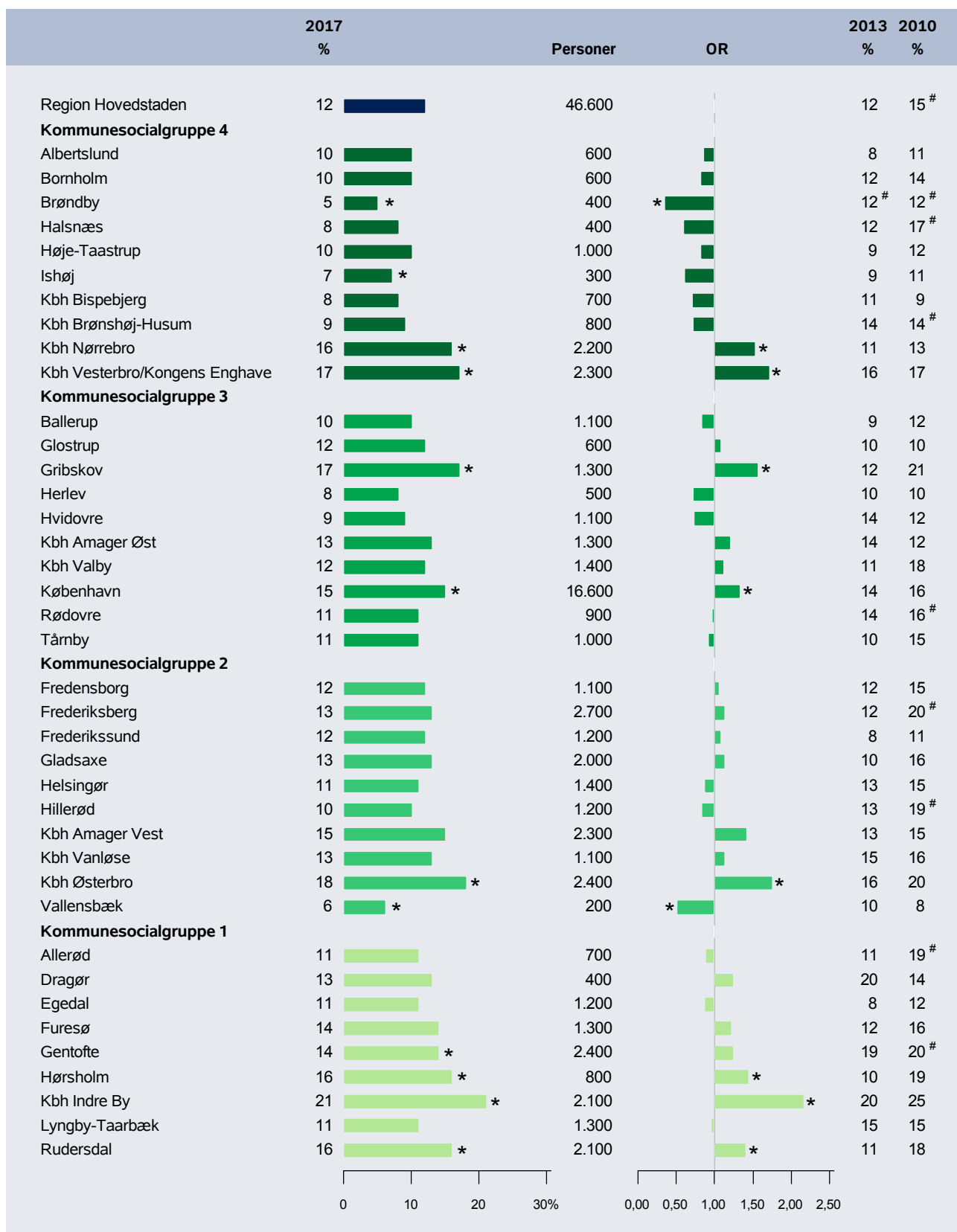
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	12	46.600	12	15 [#]
Køn				
Mand	18	30.800	19	21 [#]
Kvinde	8	15.800	7	10 [#]
Alder				
16-24 år	17	4.800	13	23 [#]
25-34 år	8	6.800	7	9
35-44 år	12	19.800	12	14 [#]
45-54 år	15	13.600	18 [#]	21 [#]
55-64 år	16	1.500	26 [#]	25 [#]
Uddannelse				
Under uddannelse	14	5.900	12	19 [#]
Grundskole	12	3.800	11	12
Gymnasial	12	2.600	15	18 [#]
Erhvervsfaglig	11	8.600	12	15 [#]
Kort og mellemlang videreg.	12	10.700	12	14
Lang videregående	13	11.000	14	17 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	12	35.700	13	15 [#]
Arbejdsløs	12	800	13	22 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	9	1.600	7	6
Førtidspensionist	-	-	-	-
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	14	8.200	15	17 [#]
Samlevende	12	33.600	12	14 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	14	39.300	13	17 [#]
Andre vestlige lande	15	4.300	13	16
Ikke-vestlige lande	5	2.900	6	5

0 5 10 15 20%

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Tabel 4.8 Risikabel alkoholadfærd i hjem med børn – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.4 Alkoholvaner i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere med moderat forbrug af alkohol og storforbrug af alkohol, og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 31 % af borgere med storforbrug af alkohol, som er dagligrygere, mens det gælder 16 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 4.9). Forekomsten opgøres for 2017.

Borgere med moderat alkoholforbrug har på flere områder en mindre risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med borgere i regionen som helhed, hvorimod borgere med storforbrug af alkohol på flere områder har en mere risikabel sundhedsadfærd. I det følgende beskrives de mest markante forskelle.

Blandt borgere med moderat alkoholforbrug er det især forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og svær overvægt, som er lavere end i regionen som helhed. Derimod er andelen af unge borgere med moderat forbrug af alkohol, som har usikker sex eller et højt forbrug af hash eller andre stoffer, større sammenlignet med alle unge i regionen. Blandt unge borgere med storforbrug af alkohol er det også andelen, som har usikker sex eller et højt forbrug af hash eller andre stoffer, som er markant større sammenlignet med alle unge i regionen. Andelen er mere end dobbelt så stor. Blandt borgere med et storforbrug af alkohol, er andelen af dagligrygere desuden dobbelt så stor som i regionen som helhed.

Tabel 4.9 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med moderat forbrug af alkohol, blandt borgere med storforbrug af alkohol og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Moderat forbrug af alkohol %	Storforbrug af alkohol %	Region Hovedstaden %
Dagligrygning	18*	31*	16
Usundt kostmønster	10*	18*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	20*	28*	26
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	12*	18*	14
Svær overvægt	9*	12	13
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	10*	17*	15
Højt stressniveau	23*	28*	26
Ensomhed	6*	9	8
Højt forbrug af hash eller andre stoffer **	9*	17*	7
Usikker sex (Sex uden kondom med skiftende seksualpartnere) **	14*	23*	8

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

** Højt forbrug af hash eller andre stoffer og usikker sex opgøres blandt unge (16-34 årige)

4.5 Motivation for at ændre alkoholvaner

Dette afsnit beskriver borgernes ønske om at nedsætte deres alkoholforbrug, om de ønsker hjælp dertil og om de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at nedsætte alkoholforbruget. Forekomsten opgøres blandt borgere med risikabel alkoholadfærd, dvs. borgere, som enten har et storforbrug af alkohol eller har tegn på alkoholafhængighed eller begge dele (se tabel på centrets hjemmeside). De spørgsmål, der danner baggrund for storforbrug findes under afsnit 4.1, og de spørgsmål, der danner baggrund for tegn på alkoholafhængighed findes under afsnit 4.2. Forekomsten opgøres for 2017 og hvor det er muligt for 2013 og 2010. Spørgsmålene om støtte og hjælp, og opbakning fra omgangskredsen, er nye i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvordan vurderer du selv dine alkoholvaner?
- Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?
- Hvis du vil nedsætte dit alkoholforbrug, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?
- Har du opbakning til at nedsætte dit alkoholforbrug fra din omgangskreds? (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

4.5.1 Selvvurderede alkoholvaner, ønsker at nedsætte alkoholforbruget og mangler opbakning fra omgangskredsen

I Region Hovedstaden vurderer 35 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd, at deres alkoholvaner er fornuftige, svarende til 92.200 personer og 34 % vurderer, at deres alkoholvaner er ufornuftige, svarende til 90.300 personer (Tabel 4.10). Blandt borgere med en risikabel alkoholadfærd, som vurderer egne alkoholvaner som ufornuftige, ønsker 63 % at nedsætte deres alkoholforbrug, svarende til 56.600 personer. Ud af de 56.600 personer, ønsker 25 % hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, svarende til 14.100 personer. Blandt de 14.100 personer, som ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, angiver 31 %, svarende til 4.400 borgere, at de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at nedsætte alkoholforbruget. Det er især borgere, som mangler opbakning til at nedsætte alkoholforbruget, som har særlig brug for støtte fra læge, kommune,

hospital, arbejdsplads, uddannelsesinstitutioner mm. Blandt alle borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget, er andelen som mangler opbakning fra omgangskredsen størst blandt kvinder, borgere på 55-64 år samt enlige (op til 37 %) (se tabel på centrets hjemmeside).

Motivation for adfærdsændring og ønske om hjælp til at nedsætte alkoholforbruget er mere end dobbelt så stort blandt borgere, som selv vurderer, at de har et ufornuftigt forbrug sammenlignet med borgere, som selv mener, de har et fornuftigt forbrug. Der er således et særligt forebyggelsespotentiale blandt de borgere, som synes, at deres alkoholvaner er ufornuftige, og som gerne vil nedsætte deres forbrug.

Tabel 4.10 Selvvurderede alkoholvaner, ønske om at nedsætte alkoholforbrug, ønske om hjælp og mangler opbakning fra omgangskredsen blandt borgere med risikabel alkoholadfærd

Selvvurderede alkoholvaner i 2017			Vil gerne nedsætte alkoholforbrug		Ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbrug*		Mangler opbakning fra omgangskreds til at nedsætte alkoholforbrug**	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Særdeles fornuftige/fornuftige	35	92.200	16	14.900	10	1.500		
Hverken fornuftige eller ufornuftige	31	83.500	28	23.200	9	2.100		
Lidt/meget ufornuftige	34	90.300	63	56.600	25	14.100	31	4.400

* Blandt borgere, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget

** Blandt borgere, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget og ønsker hjælp til dette
På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

4.5.2 Motivation for at nedsætte alkoholforbruget blandt borgere med risikabel alkoholadfærd

Region Hovedstaden

Blandt alle borgere med risikabel alkoholadfærd ønsker i alt 36 % at nedsætte deres alkoholforbrug, svarende til 94.800 personer, mens i alt 19 % af disse ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, svarende til 17.600 personer (Tabel 4.11).

Køn: Der er ingen statistisk signifikant kønsforskel i andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Til gengæld er andelen, som ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere med en risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug eller ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, er størst blandt de 35-54 årige.

Uddannelse: Der ses en tendens til en social gradient i andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug. Andelen, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget, er større blandt borgere med videregående uddannelser og mindre blandt borgere med grundskoleuddannelse. Det omvendte gør sig gældende for borgere, som ønsker hjælp til at nedsætte deres alkoholforbrug, hvis man ser bort fra gymnasial uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med en risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, er størst blandt langtidssyge og mindst blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug eller som ønsker hjælp dertil, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug eller som ønsker hjælp dertil, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, steget fra 32 % i 2013 til 36 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper, især blandt de 45-54 årige og borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse. Derudover ses et fald blandt arbejdsløse borgere.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, steget fra 31 % i 2010 til 36 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 16-24 årige, de 35-44 årige, borgere med erhvervsfaglig uddannelse og borgere i beskæftigelse.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, varierer fra 24 % i Hvidovre Kommune til 42 % i Fredensborg Kommune og bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 4.12). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner og bydele er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, steget fra 2013 til 2017. Den største stigning ses i bydelen Amager Vest. I de fleste kommuner og bydele ses dog ingen statistisk signifikante ændringer. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser og dermed er behæftet med stor usikkerhed.

Udvikling 2010-2017: I flere kommuner og bydele er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug, steget fra 2010 til 2017. Den største stigning ses i Fredensborg Kommune. I flere kommuner og bydele ses dog ingen statistisk signifikante ændringer. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser og dermed er behæftet med stor usikkerhed.

Table 4.11 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug og som ønsker hjælp dertil

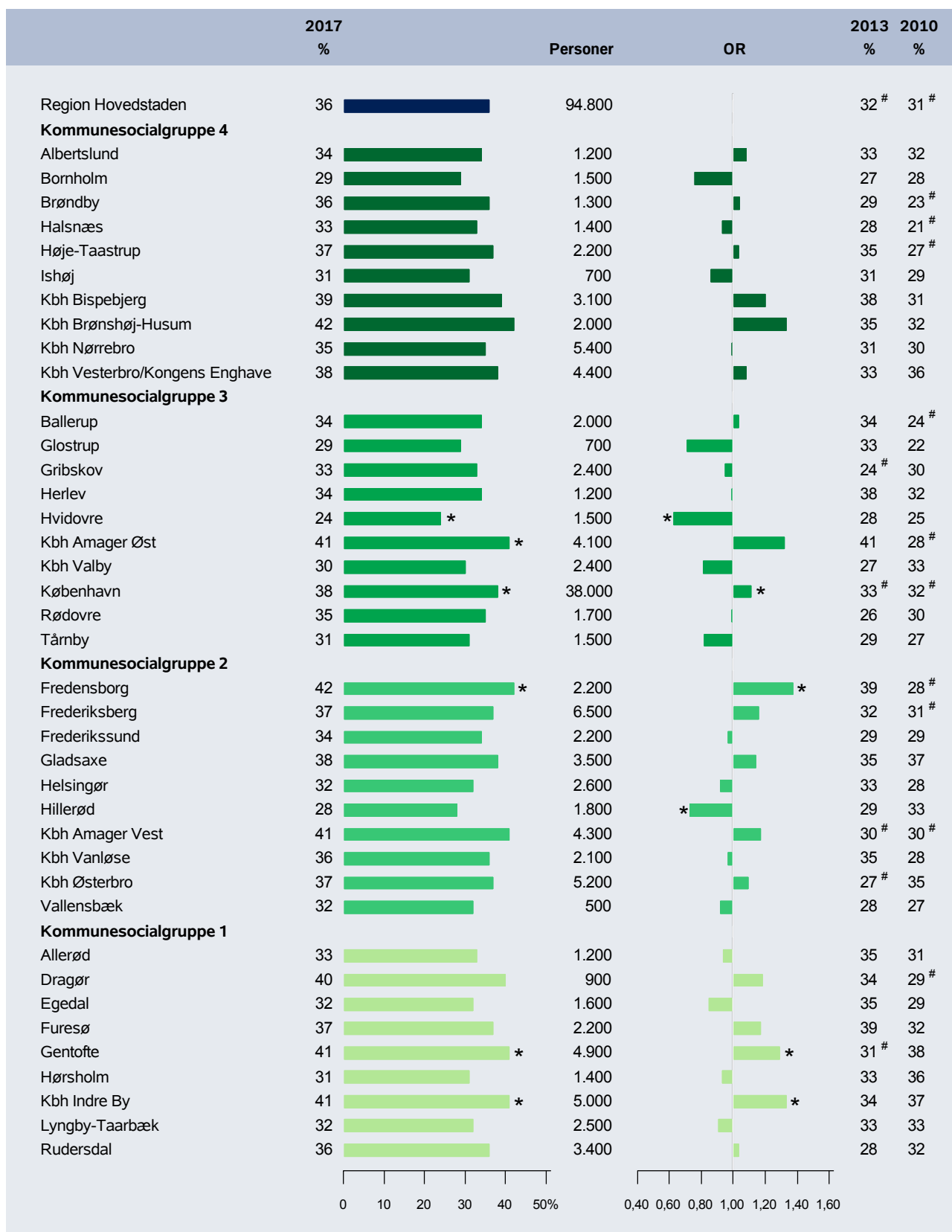
	Ønsker at nedsætte alkoholforbruget				Ønsker hjælp til at nedsætte alkoholforbruget*	
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	36	94.800	32 [#]	31 [#]	19	17.600
Køn						
Mand	35	58.700	32 [#]	30 [#]	21	12.200
Kvinde	37	36.200	32 [#]	33 [#]	15	5.400
Alder						
16-24 år	24	10.500	20	17 [#]	11	1.200
25-34 år	35	14.300	34	29 [#]	17	2.400
35-44 år	50	16.000	45	42 [#]	27	4.300
45-54 år	50	20.900	42 [#]	44 [#]	20	4.100
55-64 år	42	18.600	37 [#]	36 [#]	19	3.600
65-79 år	26	13.700	22 [#]	22 [#]	15	2.100
80+ år	9	900	8	9	-	-
Uddannelse						
Under uddannelse	26	11.600	24	22 [#]	14	1.600
Grundskole	30	11.700	32	27	28	3.300
Gymnasial	38	7.500	36	35	17	1.200
Erhvervsfaglig	35	20.700	31 [#]	28 [#]	24	5.000
Kort og mellemlang videreg.	43	20.900	36 [#]	38 [#]	15	3.100
Lang videregående	42	15.600	37 [#]	40	11	1.700
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	43	57.800	37 [#]	36 [#]	18	10.400
Arbejdsløs	42	1.900	57 [#]	39	-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	46	3.700	53	42	-	-
Førtidspensionist	44	2.400	36	40	-	-
Pensionist	23	12.500	21	20	16	2.000
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	40	37.000	36 [#]	34 [#]	26	9.600
Samlevende	37	47.200	33 [#]	34 [#]	15	6.800
Etnisk baggrund						
Danmark	35	80.600	32 [#]	30 [#]	18	14.200
Andre vestlige lande	38	8.700	36	40	21	1.800
Ikke-vestlige lande	44	5.400	37	40	30	1.600

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

*Blandt borgere, som ønsker at nedsætte alkoholforbruget

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Tabel 4.12 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som ønsker at nedsætte deres alkoholforbrug – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.6 Forebyggelse af risikabel alkoholadfærd

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler dels den individrettede forebyggelse i form af råd fra egen

læge, information og tilbud om hjælp til at ændre alkoholvaner inden for det seneste år, og dels den strukturelle forebyggelse i form af adgang til alkohol på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet, og i lokalområdet.

4.6.1 Råd om ændring af alkoholvaner fra egen læge

Råd om ændring af alkoholvaner fra egen læge opgøres blandt borgerne med risikabel alkoholadfærd, som har været ved egen læge inden for det seneste år, og af egen læge er blevet rådet til at ændre alkoholvaner. Borgere med en risikabel alkoholadfærd omfatter borgere, som enten har et storforbrug af alkohol, eller har tegn på alkoholafhængighed eller begge dele. De spørgsmål der danner baggrund for storforbrug findes under afsnit 4.1, og de spørgsmål, der danner baggrund for tegn på alkoholafhængighed findes under afsnit 4.2. Dette afsnit bygger desuden på et spørgsmål om råd fra egen læge, som ikke tidligere er præsenteret i Sundhedsprofilen, men som er blevet stillet siden 2010. Forekomsten opgøres derfor for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

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

Region Hovedstaden

I 2017 er 10 % af borgere med risikabel alkoholadfærd, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug. Dette svarer til 19.500 personer (Tabel 4.13).

Køn: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, er mere end dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, er størst blandt de 55-64 årige og mindst blandt de 16-24 årige.

Uddannelse: Der ses en social gradient i andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er næsten tre gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug, er næsten fire gange større blandt førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte deres alkoholforbrug af egen læge, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, mellem borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, uændret fra 2013 til 2017. Det samme gør sig gældende for de fleste sociodemografiske grupper. Dog ses et fald blandt langtidsyge borgere og borgere med grundskoleuddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, steget fra 8 % i 2010 til 10 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i få sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 35-44 årige.









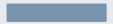








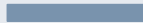
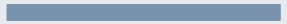






Kommuner og bydele


Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, varierer fra 5 % i Ishøj og Furesø kommuner til 17 % i Albertslund og Hvidovre kommuner (Tabel 4.14). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I kommuner og bydele er der ikke nogen statistisk signifikante ændringer fra 2013 til 2017.

Udvikling 2010-2017: I langt de fleste kommuner og bydele er andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge, uændret fra 2010 til 2017. Dog ses en stigning i Ballerup Kommune.

Tabel 4.13 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge

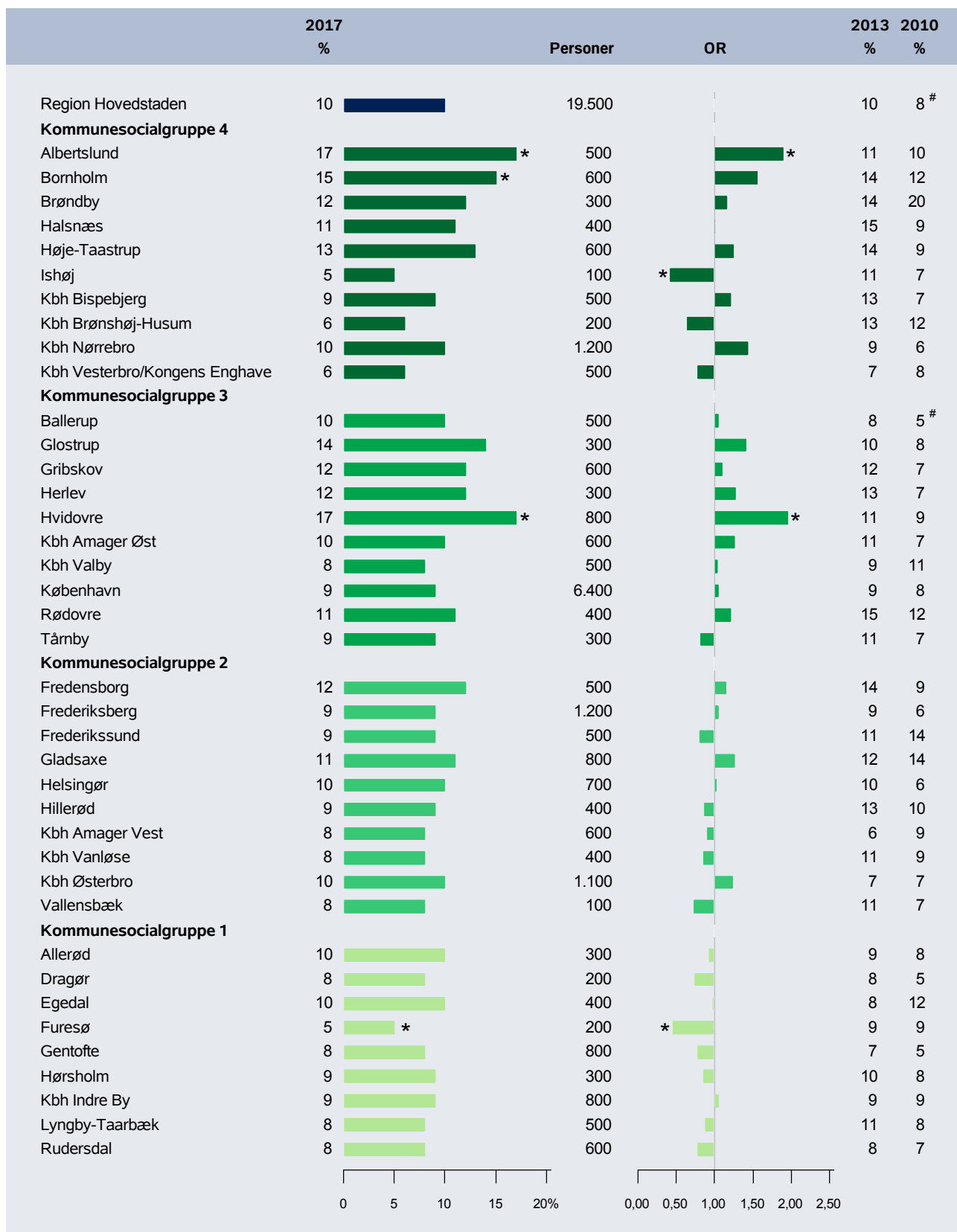
	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Region Hovedstaden	10 	19.500	10	8 [#]
Køn				
Mand	13 	15.000	13	10 [#]
Kvinde	5 	4.500	6	6
Alder				
16-24 år	4 	1.400	3	3
25-34 år	5 	1.300	3	4
35-44 år	10 	2.300	10	6 [#]
45-54 år	13 	3.800	14	13
55-64 år	15 	5.100	15	13
65-79 år	12 	5.100	11	10
80+ år	6 	500	4	4
Uddannelse				
Under uddannelse	3 	1.100	2	3
Grundskole	16 	4.900	22 [#]	15
Gymnasial	9 	1.400	14	6
Erhvervsfaglig	13 	6.000	13	11
Kort og mellemlang videreg.	9 	3.300	7	7
Lang videregående	6 	1.600	6	6
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	9 	8.600	8	7 [#]
Arbejdsløs	-	-	-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	24 	1.600	42 [#]	29
Førtidspensionist	33 	1.500	36	29
Pensionist	11 	5.300	11	10
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	14 	10.200	15	12 [#]
Samlevende	8 	7.900	8	8
Etnisk baggrund				
Danmark	9 	16.700	10	8
Andre vestlige lande	10 	1.700	9	9
Ikke-vestlige lande	14 	1.100	10	10



#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

**Tabel 4.14 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som er blevet rådet til at nedsætte alkoholforbruget af egen læge
– kommuner**



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

4.6.2 Information og tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner

Borgerne i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, hvorvidt de inden for de seneste 12 måneder har fået information om, at man kan få hjælp til at ændre alkoholvaner fra forskellige kilder i samfundet samt om de har taget imod hjælp fra nogle af disse. Den samme borger kan således have fået information eller taget imod tilbud fra flere kilder og dermed indgå flere steder i tabellen nedenfor. Blandt borgere med risikabel alkoholadfærd opgøres forekomsten for 2017 og 2013, men ikke for 2010, da svarkategorierne for spørgsmålet bag dette afsnit, i dette år, var anderledes.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til ændring af alkoholvaner?^a
- Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner?^a

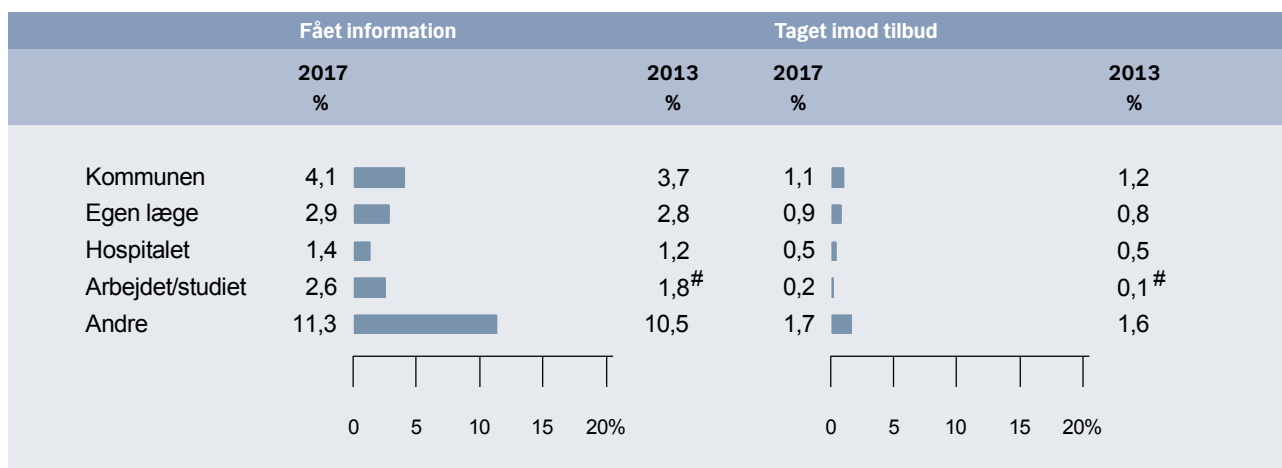
^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om alkohol fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 har i alt 20 % af borgerne med en risikabel alkoholadfærd fået information om hjælp til at ændre alkoholvaner fra én eller flere kilder, svarende til 52.200 personer, mens i alt 4,0 % af borgerne med risikabel alkoholadfærd har taget imod tilbud om hjælp fra én eller flere kilder, svarende til 10.400 personer (resultater ikke vist). Flest borgere får information eller tager imod tilbud om hjælp fra "andre kilder" end de, som der er spurgt specifikt ind til. Herefter er de primære kilder til information om hjælp til og tilbud om ændring af alkoholvaner kommunen og egen læge (Tabel 4.15).

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere med risikabel alkoholadfærd, som har fået information om hjælp til at ændre alkoholvaner eller har taget imod et tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner fra arbejdet/studiet, er steget fra 2013 til 2017.

Tabel 4.15 Borgere med risikabel alkoholadfærd, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til ændring af alkoholvaner



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

"Egen læge" er i denne rapport opgjort anderledes end i Sundhedsprofilen 2013 og tallene i rapporterne fra forskellige år kan dermed ikke direkte sammenlignes

4.6.3 Tilgængelighed af alkohol på arbejdspladser, uddannelsessteder og i lokalområdet

I dette afsnit beskrives tilgængeligheden af alkohol på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet samt tilgængeligheden i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet.

Arbejdspladser og uddannelsessteder

Alle borgere i Region Hovedstaden, som er under 65 år og er i arbejde eller under uddannelse, er blevet bedt om at angive, hvorvidt alkohol er tilgængelig (kan fås/købes) på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. Det antages, at adgang til alkohol på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet afspejler alkoholpolitikken på stedet. Da spørgsmålet er stillet for første gang i "Hvordan har du det? 2017" opgøres forekomsten alene for 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Kan du få/købe alkohol på din arbejdsplads eller uddannelse?

Region Hovedstaden

I 2017 har 18 % af borgerne i arbejde eller under uddannelse adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, svarende til 169.900 personer (Tabel 4.16).

Køn: En større andel af mænd end kvinder har adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted.

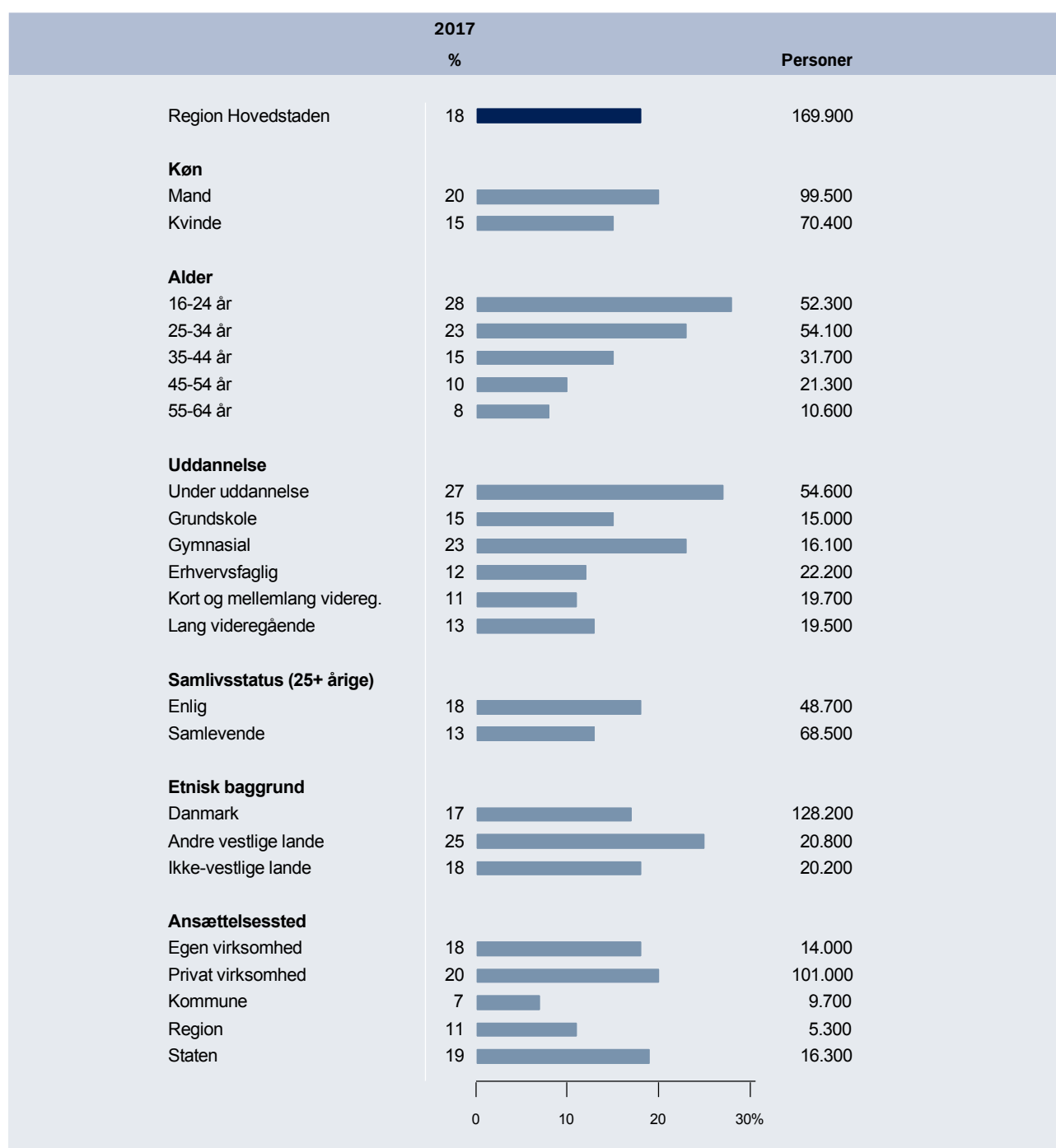
Alder: Andelen af borgere med adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted falder med stigende alder og er mere end tre gange så stor blandt de 16-34 årige sammenlignet med de 55-64 årige.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere under uddannelse og blandt borgere med gymnasial uddannelse og mindst blandt borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er større blandt enlige end samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med dansk baggrund.

Ansættelsessted: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol på arbejdspladsen, er cirka dobbelt så stor blandt ansatte i privat, statslig og egen virksomhed sammenlignet med ansatte i region og kommune.

Tabel 4.16 Borgere, som har adgang til alkohol på arbejdspladsen/uddannelsesstedet


Tabellen er begrænset til borgere under 65 år i beskæftigelse eller under uddannelse

Fritidsaktiviteter i lokalområdet

Blandt borgere, som deltager i fritidsaktiviteter i lokalområdet, beskrives tilgængeligheden af alkohol (kan fås/købes) i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet. Adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter har betydning for, om der drikkes alkohol disse steder. Forekomsten opgøres udelukkede for 2017, da spørgsmålet ikke tidligere er stillet.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Kan du få/købe alkohol i forbindelse med én eller flere af dine fritidsaktiviteter i det område, hvor du bor?

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har 42 % af borgerne adgang til alkohol i forbindelse med deres fritidsaktiviteter i lokalområdet, svarende til 227.600 personer (Tabel 4.17).

Køn: En større andel af mænd end kvinder har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet.

Alder: Der er kun små forskelle på aldersgrupperne i andelen af borgere, der har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet.

Uddannelse: Andelen, som har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er størst blandt borgere med kortere uddannelser og mindst blandt borgere med længere uddannelser.

Erhvervstilknytning: Der er ingen statistisk signifikante forskelle på adgangen til alkohol mellem grupper med forskellig erhvervstilknytning.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med dansk baggrund.

Tabel 4.17 Borgere, som har adgang til alkohol i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet



4.7 Litteratur

- (1) World Health Organization. European Status Report on Alcohol and Health 2010. Copenhagen, Denmark: World Health Organization Europe; 2010.
- (2) World Health Organization. Global status report on alcohol and health - 2014 ed. Luxembourg: World Health Organization; 2014.
- (3) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (4) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (5) Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Alkohol og helbred København: Sundhedsstyrelsen; 2008.
- (7) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Alkohol. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (8) Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS (red.). Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 2016.
- (9) Anderson P, Møller L, Galea G (red). Alcohol in the European Union - Consumption, harm and policy approaches. Copenhagen: World Health Organization; 2012.
- (10) Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut. Alkoholstatistik 2015. Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen og Statens Serum Institut; 2015.
- (11) Bendtsen P. Adolescent alcohol use: The role of family, school, community and country. København: Københavns Universitet; 2013.
- (12) ESPAD Group. ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2016.
- (13) Vidensråd for Forebyggelse. Løsningsforslag til Vidensråd for Forebyggelses konference d. 24. februar 2014: Vidensråd for Forebyggelse; <http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/loesningsforslag.pdf>.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (15) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.



Kapitel 5

Kost



5 Kost

- Over 80 % af alle borgere lever ikke op til anbefalingerne for hverken frugt og grønt eller fisk
- 12 % af alle borgere har et usundt kostmønster. Der ses en stigning siden 2013
- 62 % af borgere med usundt kostmønster ønsker at spise sundere, og flere ønsker at spise sundere end tidligere. I 2017 ønsker næsten hver anden borger hjælp til at spise sundere
- 12 % af borgere med usundt kostmønster er af egen læge blevet rådet til at spise sundere. Der ses et gradvist fald siden 2010
- Over 50 % af alle borgere har adgang til sodavand, slik eller kager, eller frugt og grønt på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet
- Der er sociale og geografiske forskelle i kostvaner. Forekomsterne af usundt kostmønster og hyppigt forbrug af sodavand er højest blandt borgere med kortere uddannelse, og i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4. Omvendt er forekomsten af hyppigt indtag af slik eller kager højest blandt borgere med længere uddannelser, og i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1

Sunde kostvaner har stor betydning i forhold til opretholdelse og fremme af borgernes sundhed og trivsel. Sunde kostvaner har desuden betydning i forhold til forebyggelse af overvægt, underernæring og en række livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdomme, diabetes, muskel-skeletsygdomme, visse kræftformer og knogleskørhed. Herudover har kost betydning for tandsundheden (1, 2).

De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at 16 % af danskerne har et usundt kostmønster (3). Generelt spiser danskerne for lidt frugt, grønt, kostfibre, fisk og fuldkorn samt for meget tilsat sukker, mættet fedt og salt (4). Siden 2008 er der dog sket en positiv udvikling i voksne danskers kostvaner. Generelt er indtaget af fisk, fedtfattige mælkeprodukter samt grøntsager med et lavt fiberindhold steget, mens indtaget af sukkersødede sodavand er faldet. Samtidigt ses dog også, at indtaget af fuldfed ost, fedtstoffer samt rødt kød, er steget. Herudover er indtaget af rugbrød, frugt, grove grøntsager og kartofler faldet (4).

Usunde kostvaner har alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred og for samfundet. Usund kost er relateret til cirka 143.000 tabte leveår årligt. Det er især et lavt indtag af frugt, grønt, fuldkorn, frø og nødder, og et højt indtag af salt, der er skyld i de mange tabte leveår (5). Over halvdelen af voksne danskere med usunde kostvaner ønsker dog, at spise sundere (6).

En sund kost har mange gavnlige effekter på helbredet. Derfor anbefales befolkningen at følge Fødevarerstyrelsens 10 kostråd. Ved at følge kostrådene dækkes kroppens daglige behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer. Samtidigt forebygges overvægt, og risikoen for udvikling af en række livsstilssygdomme nedsættes. Hovedparten af den danske befolkning kan med fordel leve efter Fødevarerstyrelsens 10 kostråd (7).

Udover kostrådene anvender myndighederne en række mærker, som skal guide borgerne til at træffe sunde valg i forhold til kost. Nøglehullet (8), Fuldkornlogoet (9) og Måltidsmærket er eksempler herpå. Måltidsmærket signalerer, at der serveres sund mad på skoler, ungdomsuddannelser eller arbejdspladser (10).

Fødevarerstyrelsens 10 kostråd (2013)

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

Kommunerne har en stor del af ansvaret og helt unikke muligheder for at skabe sunde rammer på kostområdet for borgerne i lokalmiljøet, blandt andet i institutioner og skoler. Til støtte for det kommunale forebyggende arbejde i forhold til kost har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke på området (11). Siden 2012 er der sket en stigning i antallet af kommuner, som har udarbejdet politikker for arbejdet med mad og måltider i daginstitutioner, plejehjem og ved madudbringning (12).

Med udgangspunkt i Fødevarerstyrelsens kostråd anvendes der i denne rapport en valideret kostscore inden for komponenterne frugt, grønt, fisk og fedt (13). Disse komponenter er gode indikatorer for sundhedsgraden af de overordnede kostvaner. Kostscoren inddeler borgerne i tre kategorier. De tre kategorier er sat med henblik på at identificere personer, der samlet set har et særligt sundt eller usundt kostmønster.

Kategorier i kostscoren

Sundt kostmønster: Generelt sunde kostvaner, typisk med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at de følger flere af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er derfor ikke i et forebyggende perspektiv behov for forbedring af kostvanerne.

Kostmønster med sunde og usunde elementer: Generelt både sunde og usunde kostvaner, typisk med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt. Der er stor variation i gruppens kostvaner, hvor kosten består af både sunde og usunde elementer. Gruppen er kendetegnet ved, at de følger nogle af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er plads til forbedringer af kostvanerne.

Usundt kostmønster: Generelt meget usunde kostvaner, typisk med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Gruppen er kendetegnet ved, at de følger få eller ingen af Fødevarestyrelsens kostråd, og der er et stort behov for forbedringer af kostvanerne.

Kapitlets indhold

Dette kapitel indledes med en beskrivelse af andelen af borgere med usundt kostmønster, og andelen med et kostmønster med sunde og usunde elementer. Dernæst beskrives andelen, der indtager henholdsvis frugt og grøntsager, fisk, fastfood, slik eller kager samt sodavand. Herefter beskrives usundt kostmønster i relation til andre risikofaktorer. Endeligt beskrives borgernes motivation for at ændre kostvaner samt forebyggelse af usunde kostvaner. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

5.1 Usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer

Blandt alle borgere i Region Hovedstaden opgøres andelen med et usundt kostmønster og et kostmønster med sunde og usunde elementer. Blandt disse to grupper er der i høj grad behov for og plads til forbedring af kostvanerne. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Andelen af borgere med sundt kostmønster præsenteres ikke i rapporten, men tabeller kan findes på centrets hjemmeside.

Region Hovedstaden

I 2017 har 12 % af borgerne et usundt kostmønster, svarende til 177.200 personer, mens 67 % af borgerne har et kostmønster med sunde og usunde elementer, svarende til 958.500 personer (Tabel 5.1).

Køn: Andelen af borgere med usundt kostmønster er næsten dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder, mens der ikke er nogen kønsforskel blandt borgere, som har et kostmønster med sunde og usunde elementer.

Alder: Andelen af borgere med et usundt kostmønster er størst blandt de ældre borgere, mens andelen af borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer er størst blandt de 16-44 årige.

Uddannelse: Andelen af borgere med et usundt kostmønster falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere med et usundt kostmønster er mere end fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse. Andelen af borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer er størst blandt borgere med gymnasial uddannelse.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor ofte spiser du brød med følgende slags fedtstof på? (Smør, Kærgården eller tilsvarende; minarine eller plante-margarine; fedt; spiser brød uden fedtstof på)
- Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg? (Pålæg, kød; fiskepålæg; æg; pålægssalater eller mayonnaisesalater)^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad? (Kød; fjerkræ; fisk; grøntsags- eller vegetarretter)^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager? (Blandet salat, råkost; andre rå grøntsager; tilberedte grøntsager)
- Hvor ofte bruger du eller andre i din husholdning følgende slags fedtstof i madlavningen? (Stegemargarine; plante-margarine; smør, Kærgården og lignende; fedt/palmin; olivenolie; majs-, solsikke- eller vindrukerneolie; rapsolie, madolie, salatolie)
- Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med et usundt kostmønster er større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet, sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Sammenlignet med borgere i beskæftigelse er andelen med et usundt kostmønster dobbelt så stor blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister. Andelen af borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med et usundt kostmønster er større blandt enlige sammenlignet med samlevende, mens det omvendte ses blandt borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer. Her er forekomsten større blandt samlevende sammenlignet med enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med et usundt kostmønster er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Derimod er der ingen statistisk signifikant forskel på andelen, som har et kostmønster med sunde og usunde elementer, mellem borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er forekomsten af usundt kostmønster steget fra 10 % i 2013 til 12 % i 2017, og forekomsten af et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 65 % i 2013 til 67 % i 2017. For usundt kostmønster gør stigningen sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt førtidspensionister. For et kostmønster med sunde og usunde elementer gør stigningen sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere med gymnasial uddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er forekomsten af usundt kostmønster steget fra 10 % i 2010 til 12 % i 2017, og forekomsten af et kostmønster med sunde og usunde elementer er steget fra 62 % i 2010 til 67 % i 2017. Stigningerne gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. For usundt kostmønster ses den største stigning blandt borgere med grundskoleuddannelse. For et kostmønster med sunde og usunde elementer ses de største stigninger blandt kvinder, de 16-24 årige, borgere med gymnasial eller videregående uddannelser og borgere i beskæftigelse.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har et usundt kostmønster, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 5 % i bydelen Indre By til 19 % i Brøndby, Ishøj og Glostrup kommuner (Tabel 5.2). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. De fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver lidt tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, som har et kostmønster med sunde og usunde elementer, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 63 % i Gribskov Kommune til 70 % i Dragør Kommune og bydelen Vanløse (Tabel 5.3). Der ses ingen social gradient i forekomsten, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I flere kommuner og bydele er forekomsten af usundt kostmønster steget fra 2013 til 2017. Den største stigning ses i Ballerup og Tårnby kommuner (Tabel 5.2). For kostmønster med sunde og usunde elementer ses stigninger i få kommuner. Den største stigning ses i bydelen Nørrebro (Tabel 5.3).

Udvikling 2010-2017: I mange kommuner og bydele er forekomsten af usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer steget fra 2010 til 2017. For usundt kostmønster ses de største stigninger i Halsnæs, Ballerup, Gribskov, Tårnby og Fredensborg kommuner og i bydelen Amager Vest (Tabel 5.2). For kostmønster med sunde og usunde elementer ses den største stigning i Gladsaxe Kommune (Tabel 5.3).

Usundt kostmønster er mest udbredt blandt

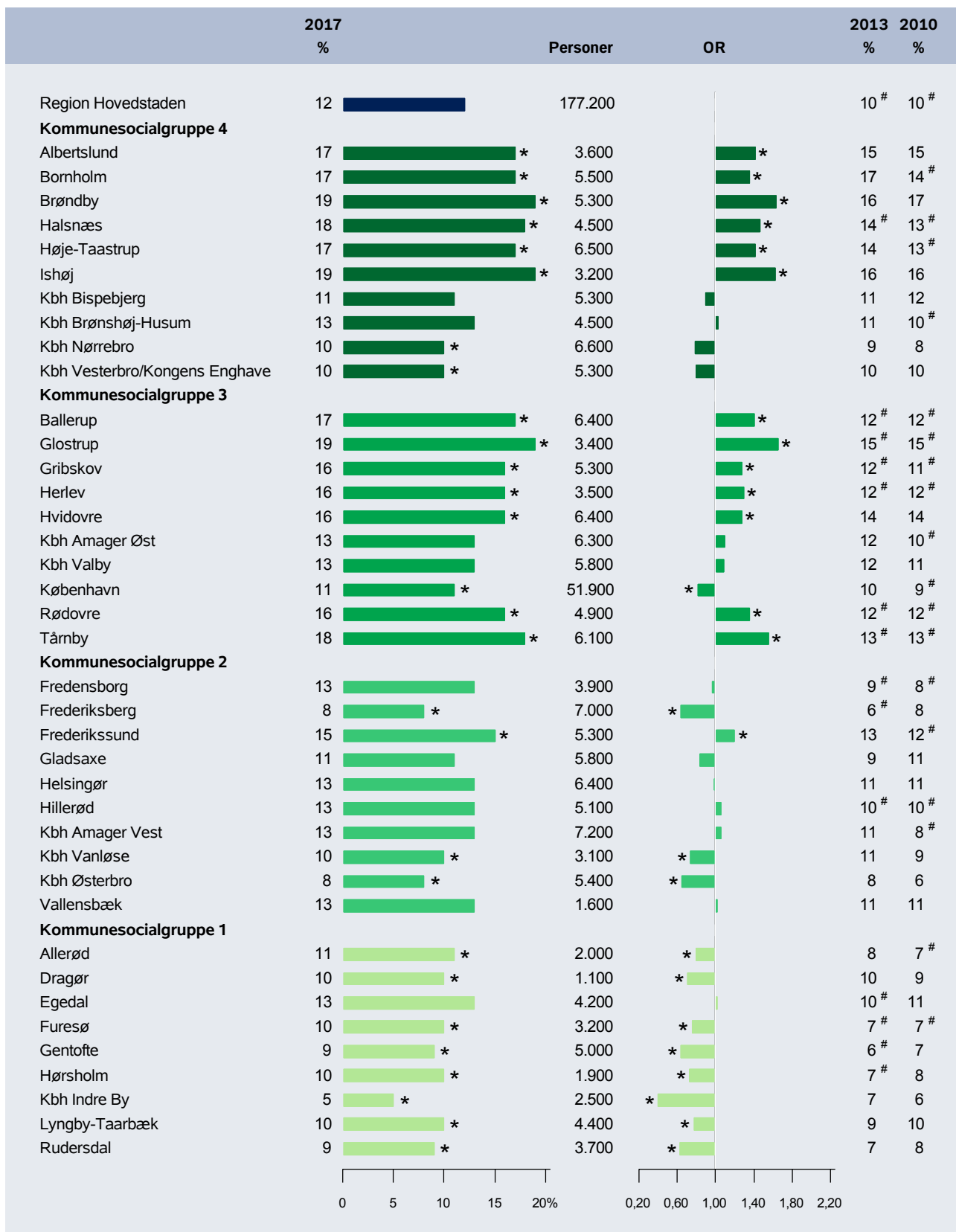
- Mænd
 - De ældste borgere (80+ årige)
 - Borgere med grundskoleuddannelse og uden erhvervstilknytning
 - Enlige
 - Borgere med dansk baggrund
-

Table 5.1 Usundt kostmønster og kostmønster med sunde og usunde elementer

	Usundt kostmønster				Kostmønster med sunde og usunde elementer			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	12	177.200	10 [#]	10 [#]	67	958.500	65 [#]	62 [#]
Køn								
Mand	16	110.400	14 [#]	13 [#]	67	464.200	66 [#]	65 [#]
Kvinde	9	66.900	7 [#]	7 [#]	67	494.300	64 [#]	60 [#]
Alder								
16-24 år	14	28.300	12 [#]	13 [#]	69	139.100	65 [#]	62 [#]
25-34 år	10	27.400	8 [#]	9 [#]	70	185.800	66 [#]	64 [#]
35-44 år	10	24.000	8 [#]	8 [#]	69	168.400	66 [#]	64 [#]
45-54 år	12	28.700	10 [#]	9 [#]	67	162.300	64 [#]	61 [#]
55-64 år	13	24.600	11 [#]	10 [#]	64	121.200	62 [#]	59 [#]
65-79 år	15	33.700	13 [#]	12 [#]	63	141.200	64	62
80+ år	17	10.500	15	15	66	40.500	67	64
Uddannelse								
Under uddannelse	12	26.400	10 [#]	10 [#]	69	149.700	66 [#]	63 [#]
Grundskole	22	49.800	20 [#]	17 [#]	62	141.400	63	62
Gymnasial	11	10.000	8 [#]	8 [#]	71	63.900	65 [#]	64 [#]
Erhvervsfaglig	17	55.300	14 [#]	13 [#]	66	218.500	65	63 [#]
Kort og mellemlang videreg.	7	18.000	5 [#]	5 [#]	68	177.900	64 [#]	61 [#]
Lang videregående	4	6.700	3	3 [#]	68	125.900	64 [#]	61 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	10	78.500	8 [#]	8 [#]	69	524.000	65 [#]	62 [#]
Arbejdsløs	17	3.400	14	16	65	13.200	65	63
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	19	11.600	20	16	63	37.600	61	64
Førtidspensionist	23	8.100	17 [#]	19 [#]	56	20.100	61	59
Pensionist	16	41.100	14 [#]	12 [#]	64	165.800	65	63
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	16	75.400	13 [#]	13 [#]	64	310.800	64	61 [#]
Samlevende	10	73.400	8 [#]	8 [#]	68	507.200	65 [#]	63 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	13	152.800	11 [#]	11 [#]	67	771.800	64 [#]	62 [#]
Andre vestlige lande	8	8.800	5 [#]	6	69	80.500	69	65 [#]
Ikke-vestlige lande	10	15.600	8	7 [#]	66	104.900	65	64

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.2 Usundt kostmønster – kommuner



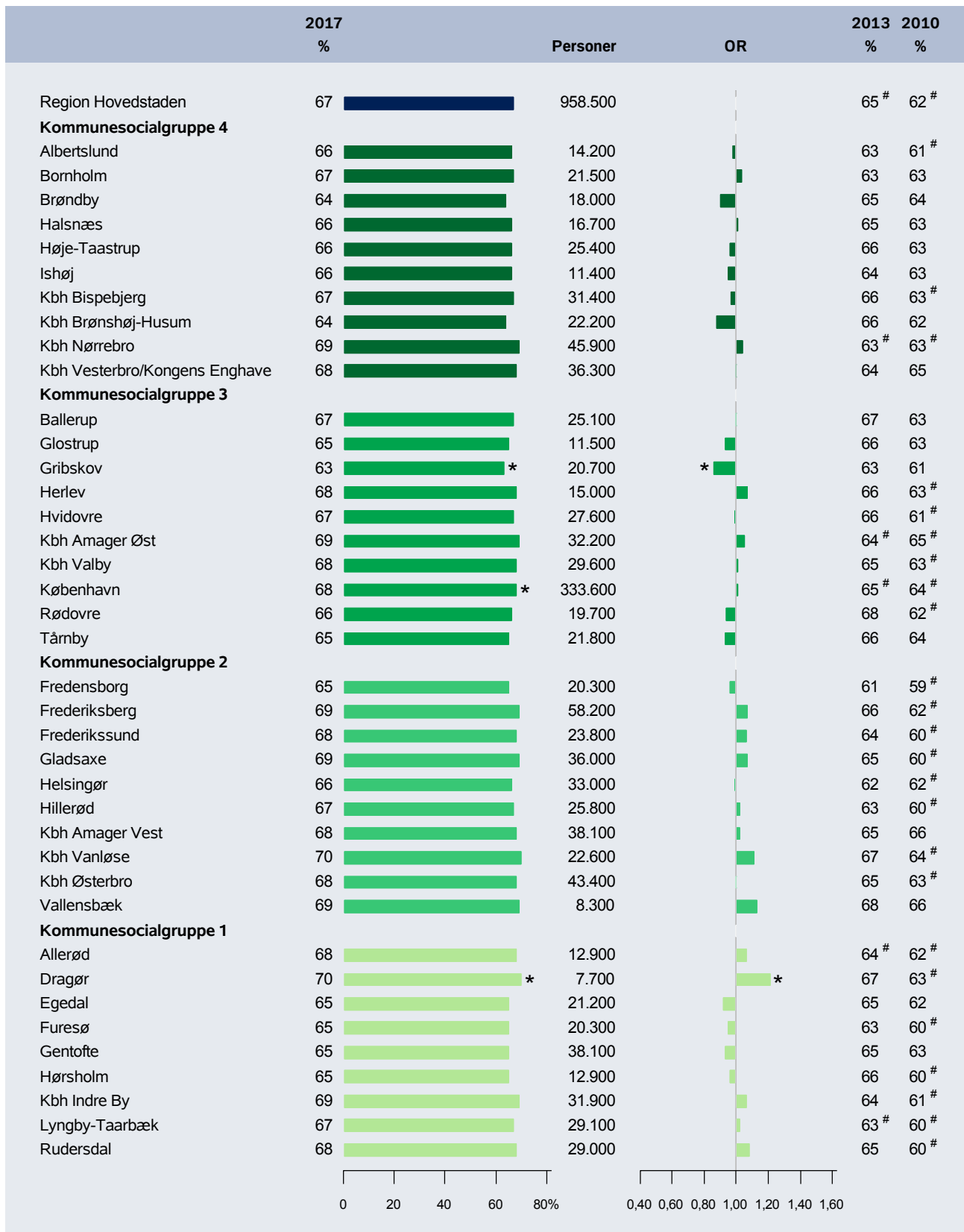
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.3 Kostmønstre med sunde og usunde elementer – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.2 Frugt, grøntsager og fisk

I dette afsnit opgøres andelen af borgere, som ikke lever op til Fødevarestyrelsens kostråd om at spise seks stykker frugt og grøntsager om dagen samt 350 gram fisk om ugen. Opgørelsen af frugt og grøntsager inkluderer alle former for frugt, bær og grøntsager, rå såvel som tilberedte. Der skelnes ikke imellem hvor stor en del af det samlede indtag af frugt og grønt, der udgøres af frugt og hvor stor en del, der udgøres af grøntsager. Opgørelsen af fisk inkluderer fisk til aftensmad samt fiskepålæg. Forekomsten opgøres blandt alle borgere for 2017, 2013 og 2010.

Følgende mængder er benyttet ved omregning af frekvensindtag til styk pr. dag og gram pr. dag, så andelen, som lever op til Fødevarestyrelsens anbefalinger for indtag af frugt og grønt samt fisk, kan estimeres:

- Frugt og grønt: Portionsstørrelse på 100 gram pr. styk frugt eller portion grønt
- Fisk: Portionsstørrelse på 35 gram for fisk som pålæg, og 100 gram for fisk som varm mad

Mængdeanbefalingerne er vedtaget i et samarbejde med DTU Fødevarerinstitutionen.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor ofte spiser du følgende slags pålæg? (Pålæg, kød; fiskepålæg; æg; pålægssalater eller mayonnaisesalater)^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags varm mad? (Kød; fjerkræ; fisk; grøntsags- eller vegetarretter)^a
- Hvor ofte spiser du følgende slags grøntsager? (Blandet salat, råkost; andre rå grøntsager; tilberedte grøntsager)
- Hvor mange portioner frugt plejer du at spise?

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 spiser 88 % af borgerne ikke seks stykker frugt og grønt om dagen (herefter: spiser ikke nok frugt og grønt), svarende til 1.273.600 personer, mens 82 % ikke spiser mindst 350 gram fisk om ugen (herefter: spiser ikke nok fisk), svarende til 1.186.400 personer (Tabel 5.4).

Køn: Andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder, mens der stort set ikke er forskel på andelen af mænd og kvinder, som ikke spiser nok fisk.

Alder: Andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt, stiger lidt med stigende alder. Andelen af borgere, der ikke spiser nok fisk, er størst blandt de 16-54 årige og mindst blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt, falder lidt med stigende uddannelseslængde. Andelen er størst blandt borgere med grundskole-, gymnasial eller

erhvervsfaglig uddannelse. Andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, stiger lidt med stigende uddannelseslængde.

Erhvervstilknytning: Der ses kun mindre forskelle mellem borgere med forskellig erhvervstilknytning, i andelen, som ikke spiser nok frugt eller grønt. Den største andel ses blandt pensionister. Andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen forskel på andelen af enlige og samlevende, som ikke spiser nok frugt og grønt, mens andelen, som ikke spiser nok fisk, er større blandt samlevende sammenlignet med enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt, og andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, er størst blandt borgere med dansk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt, steget fra 87 % i 2013 til 88 % i 2017, og andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, er steget fra 81 % i 2013 til 82 % i 2017. For frugt og grønt gør stigningen sig gældende i flere sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere med gymnasial uddannelse. For fisk ses stigninger i enkelte sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 65-79 årige. Blandt de 35-44 årige ses dog et fald.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen, som ikke spiser nok frugt og grønt, steget fra 84 % i 2010 til 88 % i 2017, mens andelen, som ikke spiser nok fisk er steget fra 81 % i 2010 til 82 % i 2017. For frugt og grønt gør stigningen sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere med kort og mellemlang videregående uddannelse. For fisk gør stigningen sig gældende i få sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 45-54 årige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt om dagen, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 84 % i bydelen Bispebjerg til 92 % i Halsnæs Kommune (Tabel 5.5). Der ses ingen social gradient i forekomsten, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 79 % i Bornholms Regionskommune og Hørsholm kommune til 85 % i bydelen Nørrebro (Tabel 5.6). Der ses ingen social gradient i forekomsten, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.





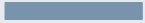
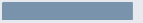














































Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner er andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt om dagen, og andelen, som ikke spiser nok fisk, steget fra 2013 til 2017 (Tabel 5.5 og Tabel 5.6). For andelen, som ikke spiser nok frugt og grønt, ses den største stigning i Fredensborg Kommune, og for andelen, som ikke spiser nok fisk, ses den største stigning

i Furesø Kommune. For fisk ses desuden et fald i Rudersdal Kommune.

Udvikling 2010-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere, som ikke spiser nok frugt og grønt

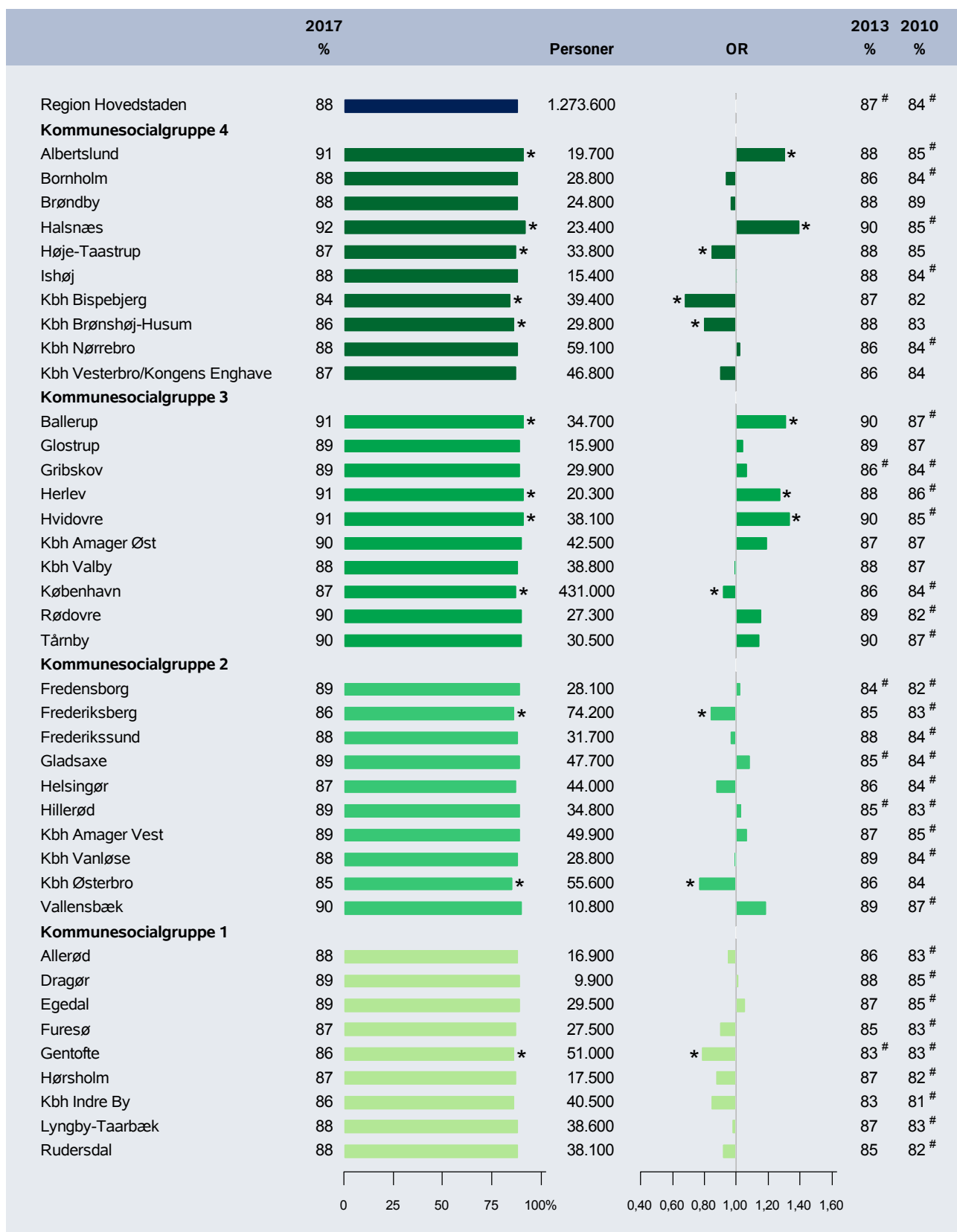
om dagen, steget fra 2010 til 2017. Den største stigning ses i Rødovre Kommune (Tabel 5.5). Andelen af borgere, som ikke spiser nok fisk, er steget i København, Fredensborg og Furesø kommuner. I en enkelt kommune, Brøndby, ses et fald fra 2010 til 2017 (Tabel 5.6).

Tabel 5.4 Spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen, og spiser ikke mindst 350 gram fisk om ugen

	Ikke nok frugt og grønt				Ikke nok fisk			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	88 	1.273.600	87 [#]	84 [#]	82 	1.186.400	81 [#]	81 [#]
Køn								
Mand	91 	638.600	90	89 [#]	81 	569.400	80	80
Kvinde	85 	635.000	83 [#]	80 [#]	82 	617.000	82	81 [#]
Alder								
16-24 år	86 	179.000	86	83 [#]	85 	175.900	84	83
25-34 år	87 	233.100	86	84 [#]	85 	227.000	85	84
35-44 år	87 	212.500	86	84 [#]	84 	206.600	86 [#]	85
45-54 år	88 	215.300	86 [#]	83 [#]	85 	208.300	83 [#]	82 [#]
55-64 år	89 	170.500	87 [#]	83 [#]	80 	154.800	79	79
65-79 år	89 	203.000	89	87 [#]	74 	169.000	71 [#]	73
80+ år	91 	60.200	90	88 [#]	66 	44.800	65	68
Uddannelse								
Under uddannelse	86 	191.900	86	83 [#]	85 	190.200	85	84
Grundskole	90 	207.500	89	87 [#]	77 	179.900	76	77
Gymnasial	90 	82.500	86 [#]	84 [#]	84 	76.600	82	82
Erhvervsfaglig	90 	300.800	90	86 [#]	80 	268.400	79	81
Kort og mellemlang videreg.	88 	231.900	85 [#]	81 [#]	83 	218.300	82	81 [#]
Lang videregående	86 	160.000	83 [#]	81 [#]	84 	156.000	83	83
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	88 	678.300	86 [#]	83 [#]	84 	647.900	84	84
Arbejdsløs	89 	18.200	87	87	81 	16.700	80	81
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	86 	51.600	86	87	80 	48.600	81	77
Førtidspensionist	87 	31.700	88	83 [#]	76 	28.300	76	76
Pensionist	90 	241.000	89	87 [#]	72 	194.900	71	72
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	88 	435.100	88	85 [#]	79 	392.400	79	78
Samlevende	88 	658.000	86 [#]	84 [#]	82 	616.600	82	82
Etnisk baggrund								
Danmark	89 	1.041.200	88 [#]	85 [#]	83 	967.000	82 [#]	82 [#]
Andre vestlige lande	83 	98.500	82	81	82 	96.800	81	80
Ikke-vestlige lande	82 	132.400	81	78 [#]	74 	121.200	72	71 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.5 Spiser ikke seks stykker frugt og grønt om dagen – kommuner



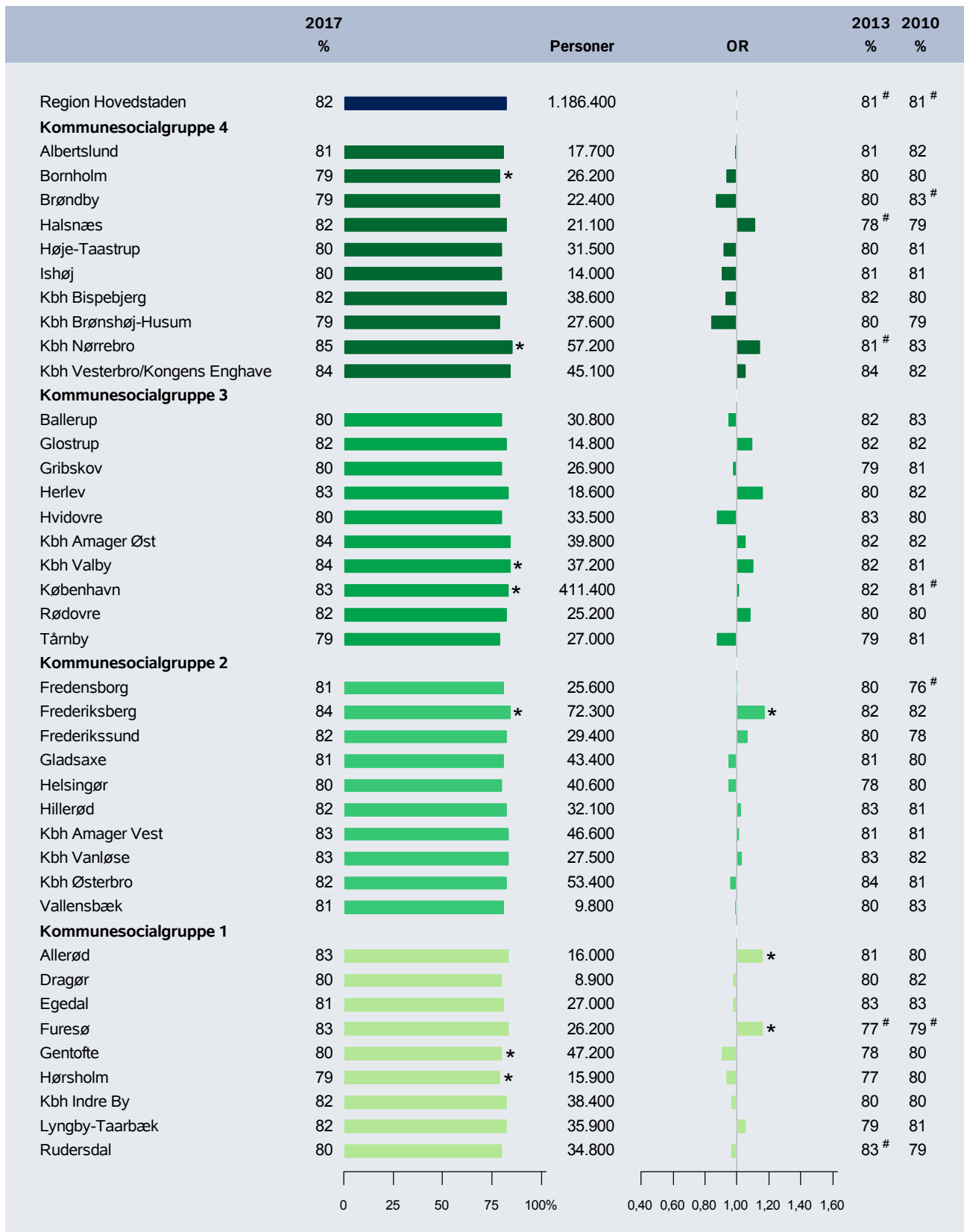
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.6 Spiser ikke mindst 350 gram fisk om ugen – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.3 Fastfood

Fastfood omfatter mad med et højt indhold af energi og fedt. Det drejer sig om mad fra pizzeriaer, burgerbarer, shawarma-barer og lignende. Blandt alle borgere opgøres andelen, som spiser fastfood mindst én gang om ugen for 2017. Der opgøres ikke forekomst for 2013 og 2010, da spørgsmålet om fastfood ikke er stillet på samme måde eller har samme svarkategorier som i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? (Mad fra pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m)^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 spiser 27 % af borgerne fastfood mindst én gang om ugen, svarende til 388.000 personer (Tabel 5.7).

Køn: En større andel mænd end kvinder spiser fastfood mindst én gang om ugen. Det drejer sig om hver tredje mand og hver femte kvinde.

Alder: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er størst blandt de 16-24 årige og falder med stigende alder. Blandt unge under 25 år spiser næsten halvdelen fastfood mindst én gang om ugen, mens det blandt borgere på 65 år eller derover gælder hver tyvende.

Uddannelse: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er størst blandt borgere under uddannelse og borgere med gymnasial uddannelse, og mindst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er størst blandt arbejdsløse og langtidssyge borgere og mindst blandt pensionister.

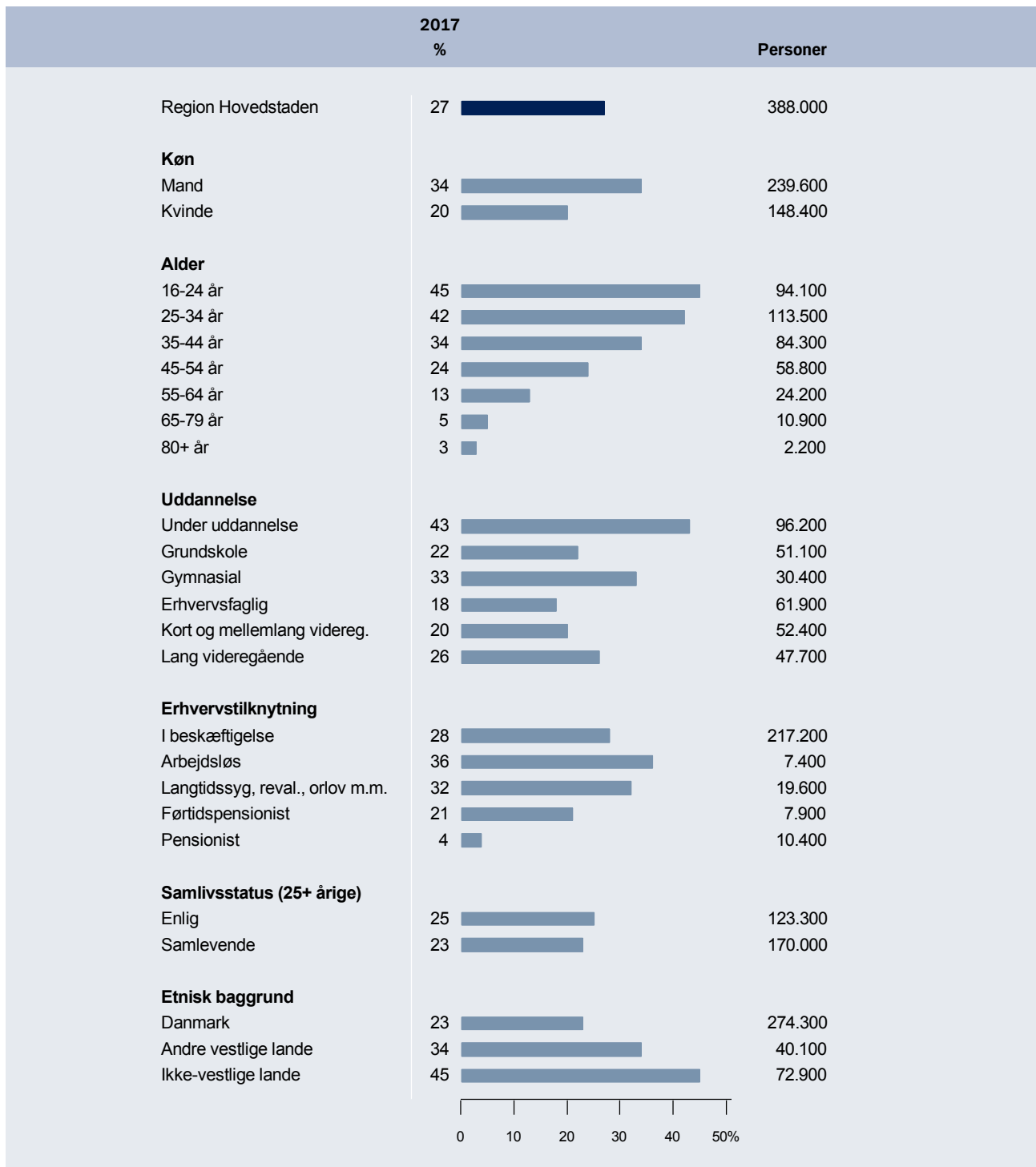
Samlevsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, er dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

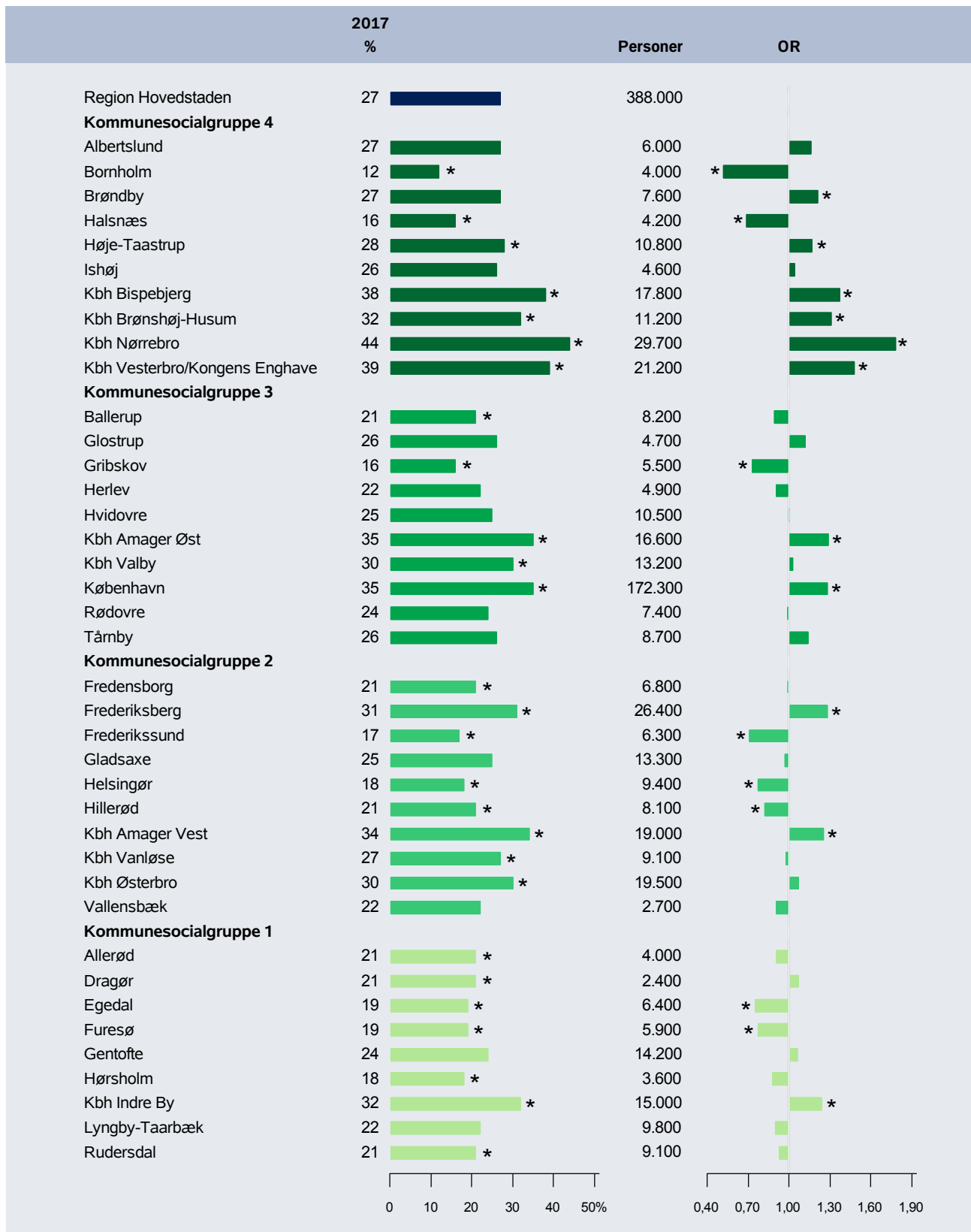
Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som spiser fastfood mindst én gang om ugen, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 12 % i Bornholms Regionskommune til 44 % i bydelen Nørrebro (Tabel 5.8). Generelt ses de højeste forekomster i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune. Halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele, ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper.

Tabel 5.7 Spiser fastfood mindst én gang om ugen



Tabel 5.8 Spiser fastfood mindst én gang om ugen – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

5.4 Slik eller kager, og sodavand

Blandt alle borgere opgøres andelen, som spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen, og andelen, som drikker sodavand mindst tre gange om ugen. Betegnelsen slik og kager dækker i det følgende over kager, chokolade, is og slik, mens sodavand omfatter sodavand, saft og lignende med sukker. For både slik eller kager, og sodavand opgøres forekomsten for 2017, 2013 og 2010.

Tendenserne, som ses i tabellerne for sodavand ses ligeledes for energidrik, hvorfor resultater for energidrik ikke opgøres i rapporten. Tabeller for energidrik kan findes på centrets hjemmeside.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor ofte spiser eller drikker du følgende? (Kager, chokolade, is og slik; sodavand, cola, saft og lignende med sukker; sodavand, cola, saft og lignende uden sukker)^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 spiser 13 % slik eller kager mindst fem gange om ugen (herefter: borgere, som ofte spiser slik eller kager), svarende til 184.300 personer, mens 16 % af borgerne drikker sodavand mindst tre gange om ugen (herefter: borgere, som ofte drikker sodavand), svarende til 238.600 personer (Tabel 5.9).

Køn: Andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd. Derimod er andelen, som ofte drikker sodavand, større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, er størst blandt borgere, som er 80 år eller derover. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er størst blandt de 16-24 årige og falder med stigende alder indtil 65-79 års alderen.

Uddannelse: Andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, stiger med stigende uddannelseslængde. Omvendt falder andelen, som ofte drikker sodavand med stigende uddannelseslængde. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er cirka dobbelt så stor blandt borgere med en grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med en lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem erhvervstilknytningsgrupperne i andelen, som ofte spiser slik og kager. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet sammenlignet med borgere i beskæftigelse og pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen forskel på enlige og samlevende i forhold til indtag af slik eller kager. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen, som ofte spiser slik eller kager, er større blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund. Modsat er der en større andel borgere med ikke-vestlig baggrund, som ofte drikker sodavand sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, faldet fra 20 % i 2013 til 13 % i 2017. Faldet gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere på 80 år eller derover. Modsat er andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, steget fra 14 % i 2013 til 16 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 16-24 årige og borgere under uddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, faldet fra 19 % i 2010 til 13 % i 2017. Faldet gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere på 80 år eller derover. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er faldet fra 18 % i 2010 til 16 % i 2017. Faldet gør sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt de 16-24 årige.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 9 % i Ishøj Kommune til 15 % i Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommuner (Tabel 5.10). En lille håndfuld kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Der ses således en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Den sociale gradient bliver lidt mindre tydelig, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 11 % i Gentofte Kommune til 24 % i Ishøj Kommune (Tabel 5.11). Der ses lave forekomster i en håndfuld af de københavnske bydele samt i Frederiksberg Kommune. Halvdelen af kommuner og bydele fra kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet. Der ses således en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, også efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere, som ofte spiser slik eller kager, er faldet i alle kommuner og bydele (Tabel 5.10). Det største fald ses i Hørsholm Kommune. Andelen af borgere, som ofte drikker sodavand, er steget i enkelte kommuner og bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 5.11). Den største stigning ses i bydelen Brønshøj-Husum og Albertslund, Ballerup og Rudersdal kommuner.

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere, som ofte spiser slik og kager, er faldet i alle kommuner og bydele, på nær Ballerup Kommune, hvor der ikke er sket nogen statistisk signifikant ændring fra 2010 til 2017 (Tabel 5.10). Det største fald ses i Ishøj Kommune og bydelen Østerbro. Andelen af borgere, som ofte

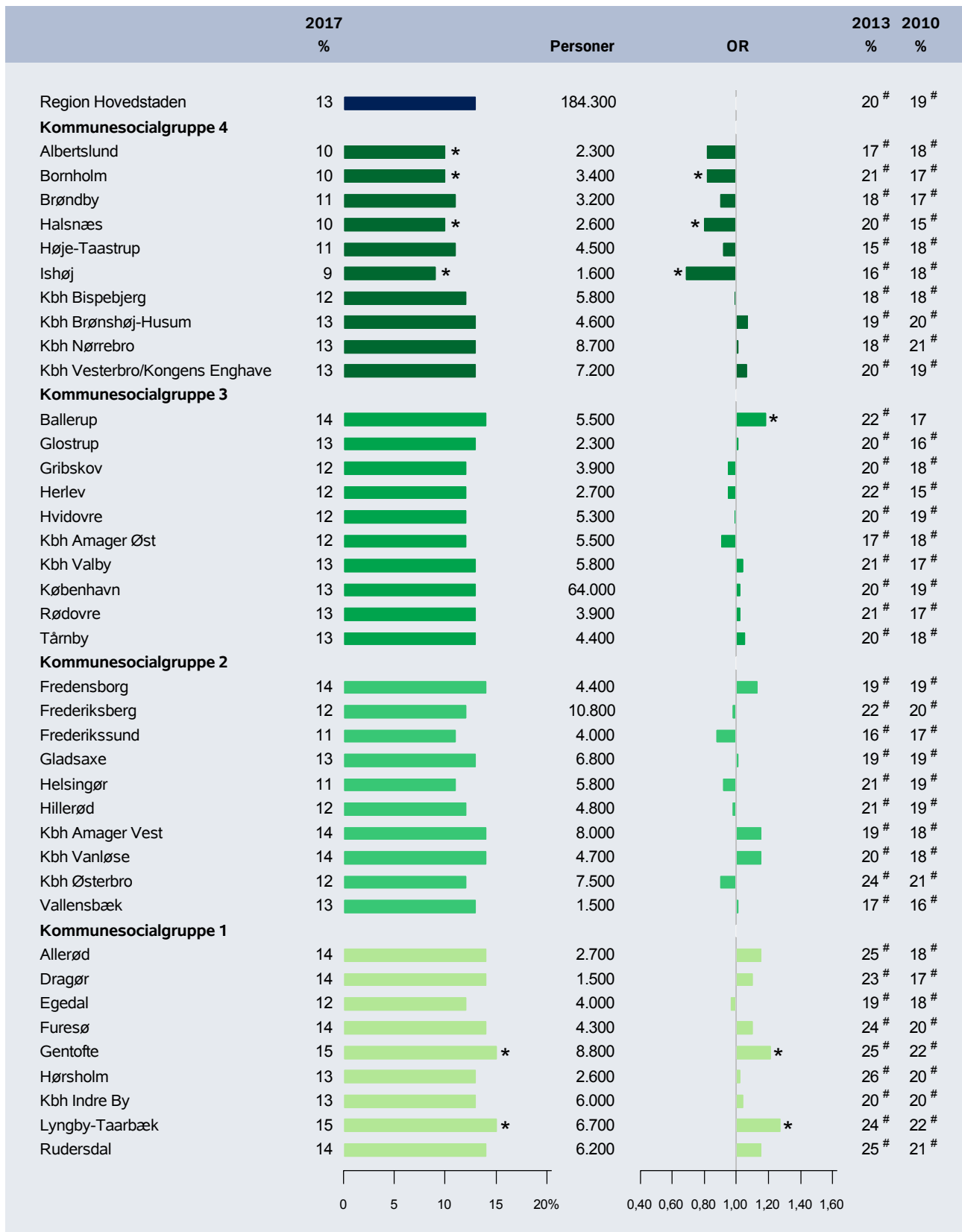
drikker sodavand, er faldet i enkelte kommuner (Tabel 5.11). Det største fald ses i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. Der ses desuden en stigning i en enkelt kommune, Bornholms Regionskommune.

Table 5.9 Spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen, og drikker sodavand mindst tre gange om ugen

	Slik eller kager				Sodavand			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	13	184.300	20 [#]	19 [#]	16	238.600	14 [#]	18 [#]
Køn								
Mand	10	73.800	18 [#]	18 [#]	20	144.300	19 [#]	24 [#]
Kvinde	15	110.500	22 [#]	20 [#]	13	94.200	10 [#]	12
Alder								
16-24 år	11	23.300	16 [#]	18 [#]	28	58.900	24 [#]	33 [#]
25-34 år	13	35.700	21 [#]	20 [#]	20	52.800	17 [#]	23 [#]
35-44 år	15	35.900	24 [#]	22 [#]	18	42.800	15 [#]	18
45-54 år	13	30.900	21 [#]	19 [#]	14	33.800	13	15 [#]
55-64 år	11	22.000	19 [#]	15 [#]	11	21.300	9 [#]	10
65-79 år	11	24.800	18 [#]	15 [#]	8	19.000	8	9
80+ år	17	11.700	31 [#]	28 [#]	15	9.900	15	16
Uddannelse								
Under uddannelse	12	27.500	18 [#]	18 [#]	24	54.200	19 [#]	26
Grundskole	11	26.700	18 [#]	17 [#]	22	51.000	19 [#]	21
Gymnasial	12	10.900	20 [#]	20 [#]	17	15.400	14 [#]	21 [#]
Erhvervsfaglig	11	35.400	19 [#]	17 [#]	16	54.400	16	19 [#]
Kort og mellemlang videreg.	14	37.800	23 [#]	21 [#]	11	28.000	9 [#]	12 [#]
Lang videregående	16	30.300	26 [#]	23 [#]	9	16.200	8	10
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	13	98.100	21 [#]	19 [#]	15	117.000	14 [#]	18 [#]
Arbejdsløs	12	2.400	20 [#]	17 [#]	18	3.700	19	23
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	14	8.400	21 [#]	19 [#]	26	15.500	25	24
Førtidspensionist	15	5.700	21 [#]	19 [#]	20	7.400	17	20
Pensionist	12	33.400	21 [#]	18 [#]	10	27.300	9	11
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	13	66.600	20 [#]	19 [#]	16	80.800	14 [#]	17
Samlevende	13	94.200	22 [#]	19 [#]	13	98.600	12 [#]	15 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	13	151.200	21 [#]	19 [#]	16	189.100	14 [#]	17 [#]
Andre vestlige lande	14	16.400	22 [#]	20 [#]	10	12.400	10	13 [#]
Ikke-vestlige lande	10	16.600	16 [#]	16 [#]	23	36.800	20	27 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.10 Spiser slik eller kager mindst fem gange om ugen – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 5.11 Drikker sodavand mindst tre gange om ugen – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	16	238.600		14 [#]	18 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	22 *	4.900	*	17 [#]	21
Bornholm	20 *	6.700	*	18	17 [#]
Brøndby	21 *	5.900	*	18	22
Halsnæs	20 *	5.000	*	18	21
Høje-Taastrup	20 *	8.000	*	17	22
Ishøj	24 *	4.200	*	22	24
Kbh Bispebjerg	19	8.700		16	22
Kbh Brønshøj-Husum	21 *	7.200	*	16 [#]	19
Kbh Nørrebro	13 *	9.100	*	13	18 [#]
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	14 *	7.500	*	15	20 [#]
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	20 *	7.500	*	15 [#]	19
Glostrup	19	3.400		19	22
Gribskov	18	6.200	*	15 [#]	19
Herlev	20 *	4.400	*	18	21
Hvidovre	19	8.000		16	21
Kbh Amager Øst	17	7.900	*	15	20 [#]
Kbh Valby	18	7.800		15	21 [#]
København	16 *	77.200	*	15	18 [#]
Rødovre	19 *	5.900	*	18	19
Tårnby	19	6.400	*	16	22
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	17	5.300		15	17
Frederiksberg	12 *	10.100	*	9	14 [#]
Frederikssund	18	6.400		14	18
Gladsaxe	18	9.600		14	18
Helsingør	16	8.200		13	17
Hillerød	18	7.100		14 [#]	17
Kbh Amager Vest	17	9.400		16	18
Kbh Vanløse	15	5.100	*	16	15
Kbh Østerbro	13 *	8.700	*	12	17 [#]
Vallensbæk	17	2.100		15	20
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	14 *	2.600		12	15
Dragør	14 *	1.600		13	14
Egedal	17	5.600		14	16
Furesø	15	4.800		12	15
Gentofte	11 *	6.700	*	9	14
Hørsholm	12 *	2.400	*	11	14
Kbh Indre By	12 *	5.900	*	12	13
Lyngby-Taarbæk	14 *	6.300	*	12	15
Rudersdal	14 *	6.100		9 [#]	13

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

5.5 Usundt kostmønster i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere med usundt kostmønster, og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 31 % af borgere med et usundt kostmønster, som er dagligrygere, mens det gælder 16 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 5.12). Forekomsten opgøres for 2017.

Borgere, som har et usundt kostmønster, har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med borgere i regionen som helhed. I det følgende beskrives de mest markante forskelle.

Andelen af borgere, som ryger dagligt og andelen, som ikke overholder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er markant større blandt borgere med usundt kostmønster sammenlignet med regionen som helhed. Andelen af dagligrygere er dobbelt så stor. For storforbrug af alkohol, svær overvægt, mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og ensomhed, er forskellen i forekomsten mellem borgere med usundt kostmønster og borgere i regionen som helhed også markante.

Tabel 5.12 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med usundt kostmønster og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Usundt kostmønster %	Region Hovedstaden %
Dagligrygning	31*	16
Storforbrug af alkohol	12*	8
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	43*	26
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	17*	14
Svær overvægt	19*	13
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	22*	15
Højt stressniveau	32*	26
Ensomhed	12*	8

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

5.6 Motivation for at ændre kostvaner

Dette afsnit beskriver borgernes ønske om at ændre deres kostvaner, om de ønsker hjælp dertil og om de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at spise sundere. Forekomsten opgøres blandt borgere med et usundt kostmønster for 2017 og hvor det er muligt for 2013 og 2010. Spørgsmålene om støtte og hjælp, og opbakning fra omgangskredsen er nye i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Vil du gerne spise mere sundt?
- Hvis du vil spise sundere, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?
- Har du opbakning til at spise sundere fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?
- Hvordan vurderer du dine kostvaner alt i alt?

5.6.1 Selvvurderede kostvaner, ønsker at spise sundere og mangler opbakning fra omgangskredsen

I Region Hovedstaden vurderer 21 % af borgere med usundt kostmønster, at deres kostvaner er usunde/meget usunde, svarende til 36.800 borgere (Tabel 5.13), mens det gælder 5 % blandt borgere med et kostmønster med sunde og usunde elementer, svarende til 48.100 personer (resultater ikke vist). Blandt borgere med usundt kostmønster, som vurderer deres kostvaner som usunde, ønsker 79 % at spise sundere, svarende til 28.800 personer. Blandt disse borgere ønsker 64 % hjælp til at spise sundere, svarende til 18.400 personer. Ud af de 18.400 personer, som ønsker hjælp til at spise sundere, angiver

39 %, at de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at spise sundere, svarende til 7.200 personer. Det er især borgere, som mangler opbakning til at spise sundere, som har særlig brug for støtte fra læge, kommune, hospital, arbejdsplads, uddannelsesinstitutioner mm. Blandt alle borgere med usundt kostmønster, som ønsker hjælp til at spise sundere, er andelen, som mangler opbakning fra omgangskredsen, størst blandt de 45-54 årige og borgere på 65 år eller derover, langtidssyge samt enlige (op til 42 %) (se tabel på centrets hjemmeside).

Motivation for adfærdændring, ønske om hjælp til at spise sundere og mangel på opbakning fra omgangskredsen er cirka dobbelt så stor blandt borgere med usundt kostmønster, som selv vurderer, at de har usunde kostvaner sammenlignet med

borgere med usundt kostmønster, som selv mener, de har sunde kostvaner. Der er således et særligt forebyggelsespotentiale blandt borgere med usundt kostmønster, som også selv vurderer, at deres kostvaner er usunde.

Tabel 5.13 Selvvurderede kostvaner, ønske om at spise sundere, ønske om hjælp og mangler opbakning fra omgangskredsen blandt borgere med et usundt kostmønster

Selvvurderede kostvaner i 2017			Vil gerne spise sundere		Ønsker hjælp til at spise sundere*		Mangler opbakning fra omgangskreds til at spise sundere**	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Meget sunde eller sunde	16	27.800	41	11.400	28	3.100	24	700
Nogenlunde sunde	63	112.000	63	69.700	41	28.200	27	7.500
Usunde eller meget usunde	21	36.800	79	28.800	64	18.400	39	7.200

* Blandt borgere, som ønsker at spise sundere

** Blandt borgere, som ønsker at spise sundere og ønsker hjælp til dette

5.6.2 Motivation for at ændre kostvaner blandt borgere med usundt kostmønster

Region Hovedstaden

Blandt alle borgere med usundt kostmønster ønsker i alt 62 %, at spise sundere, svarende til 110.000 personer, og i alt 46 % af disse ønsker hjælp til at spise sundere, svarende til 49.700 personer (Tabel 5.14).

Køn: Blandt borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og blandt dem, som ønsker hjælp dertil, er andelen større for kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og andelen heraf, som ønsker hjælp til at spise sundere, er størst blandt de yngste borgere og falder med stigende alder. Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er således mere end dobbelt så stor blandt de 16-44 årige sammenlignet med borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, er størst blandt borgere med gymnasial uddannelse og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse. Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem uddannelsesgrupper i andelen med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og ønsker hjælp hertil.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og andelen heraf, som ønsker hjælp hertil, er størst blandt langtids syge borgere og mindst blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ikke statistisk signifikant forskel i ønsket om at spise sundere blandt enlige og samlevende borgere med usundt kostmønster. Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere og herudover ønsker hjælp hertil, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og andelen heraf som ønsker hjælp til at spise sundere, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, steget fra 56 % i 2013 til 62 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i over halvdelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt langtids syge borgere.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, steget fra 58 % i 2010 til 62 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 35-44 årige.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 47 % i Lyngby-Taarbæk Kommune til 73 % i bydelen Amager Øst (Tabel 5.15). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

På grund af få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele, kan der ikke opgøres resultater for borgere med et usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, og ønsker hjælp hertil, på tværs af kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner og bydele er andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, steget markant fra 2013 til 2017. Den største stigning ses i Vallensbæk Kommune. I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere med usundt kostmønster,

som ønsker at spise sundere, dog ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Det kan skyldes, at tabellen bygger på få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele.

Udvikling 2010-2017: I enkelte kommuner og bydele er andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at

spise sundere steget markant fra 2010 til 2017. Den største stigning ses i Helsingør Kommune. I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere, dog ikke statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017. Det kan skyldes, at tabellen bygger på få besvarelser i enkelte kommuner og bydele.

Table 5.14 Borgere med usundt kostmønster, som ønsker at spise sundere og ønsker hjælp dertil

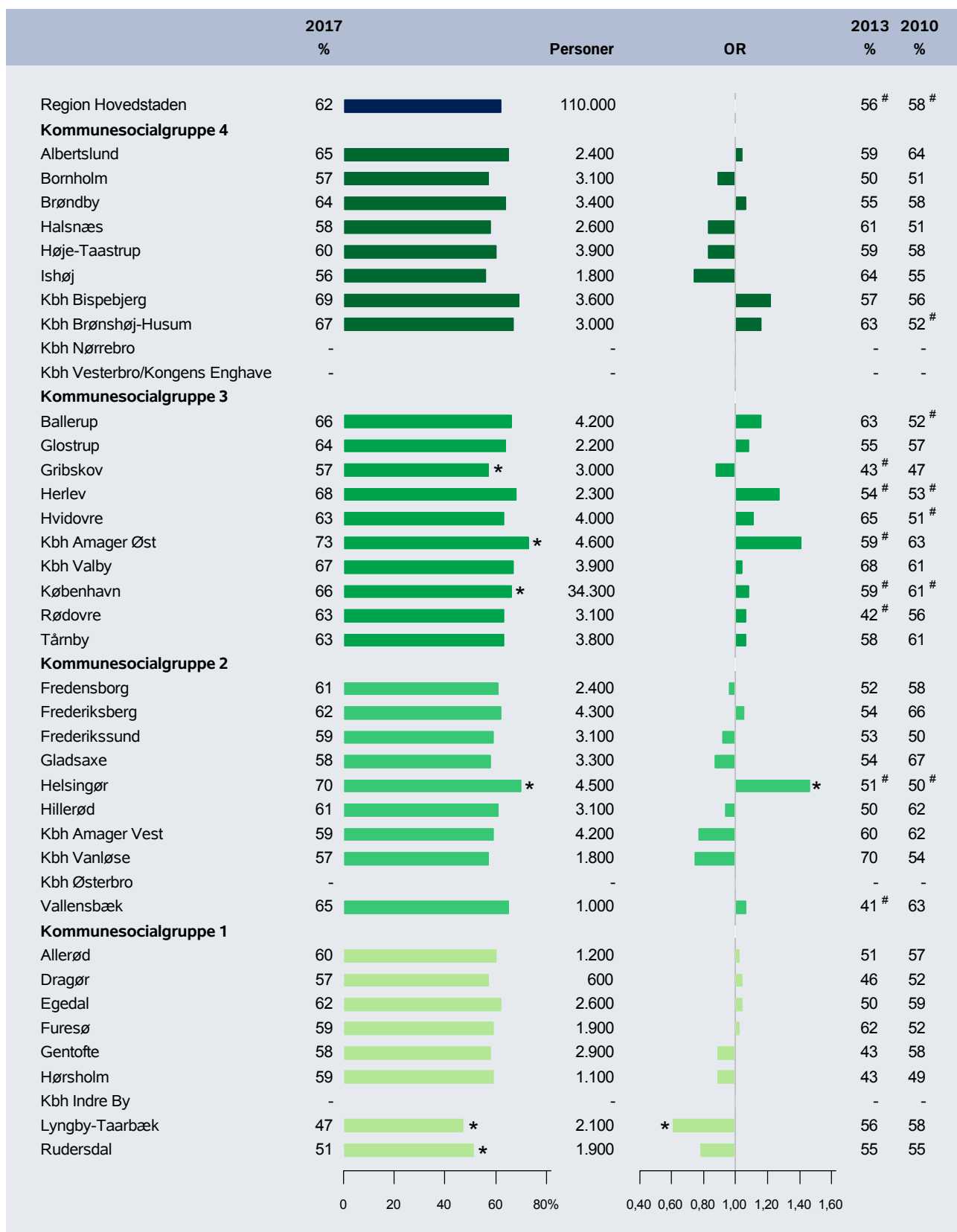
	Ønsker at spise sundere				Ønsker hjælp til at spise sundere*	
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	62	110.000	56 [#]	58 [#]	46	49.700
Køn						
Mand	58	64.100	50 [#]	53 [#]	42	26.900
Kvinde	69	45.900	67	67	50	22.800
Alder						
16-24 år	73	20.800	71	72	51	10.600
25-34 år	80	22.000	74	77	49	10.800
35-44 år	75	18.000	69	65 [#]	50	9.000
45-54 år	65	18.600	55 [#]	60 [#]	45	8.300
55-64 år	55	13.500	46 [#]	46 [#]	40	5.400
65-79 år	42	14.000	37 [#]	37 [#]	33	4.600
80+ år	31	3.100	27	26	37	1.100
Uddannelse						
Under uddannelse	74	19.600	72	72	49	9.700
Grundskole	56	27.500	49 [#]	52	49	13.200
Gymnasial	72	7.200	68	65	43	3.000
Erhvervsfaglig	59	32.300	51 [#]	54 [#]	42	13.600
Kort og mellemlang videreg.	66	11.900	58 [#]	64	46	5.400
Lang videregående	61	4.100	57	60	42	1.700
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	68	53.500	63 [#]	64 [#]	45	24.000
Arbejdsløs	-	-	-	-	-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	71	8.200	59 [#]	66	59	4.800
Førtidspensionist	59	4.800	52	57	54	2.600
Pensionist	39	15.900	35 [#]	34 [#]	32	5.000
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	60	44.900	53 [#]	56 [#]	47	20.800
Samlevende	61	44.300	53 [#]	54 [#]	41	18.200
Etnisk baggrund						
Danmark	61	92.700	55 [#]	57 [#]	45	41.500
Andre vestlige lande	65	5.700	57	56	-	-
Ikke-vestlige lande	74	11.500	69	74	57	6.500

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

* Blandt borgere, som gerne vil spise sundere

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

Table 5.15 Borgere med sundt kostmønster, som ønsker at spise sundere – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

5.7 Forebyggelse af usunde kostvaner

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd, blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler dels den individrettede forebyggelse i form af råd fra egen læge, og information og tilbud om hjælp til ændring

af kostvaner inden for det seneste år, og dels den strukturelle forebyggelse i form af tilgængelighed af sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet, og i lokalområdet.

5.7.1 Råd om ændring af kostvaner fra egen læge

Råd om ændring af kostvaner fra egen læge opgøres blandt borgere med usundt kostmønster, som har været ved egen læge inden for det seneste år, og af egen læge er blevet rådet til at ændre kostvaner. Dette afsnit bygger på et spørgsmål, som ikke tidligere er præsenteret i Sundhedsprofilen, men som er blevet stillet siden 2010 og forekomsten opgøres derfor for 2017, 2013 og 2010. På grund af få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele, kan der ikke opgøres forekomster for kommuner og bydele.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at ændre dine kostvaner?

Region Hovedstaden

I 2017 er 12 % af borgere med usundt kostmønster i Region Hovedstaden, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet til kostændring af egen læge, svarende til 15.500 personer (Tabel 5.16).

Køn: En lige stor andel mænd som kvinder med usundt kostmønster er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge.

Alder: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge, er størst blandt de 45-64 årige og mindst blandt de ældste borgere.

Uddannelse: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge, falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er næsten dobbelt så stor

blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser.

Erhvervstilknytning: Blandt borgere med usundt kostmønster er en større andel langtidssyge borgere og førtidspensionister blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge sammenlignet med borgere i beskæftigelse og pensionister.









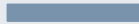







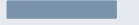
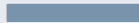
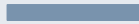
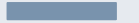





Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge, er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

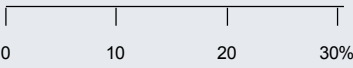
Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge, mellem borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge, ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Dette gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper, på nær blandt langtidssyge borgere, hvor der ses et markant fald.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til kostændring af egen læge, faldet fra 14 % i 2010 til 12 % i 2017. Faldet gør sig gældende i enkelte sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt de 55-64 årige.

Table 5.16 Borgere med usundt kostmønster, som er blevet rådet til at ændre kostvaner af egen læge

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	12 	15.500	13	14 [#]
Køn				
Mand	12 	9.500	14	15
Kvinde	11 	5.900	12	13
Alder				
16-24 år	11 	2.200	10	10
25-34 år	10 	1.800	9	10
35-44 år	10 	1.800	14	13
45-54 år	15 	3.100	16	18
55-64 år	15 	2.900	19	23 [#]
65-79 år	12 	3.200	13	13
80+ år	7 	600	11	9
Uddannelse				
Under uddannelse	8 	1.500	8	6
Grundskole	16 	6.000	18	19
Gymnasial	11 	800	11	13
Erhvervsfaglig	12 	4.800	14	14
Kort og mellemlang videreg.	9 	1.300	9	11
Lang videregående	9 	400	5	11
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	10 	5.900	12	15 [#]
Arbejdsløs	-	-	-	-
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	17 	1.600	33 [#]	20
Førtidspensionist	22 	1.400	19	23
Pensionist	10 	3.300	13	12
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	13 	7.400	15	16 [#]
Samlevende	11 	5.900	13	13 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	12 	13.300	13	14 [#]
Andre vestlige lande	12 	700	14	14
Ikke-vestlige lande	13 	1.400	16	16



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

- På grund af få besvarelser er nogle estimater for usikre og dermed ikke opgjort

5.7.2 Information og tilbud om hjælp til ændring af kostvaner

Borgere i Region Hovedstaden er blevet spurgt til, hvorvidt de inden for de seneste 12 måneder har fået information om, at man kan få hjælp til at ændre kostvaner fra forskellige kilder i samfundet samt om de har taget imod hjælp fra nogle af disse. Den samme borger kan således have fået information eller taget imod tilbud fra flere kilder og dermed indgå flere steder i tabellen nedenfor. Blandt borgere med usundt kostmønster opgøres forekomsten for 2017 og 2013, men ikke for 2010, da svarkategorierne for spørgsmålet bag dette afsnit, i dette år, var anderledes.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til ændring af kostvaner?^a
- Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner?^a

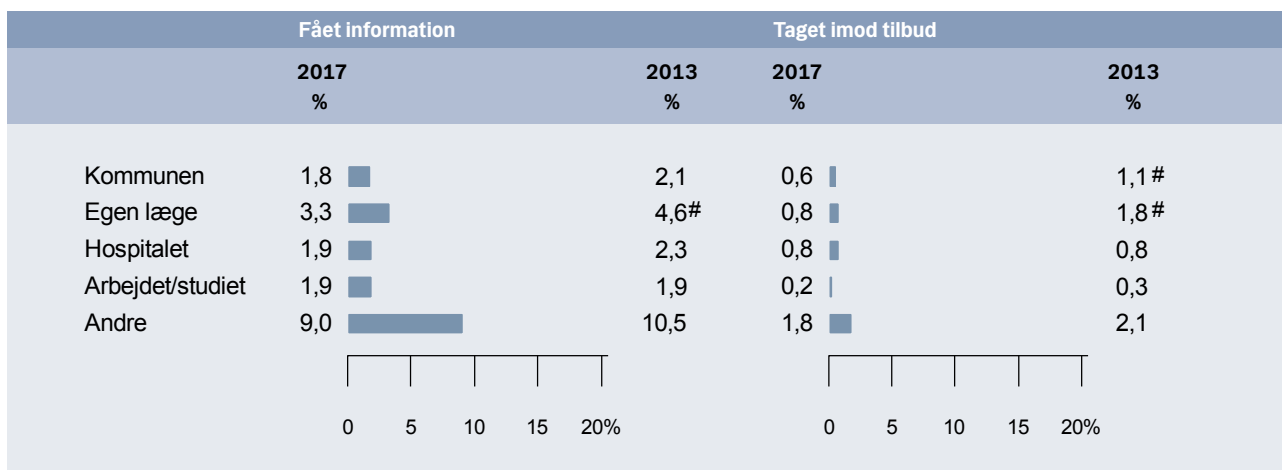
^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om kost fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 har i alt 16 % af borgere med usundt kostmønster fået information om hjælp til ændring af kostvaner fra én eller flere kilder, svarende til 27.200 personer, mens 4,0 % har taget imod tilbud om hjælp til ændring af kostvaner, svarende til 6.800 personer (resultater ikke vist). Flest borgere får information eller tager imod tilbud om hjælp fra "andre kilder" end de, som der er spurgt specifikt ind til (Tabel 5.17). Herudover er den primære kilde til information om hjælp til og tilbud om ændring af kostvaner egen læge.

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere med usundt kostmønster, som har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner fra egen læge, er faldet fra 2013 til 2017. Der er ligeledes sket et fald i andelen af borgere med usundt kostmønster, som har taget imod et tilbud om hjælp til at ændre kostvaner fra kommunen fra 2013 til 2017.

Tabel 5.17 Borgere med usundt kostmønster, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre kostvaner



#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

"Egen læge" er i denne rapport opgjort anderledes end i Sundhedsprofilen 2013 og tallene i rapporterne fra forskellige år kan dermed ikke direkte sammenlignes

5.7.3 Tilgængelighed af sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladser, uddannelsessteder og i lokalområdet

I dette afsnit beskrives tilgængeligheden af forskellige sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladsen eller uddannelsesstedet samt tilgængeligheden i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet.

Arbejdspladser og uddannelsessteder

Alle borgere i Region Hovedstaden, som er under 65 år og er i arbejde eller under uddannelse, er blevet bedt om at angive, hvorvidt følgende fødevarer og drikkevarer er tilgængelige (kan fås/købes) på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. Det drejer sig om fire kategorier af fødevarer: Fastfood (herunder pizza, burger, pølser, toast og lignende), sodavand (herunder saft og lignende drikkevarer med sukker), slik eller kager (herunder chokolade og is) og frugt og grøntsager. Da spørgsmålet er stillet for første gang i "Hvordan har du det? 2017" opgøres forekomsten alene for 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Kan du få/købe følgende mad- og drikkevarer på din arbejdsplads eller uddannelse? (Fastfood; sodavand, energidrik; kager, chokolade, is og slik; frugt og grøntsager)

Region Hovedstaden

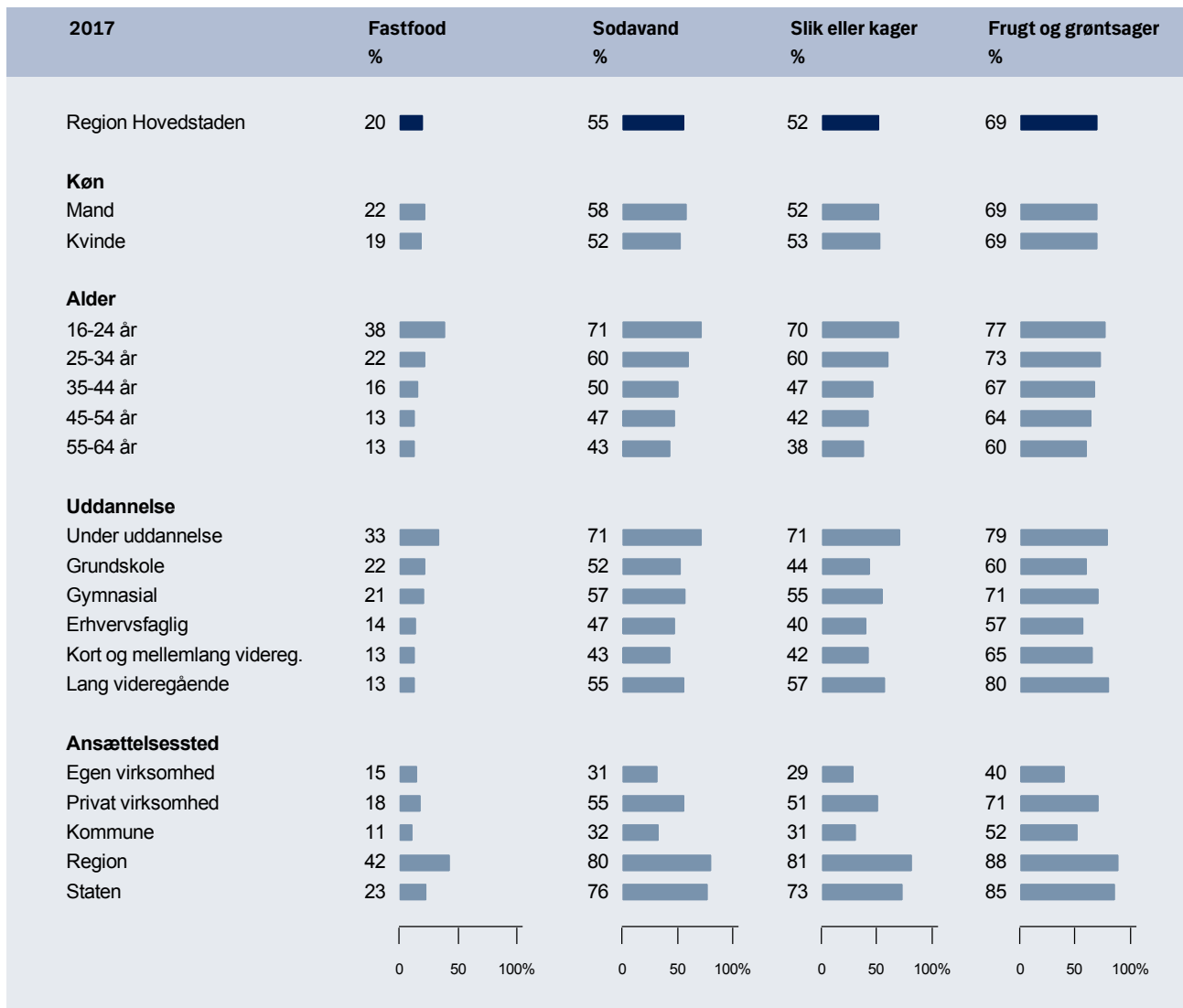
I 2017 har 20 % af borgere, som er i arbejde eller under uddannelse adgang til fastfood på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, 55 % har adgang til sodavand, 52 % har adgang til slik eller kager og 69 % har adgang til frugt og grøntsager (Tabel 5.18).

Køn: Andelen af borgere, som har adgang til fastfood og sodavand på deres arbejdsplads eller uddannelsessted, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder. Der er ingen statistisk signifikant forskel på mænd og kvinders adgang til slik eller kager, og frugt og grøntsager på deres arbejdsplads eller uddannelsessted.

Alder: Andelen af borgere med adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager, er størst blandt de unge og falder med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en social gradient i andelen, som har adgang til fastfood på deres arbejdsplads. Jo kortere uddannelse, des større andel af borgere har adgang til fastfood på deres arbejdsplads eller uddannelsessted. For adgang til fastfood og sodavand er andelen størst blandt borgere under uddannelse. For adgang til slik og kager, eller frugt og grøntsager er andelen størst blandt borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse.

Ansættelsessted: Andelen af borgere med adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager, er størst blandt ansatte i regionen efterfulgt af ansatte i staten, og mindst blandt kommunalt ansatte og ansatte i egen virksomhed.

Tabel 5.18 Borgere med adgang til følgende sunde og usunde mad- og drikkevarer på arbejdspladsen/uddannelsesstedet


Tabellen er begrænset til borgere under 65 år i beskæftigelse eller under uddannelse

Fritidsaktiviteter i lokalområdet

Blandt borgere, som deltager i fritidsaktiviteter i lokalområdet, beskrives tilgængeligheden (kan fås/købes) af følgende fødevarer og drikkevarer i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet. Det drejer sig om fire kategorier af fødevarer: Fastfood (herunder pizza, burger, pølser, toast og lignende), sodavand (herunder saft og lignende drikkevarer med sukker), slik eller kager (herunder chokolade og is), og frugt og grøntsager. Forekomsten opgøres udelukkede for 2017, da spørgsmålet ikke tidligere er stillet.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Kan du få/købe følgende mad- og drikkevarer i forbindelse med én eller flere af dine fritidsaktiviteter i det område, hvor du bor? (Fastfood; sodavand, energidrik; kager, chokolade, is og slik; frugt og grøntsager)

Region Hovedstaden

I 2017 har 41 % af borgerne adgang til fastfood i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, 61 % har adgang til sodavand, 48 % har adgang til slik eller kager, og 49 % har adgang til frugt og grøntsager (Tabel 5.19).

Køn: Andelen af borgere, som har adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere, som har adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er størst i de yngre aldersgrupper og falder med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en social gradient i andelen af borgere, som har adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet. Jo kortere uddannelse, des større andel borgere har adgang til disse fødevarer.

Erhvervstilknytning: Andelen, som har adgang til fastfood og sodavand i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er størst blandt arbejdsløse borgere. Andelen, som har adgang til frugt og grøntsager, er størst blandt langtidssyge borgere. Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem erhvervstilknytnings-grupper i forhold til adgang til slik eller kager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Der er en større andel borgere med ikke-vestlig baggrund, som har adgang til fastfood, sodavand, slik eller kager, og frugt og grøntsager i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Tabel 5.19 Adgang til følgende sunde og usunde mad- og drikkevarer i forbindelse med fritidsaktiviteter i lokalområdet blandt borgere, der benytter sig af fritidsaktiviteter i lokalområdet

2017	Fastfood %	Sodavand %	Silk eller kager %	Frugt og grøntsager %
Region Hovedstaden	41	61	48	49
Køn				
Mand	47	68	53	53
Kvinde	35	56	45	46
Alder				
16-24 år	44	64	52	57
25-34 år	45	65	52	57
35-44 år	45	65	52	54
45-54 år	39	64	45	48
55-64 år	36	59	44	43
65-79 år	36	56	46	42
80+ år	38	53	51	42
Uddannelse				
Under uddannelse	42	62	49	53
Grundskole	44	65	53	53
Gymnasial	42	63	47	48
Erhvervsfaglig	41	63	48	46
Kort og mellemlang videreg.	35	56	43	43
Lang videregående	35	57	44	45
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	41	63	47	49
Arbejdsløs	47	64	53	53
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	41	63	51	58
Førtidspensionist	43	61	54	55
Pensionist	36	55	47	41
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	42	63	51	51
Samlevende	39	60	46	46
Etnisk baggrund				
Danmark	37	60	45	45
Andre vestlige lande	55	70	62	64
Ikke-vestlige lande	65	74	72	80

Adgang til fastfood i lokalområdet

I "Hvordan har du det? 2017" er der for første gang spurgt til borgernes adgang til pizzeria, burgerbar, shawarmabar og lignende i deres lokalområde – herefter benævnt under ét som fastfoodrestaurationer i lokalområdet.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du let adgang til følgende faciliteter i det område, hvor du bor? (Pizzeria, burgerbar, shawarmabar mm.)

Region Hovedstaden

I 2017 har 91 % af borgerne i Region Hovedstaden let adgang til fastfoodrestaurationer i lokalområdet såsom pizzeriaer, burgerbarer og shawarmabarere, svarende til 1.315.100 personer (Tabel 5.20).

Køn: Andelen af borgere, som har let adgang til fastfood-restaurationer i lokalområdet, er lidt større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere, som har let adgang til fastfood-restaurationer i lokalområdet, er størst blandt de 16-54 årige og falder med stigende alder.

Uddannelse: Andelen af borgere, som har let adgang til fastfoodrestaurationer i lokalområdet, er størst blandt borgere med gymnasial og videregående uddannelser og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har let adgang til fastfoodrestaurationer i lokalområdet, er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt pensionister.

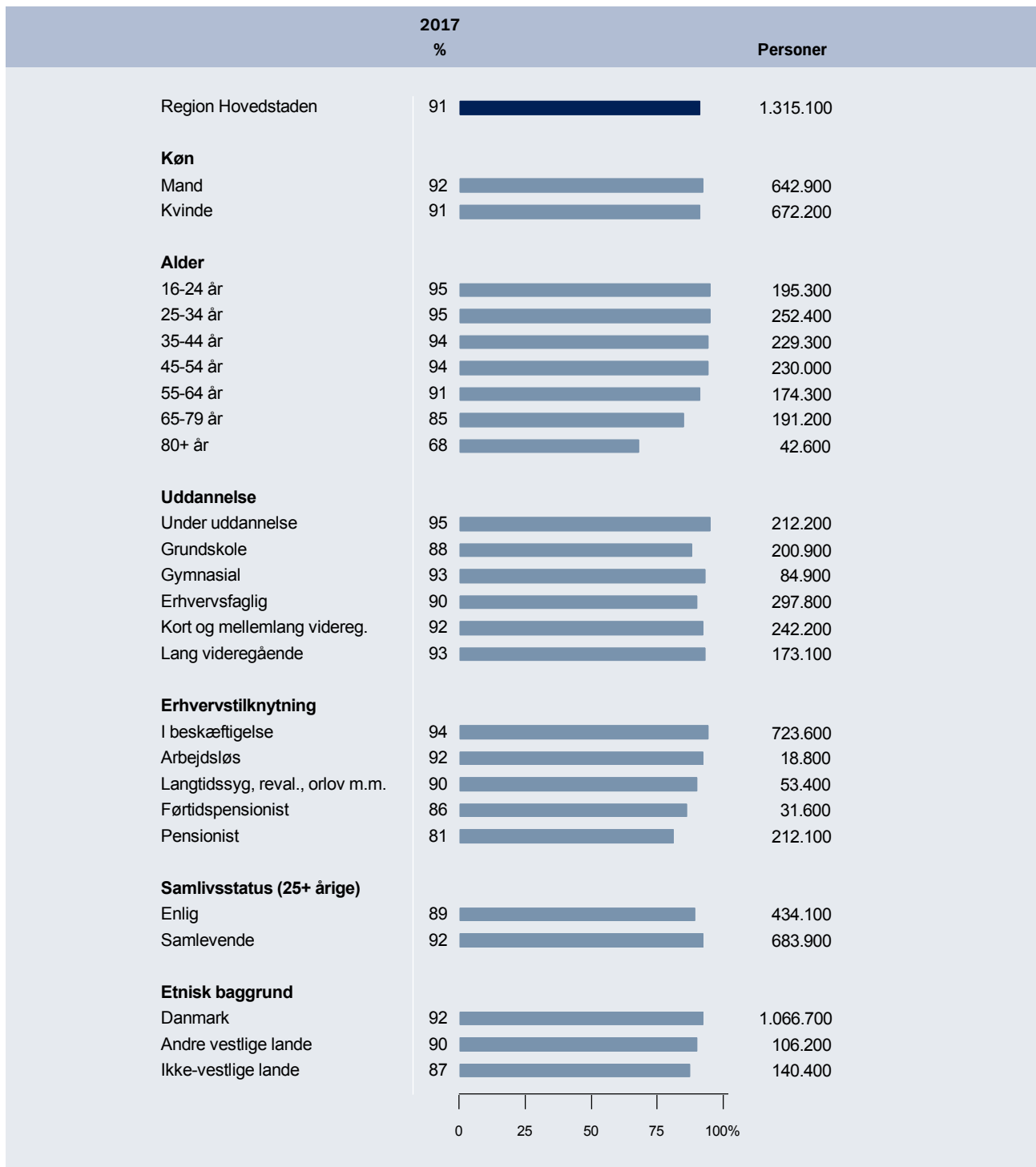
Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med let adgang til fastfoodrestaurationer i lokalområdet, er lidt større blandt samlevende sammenlignet med enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med let adgang til fastfoodrestaurationer i lokalområdet, er størst blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund.

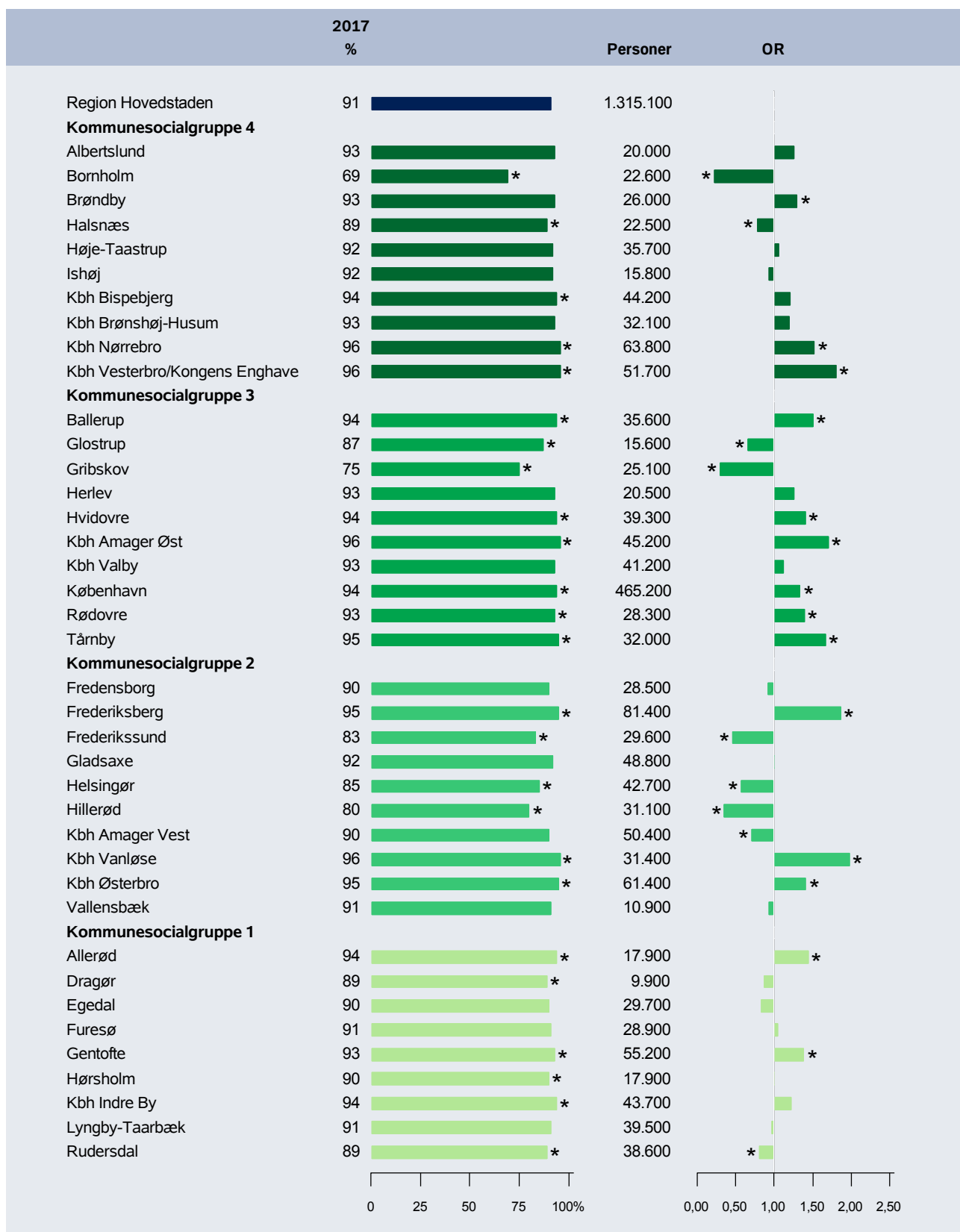
Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har let adgang til fastfood-restaurationer i lokalområdet, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 69 % i Bornholms Regionskommune til 96 % i bydelene Nørrebro, Vesterbro/Kongens Enghave, Amager Øst og Vanløse (Tabel 5.21). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 5.20 Borgere med let adgang til pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m. i lokalområdet



Tabel 5.21 Borgere med let adgang til pizzeria, burgerbar, shawarmabar m.m. i lokalområdet – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

5.8 Litteratur

- (1) Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F (red.). Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007.
- (2) Nordic Council of Ministers. Nordic Nutrition Recommendations 2012. Integrating nutrition and physical activity. København: Norden; 2014.
- (3) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (4) DTU Fødevareinstituttet. Danskernes kostvaner 2011-2013. Hovedresultater. Søborg, Danmark: DTU Fødevareinstituttet, Afdeling for Ernæring; 2015.
- (5) Miljø- og Fødevareministeriet. Departementet. Ernæring og samfundsøkonomi. 2017.
- (6) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (7) Miljø- og Fødevareministeriet. Fødevarestyrelsen. De officielle kostråd. Glostrup, Danmark: Fødevarestyrelsen; 2015.
- (8) Miljø- og Fødevareministeriet. Fødevarestyrelsen. Nøglehulsmærket [citeret 2017 05-09]. <http://altomkost.dk/tips/paa-indkoeb/noeglehulsmarket/>.
- (9) Fuldkornspartnerskabet. Fuldkornslogoet [citeret 2017 05-09]. <http://www.fuldkorn.dk/om-partnerskabet/71-fuldkornslogoet>.
- (10) Miljø- og Fødevareministeriet. Fødevarestyrelsen. Måltidet - Groft sagt, go' mad [citeret 2017 05-09]. <http://altomkost.dk/maaltidsmaerket/>.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Mad og måltider. København: Sundhedsstyrelsen; 2012.
- (13) Toft U, Rostgaard-Hansen A, Lau C, Olsen A. Validering af de eksisterende og reviderede kostspørgsmål i Den National Sundhedsprofil. Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed; 2016.



Kapitel 6

Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd



6 Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd

- Størstedelen af borgerne i Region Hovedstaden er fysisk aktive i fritiden, men i 2017 er andelen mindre end tidligere fordi flere har fået stillesiddende aktiviteter i fritiden
 - 26 % af borgerne opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
 - 64 % af borgerne har mere end 8 timers stillesiddende aktiviteter på en typisk hverdag og 31 % har mindst 4 timers skærmtid på en hverdag
 - 20 % af borgerne har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse. Flere end tidligere benytter cykel eller gang som transportform
 - 75 % af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ønsker at være mere fysisk aktive, og heraf ønsker 57 % hjælp til adfærdsændringen
 - 23 % af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er af egen læge blevet rådet til at dyrke motion
 - Der er sociale forskelle i borgernes fysiske aktivitet. Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har meget skærmtid, ønsker hjælp til at blive mere fysisk aktiv eller af egen læge er blevet rådet til at dyrke motion, er størst blandt borgere med kortere uddannelse. Omvendt er andelen af borgere, som samlet har meget stillesiddende tid, størst blandt borgere med længere uddannelser
-

De seneste årtiers teknologiske udvikling har gjort det mindre nødvendigt for borgerne at bevæge sig og være fysisk aktive, både på arbejdet og i fritiden. Trods en stor forebyggelsesindsats for at få danskerne til at bevæge sig mere, bevæger mange danskere sig for lidt i hverdagen. Fysisk aktivitet omfatter enhver bevægelse, som øger energiomsætningen (1, 2). Det vil sige både dagligdagsaktiviteter såsom rengøring, leg, gåture og cykling som transport, samt mere målrettet sport, motion og træning (3).

Fysisk inaktivitet og stillesiddende adfærd påvirker borgernes sundhed og livskvalitet. Fysisk inaktivitet er mangel på moderat til hård fysisk aktivitet på en typisk uge (4). Stillesiddende adfærd er den del af borgerens vågne tid, som tilbringes i siddende eller liggende stilling, hvor det meste af kroppens muskulatur er i hvile (5).

Fysisk inaktivitet øger risikoen for udvikling af en lang række kroniske sygdomme som type 2 diabetes, hjertekarsygdomme,

visse kræftsygdomme, psykiske sygdomme (3) og tidlig død (6). Desuden øges risikoen for funktionsevnetab og demens hos ældre borgere (3, 7).

Langvarig stillesiddende adfærd er tilsvarende identificeret som en mulig risikofaktor for hjertekarsygdomme, type 2 diabetes og visse kræftsygdomme, især blandt personer, som ikke samtidig lever op til anbefalingerne for fysisk aktivitet. Der er endnu ikke tilstrækkelig viden til at anbefale en maksimumsgrænse for omfanget af borgernes stillesiddende adfærd. En stor del af danskernes stillesiddende tid tilbringes i bil eller foran en skærm. Stillesiddende adfærd foregår således både i arbejds- og skolelivet, under transport og i fritiden. Det er muligt, at leve op til anbefalingerne om regelmæssig moderat og hård fysisk aktivitet, selvom man er stillesiddende en stor del af sin vågne tid (5, 8). De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at 57 % af danskerne har mere end 8 timers total stillesiddende tid og at 29 % af danskerne ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (9).

Sammenlignet med fysisk aktive, er der hvert år 6.000 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive. Desuden resulterer fysisk inaktivitet i henholdsvis 14.000 og 8.300 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (6).

Af samfundsmæssige konsekvenser medfører fysisk inaktivitet nedsat arbejdsmæssig produktivitet, øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundhedsydelse og medicin (6). Borgere, som er fysisk inaktive, har hvert år mere end 1 mio. ekstra sygedage, 710.000 ekstra kontakter til læge og 60.000 ekstra hospitalsindlæggelser sammenlignet med borgere, som er fysisk aktive. Behandling og pleje af borgere, som er fysisk inaktive, beløber sig til 5,3 mia. kr. mere end borgere, som er fysisk aktive, mens omkostninger til tabt produktion blandt borgere, som er fysisk inaktive beløber sig til 11 mia. kr. mere pr. år (6).

Fysisk aktivitet hos borgerne kan stimuleres via fysiske rammer og strukturer i omgivelserne, som muliggør og opfordrer til bevægelse i hverdagen. Anlæggelse af cykel- og gangstier samt mulighed for gratis at medbringe cykler i S-tog er eksempler på sådanne rammer og strukturer (10). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke vedrørende fysisk aktivitet (11). I denne er der både forslag til strukturelle og borgerrettede indsatser. Siden 2013 har en stor del af kommunerne etableret borgerrettede og strukturelle tilbud til fremme af fysisk aktivitet blandt borgere med særlige behov, eksempelvis svage ældre, borgere uden for arbejdsmarkedet og borgere med psykisk sygdom (12).

Monitorering af anbefalinger for fysisk aktivitet

I dette kapitel afdækkes borgernes fysiske aktivitetsniveau blandt andet i forhold til deres efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. WHO's anbefaling omhandler ugentlig fysisk aktivitet (13) i modsætning til Sundhedsstyrelsens anbefalinger, som omhandler daglig fysisk aktivitet (14). Årsagen til brug af WHO's anbefaling, er et ønske om at monitorere fysisk aktivitet og stillesiddende tid med spørgsmål, som i højere grad muliggør internationale sammenligninger.

WHO's anbefaling skelner ikke mellem fysisk aktivitet på arbejde eller i fritid. Spørgsmålene om fysisk aktivitet i "Hvordan har du det? 2017" omfatter kun fysisk aktivitet i fritiden. Dette skyldes til dels, at det ikke har været muligt at

identificere et velegnet spørgsmål til monitorering af WHO's anbefaling for fysisk aktivitet på arbejdet (4). Derudover er den sundhedsfremmende effekt af fysisk aktivitet på arbejdet ikke entydig positiv (15).

WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (for borgere i alderen 18 år og derover)

- Mindst 150 minutters fysisk aktivitet ved moderat intensitet pr. uge eller mindst 75 minutters fysisk aktivitet ved hård intensitet pr. uge eller en ækvivalent kombination heraf. Hvis aktiviteten deles op, skal varigheden være mindst 10 minutter pr. gang.

I nærværende rapport er de 16-17 årige og borgere over 65 år inkluderet i analyserne, selvom der gælder andre anbefalinger for børn og ældre.

Anbefalingerne for fysisk aktivitet for børn (5-17 år), voksne (18-64 år) og ældre (65 år og derover) findes i deres fulde ordlyd på internettet (13).

Indhold i kapitlet

Dette kapitel indledes med en opgørelse af borgernes generelle fysiske aktivitetsniveau i Region Hovedstaden. I kapitlet er der dog særligt fokus på andelen, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Herefter beskrives både total stillesiddende tid og stillesiddende tid ved skærm. I kapitlet findes desuden et afsnit om transport til og fra arbejde eller uddannelse efterfulgt af et afsnit om fysisk inaktivitet i relation til andre risikofaktorer. Endeligt beskrives borgernes motivation for at ændre motionsvaner og forebyggelse af fysisk inaktivitet. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

Andelen, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet er

- 26 % blandt alle borgere i regionen
- 32 % blandt borgere med meget skærmtid
- 33 % blandt borgere med inaktiv transport

6.1 Fysisk aktivitet

I dette afsnit fokuseres der på forekomsten af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. For at kunne beskrive forekomsten af fysisk aktivitet over tid anvendes herudover et spørgsmål af Saltin og Grimby. Dette spørgsmål er stillet siden 2010, men har ikke tidligere været præsenteret i Sundhedsprofilen for Region Hovedstaden.

Følgende nye spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- På en typisk uge, hvor meget tid bruger du i alt på moderat og hård fysisk aktivitet hvor du kan mærke pulsen og vejrtrækningen øges?
- Hvor meget af den tid, du ovenfor angav at bruge på fysisk aktivitet på en typisk uge, bruger du i alt på hård fysisk aktivitet? Det er aktiviteter, som øger pulsen væsentligt, får dig til at svede og gør dig så forpustet, at det er svært at tale

Der suppleres med oplysninger fra følgende spørgsmål af Saltin og Grimby (16):

- Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden? (Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen; dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen; spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen; læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse)

Borgernes fysiske aktivitetsniveau er på baggrund af de nye spørgsmål inddelt i følgende fire kategorier, inspireret af en rapport om nordisk monitorering af kost, fysisk aktivitet og overvægt (17).

Kategorier af fysisk aktivitet

Optimalt fysisk aktiv: Opfylder WHO's udvidede anbefaling

Tilstrækkeligt fysisk aktiv: Opfylder WHO's minimumsanbefaling

Utilstrækkeligt fysisk aktiv: Mere end 0 minutters moderat til hård fysisk aktivitet om ugen, men mindre end WHO's minimumsanbefaling

Fysisk inaktiv: Ingen moderat til hård fysisk aktivitet på en typisk uge

Borgere, som er "fysisk inaktive" og borgere som er "utilstrækkeligt fysisk aktive" udgør tilsammen gruppen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (se faktaboks på forrige side). Forekomsten af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet opgøres i dette afsnit blandt alle borgere for 2017.

Gruppen af borgere, som er "optimalt fysisk aktiv" og gruppen af borgere, som er "tilstrækkeligt fysisk aktiv" beskrives ikke nærmere her.

Tabel 6.1 viser forekomsten af underkategorierne i spørgsmålet af Saltin og Grimby for 2017, 2013 og 2010. Kategorierne i spørgsmålet har vist sig, at have sammenhæng med risikoen for sygdom og død (16).

Tabel 6.1 Bevægelsesvaner i fritiden blandt borgere i Region Hovedstaden

	2017 %	2013 %	2010 %
Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen	7	7	6
Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	22	24	23
Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen	53	53	55
Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	19	16	15

Fordelingen er statistisk signifikant forskellig mellem 2017 og de foregående år

Region Hovedstaden

I regionen som helhed er andelen af borgere, der læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse, dvs. borgere, som primært har lav fysisk aktivitet i fritiden, steget siden 2010 og især fra 2013 til 2017 (Tabel 6.1).

I 2017 er der 26 % af alle borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, svarende til 333.100 personer (Tabel 6.2).

Køn: Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er mere end dobbelt så stor blandt borgere på 80 år eller derover sammenlignet med de 16-24 årige.

Uddannelse: Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, falder med stigende uddannelse, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse og størst blandt borgere med grundskoleuddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er mindst blandt borgere i beskæftigelse og størst blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

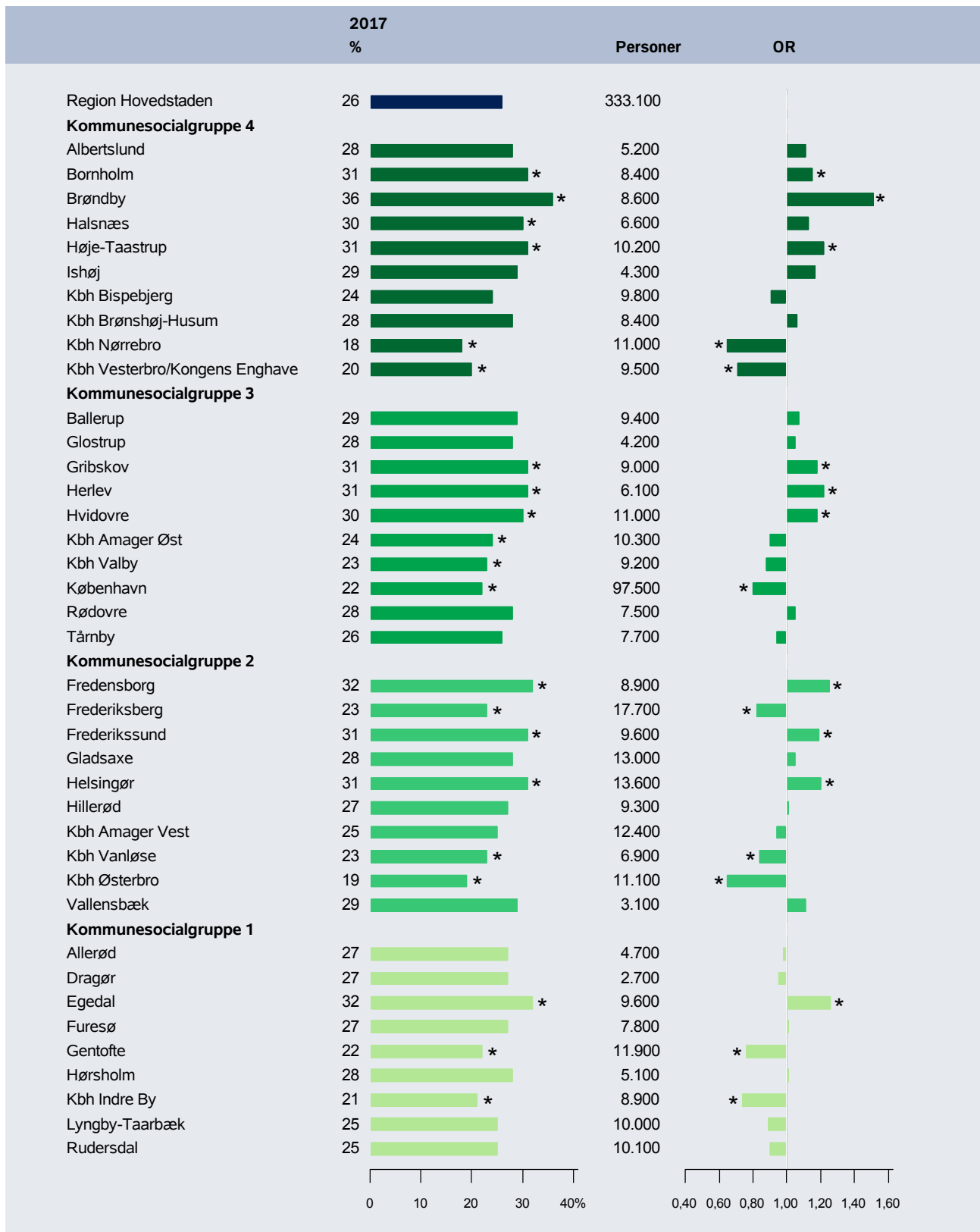
Andelen af borgere, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 18 % i bydelen Nørrebro til 36 % i Brøndby Kommune (Tabel 6.3). Generelt ses de laveste forekomster i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune. Der ses ingen social gradient i forekomsten på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen, som ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er størst blandt

- Borgere på 80 år og derover
 - Borgere med grundskoleuddannelse
 - Førtidspensionister
 - Borgere med ikke-vestlig baggrund
-

Tabel 6.2 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet



Tabel 6.3 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet – kommuner


*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

6.2 Meget stillesiddende tid og meget skærmtid

Stillesiddende tid måles i denne rapport ved et spørgsmål om tid (timer og minutter) anvendt på at sidde ned i forskellige situationer på en typisk hverdag /arbejdsdag. Der er i dette afsnit særligt fokus på dels andelen af alle borgere, der har mere end 8 timers stillesiddende tid på en typisk hverdag/arbejdsdag (herefter: meget total stillesiddende tid). Og herudover på andelen af alle borgere, der på en typisk hverdag i fritiden har 4 timer eller mere stillesiddende tid ved en skærm (herefter: meget skærmtid). Spørgsmålet, der danner grundlag for disse opgørelser, er valideret og stillet for første gang i 2017 (4). Forekomsten opgøres blandt alle borgere.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- På en typisk hverdag/arbejdsdag, hvor meget tid bruger du på at sidde ned i hver af følgende situationer? (Transport; arbejde/skole/uddannelse; fritid: ved skærm; fritid: andet)

Tabel 6.4 viser fordelingen af borgernes totale stillesiddende tid på en typisk hverdag/arbejdsdag. Andelen af borgere, som er stillesiddende mindst 6 timer om dagen i forbindelse med arbejde/skole/uddannelse præsenteres ikke i rapporten, men tabeller kan findes på centrets hjemmeside.

Tabel 6.4 Total stillesiddende tid på en typisk hverdag

	2017 %
Mindre end 4 timer	6
4-<6 timer	11
6-8 timer	20
Mere end 8 timer	64

Total stillesiddende tid dækker både tid på arbejde og i fritid

Region Hovedstaden

I 2017 har 64 % af borgerne i Region Hovedstaden meget total stillesiddende tid, svarerende til 857.500 personer. I alt 31 % af alle borgere har meget skærmtid, svarende til 417.300 personer (Tabel 6.5). Blandt de 857.500 personer, som har meget total stillesiddende tid, er der 26 %, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Mens der blandt de 417.300 personer, som har meget skærmtid, er 32 %, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet.

Køn: Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid og andelen af borgere, der har meget skærmtid, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid, falder med stigende alder. Således er andelen dobbelt så stor blandt de 16-24 årige sammenlignet med borgere på 65 år eller derover. Andelen af borgere med meget skærmtid er mindst blandt de 35-54 årige og størst blandt de 16-24 årige og borgere over 65 år.

Uddannelse: Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid, er størst blandt borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse og mindst blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse. Andelen af borgere med meget skærmtid falder med stigende uddannelseslængde, og er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid, er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt pensionister. For andelen af borgere, der har meget skærmtid, ses derimod, at andelen er mindst blandt borgere i beskæftigelse og størst blandt førtidspensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ikke statistisk signifikant forskel blandt enlige og samlevende borgere med meget total stillesiddende tid. Andelen af borgere med meget skærmtid er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid, er lidt større blandt borgere med dansk og anden vestlig baggrund sammenlignet med borgere med ikke-vestlig baggrund. Andelen af borgere, der har meget skærmtid, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Total stillesiddende tid er mest udbredt blandt

- Unge
- Borgere under uddannelse eller med lang uddannelse
- Borgere i beskæftigelse

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, der har meget total stillesiddende tid, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 48 % i Bornholms Regionskommune til 73 % i bydelen Nørrebro (Tabel 6.6). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 under regionsgennemsnittet, mens flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger over regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, der har meget skærmtid, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 24 % i Gentofte Kommune til 39 % i Albertslund og Brøndby kommuner (Tabel 6.7). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, som er modsatrettet "meget total stillesiddende tid". Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger således over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 6.5 Meget total stillesiddende tid og meget skærmtid på en typisk hverdag

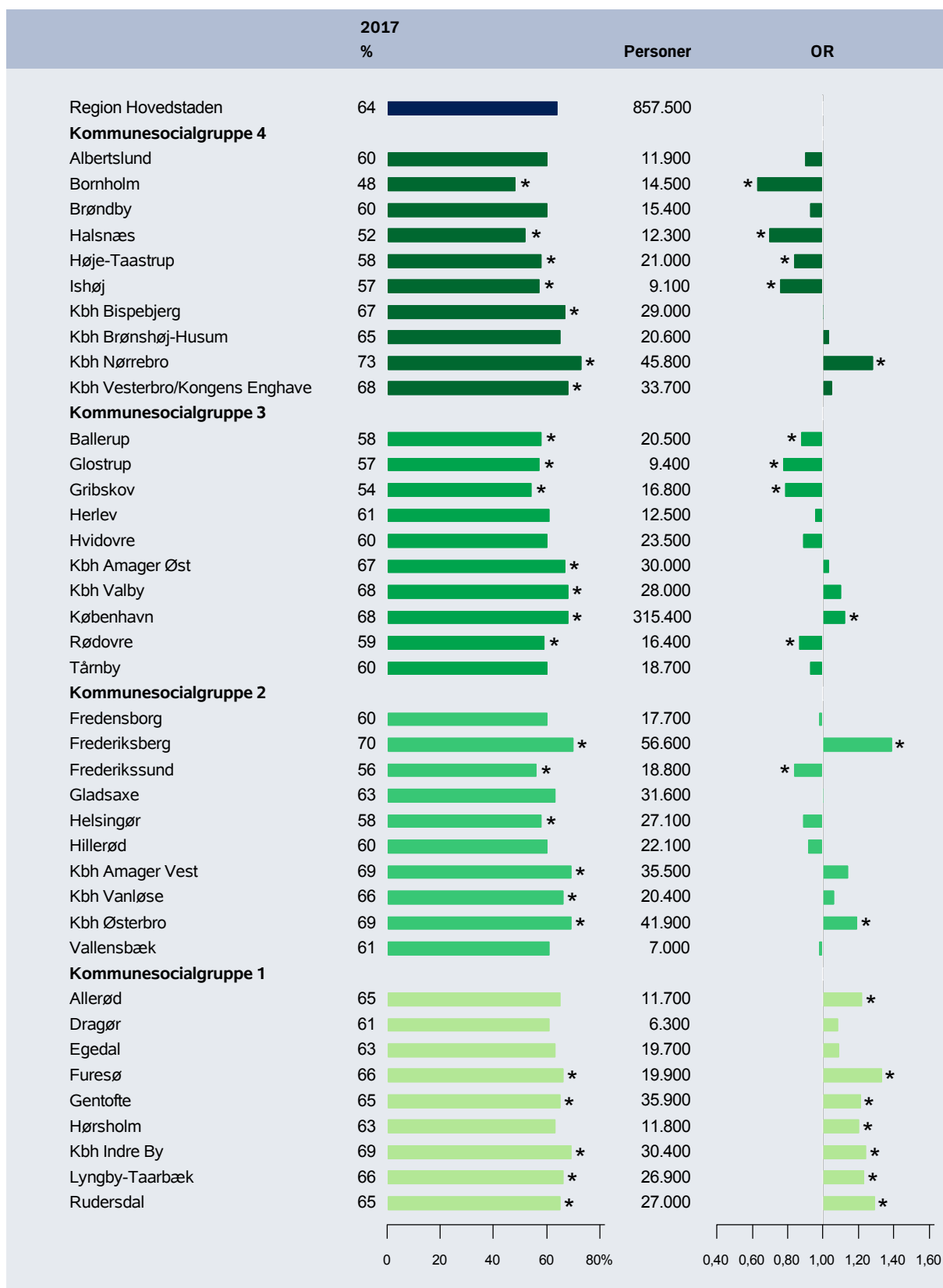
	Meget total stillesiddende tid*		Meget skærmtid**	
	2017 %	Personer	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	64	857.500	31	417.300
Køn				
Mand	66	430.600	34	222.800
Kvinde	62	426.900	29	194.500
Alder				
16-24 år	81	157.300	41	79.600
25-34 år	72	184.500	30	74.800
35-44 år	66	152.000	20	46.900
45-54 år	65	150.600	24	55.000
55-64 år	59	105.900	31	55.200
65-79 år	42	85.500	43	84.700
80+ år	40	21.600	42	21.200
Uddannelse				
Under uddannelse	82	173.700	38	79.000
Grundskole	52	106.000	43	85.200
Gymnasial	67	58.300	33	28.000
Erhvervsfaglig	51	159.000	34	101.800
Kort og mellemlang videreg.	61	150.700	24	60.300
Lang videregående	79	139.500	17	29.600
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	66	483.300	22	160.200
Arbejdsløs	59	11.300	32	6.100
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	60	32.300	50	26.400
Førtidspensionist	51	16.800	57	17.900
Pensionist	40	93.100	44	99.600
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	60	271.800	36	159.500
Samlevende	61	427.100	26	177.800
Etnisk baggrund				
Danmark	64	696.200	32	339.600
Andre vestlige lande	64	70.800	27	29.800
Ikke-vestlige lande	61	89.200	34	47.500

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

*Meget total stillesiddende tid: Mere end 8 timer om dagen på en typisk hverdag

**Meget skærmtid: 4 timer eller mere om dagen i fritiden på en typisk hverdag

Table 6.6 Meget total stillesiddende tid på en typisk hverdag – kommuner



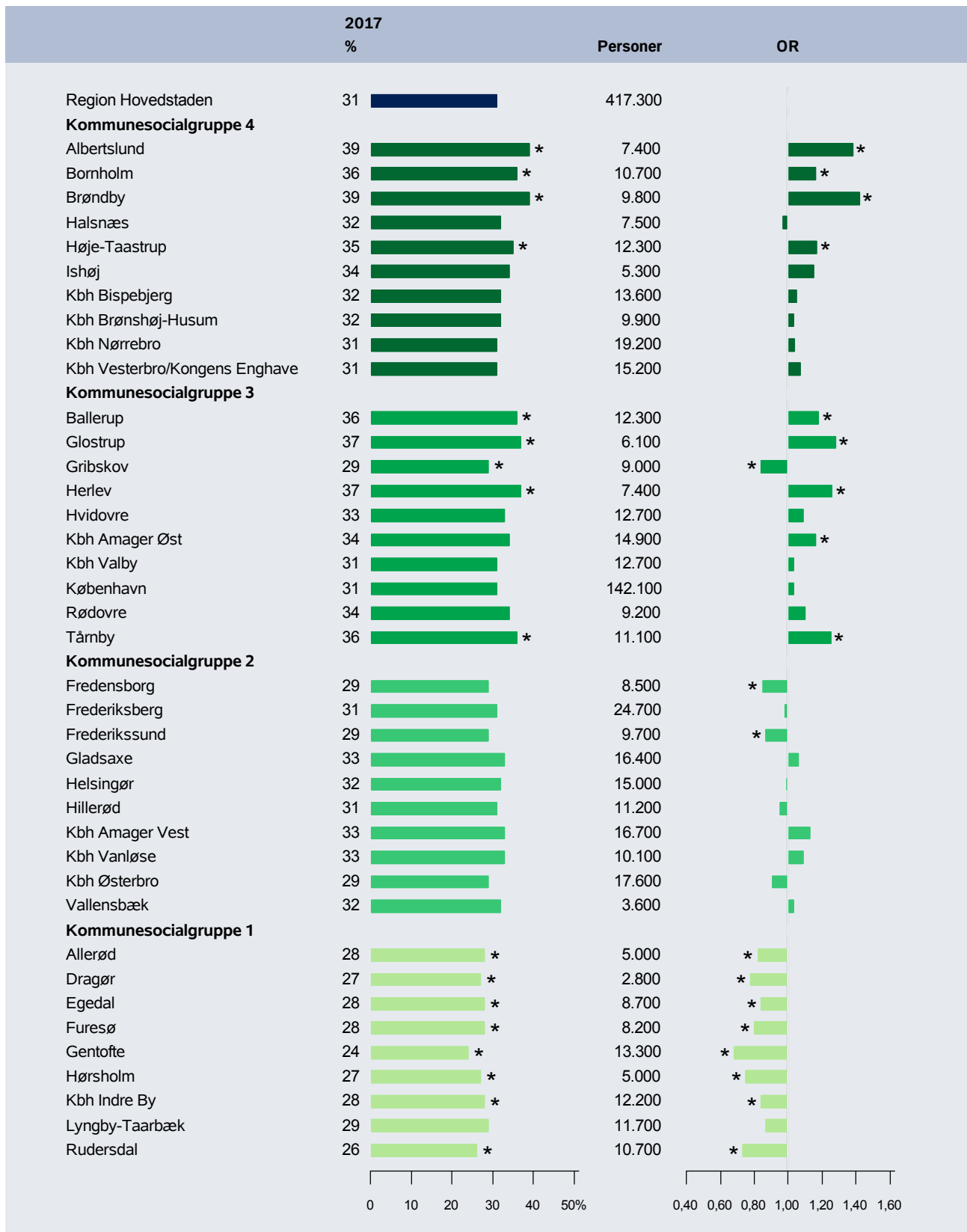
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Meget total stillesiddende tid: Mere end 8 timer om dagen på en typisk hverdag

Tabel 6.7 Meget skærmtid på en typisk hverdag - kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Meget skærmtid: 4 timer eller mere om dagen i fritiden på en typisk hverdag

6.3 Transport til og fra arbejde eller uddannelse

Dette afsnit beskriver dels borgernes vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse og dels borgere, der er fysisk

inaktive i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse.

6.3.1 Vigtigste transportmiddel

Vigtigste transportmiddel til og fra arbejde opgøres blandt borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse. Forekomsterne opgøres kun for 2017, da de samme spørgsmål ikke er stillet i 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvad er dit vigtigste transportmiddel, når du skal til og fra arbejde eller uddannelse?

I Region Hovedstaden har 37,6 % af borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse, bil som vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse, svarende til 365.000 personer (Tabel 6.8). Cyklen efterfølger bilen som borgernes vigtigste transportmiddel. 32,5 % af borgerne, svarende til 315.900 personer, vurderer cyklen, dvs. en aktiv transportadfærd, som det vigtigste transportmiddel. I alt 23 % vurderer, at offentlig transport, er det vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse - 15 % tager toget og 8 % tager bussen.

Tabel 6.8 Vigtigste transportmiddel til og fra arbejde eller uddannelse

2017	%	Personer
Bil	37,6	365.000
Knallert, scooter, motorcykel	0,4	3.800
Tog	14,9	144.600
Bus	8,0	77.400
Cykel	32,5	315.900
El-cykel	0,8	7.600
Jeg går eller løber	4,5	43.700
Andet	1,5	14.200

6.3.2 Inaktiv transport

Borgere, som har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse (herefter: borgere med inaktiv transport), er borgere som hverken cykler eller går til og fra arbejde eller uddannelse. Forekomsten opgøres blandt borgere i den erhvervsaktive alder (16-64 år), der er i arbejde eller under uddannelse. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange timer og minutter bruger du dagligt på cykling eller gang i forbindelse med transport til og fra arbejde eller uddannelse?
- Hvor langt har du til arbejde eller uddannelse?

Region Hovedstaden

I 2017 er der 20 % af borgerne i Region Hovedstaden, som har inaktiv transport, svarende til 191.000 personer (Tabel 6.9). Blandt de 191.000 personer med inaktiv transport er der 33 %, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet.

Køn: En større andel mænd har inaktiv transport sammenlignet med kvinder.

Alder: Andelen af borgere, der har inaktiv transport, stiger med stigende alder. Således er andelen næsten fire gange så stor blandt de 45-64 årige sammenlignet med de 16-24 årige.

Uddannelse: Andelen af borgere, der har inaktiv transport, er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Dog ses den mindste andel blandt borgere under uddannelse, hvilket er foreneligt med, at denne gruppe indeholder mange af de unge.

Samlevsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, der har inaktiv transport, er større blandt samlevende end enlige.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, der har inaktiv transport, er størst blandt borgere med dansk baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Afstand til arbejde eller uddannelse: Andelen af borgere, der har inaktiv transport, er dobbelt så stor blandt borgere, der har over 10 km til arbejde eller uddannelse sammenlignet med borgere, der har under 10 km til arbejde eller uddannelse.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, der har inaktiv transport, faldet fra 22 % i 2013 til 20 % i 2017. Faldet gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. I samme periode ses dog en stigning blandt borgere under uddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, der har inaktiv transport, faldet fra 24 % i 2010 til 20 % 2017. Faldet gør sig gældende i over halvdelen af de socio-demografiske grupper. Det største fald ses blandt de 35-44 årige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, der har inaktiv transport, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 7 % i bydelen Nørrebro til 41 % i

Halsnæs Kommune (Tabel 6.10). Der ses ingen social gradient mellem de fire kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Derimod ses, at andelen af borgere, der har inaktiv transport, er mindst i de københavnske bydele og Frederiksberg Kommune.

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner og bydele er andelen af borgere, der har inaktiv transport, faldet fra 2013 til 2017. Det største fald ses i Brøndby Kommune. Der ses dog en stigning i bydelen Østerbro.

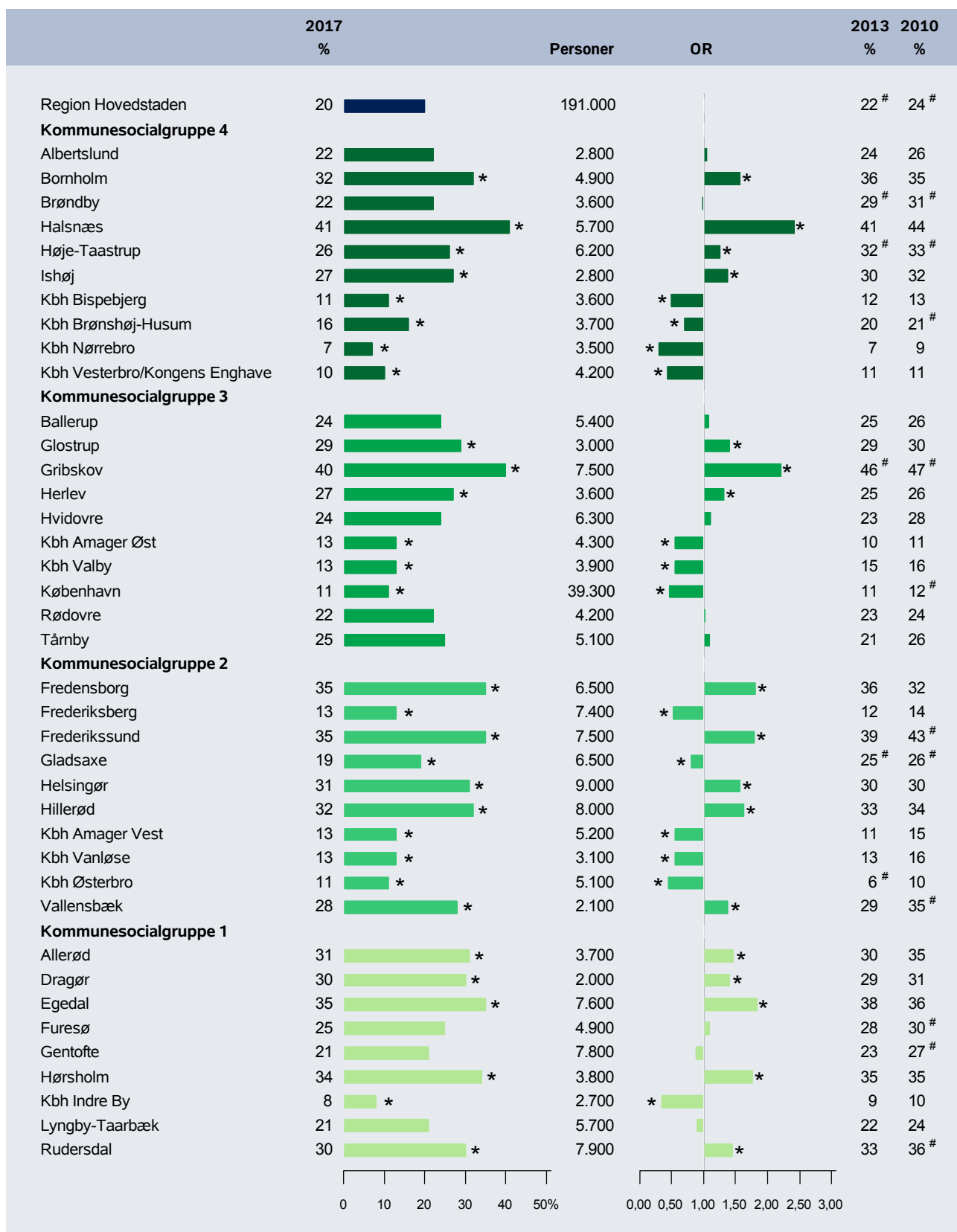
Udvikling 2010-2017: I flere kommuner og bydele er andelen af borgere, der har inaktiv transport, faldet fra 2010 til 2017. Det største fald ses i Brøndby Kommune.

Table 6.9 Borgere, som har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	20	191.000	22 [#]	24 [#]
Køn				
Mand	22	103.100	25 [#]	28 [#]
Kvinde	19	87.800	18	19
Alder				
16-24 år	8	15.000	7	10 [#]
25-34 år	14	31.800	16 [#]	18 [#]
35-44 år	23	48.300	26 [#]	30 [#]
45-54 år	30	59.400	30	31 [#]
55-64 år	30	36.400	29	30
Uddannelse				
Under uddannelse	9	16.800	6 [#]	9
Grundskole	26	24.100	28	28
Gymnasial	19	13.200	22	20
Erhvervsfaglig	33	58.200	34	35 [#]
Kort og mellemlang videreg.	25	43.100	26	26
Lang videregående	17	24.500	20 [#]	21 [#]
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	19	49.300	19	20 [#]
Samlevende	26	126.600	28 [#]	30 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	21	157.400	22	24 [#]
Andre vestlige lande	15	12.300	15	18 [#]
Ikke-vestlige lande	20	21.200	25 [#]	27 [#]
Afstand til arbejde/uddannelse				
0-4 km	13	36.000	14	15 [#]
5-9 km	14	32.000	14	16 [#]
10+ km	28	121.100	30 [#]	33 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 6.10 Borgere, som har inaktiv transport til og fra arbejde eller uddannelse – kommuner



*Statistik signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistik signifikant forskellig fra 2017

6.4 Fysisk inaktivitet i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 25 % af borgerne, der ikke opfylder WHO's anbefaling, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, mens det gælder 15 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 6.11).

Borgere, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og et dårligere helbred end alle borgere i regionen som helhed. Dette ses især på andelen med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, usundt kostmønster, svær overvægt og daglig rygning, som er større blandt borgere som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet end i regionen som helhed.

Table 6.11 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet %	Region Hovedstaden %
Daglig rygning	22*	16
Storforbrug af alkohol	9*	8
Usundt kostmønster	20*	12
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	18*	14
Svær overvægt	20*	13
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	25*	15
Højt stressniveau	32*	26

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

6.5 Motivation for at ændre bevægelsesvaner

Dette afsnit beskriver borgernes ønske om at være mere fysisk aktive, om de ønsker hjælp dertil samt om de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at være mere fysisk aktive. Forekomsten opgøres blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Forekomsten opgøres for 2017, fordi spørgsmålet brugt til at identificere borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, kun er stillet i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvordan vurderer du din fysiske form?
- Vil du gerne være mere fysisk aktiv?
- Hvis du gerne vil være mere fysisk aktiv, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?
- Har du opbakning til at være mere fysisk aktiv fra din omgangskreds?

6.5.1 Selv vurderet fysisk form, ønsker at være mere fysisk aktiv og mangler opbakning fra omgangskredsen

I Region Hovedstaden vurderer 13 % af de borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, at de er i virkelig god eller god form, svarende til 41.500 personer (Tabel 6.12), mens 51 % vurderer, at de er i mindre god eller dårlig fysisk form, svarende til 169.100 personer. Ud af de 169.100 borgere, ønsker 81 % at være mere fysisk aktive, svarende til 136.800 personer. Blandt disse, ønsker 66 % hjælp til at være mere fysisk aktive, svarende til 90.300 personer, og ud af disse angiver 30 %, svarende til 26.700, at de mangler

opbakning fra deres omgangskreds til at være mere fysisk aktive. Det er især sidstnævnte borgere, som mangler opbakning til at være mere fysisk aktive, som har særlig brug for støtte fra læge, kommune, hospital, arbejdsplads, uddannelsesinstitutioner mm. Blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er andelen, der mangler opbakning fra omgangskredsen, størst blandt langtidssyge borgere,

førtidspensionister, enlige og borgere fra andre vestlige lande (op til 39 %) (Se tabel på centrets hjemmeside).

Motivation for adfærdændring, ønske om hjælp til at være mere fysisk aktiv og mangel på opbakning fra omgangskreds, er større blandt borgere, som vurderer, at være i mindre god

eller dårlig form sammenlignet med borgere, som vurderer at være i virkelig god eller god form. Der er således et særligt forebyggelsespotentiale blandt de borgere, som vurderer, at være i mindre god eller dårlig form, og som gerne vil være mere fysisk aktive.

Tabel 6.12 Selvvurderet fysisk form, ønske om at være mere fysisk aktiv, ønske om hjælp og mangler opbakning fra omgangskredsen blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet

Selvvurderet fysisk form i 2017			Vil gerne være mere fysisk aktiv		Ønsker hjælp til at være mere fysisk aktiv *		Mangler opbakning fra omgangskreds til at være mere fysisk aktiv**	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Virkelig god/god	13	41.500	55	22.600	37	8.300	21	1.800
Nogenlunde	37	121.200	73	87.700	47	40.700	22	9.000
Mindre god/dårlig	51	169.100	81	136.800	66	90.300	30	26.700

* Blandt borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive

** Blandt borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive og ønsker hjælp til dette

6.5.2 Motivation for at ændre bevægelsesvaner blandt fysisk inaktive borgere

Region Hovedstaden

Blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (herefter: fysisk inaktive), ønsker 75 % at være mere fysisk aktive, svarende til 247.200 personer, mens i alt 57 % af disse ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, svarende til 139.300 personer (Tabel 6.13).

Køn: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive og andelen, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er større blandt kvinder end mænd.

Alder: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, er størst blandt de 25-44 årige og mindst blandt borgere på 80 år eller derover. For andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, er der kun små forskelle på aldersgrupperne.

Uddannelse: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, stiger med stigende uddannelse, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er således størst blandt borgere med lang videregående uddannelse og mindst blandt borgere med grundskoleuddannelse. Den omvendte tendens ses for borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive. Her er andelen størst blandt borgere med grundskoleuddannelse og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, er større blandt

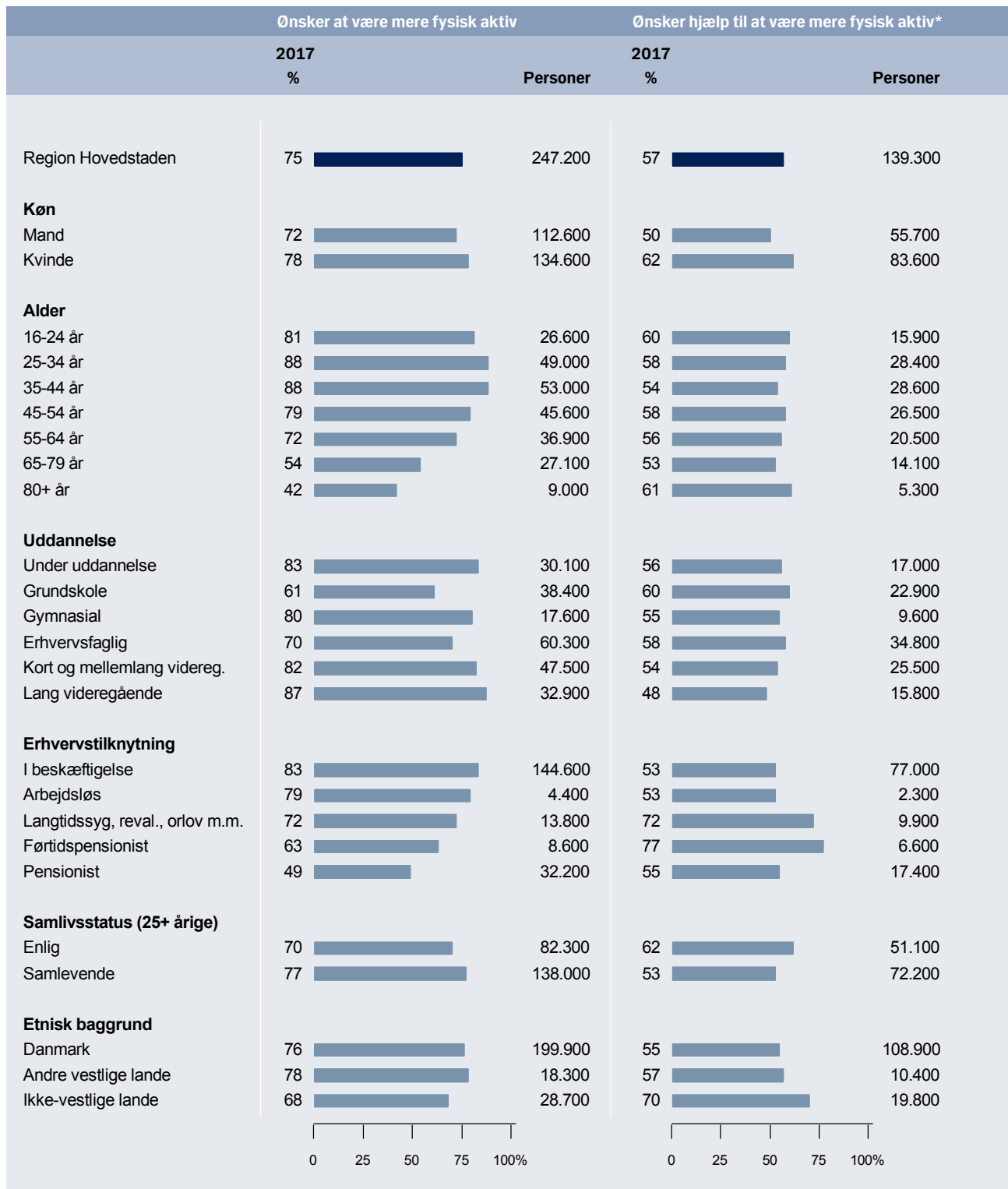
samlevende sammenlignet med enlige. Omvendt er andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, er størst blandt borgere med anden vestlig baggrund og mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Omvendt er andelen af borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

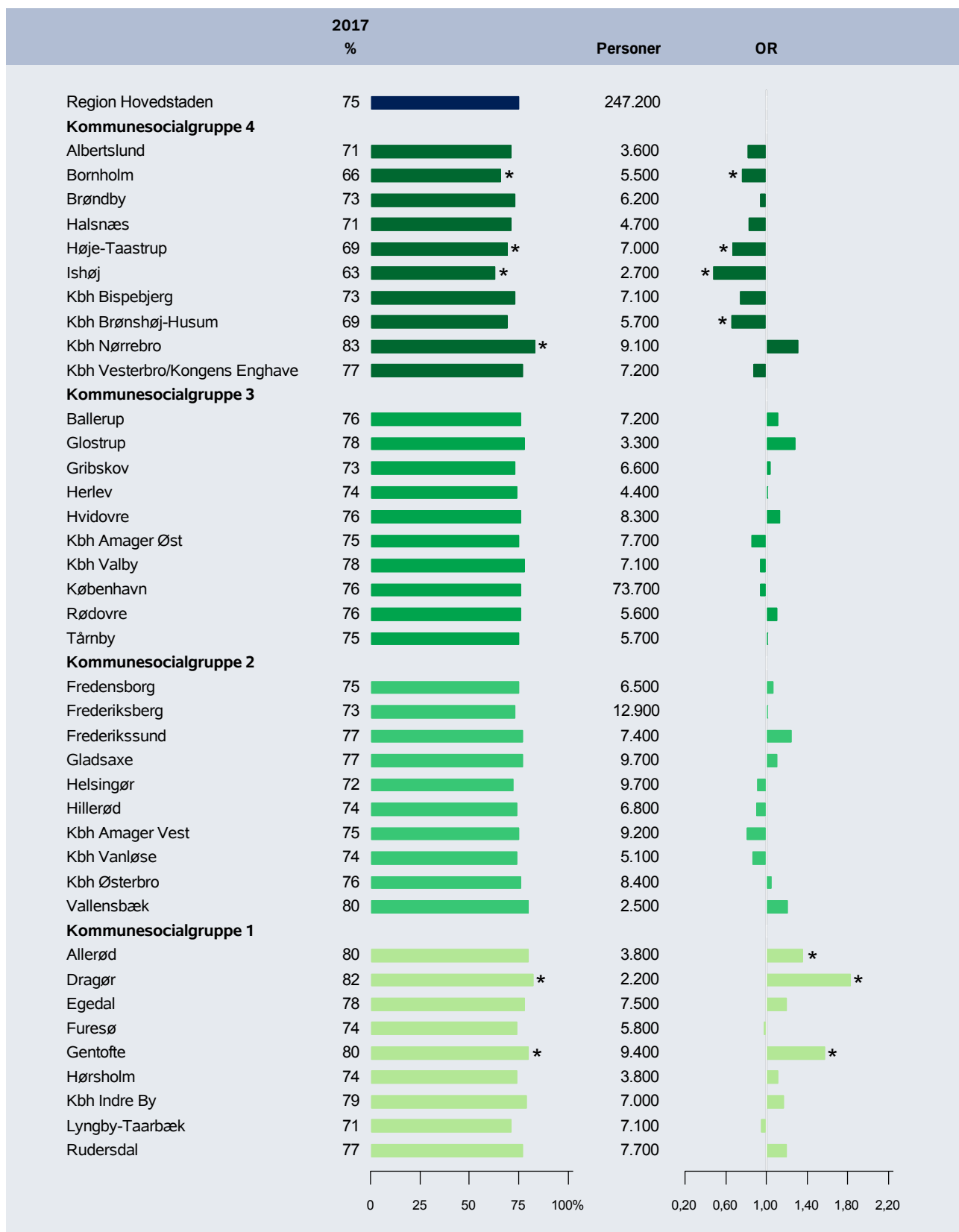
Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 63 % i Ishøj Kommune til 83 % i bydelen Nørrebro (Tabel 6.14). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupper. Enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver lidt tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af fysisk inaktive borgere, som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 50 % i Helsingør og Gentofte kommuner til 64 % i Herlev Kommune (Tabel 6.15). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupper, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 6.13 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som ønsker at være mere fysisk aktive og ønsker hjælp dertil

*Blandt borgere, som ønsker at være mere fysisk aktive

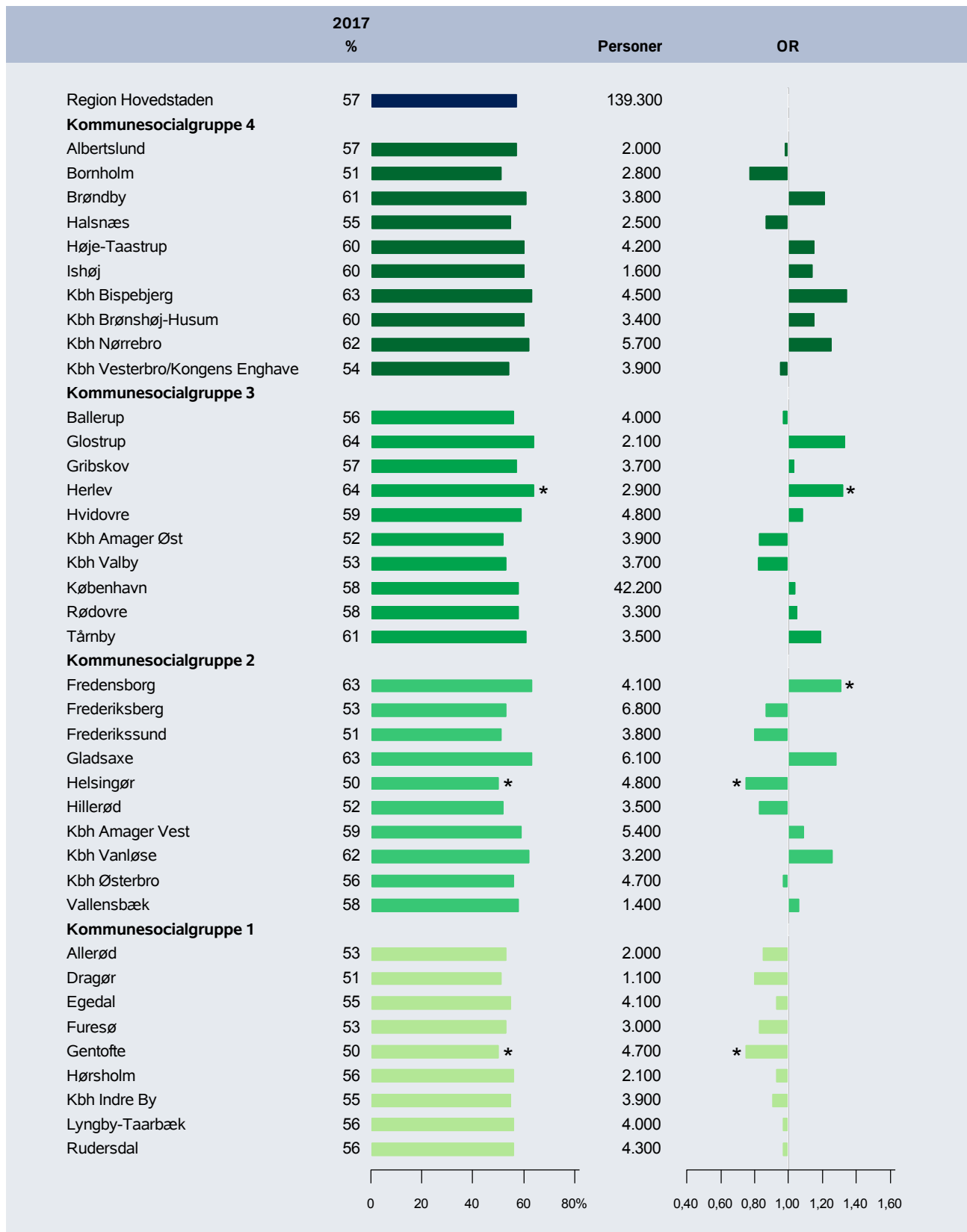
Tabel 6.14 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og som gerne vil være mere fysisk aktive – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Table 6.15 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og som ønsker hjælp til at være mere fysisk aktive – kommuner

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

6.6 Forebyggelse af fysisk inaktivitet

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler dels den individrettede forebyggelse i form af råd

fra egen læge samt information og tilbud om hjælp til at være fysisk aktiv, og dels den strukturelle forebyggelse i form af adgang til cykelstier og grønne områder i lokalområdet.

6.6.1 Råd om ændring af bevægelsesvaner fra egen læge

Råd om ændring af bevægelsesvaner fra egen læge opgøres blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som har været ved egen læge inden for det seneste år, og af egen læge er rådet til at ændre bevægelsesvaner. Dette afsnit indeholder kun opgørelser for 2017, fordi spørgsmålet brugt til at identificere borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, kun er stillet i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at dyrke motion?

Region Hovedstaden

I 2017 er 23 % af borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet til at dyrke motion. Dette svarer til 58.500 personer (Tabel 6.16).

Køn: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er større blandt mænd end kvinder.

Alder: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er størst blandt de 55-64 årige og mindst blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er større blandt borgere med kortere uddannelser sammenlignet med borgere med videregående uddannelser.

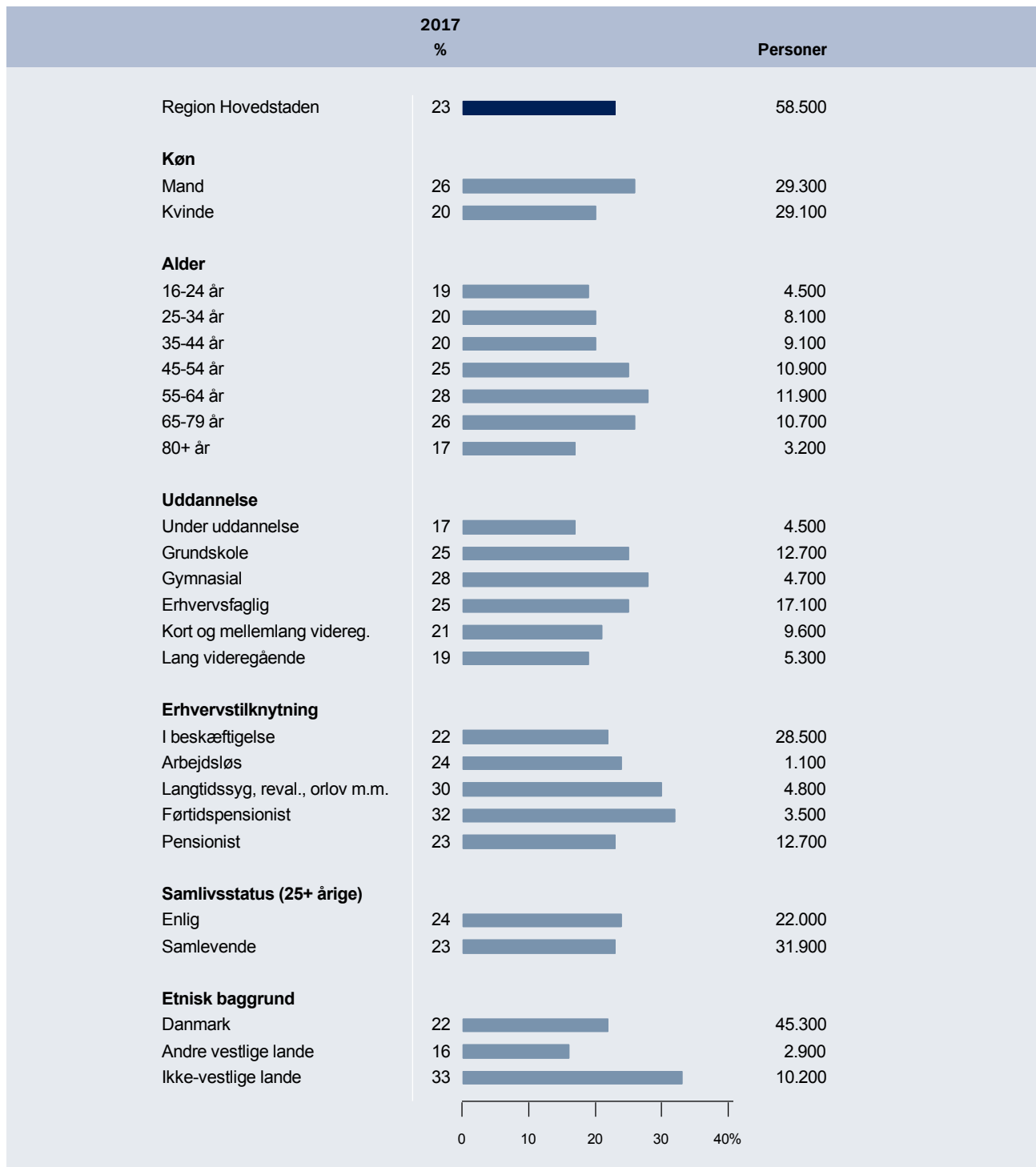
Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er større blandt langtids-syge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er ikke statistisk signifikant forskellig mellem enlige og samlevende.

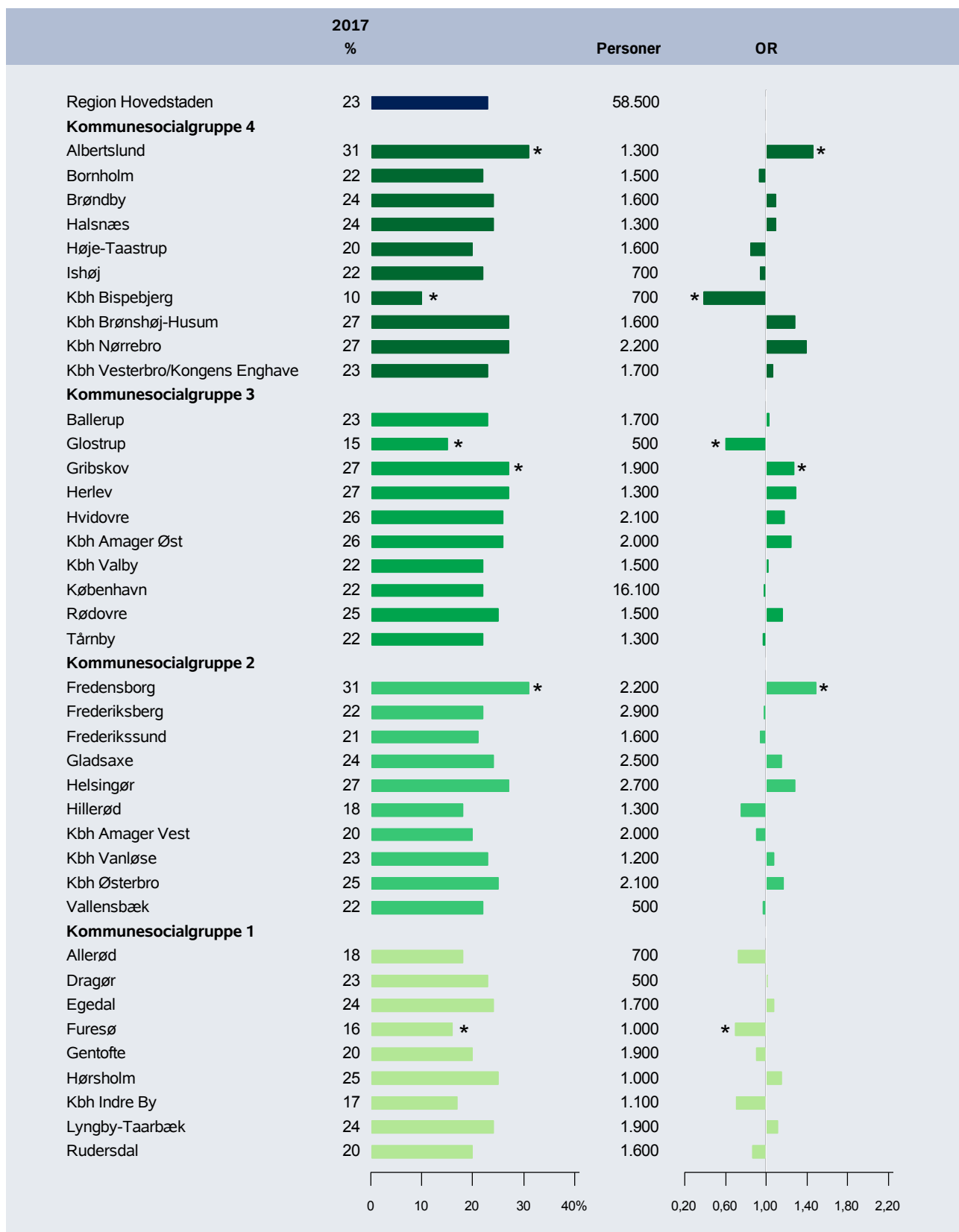
Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som er blevet rådet til at dyrke mere motion af egen læge, varierer fra 10 % i bydelen Bispebjerg til 31 % i Albertslund og Fredensborg kommuner (Tabel 6.17). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocial-grupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Table 6.16 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge

Tabel 6.17 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som er blevet rådet til at dyrke motion af egen læge – kommuner



*Statistik signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

6.6.2 Information og tilbud om hjælp til ændring af bevægelsesvaner

Borgere i Region Hovedstaden er blevet spurgt om, hvorvidt de inden for de seneste 12 måneder har fået information om, at man kan få hjælp til ændring af bevægelsesvaner fra forskellige kilder i samfundet samt om de har taget imod hjælp fra nogle af disse. Den samme borger kan således have fået information eller taget imod tilbud fra flere kilder og dermed indgå flere steder i tabellen nedenfor. Forekomsten opgøres blandt borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Forekomsten opgøres for 2017, fordi spørgsmålet brugt til at identificere borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, kun er stillet i 2017.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden har i alt 16,2 % af borgere, som ikke opfylder WHO's anbefalinger, fået information om hjælp til ændring af bevægelsesvaner fra én eller flere kilder, svarende

til 52.700 personer, mens 5,7 % har taget imod tilbud om hjælp til ændring af bevægelsesvaner, svarende til 18.800 personer (resultater ikke vist). Den primære kilde til information om hjælp til og tilbud om hjælp til ændring af bevægelsesvaner er fra "andre kilder" end de, som der er spurgt specifikt ind til (Tabel 6.18).

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du inden for de seneste 12 måneder fået information om, at man kan få hjælp til ændring af bevægelsesvaner?
- Har du inden for de seneste 12 måneder taget imod tilbud om ændring af bevægelsesvaner?

Tabel 6.18 Borgere, som ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som inden for det seneste år har fået information eller taget imod tilbud om hjælp til at ændre bevægelsesvaner

2017	Fået information		Taget imod tilbud	
		%		%
Kommunen	2,3		1,4	
Egen læge	3,4		1,0	
Hospitalet	1,7		1,0	
Arbejdet/studiet	1,7		0,4	
Andre	8,7		2,2	

Tallene i sundhedsprofilrapporterne fra forskellige år kan ikke sammenlignes

6.6.3 Bevægelse i lokalområdet

I dette afsnit beskrives borgernes oplevelse af at have let adgang til steder, hvor man kan være fysisk aktiv i lokalområdet. Forekomsten opgøres blandt alle borgere for 2017 og 2013, da spørgsmålet ikke findes i 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du let adgang til følgende faciliteter i det område, hvor du bor? (Cykelstier, gangstier; grønne områder; idrætsfaciliteter)

Region Hovedstaden

I 2017 har 96 % af alle borgere i Region Hovedstaden let adgang til cykelstier/gangstier, svarende til 1.385.100 personer, og 95 % af alle borgere har let adgang til grønne områder, svarende til 1.374.000 personer (Tabel 6.19). For de sociodemografiske grupper og borgernes opfyldelse af WHO's minimumsanbefaling eller ej, ses kun små forskelle mellem grupperne. De er derfor ikke beskrevet yderligere.

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere, der har let adgang til cykelstier/gangstier, er steget fra 94 % i 2013 til 96 % i 2017 i regionen som helhed (Tabel 6.19). Stigningen gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt borgere på 80 år og derover samt blandt borgere med ikke-vestlig baggrund. Andelen af borgere, der har let adgang til grønne områder, er ligeledes steget fra 91 % i 2013 til 95 % i 2017. Stigningen ses i alle de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere på 80 år og derover.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, der har let adgang til cykelstier/gangstier, varierer fra 88 % i Gribskov og Frederikssund kommuner til 98 % i Ballerup, Rødovre, Frederiksberg, Vallensbæk, Dragør, Furesø, Gentofte og Lyngby-Taarbæk kommuner (Tabel 6.20). Andelen af borgere, der har let adgang til grønne områder, varierer fra 88 % i bydelen Bispebjerg til 99 % i Halsnæs, Fredensborg, Dragør, Furesø og Lyngby-Taarbæk kommuner (Tabel 6.21). Der ses en tendens til en social gradient for både let adgang til cykelstier/gangstier og let adgang til grønne områder. Flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger under regionsgennemsnittet, mens flere kommuner og bydele

i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. For let adgang til grønne områder bliver gradienten tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele (Tabel 6.21).

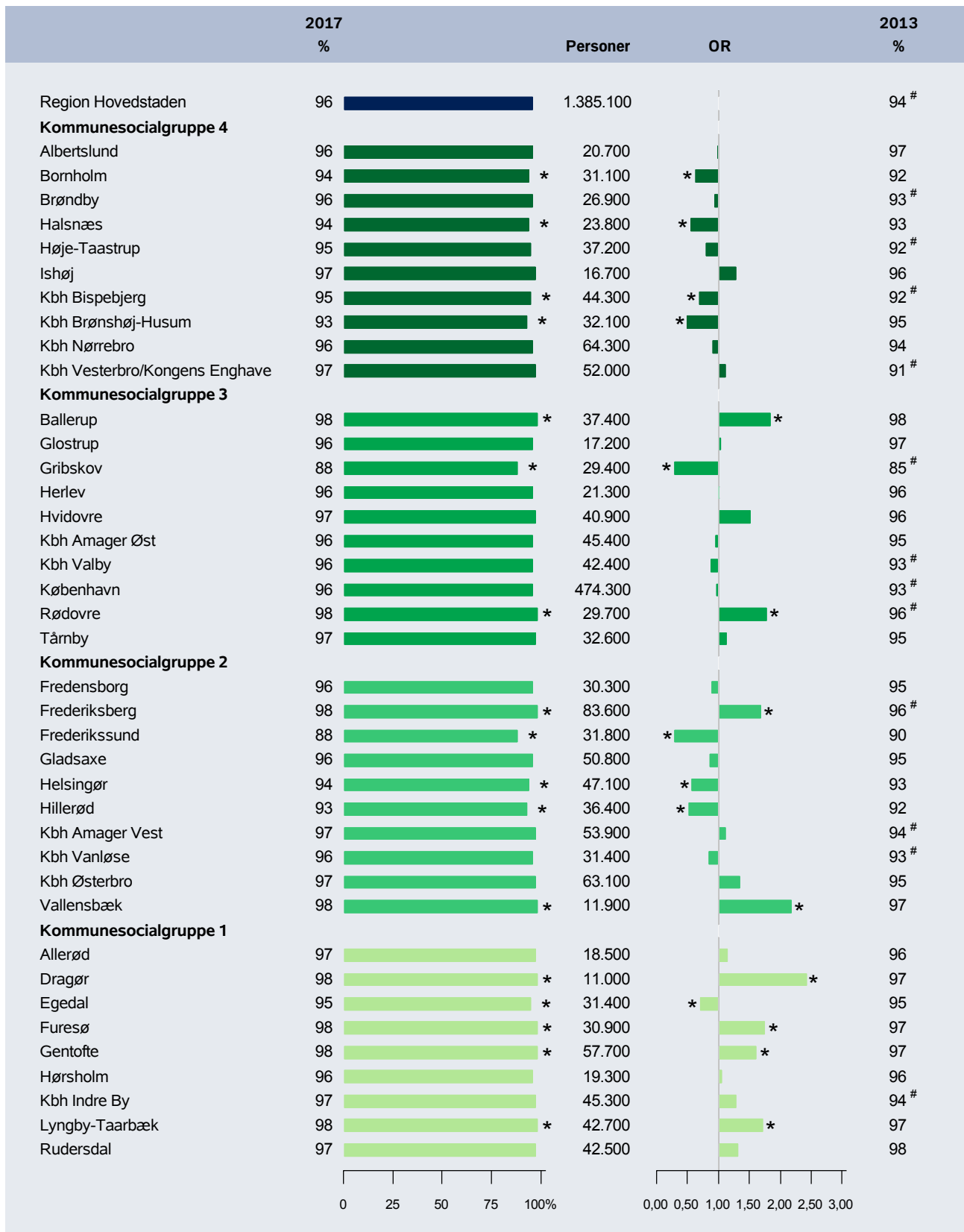
fra 2013 til 2017 (Tabel 6.20). Den største stigning ses i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave. Andelen af borgere, der har let adgang til grønne områder, er steget i flere kommuner og bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 6.21). Den største stigning er sket i bydelen Nørrebro.

Udvikling 2013-2017: Andelen af borgere, der har let adgang til cykelstier/gangstier, er steget i flere kommuner og bydele

Tabel 6.19 Borgere, som har let adgang til cykelstier/gangstier og grønne områder

	Cykelstier/gangstier			Grønne områder		
	2017 %	Personer	2013 %	2017 %	Personer	2013 %
Region Hovedstaden	96	1.385.100	94 [#]	95	1.374.000	91 [#]
Køn						
Mand	96	675.000	95 [#]	95	670.400	92 [#]
Kvinde	96	710.100	94 [#]	95	703.600	91 [#]
Alder						
16-24 år	96	197.900	95	93	192.900	88 [#]
25-34 år	96	256.100	95 [#]	93	248.100	90 [#]
35-44 år	96	234.500	94 [#]	95	232.300	92 [#]
45-54 år	96	235.100	96	96	235.400	94 [#]
55-64 år	96	185.000	95 [#]	97	185.900	94 [#]
65-79 år	96	218.700	94 [#]	97	219.800	93 [#]
80+ år	90	57.900	85 [#]	91	59.500	84 [#]
Uddannelse						
Under uddannelse	97	214.700	95 [#]	93	207.900	88 [#]
Grundskole	94	217.400	91 [#]	93	216.200	88 [#]
Gymnasial	96	87.700	96	95	86.700	91 [#]
Erhvervsfaglig	96	319.100	94 [#]	97	321.400	93 [#]
Kort og mellemlang videreg.	97	255.900	95 [#]	97	254.700	94 [#]
Lang videregående	98	180.900	97 [#]	96	178.900	93 [#]
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	97	743.700	95 [#]	96	739.100	93 [#]
Arbejdsløs	93	19.000	93	94	19.300	90 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	91	54.200	90	90	53.500	85 [#]
Førtidspensionist	92	33.700	91	92	34.000	89 [#]
Pensionist	95	251.700	92 [#]	95	254.200	91 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	95	464.700	93 [#]	93	458.600	90 [#]
Samlevende	96	720.700	95 [#]	96	720.800	94 [#]
Etnisk baggrund						
Danmark	97	1.128.400	95 [#]	96	1.119.100	92 [#]
Andre vestlige lande	95	112.800	95	94	111.100	93
Ikke-vestlige lande	89	142.100	84 [#]	88	142.000	84 [#]
WHO's minimumsanbef.						
Opfylder anbefaling	94	311.500		94	309.800	
Opfylder ikke anbefaling	97	922.000		96	912.100	

Tabel 6.20 Borgere, som har let adgang til cykelstier og gangstier - kommuner

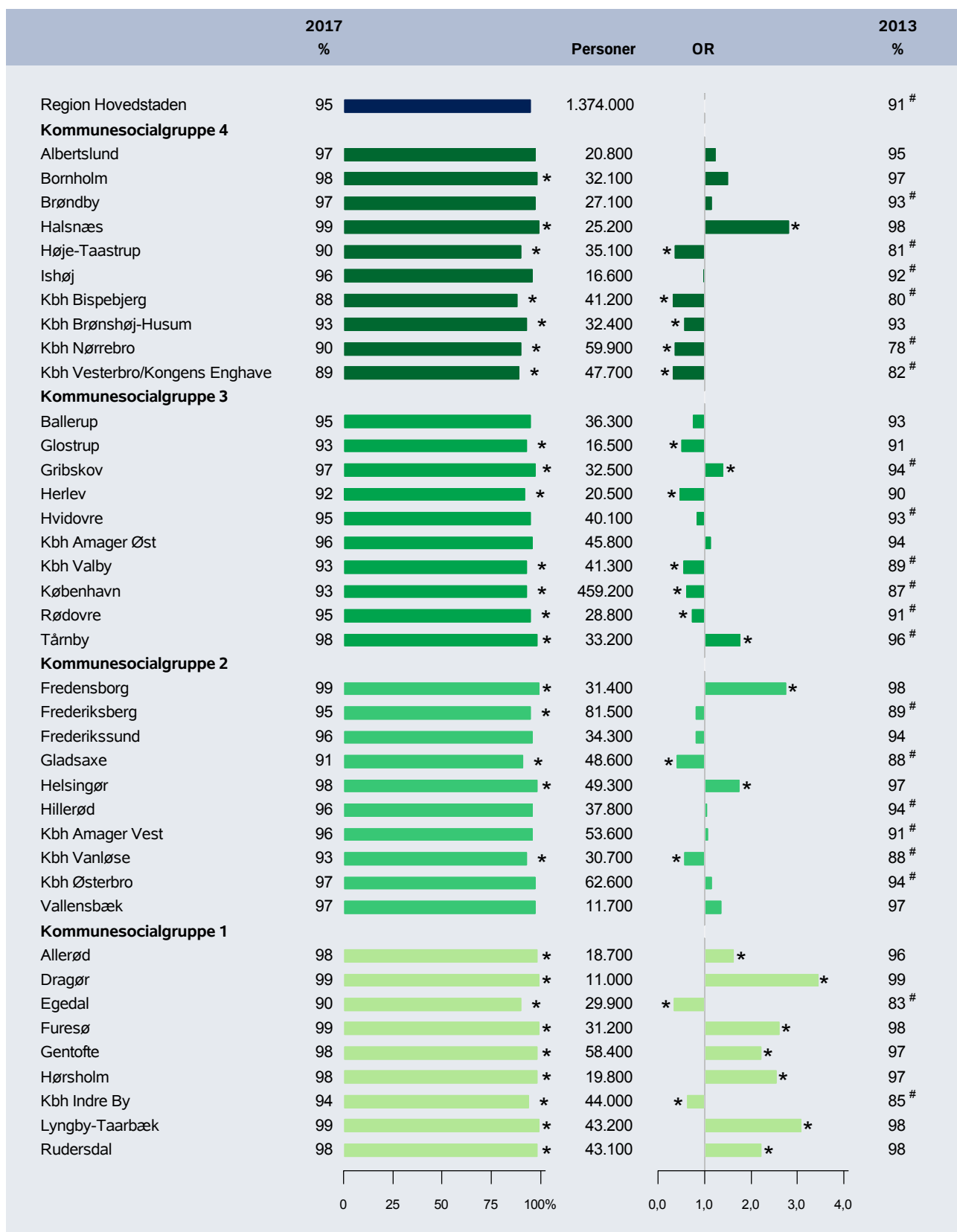


*Statistik signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 6.21 Borgere, som har let adgang til grønne områder - kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

6.7 Litteratur

- (1) Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep.* 1985;100(2):126-31.
- (2) World Health Organization. Physical activity [citeret 2017 08-12]. http://www.who.int/topics/physical_activity/en/.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (4) Danquah IH, Skov SS, Callesen BR, Voss I, Petersen CB, Tolstrup JS. Validering af spørgsmål om fysisk aktivitet og sidde tid – Til brug for national monitorering. Syddansk Universitet. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (5) Overgaard K, Grøntved A, Nielsen K, Dahl-Petersen IK, Aadahl M. Stillesiddende adfærd – en helbredsrisiko. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
- (6) Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (7) Kiens B, Beyer N, Brage S, Hyldstrup L, Ottesen LS, Overgaard K, et al. Fysisk inaktivitet – konsekvenser og sammenhænge. København: Motions- og Ernæringsrådet; 2007.
- (8) Ekelund U, Steene-Johannessen J, Brown WJ, Fagerland MW, Owen N, Powell KE, et al. Does physical activity attenuate, or even eliminate, the detrimental association of sitting time with mortality? A harmonised meta-analysis of data from more than 1 million men and women. *Lancet.* 2016;388(10051):1302-10.
- (9) HAR Jensen, M Davidsen, O Ekholm, AI Christensen. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (10) Reis RS, Salvo D, Ogilvie D, Lambert EV, Goenka S, Brownson RC, et al. Scaling up physical activity interventions worldwide: stepping up to larger and smarter approaches to get people moving. *Lancet.* 2016;388(10051):1337-48.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (12) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (13) World Health Organization. Global recommendations on Physical Activity for Health. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2010.
- (14) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om fysisk aktivitet: Sundhedsstyrelsen; [citeret 2017 19-12]. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/fysisk-aktivitet/anbefalinger>.
- (15) Holtermann A, Krause N, van der Beek AJ, Straker L. The physical activity paradox: six reasons why occupational physical activity (OPA) does not confer the cardiovascular health benefits that leisure time physical activity does. *Br J Sports Med.* 2017.
- (16) Grimby G, Borjesson M, Jonsdottir IH, Schnohr P, Thelle DS, Saltin B. (17) Rasmussen LB et al. Nordic monitoring of diet, physical activity and overweight. First collection of data in all Nordic Countries 2011. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2012.
- (17) Rasmussen LB et al. Nordic monitoring of diet, physical activity and overweight. First collection of data in all Nordic Countries 2011. Copenhagen: Nordic Council of Ministers, 2012.



Kapitel 7

Euforiserende stoffer



7 Euforiserende stoffer

- Andelen af unge i alderen 16-34 år, der nogensinde har prøvet hash eller andre stoffer, er steget fra 2013 til 2017
- 53 % af de unge har nogensinde prøvet hash, mens 17 % har prøvet andre stoffer
- 23 % af de unge har brugt hash eller andre stoffer inden for det seneste år, mens 6,6 % har haft et højt forbrug
- Der er geografiske forskelle i forekomsterne. Brug af hash og andre stoffer er især udbredt i de københavnske bydele

Euforiserende stoffer (herefter: stoffer) er en samlet betegnelse for en række stoffer, som virker sløvende (f.eks. hash og heroin), stimulerende (f.eks. amfetamin, kokain og ecstasy) eller giver hallucinationer (f.eks. LSD og svampe) (1).

Udbredelsen af illegale stoffer i den voksne befolkning i Danmark er faldet siden år 2000, med undtagelse af hash. Udbredelsen af hash i Danmark har været stabil fra 2000 til 2010, men er i de seneste år steget (2). Hash er det mest udbredte euforiserende stof i Danmark efterfulgt af amfetamin, kokain og ecstasy (2). Tidligere undersøgelser viser, at stort set alle unge, som har prøvet andre stoffer, også har prøvet hash (3). Brug af euforiserende stoffer omfatter i denne rapport primært eksperimentelt brug af stoffer. Det eksperimentelle brug af stoffer toppe i 16-19 års alderen, og hovedparten af de unge, som eksperimenterer med stoffer, fortsætter ikke brugen (4). Men jo yngre borgeren er, når der prøves stoffer første gang, jo højere er risikoen for et egentligt forbrug eller afhængighed senere i livet (5). Tidligere undersøgelser har vist, at det kun er meget få, der prøver stoffer første gang efter 20 års alderen i Danmark (2). På landsplan har 45,1 % af de 16-34 årige nogensinde prøvet hash, mens 15,4 % har brugt det inden for det seneste år (2). For andre stoffer er tallene henholdsvis 14,2 % og 5,2 %.

Brug af stoffer kan medføre forgiftninger, ulykker, akutte psykotiske symptomer og i værste fald død. Brug af stoffer kan desuden medføre varige sundhedsmæssige og sociale konsekvenser og lede til afhængighed og misbrug (4). Mange stofmisbrugere bruger flere stoffer på samme tid eller i samspil med andre sundhedsskadelige stoffer som f.eks. tobak og alkohol (5). Det tyder på, at rygning og et stort forbrug af alkohol øger risikoen for misbrug af hash og andre stoffer blandt unge, mens god mental sundhed og trivsel har en beskyttende effekt (1).

Det skønnes, at der årligt er 1.000 dødsfald relateret til misbrug af stoffer. Det svarer til 2 % af alle dødsfald. Herudover kan cirka 18.000 indlæggelser på somatiske og psykiatriske afdelinger tilskrives misbrug af stoffer (6).

Euforiserende stoffer er ulovlige at bruge, sælge og besidde i Danmark. Målet for den danske narkotikapolitik er, at begrænse tilgangen af nye stofmisbrugere mest muligt, at begrænse udbredelsen af stoffer mest muligt og samtidigt at tilbyde behandling og begrænse skader af den brug, der

finder sted (1). Kommunerne er ansvarlige for forebyggelse og behandling af stofmisbrugere, og behandlingen er rettet både mod selve misbruget, men også mod de medfølgende sociale og helbredsmæssige problemer (2, 4).

Da udbredelsen af euforiserende stoffer i befolkningen er størst blandt unge, er de den primære målgruppe for den forebyggende indsats efterfulgt af forældre og professionelle, som arbejder med unge (1). Sundhedsstyrelsen har udgivet en forebyggelsespakke til støtte for den kommunale forebyggende indsats mod brug af euforiserende stoffer (7). Siden 2013 er der sket en stigning i andelen af kommuner, som har etableret samarbejder med de lokale ungdomsuddannelser og produktionskoler omkring stof-forebyggende indsatser. Samtidig ses også en stigning i andelen af kommuner, hvor folkeskolerne tilbyder en systematisk og dialogbaseret undervisning om brug af stoffer (8).

Kapitlets indhold

Kapitlet her beskriver andelen af unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer. Herefter beskrives andelen af alle unge, som har haft et forbrug inden for det seneste år og andelen med højt forbrug (10+ gange) det seneste år. Afslutningsvis beskrives brug af hash og andre stoffer inden for det seneste år i relation til andre risikofaktorer. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

Fokus i kapitlet er brug af stoffer blandt unge i alderen 16-34 år. Tabeller for brug af euforiserende stoffer blandt borgere på 35 år eller derover kan findes på centrets hjemmeside.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du nogensinde prøvet hash eller andre stoffer? ^a
- Hvis ja, hvor gammel var du, da du prøvede det første gang?
- Hvor mange gange inden for de seneste 12 måneder har du røget hash eller indtaget andre stoffer end hash?

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om stoffer fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

7.1 Unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer

I dette afsnit beskrives indledningsvist debutalder for brug af hash og andre stoffer for 2017 og 2010. Dette spørgsmål findes ikke i 2013. Herefter beskrives andelen af unge, som

nogensinde har prøvet hash eller andre stoffer. Andelen opgøres for 2017, 2013 og 2010. Begge opgørelser er blandt alle borgere på 16-34 år.

7.1.1 Debutalder

Blandt unge i Region Hovedstaden er debutalderen for at prøve hash faldet fra 18 år i 2010 til 17 år i 2017, mens debutalderen for at prøve andre stoffer er 19 år i begge år (Tabel 7.1).

Tabel 7.1 Debutalder for brug af hash og andre stoffer blandt alle unge (16-34 år) i Region Hovedstaden

	2017	2010
Debutalder for hash	17 år	18# år
Debutalder for andre stoffer	19 år	19 år

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

7.1.2 Nogensinde prøvet hash eller andre stoffer

Region Hovedstaden

I 2017 har 53 % af alle unge i Region Hovedstaden nogensinde prøvet hash, svarende til 250.500 personer, mens 17 % af de unge har prøvet andre stoffer, svarende til 81.800 personer (Tabel 7.2). Af de 250.500 unge, som har prøvet hash, har 32 % også prøvet andre stoffer, mens der blandt de 81.800 unge, som har prøvet andre stoffer, er hele 97 %, som også har prøvet hash.

Køn: En større andel af mænd end kvinder har prøvet hash eller andre stoffer. Kønsforskellen er især tydelig for andre stoffer.

Alder: En større andel af de 25-34 årige har prøvet hash eller andre stoffer sammenlignet med de 16-24 årige. Aldersforskellen er især tydelig for andre stoffer.

Etnisk baggrund: Brug af hash eller andre stoffer er mest udbredt blandt unge med dansk eller anden vestlig baggrund.

Sammenlignet med unge med ikke-vestlig baggrund har dobbelt så mange unge med dansk baggrund prøvet hash og næsten tre gange så mange prøvet andre stoffer.

Udvikling 2013-2017: Andelen af unge, som har prøvet hash, er steget fra 51 % i 2013 til 53 % i 2017 i regionen som helhed. Stigningen gør sig især gældende blandt kvinder, de 25-34 årige og borgere med dansk baggrund. Andelen af unge, som har prøvet andre stoffer, er steget fra 14 % i 2013 til 17 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i alle sociodemografiske grupper med undtagelse af unge med anden vestlig baggrund.

Udvikling 2010-2017: Andelen af unge, som har prøvet hash, er faldet fra 55 % i 2010 til 53 % i 2017. Faldet gør sig gældende for de 25-34 årige og borgere med dansk baggrund. Til gengæld er andelen af unge, som nogensinde har prøvet andre stoffer, ikke statistisk signifikant ændret i regionen som helhed fra 2010 til 2017. Dog ses et fald for de 25-34 årige og borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af unge, som har prøvet hash, varierer fra 28 % i Ishøj Kommune til 68 % i bydelene Nørrebro, Indre By og Vesterbro/Kongens Enghave (Tabel 7.3). Andelen af unge, som har prøvet andre stoffer end hash, varierer fra 7 % i Vallensbæk Kommune til 26 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (Tabel 7.4). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Der ses en tendens til, at andelen af unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre stoffer, generelt er størst blandt unge i de københavnske bydele og disses nabokommuner (Tabel 7.3 og Tabel 7.4).

Udvikling 2013-2017: Der er stor variation i udviklingen på tværs af kommuner og bydele, hvilket kan skyldes, at resultaterne er baseret på få besvarelser og dermed er behæftet

med usikkerhed. I mange kommuner og bydele er der ikke sket statistisk signifikante ændringer fra 2013 til 2017 i andelen af unge, som nogensinde har prøvet hash (Tabel 7.3) eller andre stoffer (Tabel 7.4). Dog ses stigninger i enkelte kommuner og bydele. For både hash og andre stoffer ses den største stigning i Dragør Kommune.

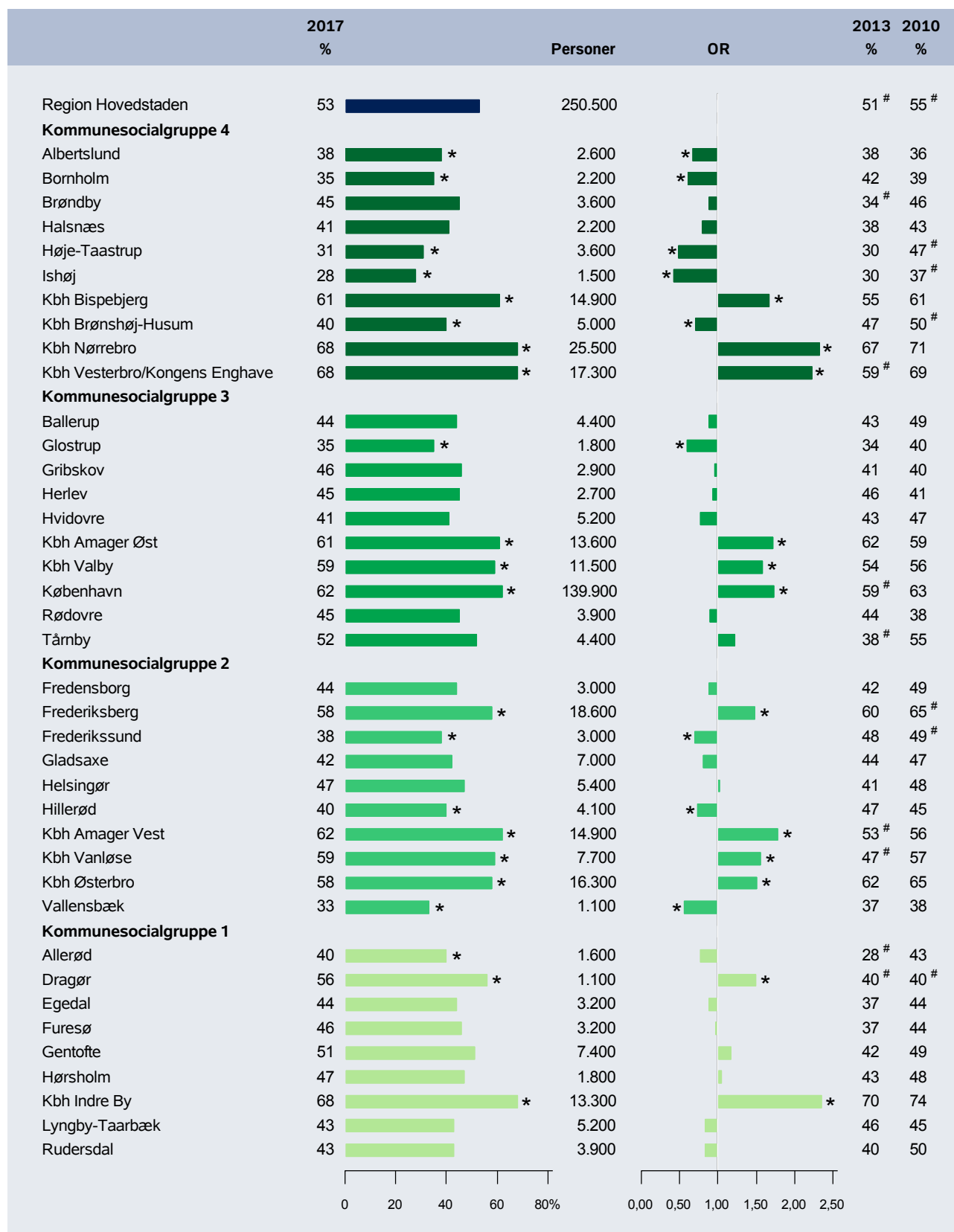
Udvikling 2010-2017: Der er stor variation i udviklingen på tværs af kommuner og bydele, hvilket kan skyldes, at resultaterne er baseret på få besvarelser og dermed er behæftet med usikkerhed. Enkelte kommuner og bydele har således oplevet store fald eller stigninger i andelen af unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre stoffer fra 2010 til 2017 (Tabel 7.3 og Tabel 7.4). I flertallet af kommuner og bydele er der dog ikke sket statistiske signifikante ændringer.

Tabel 7.2 Unge, som nogensinde har prøvet hash eller andre euforiserende stoffer

	Hash				Andre stoffer			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	53	250.500	51 [#]	55 [#]	17	81.800	14 [#]	18
Køn								
Mand	58	130.700	58	61	23	51.500	19 [#]	24
Kvinde	48	119.800	44 [#]	49	12	30.300	9 [#]	12
Alder								
16-24 år	47	97.500	45	47	13	27.000	10 [#]	13
25-34 år	57	153.000	55 [#]	61 [#]	21	54.800	17 [#]	23 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	58	207.200	56 [#]	59 [#]	19	67.000	15 [#]	19
Andre vestlige lande	52	25.500	46	53	20	9.600	15	17
Ikke-vestlige lande	26	17.000	22	25	7	4.800	4 [#]	10 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 7.3 Unge, som nogensinde har prøvet hash – kommuner



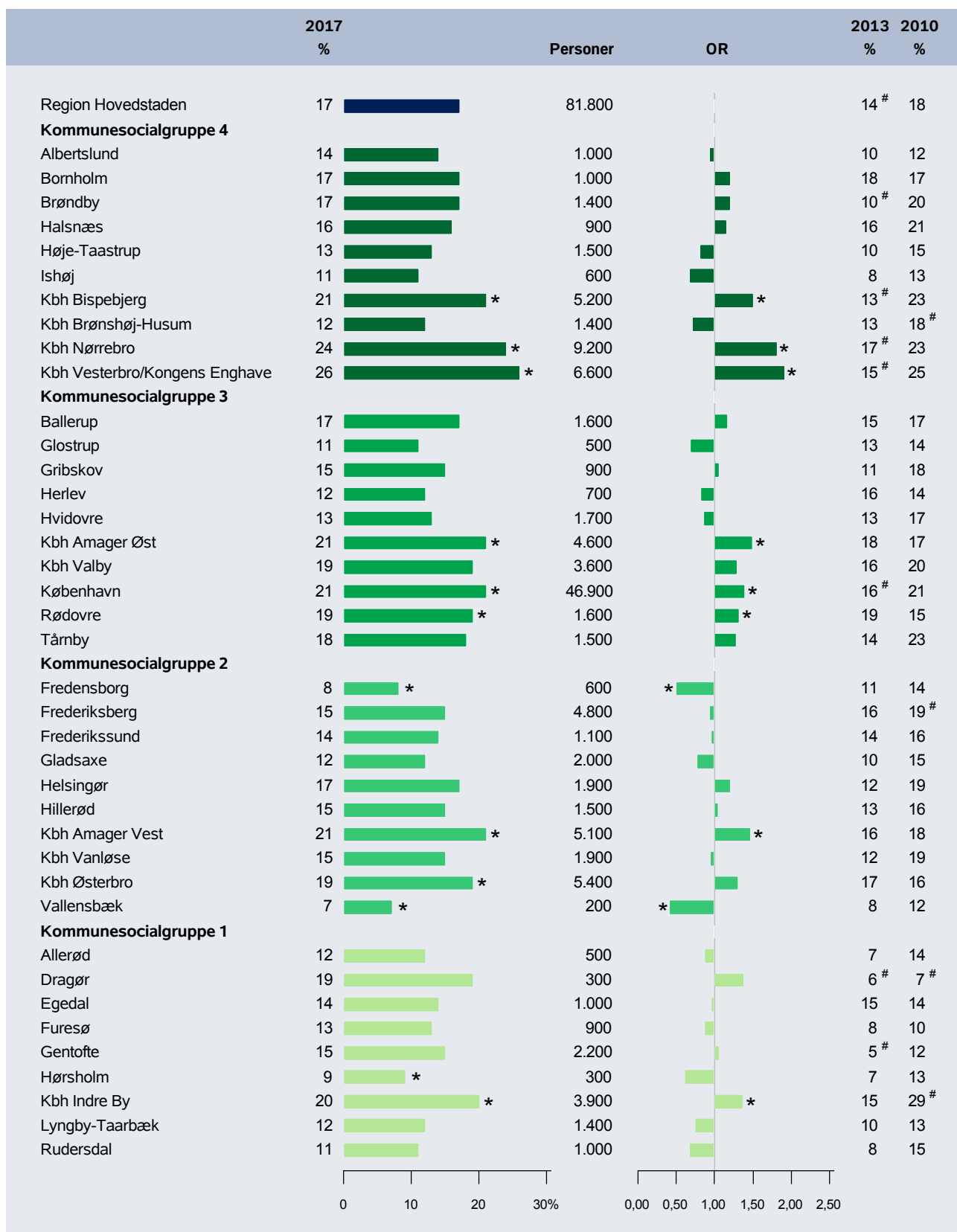
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 7.4 Unge, som nogensinde har prøvet andre euforiserende stoffer – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

7.2 Unge, som har brugt hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år

I dette afsnit beskrives andelen af unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år. Forekomsten opgøres blandt alle borgere på 16-34 år. På grund af ændrin-

ger i spørgsmålsformuleringen, er det kun muligt at se på forekomsten for 2017.

7.2.1 Hyppighed af hash- og stofbrug inden for det seneste år

I Region Hovedstaden har 78,8 % af de unge ikke brugt hash inden for det seneste år, hvilket betyder, at 21,2 % har brugt hash i denne periode (Tabel 7.5). I alt 9,6 % har brugt hash 1-2 gange inden for det seneste år, mens 4,8 % har brugt det mere end 20 gange.

I Region Hovedstaden har 92,1 % af de unge ikke brugt andre stoffer inden for det seneste år, hvilket betyder at 7,9 % har brugt andre stoffer end hash i denne periode. I alt 3,7 % har brugt andre stoffer 1-2 gange, mens cirka 1 % har brugt andre stoffer mere end 20 gange.

Tabel 7.5 Brug af hash eller andre euforiserende stoffer blandt unge inden for det seneste år

2017	0 gange %	1-2 gange %	3-5 gange %	6-9 gange %	10-19 gange %	20+ gange %
Hash	78,8	9,6	3,5	2,1	1,2	4,8
Andre stoffer	92,1	3,7	1,9	0,9	0,6	0,8

Andelen af unge, som har brugt hash eller andre stoffer inden for det seneste år (Tabel 7.6), summerer ikke til andelen for hash og stoffer i Tabel 7.5. Dette skyldes at den samme unge kan optræde i begge kategorier i ovenstående tabel, men kun én gang i opgørelsen af brug af hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år

Da resultaterne for brug af andre euforiserende stoffer inden for det seneste år er baseret på få besvarelser, behandles brug af hash og andre stoffer samlet i den resterende del af kapitlet.

7.2.2 Brug af hash eller andre stoffer inden for det seneste år

Region Hovedstaden

I alt 23 % af de unge i Region Hovedstaden har brugt hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år, svarende til 109.400 personer (Tabel 7.6).

Køn: En større andel af mænd har brugt hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år sammenlignet med kvinder.

Alder: En større andel 16-24 årige har brugt hash og/eller andre stoffer sammenlignet med de 25-34 årige.

Etnisk baggrund: En større andel med dansk eller anden vestlig baggrund har brugt hash eller andre stoffer inden for det seneste år sammenlignet med unge med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

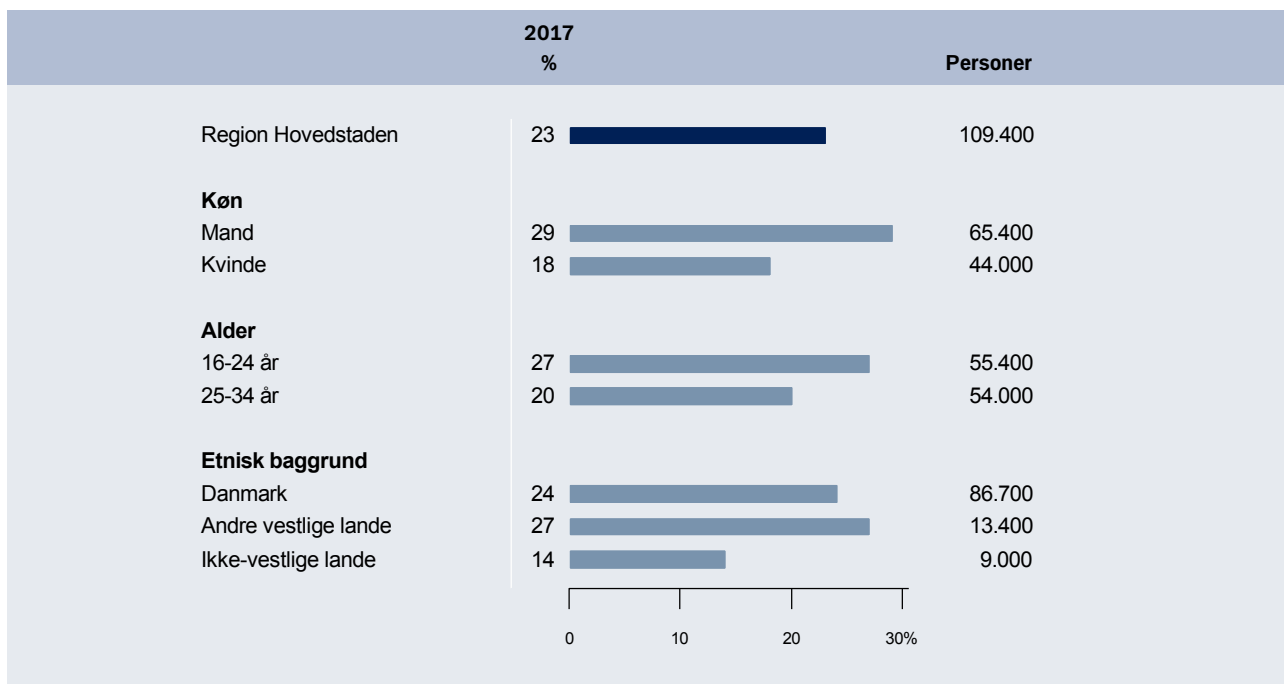
Andelen af unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år, varierer fra 10 % i Høje-Taastrup og Ishøj kommuner til 36 % i bydelen Indre By (Tabel 7.7).

Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommune-socialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Der ses dog en tendens til, at brug af hash eller andre stoffer er mest hyppig i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune.

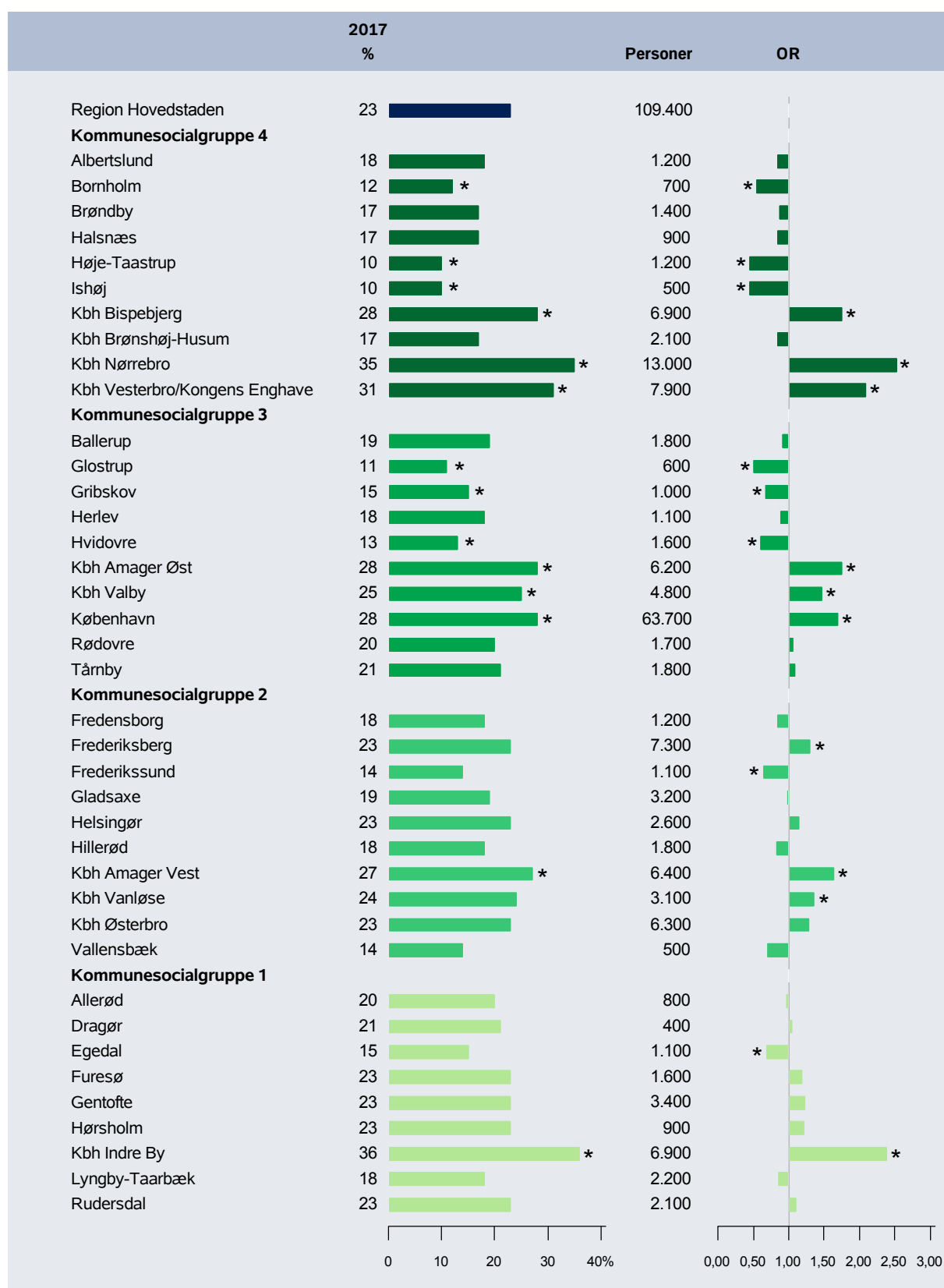
Brug af hash og/eller andre stoffer det seneste år

- Brug af hash og/eller andre stoffer er mest udbredt blandt mænd
- Højt forbrug af hash og/eller andre stoffer er mest udbredt blandt de 16-24 årige
- Brug af hash og/eller andre stoffer er generelt mest udbredt i de københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune

Tabel 7.6 Unge, som har brugt hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år



Tabel 7.7 Unge, som har brugt hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

7.3 Unge, som har et højt forbrug af hash og/eller andre euforiserende stoffer inden for det seneste år

I dette afsnit beskrives andelen af unge, som har et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer (10+ gange) inden for det seneste år. Da højt forbrug af andre stoffer inden for det seneste år er baseret på få besvarelser, behandles højt forbrug af hash og andre stoffer samlet. På grund af ændringer i spørgsmålsformuleringen, er det ikke muligt at se på ændringer.

Region Hovedstaden

I alt har 6,6 % af de unge i Region Hovedstaden et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer, svarende til 31.300 personer (Tabel 7.8).

Køn: Andelen af unge, som har et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer, er mere end dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder.

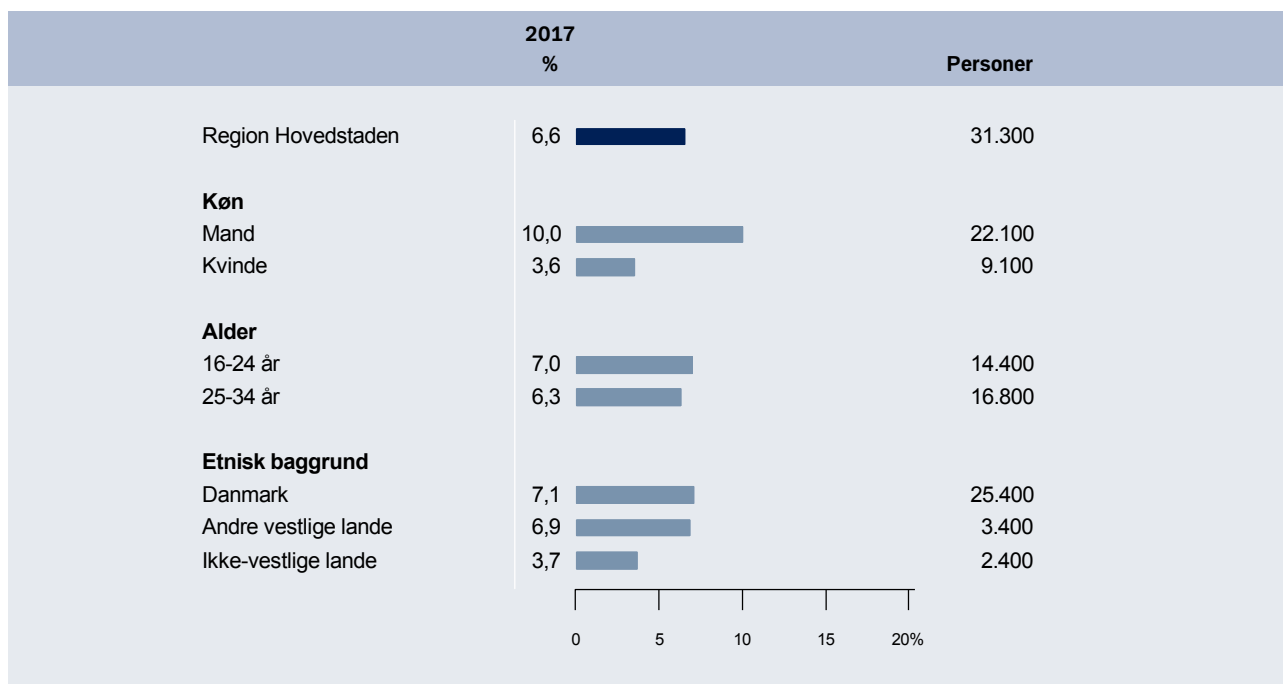
Alder: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af unge med et højt forbrug af hash og/eller stoffer i de to aldersgrupper.

Etnisk baggrund: En større andel med dansk eller anden vestlig baggrund har et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer inden for det seneste år sammenlignet med unge med ikke-vestlig baggrund.

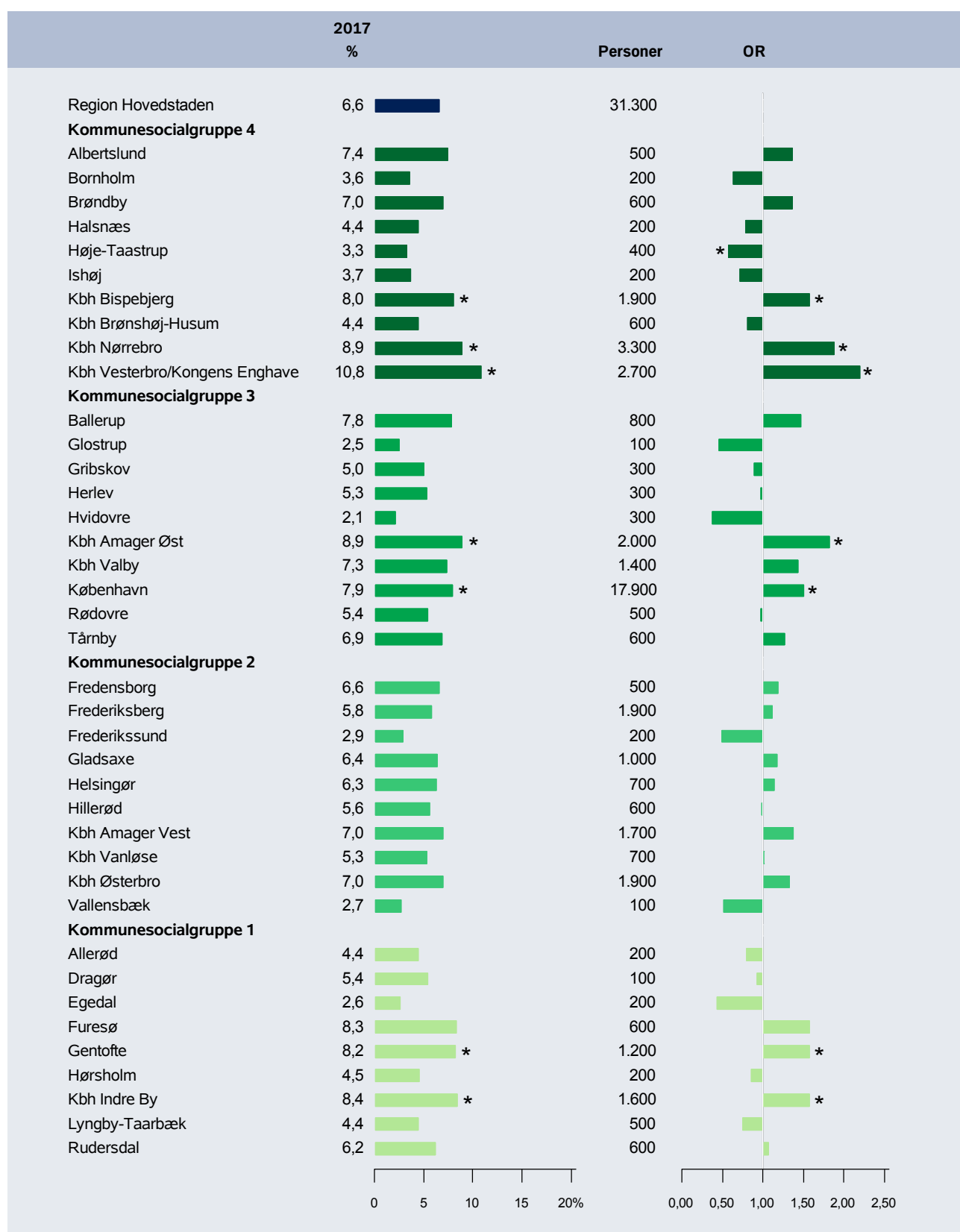
Kommuner og bydele

Andelen af unge med et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer er størst i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave, mens kun Høje-Taastrup Kommune ligger statistisk signifikant under regionsgennemsnittet. Det skal bemærkes, at tabellen bygger på meget få besvarelser og dermed er behæftet med stor usikkerhed (Tabel 7.9). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 7.8 Unge med et højt forbrug af hash eller andre euforiserende stoffer (10+ gange) inden for det seneste år



Tabel 7.9 Unge med et højt forbrug af hash eller andre euforiserende stoffer (10+ gange) – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

7.4 Brug af hash og andre stoffer i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer, og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Brug af hash og andre stoffer dækker både brug det seneste år og højt forbrug det seneste år. Der er eksempelvis 48 % af de unge, som har et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer det seneste år, som er dagligrygere, mens det gælder 15 % af de unge i regionen som helhed (Tabel 7.10). Forekomsten opgøres for 2017.

Unge, som bruger hash og/eller andre stoffer og især unge med et højt forbrug, har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med unge i regionen som helhed. Nedenfor beskrives de mest markante forskelle.

Blandt unge, som bruger hash eller andre stoffer, er det især forekomsten af dagligrygning, storforbrug af alkohol, rusdrikkeri og usikker sex, som er højere end i regionen som helhed.

Tabel 7.10 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt unge (16-34 år) med et højt forbrug af hash og/eller andre stoffer, blandt unge, som har brugt hash og/eller andre stoffer det seneste år og blandt alle unge i Region Hovedstaden

	Højt forbrug af hash og/ eller andre stoffer det seneste år (16-34 årige) %	Hash og/ eller andre stoffer det seneste år (16-34 årige) %	Region Hovedstaden (16-34 årige) %
Dagligrygning	48*	30*	15
Storforbrug af alkohol	24*	22*	9
Rusdrikkeri	45*	43*	20
Usikker sex (Sex uden kondom med skiftende seksualpartnere)	18*	17*	8
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	14*	11*	9
Højt stressniveau	43*	35*	30

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

7.5 Litteratur

(1) Sundhedsstyrelsen. Narkotika [citeret 2017 15-11]. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/narkotika>.

(2) Sundhedsstyrelsen. Narkotikasituationen i Danmark 2017 - Nationale data. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.

(3) Sundhedsstyrelsen. National Sundhedsprofil Unge 2011. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.

(4) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Stoffer. København: Sundhedsstyrelsen; 2013.

(5) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Health and social responses to drug problems: a European guide. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.

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

(7) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.

(8) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.



Kapitel 8

Seksuel adfærd og seksygamme



8 Seksuel adfærd og sexsygdomme

- I Region Hovedstaden har 27 % af unge i alderen 16-34 år haft sex uden prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker at få et barn
- 8 % af de unge har haft sex uden kondom ved seneste samleje, trods skiftende seksualpartnere. Andelen er den samme i 2013
- 5,6 % af de unge har fået konstateret én eller flere sexsygdomme. Andelen er mere end dobbelt så stor sammenlignet med andelen blandt borgere på 35 år eller derover
- 3,4 % af de unge har fået konstateret klamydia. Det er en markant større andel end i 2013
- Rusdrikkeri og højt forbrug af hash og andre stoffer er mere udbredt blandt unge borgere, som har usikker sex sammenlignet med alle unge i regionen

Seksualitet er for mange mennesker en vigtig del af tilværelsen, og et tilfredsstillende sexliv er af stor betydning for ni ud af ti danskeres generelle trivsel og livskvalitet (1). Seksualitet og sundhed er tæt forbundne og kan påvirke hinanden i en negativ eller positiv retning. Eksempelvis kan sygdom og usunde livsstilsvaner hæmme lysten og evnen til sex, mens et velfungerende sexliv kan virke direkte gavnligt for helbredet (1).

I et forebyggelsesperspektiv er det ofte de negative sider af seksualitet, såsom ubeskyttet sex, uønsket graviditet og seksuelt overførte sygdomme (herefter: sexsygdomme), der er i fokus. I Danmark er ubeskyttet sex, det vil sige sex uden kondom eller anden prævention, især udbredt blandt unge. Mere end to ud af tre seksuelt aktive 15-24 årige har haft ubeskyttet sex (2). Borgere, som har sex uden prævention og ikke ønsker et barn, er i øget risiko for uønsket graviditet, mens borgere, som har sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere, er i øget risiko for at få en sexsygdom.

Cirka hver fjerde af de danske 25-årige har nogensinde haft en sexsygdom (3). I 2016 var antallet af borgere med enten klamydia eller gonorré på sit højeste nogensinde med omkring

Ubeskyttet sex og sexsygdomme i Region Hovedstaden blandt 16-34 årige

- Risiko for uønsket graviditet som følge af sex uden prævention blandt unge, som ikke ønsker at få børn, er mest udbredt blandt mænd samt blandt unge med ikke-vestlig baggrund
- Risiko for sexsygdomme som følge af sex uden kondom blandt unge trods skiftende seksualpartnere, er mest udbredt blandt de 16-24 årige, unge med dansk baggrund og unge i en række københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune
- Klamydia er mest udbredt blandt de 16-24 årige

34.000 registrerede tilfælde for klamydia og 3.500 tilfælde for gonorré. Antallet af borgere med syfilis har været i stigning siden 1996, men er siden 2015 stagneret på omkring 750 registrerede tilfælde årligt (4). Livmoderhalskræft og HIV hører til de alvorligste sexsygdomme og er potentielt dødelige. Livmoderhalskræft rammer årligt omkring 400 kvinder i Danmark, hvoraf en fjerdedel dør af sygdommen (5). I 2015 fik 270 personer konstateret HIV og cirka 40 fik konstateret AIDS (4, 6). Livmoderhalskræft og HIV behandles ikke i denne rapport.

Forebyggelse af uønsket graviditet kan ske ved korrekt brug af prævention, mens korrekt brug af kondom forebygger de fleste tilfælde af sexsygdomme, heriblandt klamydia og gonorré. Visse sexsygdomme som herpes ved kønsorganerne, syfilis og kønsvorter (kondylomer) forebygges dog ikke fuldstændigt ved brug af kondom (7). Vaccination mod humant papillomavirus (HPV) beskytter mod 70 % af alle tilfælde af livmoderhalskræft, og tilbydes til alle 12-årige piger i Danmark.

Hvert år medfører sexsygdomme og uønskede graviditeter 7.200 hospitalsindlæggelser og 99.000 ambulante hospitalsbesøg, og det anslås, at ubeskyttet sex årligt forårsager 160 dødsfald. Sexsygdomme og uønskede graviditeter koster hvert år det danske sygehusvæsen 270 mio. kr. og omkostninger til tabt produktion beløber sig til 370 mio. kr. pr. år (8).

Ansvar for forebyggelse og behandling af sexsygdomme er i dag delt mellem region og kommuner. Som oftest diagnosticeres og behandles sexsygdomme i almen praksis (7). Til støtte for det kommunale forebyggende arbejde med seksuel sundhed har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke på området (9). Siden 2012 har kommunerne styrket indsatsen på området - eksempelvis er andelen af kommuner, der sikrer kvalificeret seksualundervisning til folkeskolens elever, steget (10). Sundhedsstyrelsen har desuden årlige nationale kampagner som "Uge Sex" og "Kun med kondom" målrettet elever i grundskolen og ungdomsuddannelserne.

Kapitlets indhold

Dette kapitel omhandler udbredelsen af ubeskyttet sex og forekomsten af seksygdomme i Region Hovedstaden. Først beskrives andelen, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker barn, det vil sige borgere, som er i øget risiko for uønsket graviditet. Dernæst beskrives andelen, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, det vil sige borgere, som er i øget risiko for seksygdomme. Herudover beskrives andelen, som har fået konstateret en seksygdom inden for de seneste 12 måneder. Afslutningsvist beskrives andelen, som har ubeskyttet sex, i kombination med andre risikofaktorer.

Fokus i kapitlet er primært unge i alderen 16-34 år, da seksuel risikoadfærd i forhold til uønsket graviditet og seksygdomme forekommer hyppigere i denne aldersgruppe sammenlignet med borgere på 35 år eller derover. Da en stor del af de 16-34 årige endnu ikke har færdiggjort uddannelse eller etableret familie, er der ikke opgørelser i forhold til uddannelsesniveau, erhvervstilknytning eller samlivsstatus. Resultater

for borgere på 35 år og derover bruges til at sætte resultaterne for de unge i perspektiv. Tabeller for borgere på 35 år eller derover kan findes på centrets hjemmeside. Udvikling belyses alene blandt de unge, da der ikke er spurgt om sex og prævention blandt borgere på 35 år eller derover i 2010 og 2013.

Borgere med 3 eller flere seksualpartnere

- 3 eller flere seksualpartnere er mest udbredt blandt unge. 16 % af de unge, svarende til 73.000 personer og 4 % af borgere på 35 år eller derover, svarende til 35.100 personer, har haft 3 eller flere seksualpartnere inden for det seneste år. Dermed er risikoen for seksygdomme større blandt unge sammenlignet med borgere på 35 år eller derover
- Tabeller vedrørende borgere med 3 eller flere seksualpartnere kan findes på centrets hjemmeside

8.1 Ubeskyttet sex

Ubeskyttet sex opgøres dels blandt alle borgere, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje og ikke ønsker et barn, og dels blandt alle borgere, der har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere inden for det seneste år. Med skiftende seksualpartnere menes mindst tre seksualpartnere. Prævention omfatter kondomer og anden prævention, for eksempel p-piller, spiral, pessar og fortrydelsespiller.

Forekomsten opgøres for 2017 og 2013 blandt de 16-34 årige. For borgere på 35 år eller derover opgøres forekomsten for 2017. Det er ikke muligt, at opgøre forekomsten for 2010 grundet ændringer i spørgsmålsformuleringerne.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange forskellige seksualpartnere har du haft inden for de seneste 12 måneder?
- Hvilken prævention brugte du eller din partner ved dit seneste samleje?^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om sex og prævention fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Region Hovedstaden

I 2017 har 27 % af de unge haft sex uden prævention ved seneste samleje, selvom de ikke ønsker et barn, svarende til 123.900 personer, og 8 % af de unge har haft sex uden kondom ved seneste samleje, trods skiftende seksualpartnere det

seneste år, svarende til 36.700 personer (Tabel 8.1). Andelen af unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje, trods skiftende seksualpartnere, er mere end 3 gange større blandt unge sammenlignet med borgere på 35 år eller derover (se tabel på centrets hjemmeside).

Køn: Andelen af unge, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje, og ikke ønsker et barn, er større blandt mænd sammenlignet med kvinder - det drejer sig om hver tredje mand sammenlignet med hver fjerde kvinde. Andelen af unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, er den samme for mænd og for kvinder. Blandt borgere på 35 år eller derover er andelen, som har haft sex uden kondom, dobbelt så stor blandt mænd sammenlignet med kvinder (se tabel på centrets hjemmeside).

Alder: Sex uden prævention ved seneste samleje uden at ville have et barn, er lidt mere udbredt blandt de 25-34 årige sammenlignet med de 16-24 årige, mens sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere er mere udbredt blandt de 16-24 årige sammenlignet med de 25-34 årige. Andelen af borgere på 35 år eller derover, som har haft sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere, falder med stigende alder og er størst blandt de 35-44 årige (se tabel på centrets hjemmeside)

Etnisk baggrund: Andelen af unge, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje, og ikke ønsker barn, er næsten to gange større blandt unge med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med unge med dansk baggrund og mere end to gange større sammenlignet med unge med anden vestlig baggrund. Andelen af unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, er cirka dobbelt så stor blandt borgere med dansk baggrund sammenlignet med unge med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund. Blandt borgere på 35 år eller derover er andelen, som har haft sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere, større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund (se tabel på centrets hjemmeside).

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af unge, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje og ikke ønsker et barn, steget fra 20 % i 2013 til 27 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt mænd, unge i alderen 16-24 år samt unge med ikke-vestlig baggrund. Andelen af unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, er uændret fra 2013 til 2017.

Kommuner og bydele

Andelen af unge, som har haft sex uden prævention og ikke ønsker et barn, varierer fra 22 % i bydelen Nørrebro og Gentofte Kommune til 44 % i Ishøj Kommune (Tabel 8.2). Der ses ingen social gradient i forekomsten, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele. Ved yderligere justering for etnisk baggrund mindskes

















forekomsten i nogle kommuner, blandt andet i Ishøj Kommune (resultater ikke vist).

Andelen af unge, som ikke brugte kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, varierer fra 2 % i Glostrup Kommune til 13 % i bydelene Nørrebro og Indre By (Tabel 8.3). Andelen er generelt størst blandt unge i flere københavnske bydele og i Frederiksberg Kommune. Der ses ingen social gradient i forekomsten af sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Ligesom for de unge, ses der for borgere over 35 år ingen social gradient i andelen, som ikke brugte kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele (se tabel på centrets hjemmeside).

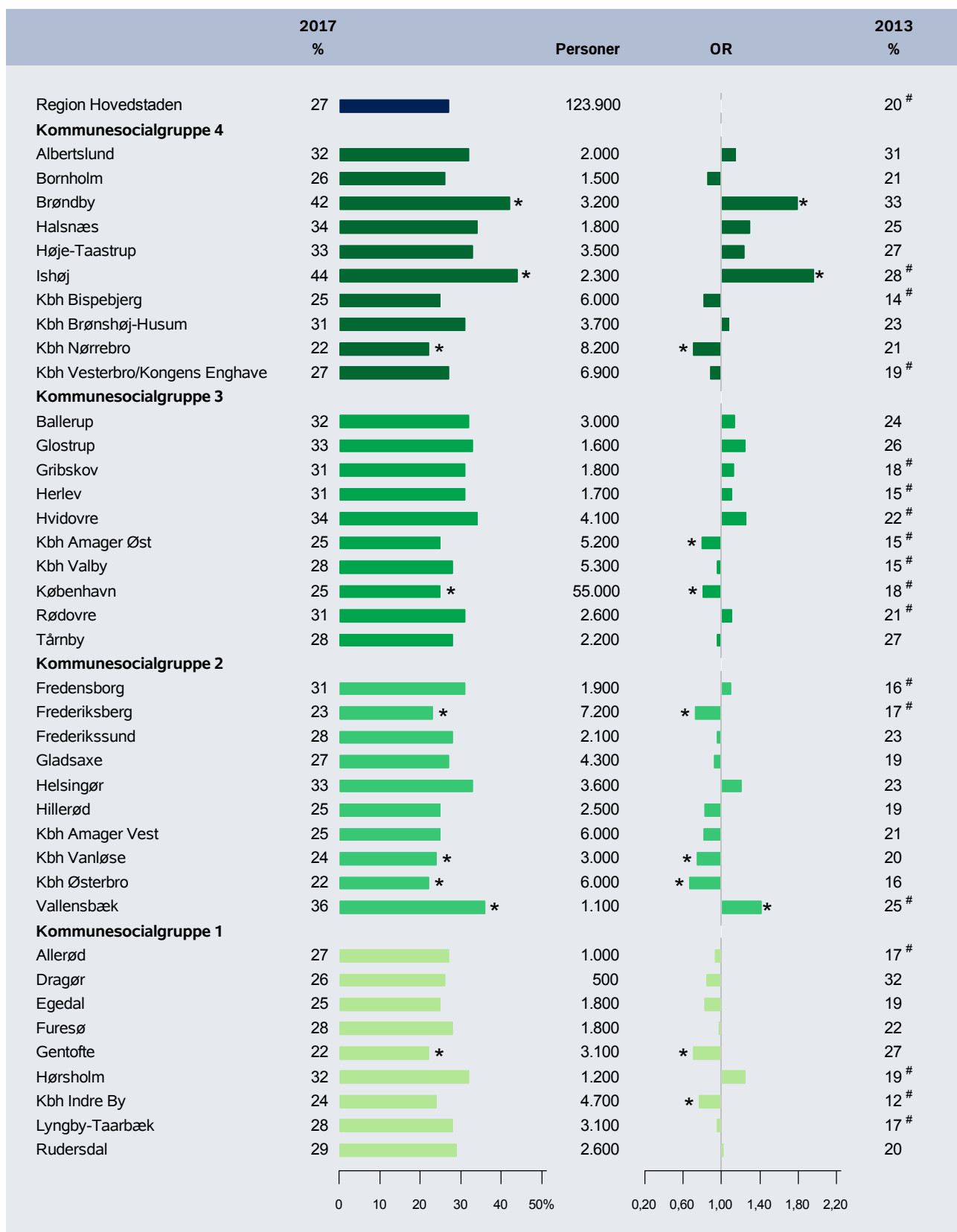
Udvikling 2013-2017: Andelen af unge, som har haft sex uden prævention ved seneste samleje og ikke ønsker et barn, er steget i halvdelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 8.2). De største stigninger ses i Ishøj, Herlev og Fredensborg kommuner. Andelen af unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, er ikke statistisk signifikant ændret i nogen kommuner og bydele fra 2013 til 2017, bortset fra Glostrup kommune, hvor der ses et fald (Tabel 8.3). Den variation, der ses på tværs af mange kommuner og bydele kan skyldes, at der i disse grupper er få borgere, som har besvaret spørgsmålet, og at der dermed er stor usikkerhed på tallene.

Table 8.1 Unge, som har sex uden prævention og ikke ønsker barn, og unge, som har sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere

	Sex uden prævention og ønsker ikke et barn			Sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere		
	2017 %	Personer	2013 %	2017 %	Personer	2013 %
Region Hovedstaden	27 	123.900	20 [#]	8 	36.700	8
Køn						
Mand	32 	68.800	22 [#]	8 	17.200	8
Kvinde	23 	55.100	18 [#]	8 	19.500	8
Alder						
16-24 år	26 	49.000	17 [#]	10 	19.900	11
25-34 år	28 	74.900	22 [#]	6 	16.800	6
Etnisk baggrund						
Danmark	26 	88.800	18 [#]	9 	31.700	9
Andre vestlige lande	17 	8.400	21	5 	2.400	4
Ikke-vestlige lande	43 	26.000	33 [#]	4 	2.400	4

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 8.2 Unge, som har sex uden prævention og ikke ønsker et barn – kommuner



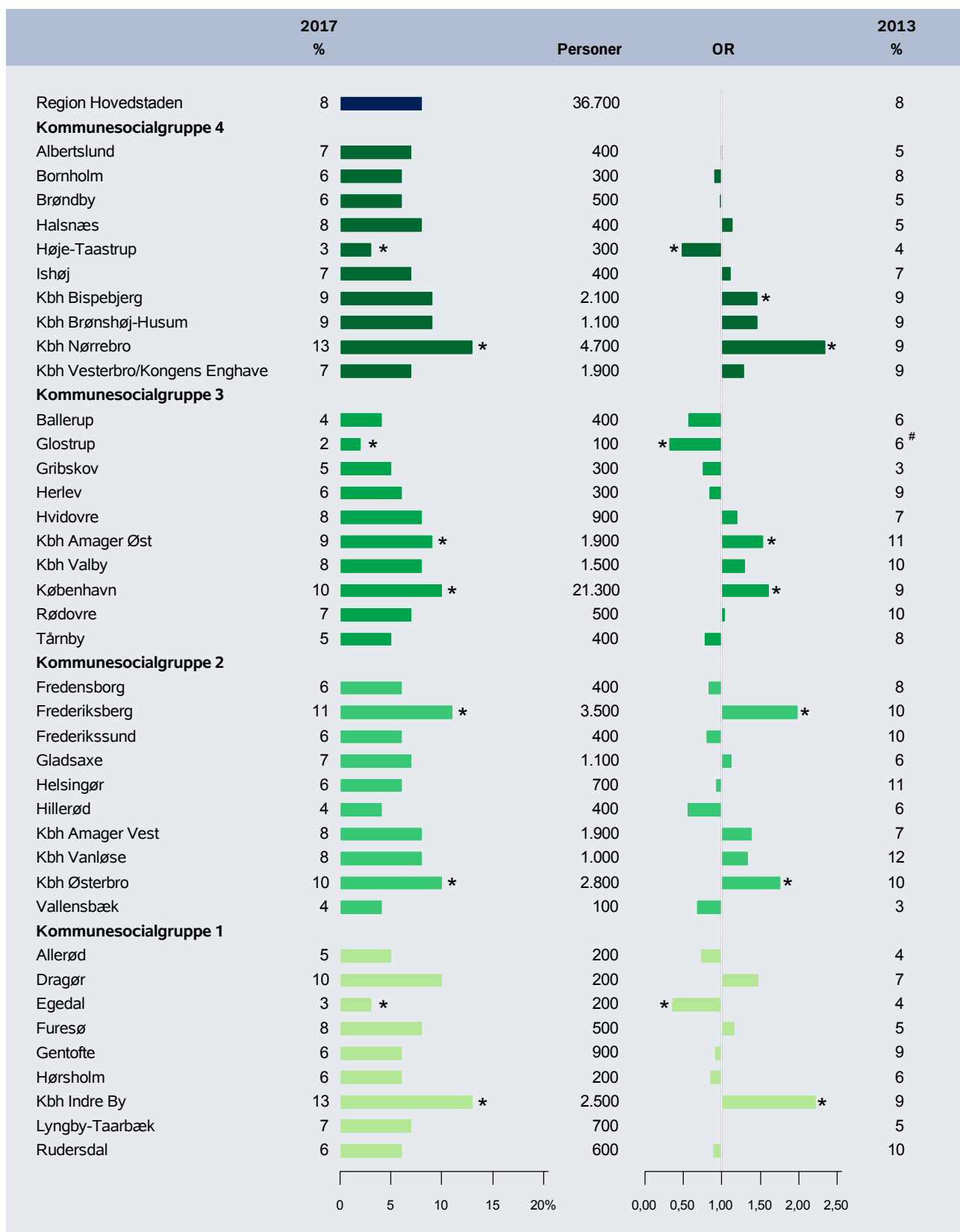
*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 8.3 Unge, som har sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.2 Sexsygdomme

I dette afsnit beskrives forekomsten af seksygdomme konstateret inden for de seneste 12 måneder blandt alle borgere i Region Hovedstaden. Sexsygdomme er betegnelsen for sygdomme, der smitter ved seksuel kontakt mellem mennesker og dækker, udover klamydia, over gonorré, kønsvorter (kondylomer), herpes ved kønsorganerne, syfilis og anden seksuelt overført sygdom. Opgørelsen er lavet blandt alle borgere uanset brug af prævention og antal seksualpartnere. Der skelnes mellem forekomsten af klamydia og forekomsten af alle seksygdomme, inklusiv klamydia (herefter: alle seksygdomme).

Forekomsten opgøres for 2017 og 2013 blandt borgere på 16-34 år i tabel 8.5 og 8.6. For borgere på 35 år eller derover

opgøres forekomsten for 2017. Det er ikke muligt, at opgøre forekomsten for 2010 grundet ændringer i spørgsmålsformuleringen.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du fået konstateret nogle af følgende sygdomme inden for de seneste 12 måneder? (klamydia; gonorré; kønsvorter (kondylomer); herpes ved kønsorganerne; syfilis; anden seksuelt overført sygdom)^a

^a Der er sket ændringer i spørgsmålet over årene. Spørgsmål om sex og prævention fra 2017, 2013 og 2010 kan findes på centrets hjemmeside

Tabel 8.4 Borgere, som har fået konstateret seksygdomme inden for de seneste 12 måneder

2017	16-34 årige %	35+ årige %
En eller flere seksygdomme (inkl. klamydia)	5,6	2,3
Klamydia	3,4	0,6
Gonorré	0,5	0,4
Kønsvorter (kondylomer)	1,0	0,7
Herpes ved kønsorganerne	1,3	1,2
Syfilis	0,3	0,3
Anden seksuelt overført sygdom	0,8	0,5

De enkelte seksygdomme summer ikke op til andelen for borgere med én eller flere seksygdomme, da samme borger kan have svaret "ja" til flere seksygdomme og dermed indgå under flere seksygdomme, men kun kan indgå en gang i forhold til betegnelsen "én eller flere seksygdomme".

Region Hovedstaden

I 2017 angiver 5,6 % af de unge, at de har fået konstateret én eller flere seksygdomme inden for de seneste 12 måneder, svarende til 26.500 personer (Tabel 8.5). Andelen af unge, som har fået konstateret én eller flere seksygdomme inden for de seneste 12 måneder, er mere end dobbelt så stor sammenlignet med borgere på 35 år eller derover (Tabel 8.4). I alt 3,4 % af de unge har fået konstateret klamydia inden for de seneste 12 måneder, svarende til 16.200 personer (Tabel 8.5). Andelen af unge, som har fået konstateret klamydia, er mere end fem gange større sammenlignet med borgere på 35 år eller derover (Tabel 8.4).

Køn: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af unge mænd og kvinder, der har fået konstateret én eller flere seksygdomme eller klamydia inden for de seneste 12 måneder (Tabel 8.5). Det samme gør sig gældende for borgere på 35 år eller derover (se tabel på centrets hjemmeside).

Alder: For unge, der har fået konstateret én eller flere seksygdomme, er der ingen statistisk signifikant forskel på de to aldersgrupper, mens andelen, der har fået konstateret klamydia, er større blandt de 16-24 årige sammenlignet med de 25-34 årige. Blandt borgere på 35 år eller derover er andelen, som har fået konstateret én eller flere seksygdomme, størst

blandt de 35-44 årige og falder med stigende alder, mens der ikke ses aldersforskelle i andelen, som har fået konstateret klamydia (se tabel på centrets hjemmeside).

Etnisk baggrund: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem unge med forskellig etnisk baggrund i forhold til andelen, der har fået konstateret én eller flere seksygdomme eller klamydia. Dette er i modsætning til resultater for borgere på 35 år eller derover, hvor en større andel med ikke-vestlig baggrund har fået konstateret én eller flere seksygdomme eller klamydia inden for de seneste 12 måneder sammenlignet med borgere med dansk baggrund (se tabel på centrets hjemmeside).

Udvikling 2013-2017: Blandt alle unge i regionen er andelen, som har fået konstateret én eller flere seksygdomme, ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Dog ses stigninger blandt de 25-34 årige og blandt unge med ikke-vestlig baggrund. For unge med ikke-vestlig baggrund er andelen, som har fået konstateret én eller flere seksygdomme, dobbelt så stor i 2017 sammenlignet med 2013. Andelen af unge, som har fået konstateret klamydia, er steget fra 2,2 % i 2013 til 3,4 % i 2017. Stigningen i forekomsten af klamydia gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Udover klamydia er forekomsten af gonorré og syfilis også steget fra 2013 til 2017. Forekomsten af gonorré er steget fra 0,1 % i 2013 til 0,5 % i 2017, og forekomsten af syfilis fra 0,1 % i 2013 til 0,3 % i 2017. Til gengæld er forekomsten af kondylomer faldet fra 1,4 % i 2013 til 1,0 % i 2017 (se tabel på centrets hjemmeside).

Kommuner og bydele

Andelen af unge, som har fået konstateret én eller flere seks sygdomme, varierer fra 1,1 % i Furesø Kommune til 9 % i bydelen Østerbro (Tabel 8.6). Andelen af borgere på 35 år eller derover, som har fået konstateret én eller flere seks sygdomme, varierer fra 0,9 % i Bornholms Regionskommune til 5,7 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (se tabel på centrets hjemmeside). Blandt både unge og borgere på 35 år eller derover ses ingen social gradient i forekomsten af seks sygdomme, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Der kan ikke opgøres tal for klamydia inden for de enkelte kommuner hverken for unge eller for borgere på 35 år eller derover, da data er sparsomme.

Udvikling 2013-2017: I de fleste kommuner og bydele er andelen af unge, som har fået konstateret én eller flere seks sygdomme, ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Dog ses stigninger i bydelen Bispebjerg og Østerbro samt et fald i Lyngby-Taarbæk Kommune.

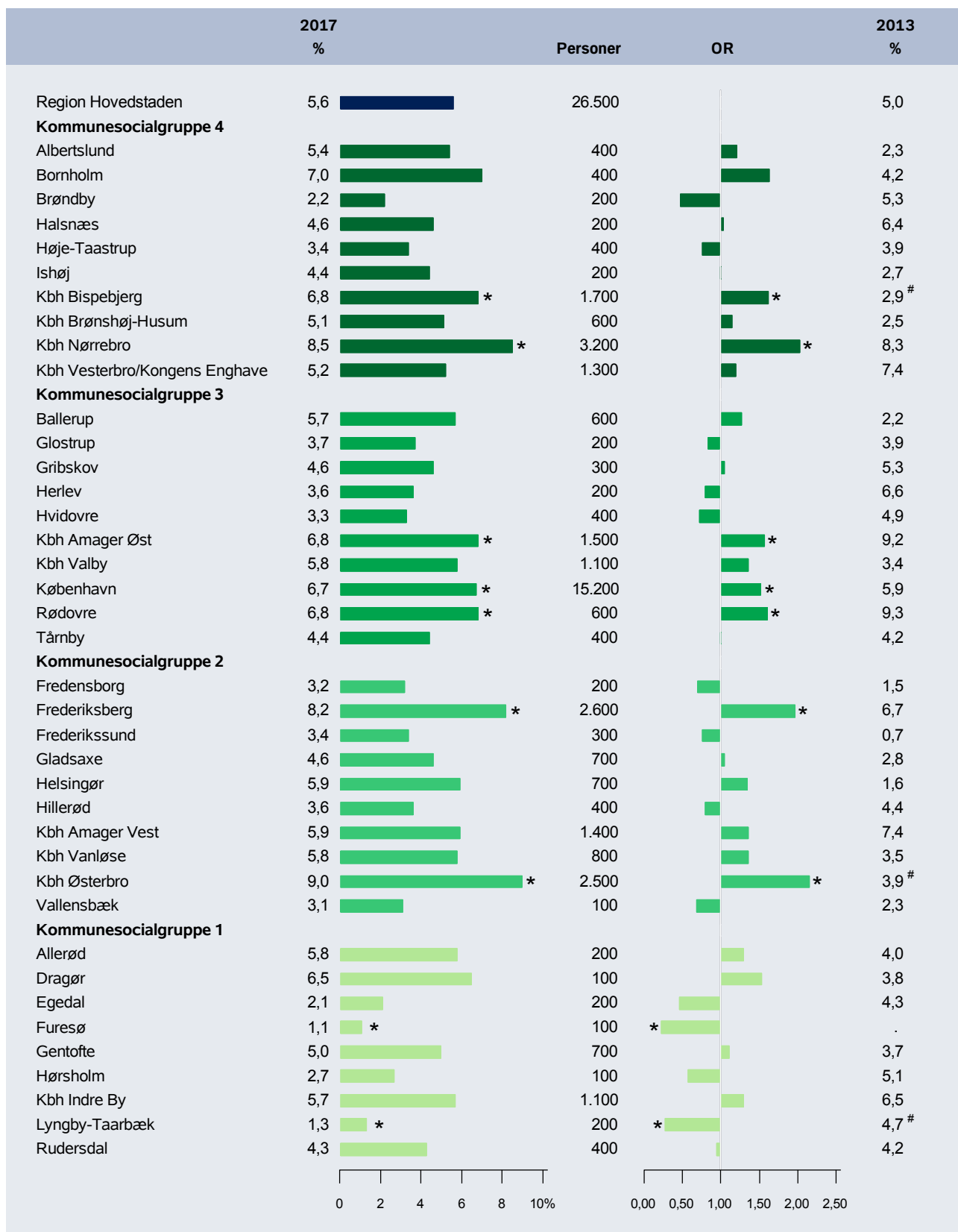
Den variation, der ses på tværs af mange kommuner og bydele, kan skyldes, at der i disse grupper er få borgere, som har besvaret spørgsmålet, og at tabellen dermed er behæftet med stor usikkerhed (Tabel 8.6).

Tabel 8.5 Unge, som har fået konstateret en seks sygdom inden for de seneste 12 måneder

	En eller flere seks sygdomme*			Klamydia		
	2017 %	Personer	2013 %	2017 %	Personer	2013 %
Region Hovedstaden	5,6	26.500	5,0	3,4	16.200	2,2 [#]
Køn						
Mand	5,5	12.000	4,8	3,2	7.100	1,9 [#]
Kvinde	5,8	14.400	5,2	3,7	9.100	2,5 [#]
Alder						
16-24 år	5,9	12.000	5,8	4,4	8.900	3,4 [#]
25-34 år	5,4	14.500	4,4 [#]	2,8	7.300	1,3 [#]
Etnisk baggrund						
Danmark	5,9	20.900	5,7	3,6	12.800	2,5 [#]
Andre vestlige lande	4,6	2.200	2,9	2,3	1.100	1,6
Ikke-vestlige lande	5,0	3.200	2,3 [#]	3,5	2.200	0,8 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

* Inklusiv klamydia

Table 8.6 Unge, som har fået konstateret én eller flere seksygdomme (inklusive klamydia) inden for de seneste 12 måneder – kommuner

*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

8.3 Ubeskyttet sex i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har haft ubeskyttet sex, og til sammenligning vises andelen af unge med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Ubeskyttet sex omfatter sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, og én eller flere seksygdomme (inklusive klamydia) inden for det seneste år. Der er eksempelvis 46 % af de unge, som har haft sex uden kondom ved seneste samleje trods skiftende seksualpartnere, som rusdrikker, mens det gælder for 20 % af de unge i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 8.7). Forekomsten opgøres for 2017.

Unge, som har haft ubeskyttet sex, har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd sammenlignet med unge i regionen som helhed. Nedenfor beskrives de mest markante forskelle.

Blandt unge, som har haft ubeskyttet sex, er forekomsten af især rusdrikkeri, men også højt forbrug af hash og/eller andre stoffer, og dagligrygning markant højere sammenlignet med unge i regionen som helhed. Forekomsten af rusdrikkeri og højt forbrug af hash og/eller andre stoffer er mere end dobbelt så stor blandt unge, som har haft sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere sammenlignet med unge i regionen som helhed.

Tabel 8.7 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt unge, som har sex uden kondom trods skiftende seksualpartnere, blandt unge som har én eller flere seksygdomme og blandt alle unge i Region Hovedstaden

	Sex uden kondom trods skiftende partnere (16-34 årige) %	Én eller flere seksygdomme (16-34 årige) %	Region Hovedstaden (16-34 årige) %
Dagligrygning	26*	25*	15
Rusdrikkeri	46*	36*	20
Højt forbrug af hash og/eller andre stoffer	15*	12*	7
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	8	11	9
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	4	6	4

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

8.4 Litteratur

(1) Graugaard C, Pedersen BK, Frisch M. Seksualitet og Sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2012.

(2) Nielsen JK, Sørensen NU, Osmec MN. Når det er svært at være ung i DK - unges trivsel og mistrivsel i tal. København: Center for Ungdomsforskning; 2010.

(3) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke - Seksuel Sundhed København: Sundhedsstyrelsen; 2012.

(4) Sex og Samfund. Seksygdomme i tal [citeret 2017 11-07]. <http://www.seksygdomme.dk/seksygdomme-dk/seksygdomme/seksygdomme-i-tal.aspx>.

(5) Kræftens Bekæmpelse. Statistik om livmoderhalskræft [citeret 2017 11-07]. <https://www.cancer.dk/livmoderhalskraeft-collumcancer/statistik-livmoderhalskraeft/>.

(6) Statens Serum Institut. Hiv 2015, EPI-NYT uge 22 [citeret 2017 21-11]. <http://www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2016/Uge%2022%20-%202016.aspx>.

(7) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

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

(9) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.

(10) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.



Kapitel 9

Søvn



9 Søvn

- Andelen af borgere med søvnproblemer og kort søvnlængde er steget fra 2013 til 2017
 - 14 % af alle borgerne i regionen er meget generet af søvnproblemer, og 13 % af alle borgerne får aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet
 - Dårligt selv vurderet helbred eller højt stressniveau er mere udbredt blandt borgere med søvnproblemer sammenlignet med alle borgere i regionen
-

Søvn kan karakteriseres som sundhedsadfærd, som på lige fod med kost og fysisk aktivitet har afgørende betydning for vores helbred og livskvalitet. Vi kan kort sagt ikke leve uden søvn. Søvn er af væsentlig betydning for kroppens – og især hjernens, normale funktion og restitution. Det er under søvnen, at blandt andet immunforsvaret styrkes og hukommelsen og reaktionsevnen vedligeholdes (1).

Den enkeltes søvnbehov er meget individuelt og varierer med alderen. Der findes endnu ingen officielle danske søvn-anbefalinger, men ifølge den amerikanske søvnorganisation National Sleep Foundation bør unge (18-25 årige) og voksne (26-64 årige) sove 7-9 timer og ældre (65+ årige) 7-8 timer i døgnet (2). Den reelle søvnlængde og søvnkvalitet varierer dog betydeligt. En dansk undersøgelse viser, at tre ud af fire 18-64 årige danskere sover 7-9 timer pr. nat, mens hver ottende sover mindre end 6,5 timer eller mere end 9,5 timer pr. nat (1, 3). De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at 46 % af danskerne har været meget eller lidt generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage (4).

Mange faktorer har indflydelse på søvnen. Af faktorer med negativ indflydelse på søvnlængde og/eller søvnkvalitet kan nævnes rygning samt indtag af koffein, alkohol og energi- eller fedtrige fødevarer tæt på sengetid. Stress, høje krav i arbejdet og skifteholdsarbejde er ligeledes forbundet med øget risiko for søvnproblemer. Desuden kan lys, skærmb brug inden sengetid, støj og en for lav eller høj temperatur i soveværelset medføre søvnproblemer. Omvendt kan indtag af mælk samt fødevarer indeholdende aminosyren tryptofan (findes bl.a. i mandler og bananer) mindske søvnproblemer. Ligesom fysisk aktivitet i løbet af dagen kan forbedre søvnkvalitet og søvnlængde (1).

Søvnproblemer har alvorlige konsekvenser for den enkeltes helbred og for samfundet. Blandt borgere med dårlig søvnkvalitet eller længere perioder med kort eller lang søvn, ses en højere dødelighed (1). Der er desuden fundet en sammenhæng mellem søvnproblemer og udvikling af type 2 diabetes, hjertekarsygdom, overvægt og stress (1). Af samfundsmæssige konsekvenser er søvnproblemer forbundet med nedsat arbejdsmæssig produktivitet i form af øget sygefravær, flere førtidspensioner, større risiko for ulykker og øget brug af sundhedsydelse og medicin. Behandling og pleje af personer med søvnproblemer koster årligt 3,8 mia. kr., mens omkostninger til tabt produktion beløber sig til 21,7 mia. kr. pr. år (5).

I lyset af udbredelsen og konsekvenserne af søvnproblemer i den danske befolkning anbefaler søvneksperten, at søvnproblemer indgår i fremtidige forebyggelsesstrategier på lige fod med risikofaktorer såsom usunde madvaner, et for højt indtag af alkohol, rygning og fysisk inaktivitet (1).

Kapitlets indhold

Dette kapitel omhandler andelen af borgere med søvnproblemer i Region Hovedstaden. Først beskrives andelen, der er meget generet af søvnbesvær og søvnproblemer, og andelen, der aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet. Dernæst beskrives andelen med kort og lang søvnlængde. Afslutningsvist beskrives søvnproblemer i kombination med andre risikofaktorer.

9.1 Søvnkvalitet

Dette afsnit omhandler borgere med søvnproblemer, og borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet.

9.1.1 Søvnbesvær og/eller søvnproblemer

Forekomsten af søvnbesvær og/eller søvnproblemer inden for de sidste 14 dage opgøres blandt alle borgere i Region Hovedstaden. Dette afsnit bygger på et spørgsmål, som ikke tidligere er præsenteret i Sundhedsprofilen, men som er stillet siden 2010. I dette afsnit fokuseres der primært på andelen, som har været meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du inden for de seneste 14 dage været meget eller lidt generet af søvnbesvær, søvnproblemer?

Region Hovedstaden

I 2017 har 14 % af borgerne været meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer (herefter: søvnproblemer), svarende til 198.900 personer (Tabel 9.1). I alt 33 % af borgerne er lidt generet af søvnproblemer og 53 % er ikke generet søvnproblemer (resultater ikke vist). Blandt de 198.900 personer, som er meget generet af søvnproblemer, er der 45 %, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet.

Køn: En større andel kvinder end mænd er meget generet af søvnproblemer.

Alder: En større andel blandt de 16-24 årige, de 45-64 årige og blandt borgere på 80 år eller derover er meget generet af søvnproblemer sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en social gradient i forekomsten af søvnproblemer mellem uddannelsesgrupper. Jo kortere uddannelse, des større andel har været meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er cirka fire gange større blandt langtidssyge borgere sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 11 % i 2013 til 14 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 25-34 årige og blandt langtidssyge borgere.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 11 % i 2010 til 14 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-34 årige.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 10 % i Egedal Kommune til 19 % i Brøndby Kommune (Tabel 9.2). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens en håndfuld kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.










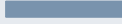
















Udvikling 2013-2017: I cirka halvdelen af kommuner og bydele er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 2013 til 2017. Den største stigning ses i Ballerup Kommune.

Udvikling 2010-2017: I cirka halvdelen af kommuner og bydele er andelen af borgere, som er meget generet af søvnproblemer, steget fra 2010 til 2017. De største stigninger ses i Bornholms Regionskommune samt Glostrup, Valby og Allerød kommuner.

Søvnproblemer er mest udbredt blandt

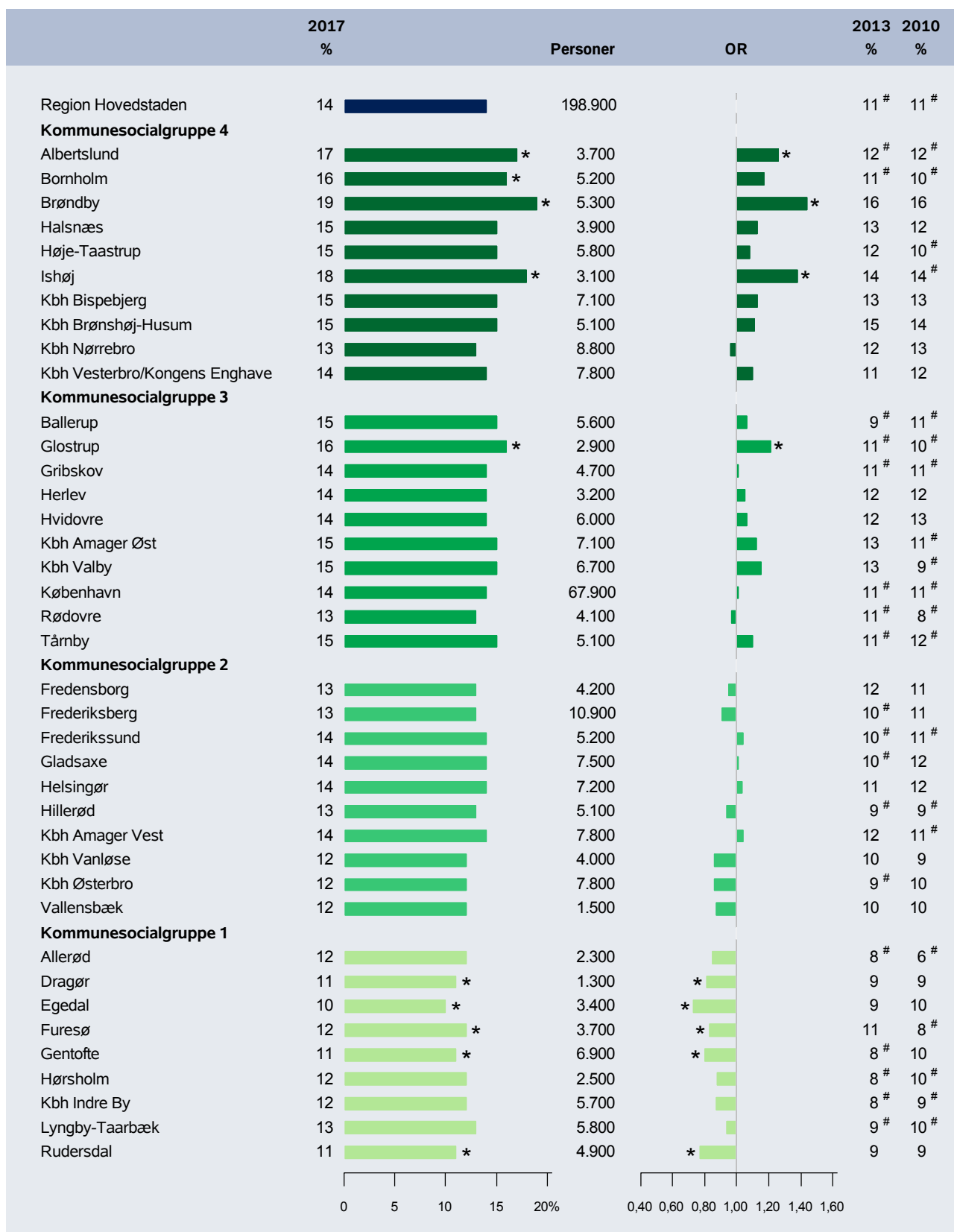
- Kvinder
- Borgere med grundskoleuddannelse
- Langtidssyge borgere
- Enlige
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Tabel 9.1 Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	14 	198.900	11 [#]	11 [#]
Køn				
Mand	11 	79.100	9 [#]	9 [#]
Kvinde	16 	119.800	13 [#]	13 [#]
Alder				
16-24 år	16 	32.700	12 [#]	11 [#]
25-34 år	13 	34.000	8 [#]	8 [#]
35-44 år	11 	28.000	9 [#]	9 [#]
45-54 år	15 	36.900	12 [#]	12 [#]
55-64 år	16 	30.500	12 [#]	13 [#]
65-79 år	12 	27.100	11 [#]	11
80+ år	15 	9.800	14	13
Uddannelse				
Under uddannelse	14 	32.000	10 [#]	10 [#]
Grundskole	20 	46.100	18 [#]	17 [#]
Gymnasial	14 	12.600	11 [#]	11 [#]
Erhvervsfaglig	14 	45.900	11 [#]	11 [#]
Kort og mellemlang videreg.	11 	29.100	9 [#]	9 [#]
Lang videregående	8 	15.400	6 [#]	6 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	10 	80.700	8 [#]	8 [#]
Arbejdsløs	17 	3.600	18	15
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	38 	23.000	33 [#]	35
Førtidspensionist	31 	11.600	27 [#]	31
Pensionist	13 	35.100	12 [#]	12 [#]
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	17 	83.600	14 [#]	14 [#]
Samlevende	11 	82.400	9 [#]	9 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	13 	149.100	10 [#]	10 [#]
Andre vestlige lande	13 	15.300	10 [#]	11
Ikke-vestlige lande	21 	34.400	19	21



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Table 9.2 Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage – kommuner


*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.1.2 Nok søvn til at føle sig udhvilet?

I "Hvordan har du det? 2017" er der for første gang spurgt til, om borgeren får nok søvn til at føle sig udhvilet. I Region Hovedstaden får 54 % af borgerne nok søvn til at føle sig udhvilet, 33 % får nok søvn til at føle sig udhvilet, men ikke tit nok, mens 13 % aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet (resultater ikke vist). Da vedvarende søvnproblemer eller mangel på søvn har konsekvenser for den enkeltes helbred, opgøres forekomsten af borgere, som aldrig eller næsten aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet. Opgørelsen er blandt alle borgere i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Synes du selv, du får nok søvn til at føle dig udhvilet?

Region Hovedstaden

I 2017 får 13 % af borgerne aldrig eller næsten aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet (herefter: aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet), svarende til 193.500 personer (Tabel 9.3). Blandt de 193.500 personer, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, har 22 % kort søvnlængde.

Køn: En større andel kvinder får aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er cirka dobbelt så stor blandt de 16-44 årige sammenlignet med de 65+ årige.

Uddannelse: Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er større blandt borgere under uddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er størst blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er udenfor arbejdsmarkedet. Blandt langtidssyge borgere er andelen mere end to gange større sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

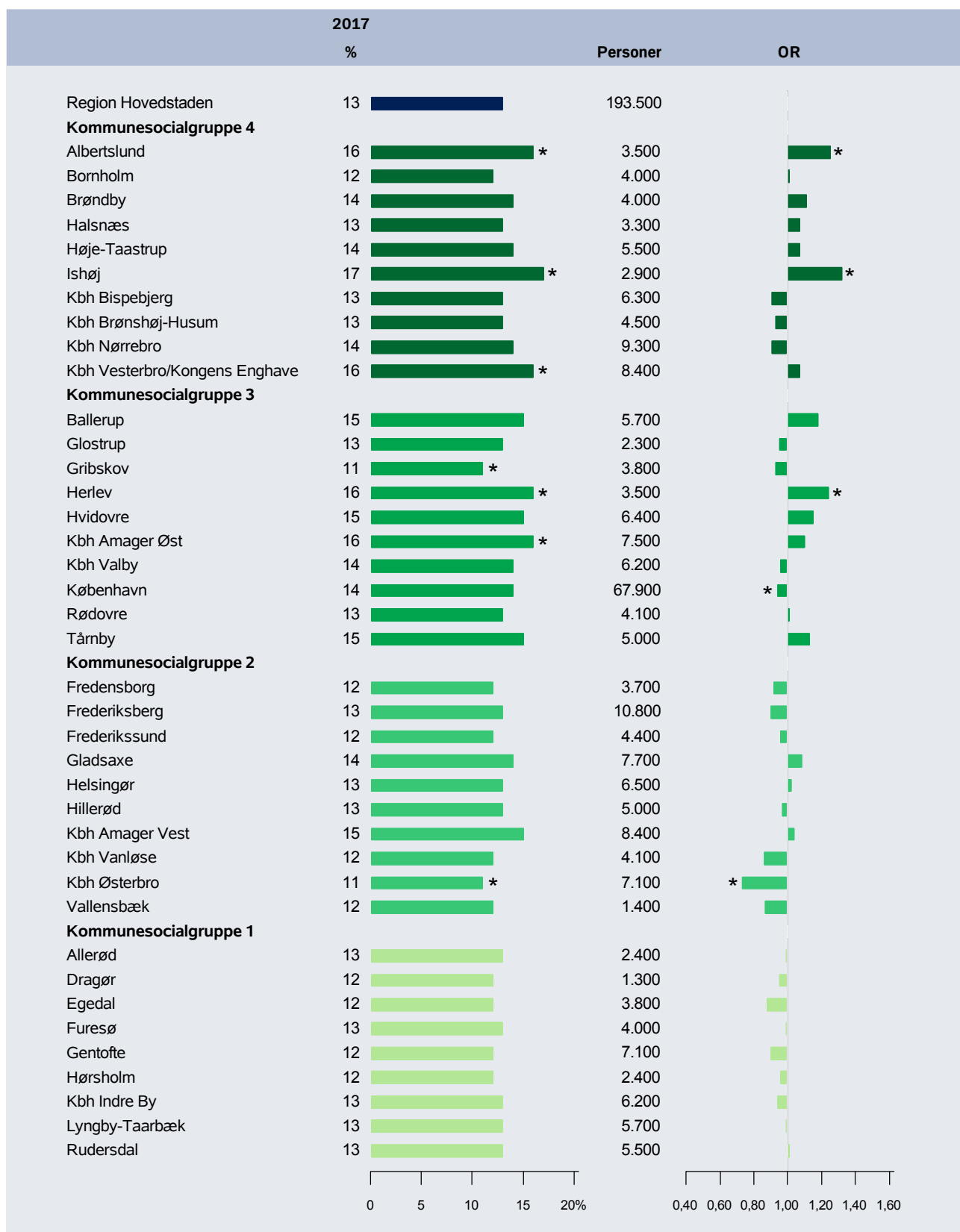
Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som aldrig får nok søvn til at føle sig udhvilet, varierer fra 11 % i Gribskov Kommune og bydelen Østerbro til 17 % i Ishøj Kommune (Tabel 9.4). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. I langt de fleste kommuner og bydele, uanset kommunesocialgruppe, er forekomsten ikke statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet.

Table 9.3 Aldrig eller næsten aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet


Tabel 9.4 Aldrig eller næsten aldrig nok søvn til at føle sig udhvilet – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

9.2 Søvnlængde

Kort søvnlængde defineres som <6 timers søvn i døgnet, og lang søvnlængde som >9 timers søvn i døgnet. Forekomsten af kort søvnlængde og lang søvnlængde opgøres blandt alle borgere for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvor mange timer og minutter sover du ca. på et almindeligt hverdagsdøgn?

Region Hovedstaden

I 2017 har 5,4 % af borgerne kort søvnlængde, svarende til 76.700 personer, mens 4,0 % har lang søvnlængde, svarende til 56.000 personer (Tabel 9.5).

Køn: Der er ingen statistisk signifikant forskel på andelen af mænd og kvinder, som har kort eller lang søvnlængde.

Alder: Andelen af borgere med kort søvnlængde stiger med stigende alder og toppe blandt de 45-54 årige, hvorefter andelen falder med stigende alder. Den omvendte tendens ses for lang søvnlængde. Her falder andelen med stigende alder og er mindst blandt de 35-44 årige, hvorefter andelen stiger med stigende alder. Den største andel med lang søvnlængde ses således blandt borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Andelen af borgere med kort eller lang søvnlængde falder med stigende uddannelseslængde, når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere, som har kort eller lang søvnlængde, er omkring tre til fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har kort eller lang søvnlængde, er større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har kort eller lang søvnlængde, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, er cirka dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund. Der er ingen statistisk signifikant forskel på forekomsten af lang søvnlængde mellem borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med kort søvnlængde steget fra 3,6 % i 2013 til 5,4 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt førtidspensionister og arbejdsløse. Derimod er andelen af borgere med lang søvnlængde faldet fra 4,4 % i 2013 til 4,0 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i enkelte sociodemografiske grupper. Det største fald ses blandt de 16-24 årige.

Udvikling 2010-2017: Andelen af borgere med kort søvnlængde er steget fra 3,5 % i 2010 til 5,4 % i 2017 i regionen som helhed. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt arbejdsløse. Derimod er andelen af borgere med lang søvnlængde faldet fra 4,5 % i 2010 til 4,0 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i enkelte sociodemografiske grupper, især blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.





















































Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har kort søvnlængde, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 3,1 % i Egedal Kommune til 8,9 % i Brøndby Kommune (Tabel 9.6). Andelen af borgere, som har lang søvnlængde, varierer fra 2,1 % i bydelen Østerbro til 7,2 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 9.7). For både kort og lang søvnlængde ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. For kort søvnlængde ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet (Tabel 9.6). Det samme mønster ses for lang søvnlængde (Tabel 9.7). Den sociale gradient for kort og lang søvnlængde bliver lidt tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013 til 2017: For kort søvnlængde er forekomsten steget i de fleste kommuner og bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 9.6). Den største stigning ses i Herlev Kommune. For lang søvnlængde er forekomsten faldet i enkelte kommuner (Tabel 9.7). De største fald ses i Glostrup Kommune og bydelen Østerbro.

Udvikling 2010 til 2017: For kort søvnlængde er forekomsten steget i mange kommuner og bydele fra 2010 til 2017 (Tabel 9.6). Den største stigning ses i Ballerup Kommune. For lang søvnlængde er forekomsten faldet i enkelte kommuner og bydele (Tabel 9.7). Det største fald ses i bydelen Brønshøj-Husum.

Table 9.5 Kort og lang søvnlængde

	Kort søvnlængde				Lang søvnlængde			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	5,4 	76.700	3,6 [#]	3,5 [#]	4,0 	56.000	4,4 [#]	4,5 [#]
Køn								
Mand	5,6 	38.700	3,6 [#]	3,6 [#]	3,8 	26.100	4,3 [#]	4,1
Kvinde	5,2 	38.000	3,5 [#]	3,4 [#]	4,1 	29.900	4,5	4,8 [#]
Alder								
16-24 år	4,4 	9.000	2,2 [#]	2,6 [#]	4,7 	9.600	7,1 [#]	7,0 [#]
25-34 år	4,5 	11.800	1,9 [#]	2,3 [#]	3,3 	8.600	3,4	3,1
35-44 år	5,6 	13.600	3,3 [#]	2,9 [#]	1,9 	4.600	2,2	2,3
45-54 år	6,6 	15.800	4,7 [#]	4,6 [#]	2,1 	5.100	2,7	2,9 [#]
55-64 år	6,3 	11.900	4,5 [#]	4,2 [#]	3,3 	6.200	3,2	3,7
65-79 år	5,3 	11.700	4,5 [#]	4,0 [#]	5,8 	12.600	6,2	6,2
80+ år	4,8 	2.900	5,4	5,4	15,2 	9.300	13,7	14,5
Uddannelse								
Under uddannelse	3,8 	8.400	1,9 [#]	2,2 [#]	3,6 	8.000	4,4	5,2 [#]
Grundskole	8,6 	19.200	6,3 [#]	5,7 [#]	8,0 	17.700	8,9	7,8
Gymnasial	5,0 	4.400	3,2 [#]	3,6 [#]	3,7 	3.300	5,3 [#]	4,6
Erhvervsfaglig	6,6 	21.600	4,4 [#]	4,0 [#]	4,1 	13.200	4,7 [#]	3,9
Kort og mellemlang videreg.	4,5 	11.700	2,6 [#]	2,3 [#]	2,3 	6.000	2,4	2,3
Lang videregående	3,1 	5.700	2,2 [#]	2,4 [#]	1,5 	2.700	1,3	1,6
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	5,1 	38.800	3,2 [#]	3,0 [#]	1,2 	9.300	1,5 [#]	1,7 [#]
Arbejdsløs	8,3 	1.700	4,1 [#]	3,6 [#]	4,9 	1.000	6,5	6,3
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	12,2 	6.900	9,0	10,2	12,2 	6.900	14,8	13,3
Førtidspensionist	10,1 	3.500	5,5 [#]	7,6	16,2 	5.600	16,0	14,8
Pensionist	5,3 	13.500	4,8	4,3 [#]	8,1 	20.800	8,1	8,2
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	6,8 	32.500	5,0 [#]	4,7 [#]	5,3 	25.300	5,6	5,5
Samlevende	4,8 	35.200	3,0 [#]	3,0 [#]	2,9 	21.100	3,0	3,2 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	5,0 	56.800	3,3 [#]	3,1 [#]	3,9 	44.200	4,3 [#]	4,2 [#]
Andre vestlige lande	4,7 	5.400	3,0 [#]	3,3 [#]	3,6 	4.100	3,0	3,7
Ikke-vestlige lande	9,5 	14.500	6,8 [#]	7,5 [#]	5,0 	7.600	7,0 [#]	7,9 [#]

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 9.6 Kort søvnlængde – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	5,4	76.700		3,6 [#]	3,5 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	6,7	1.400		6,3	5,1
Bornholm	5,0	1.600		3,4	2,5 [#]
Brøndby	8,9 *	2.400	*	4,4 [#]	5,2 [#]
Halsnæs	6,5	1.600		4,6	4,0 [#]
Høje-Taastrup	6,9 *	2.600	*	5,0	3,8 [#]
Ishøj	7,4 *	1.200	*	4,8 [#]	4,8 [#]
Kbh Bispebjerg	6,7	3.000		4,1 [#]	4,7
Kbh Brønshøj-Husum	6,3	2.100		6,1	4,9
Kbh Nørrebro	5,0	3.300		3,9	3,9
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	5,8	3.100		2,5 [#]	3,8
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	8,2 *	3.000	*	3,8 [#]	3,4 [#]
Glostrup	6,7	1.200		4,6	2,9 [#]
Gribskov	5,4	1.800		3,7 [#]	4,0
Herlev	8,0 *	1.700	*	3,1 [#]	3,6 [#]
Hvidovre	5,6	2.300		3,4 [#]	3,0 [#]
Kbh Amager Øst	5,1	2.400		6,0	3,4
Kbh Valby	4,9	2.100		3,0	3,8
København	5,3	25.700		3,7 [#]	3,6 [#]
Rødovre	6,2	1.800		3,1 [#]	3,4 [#]
Tårnby	6,5	2.100		4,1 [#]	4,6
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	4,2	1.300	*	3,2	3,8
Frederiksberg	3,6 *	3.100	*	3,3	3,3
Frederikssund	6,2	2.200		4,2 [#]	4,3 [#]
Gladsaxe	5,9	3.100		3,7 [#]	3,7 [#]
Helsingør	5,6	2.800		3,0 [#]	2,6 [#]
Hillerød	5,5	2.100		2,6 [#]	3,5 [#]
Kbh Amager Vest	5,9	3.300		3,7 [#]	2,5 [#]
Kbh Vanløse	4,7	1.500		3,3	3,2
Kbh Østerbro	4,5	2.900		2,7	3,6
Vallensbæk	6,0	700		3,1 [#]	3,6 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	4,3	800	*	3,1	2,7 [#]
Dragør	4,8	500		2,9 [#]	3,5
Egedal	3,1 *	1.000	*	3,6	2,9
Furesø	3,7 *	1.100	*	3,0	2,7
Gentofte	3,8 *	2.200	*	2,5	3,0
Hørsholm	5,2	1.000		3,3 [#]	3,6
Kbh Indre By	4,5	2.000		2,3 [#]	2,9
Lyngby-Taarbæk	5,0	2.200		2,8 [#]	2,9 [#]
Rudersdal	4,8	2.100		2,7 [#]	3,0 [#]

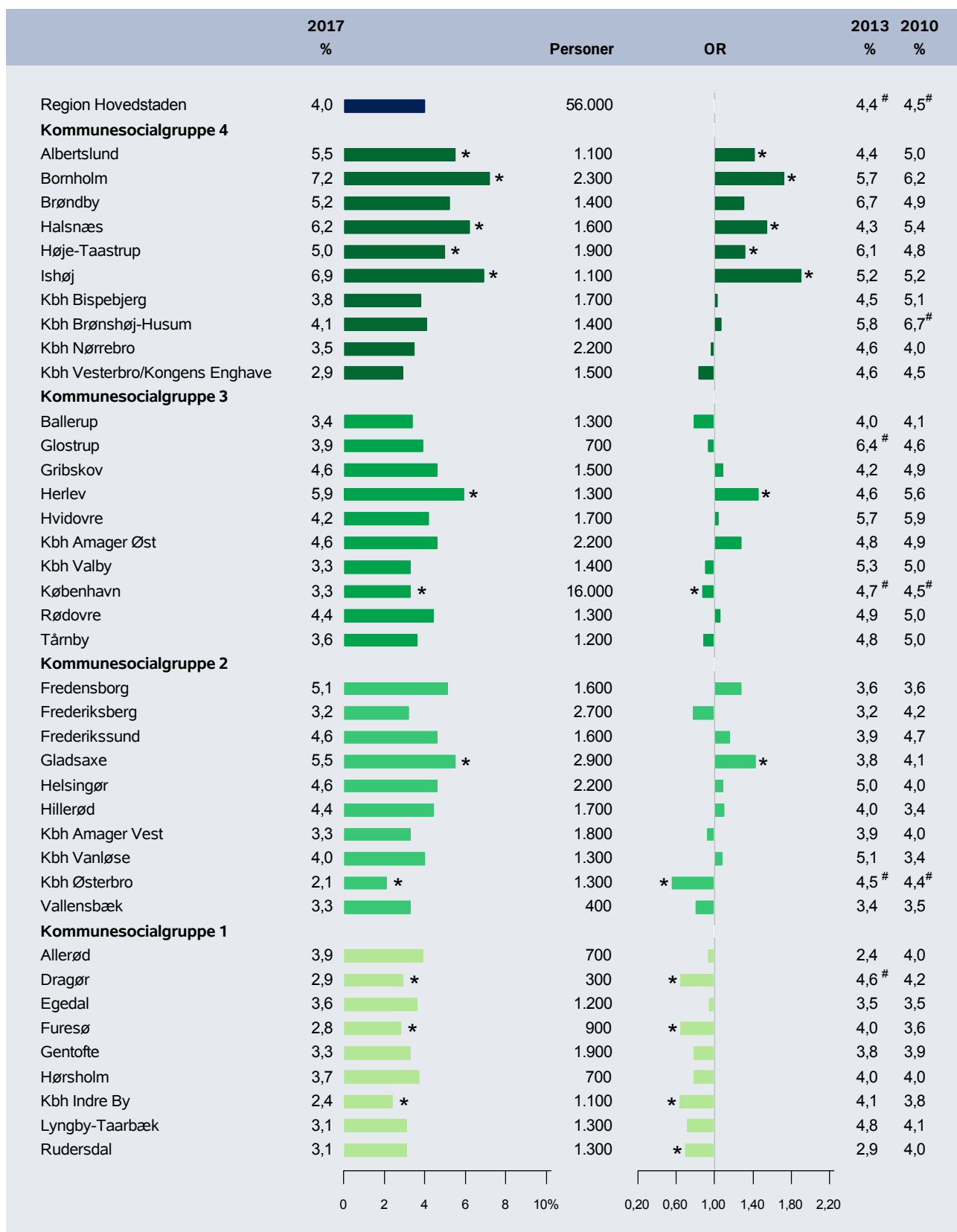
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 9.7 Lang søvnlængde – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

9.2 Søvnproblemer i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 41 % af borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, som har et mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred, mens det gælder 15 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 9.8). Forekomsten opgøres for 2017.

Borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer, har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd og et dårligere helbred sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Nedenfor beskrives de mest markante forskelle.

Andelen af borgere med et mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred eller højt stressniveau er mere end dobbelt så stor blandt borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer sammenlignet med alle borgere i regionen som helhed.

Tabel 9.8 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer	Region Hovedstaden
	%	%
Dagligrygning	23*	16
Storforbrug af alkohol	11*	8
Usundt kostmønster	16*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	35*	26
Svær overvægt	17*	13
Mindre godt eller dårligt selv-vurderet helbred	41*	15
Højt stressniveau	61*	26

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

9.3 Litteratur

(1) Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, et al. Søvn og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.

(2) Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health: Journal of the National Sleep Foundation. 2015;1(1):40-3.

(3) Bonke J. Søvn - ægteskab, indkomst og helbred. København: Rockwool Fondens Forskningsenhed, Gyldendal; 2011.

(4) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.

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



Kapitel 10

Vægt



10 Vægt

- 31 % af borgerne i Region Hovedstaden er moderat overvægtige, mens 13 % er svært overvægtige. Der ses en stigning i andelen af overvægtige siden 2013
- 85 % af de overvægtige borgere ønsker at tabe sig, heraf ønsker 50 % hjælp til vægttab
- 17 % af de overvægtige borgere, er af egen læge blevet rådet til vægttab. Det ses at andelen er faldet markant siden 2013 og 2010
- Der er sociale og geografiske forskelle i forekomsterne. Andelen af borgere med svær overvægt og borgere, som af egen læge er rådet til vægttab er højest blandt borgere med kortere uddannelser. Forekomsten af overvægt og ønske om at tabe sig er højest i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4

Overvægt, som følge af et større energiindtag end energiforbrug i en længere periode, er et tiltagende problem for borgernes sundhed i hele den vestlige verden (1). I Danmark er forekomsten af overvægt steget markant inden for de seneste årtier og udviklingen afspejler en global trend, som har udviklet sig til en regulær fedmeepidemi (2-4). De nyeste nationale tal fra 2017 viser, at 34,1 % af danskerne er moderat overvægtige, mens 16,8 % er svært overvægtige (5).

Overvægt defineres som en ophobning af fedt i kroppen, som kan påvirke helbredet (1, 6). Vægt vurderes på baggrund af borgernes BMI (Body Mass Index), der beregnes ud fra en persons vægt og højde, som kg/m^2 . BMI siger ikke noget om fordelingen af fedt og muskler på kroppen, og to personer med samme BMI kan derfor have vidt forskellig fedtprocent (7). Dog er BMI et godt udtryk for under- og overvægt på populationsniveau (1).

I denne rapport inddeles BMI i fire grupper baseret på WHO's definition (12)

- Undervægt: $\text{BMI} < 18,5 \text{ kg/m}^2$
- Normalvægt: $18,5 \leq \text{BMI} < 25,0 \text{ kg/m}^2$
- Moderat overvægt: $25,0 \leq \text{BMI} < 30,0 \text{ kg/m}^2$
- Svær overvægt: $\text{BMI} \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$

Udvikling af overvægt kan ikke udelukkende tilskrives for meget mad og for lidt bevægelse, da det eksakte årsagsmønster er komplekst (8). Andre faktorer såsom medicin, hormoner, arvelige faktorer og faktorer i den tidlige barndom spiller også ind, ligesom omgivelser og sociale strukturer i samfundet har betydning (9).

Overvægt er forbundet med øget sygelighed og dødelighed og nedsætter den forventede levetid (6, 10). De helbredsmæssige konsekvenser stiger med øget grad af overvægt (1). Overvægt kan medføre mange komplikationer som f.eks. type 2 diabetes, hjertekarsygdom, visse kræftformer, muskelskeletsygdomme, søvnapnø og reproduktionsproblemer og ledsages ofte af dårlig trivsel og forringet livskvalitet (1, 3, 6, 11).

Sammenlignet med borgere med et BMI på mellem 20 og 30, er der hvert år 630 ekstra dødsfald blandt svært overvægtige.

Desuden resulterer svær overvægt i henholdsvis 4.300 og 2.900 tabte leveår blandt danske mænd og kvinder (11).

Af samfundsmæssige konsekvenser medfører svær overvægt nedsat arbejdsmæssig produktivitet i form af øget sygefravær, tabt produktion, flere førtidspensioner og øget brug af sundhedsydelse og medicin (11). Borgere, som er svært overvægtige har hvert år mere end 2 mio. ekstra sygedage, 1,3 mio. ekstra kontakter til læge og 34.000 ekstra hospitalsindlæggelser sammenlignet med borgere med et BMI på mellem 20 og 30 kg/m^2 . Behandling og pleje af borgere med svær overvægt koster årligt 1,8 mia. kr. mere, mens omkostninger til tabt produktion blandt borgere med svær overvægt beløber sig til 7,8 mia. kr. mere pr. år (11).

Det komplekse årsagsnetværk gør forebyggelsen af overvægt vanskelig, men forebyggelsesarbejdet er vigtigt på grund af den høje forekomst af overvægt og de betydelige helbreds- og samfundskonsekvenser. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at man gennem hele livet holder sin normalvægt (12). Til støtte for den kommunale forebyggende indsats har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke om vægt (13). Siden 2013 er der sket en stigning i andelen af kommuner, som har etableret tilbud fokuseret på forebyggelse af overvægt blandt børn, unge og voksne, ligesom flere kommuner arbejder med forebyggelse af mobning og stigmatisering som følge af overvægt (14).

Forebyggelse af overvægt består af sund og varieret kost samt regelmæssig fysisk aktivitet (1). Samtidig spiller omgivelserne en stor rolle. Omgivelser, der støtter borgerne til at gøre sund mad og fysisk aktivitet til det lette valg, er en vigtig del af forebyggelsen (1).

Undervægt får mindre opmærksomhed i forebyggelsesarbejdet. Alligevel er mange, især ældre borgere og svage patienter, i risiko for udvikling af undervægt. Ved hospitalsindlæggelse er cirka 20 % af alle patienter underernærede eller i risiko for at blive det, mens det gælder 40 % blandt allerede indlagte patienter. Konsekvenserne er betydelige både for den enkelte borger og samfundet (15). Der er således et forebyggelsespotentiale for kommunerne ved at forebygge undervægt, særligt når andelen af ældre borgere stiger i årene fremover.

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives forekomsten af undervægt, moderat og svær overvægt i 2017. Herefter beskrives motivation og opbakning til vægttab blandt overvægtige borgere. Endeligt beskrives forebyggelse af overvægt. Hvor det er muligt beskrives forekomster i 2013 og 2010.

Da højde og vægt er selvrapporateret, må rapportens tal for overvægt betragtes som minimumstal. Det skyldes, at flere

undersøgelser har vist, at overvægtige oplyser en lavere vægt eller en højere højde end de faktiske mål (2, 16).

Følgende spørgsmål danner baggrund for kapitlet:

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

10.1 Undervægt

I dette afsnit beskrives undervægt blandt borgere i Region Hovedstaden. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er 2,8 % af borgerne undervægtige, svarende til 39.800 personer (Tabel 10.1).

Køn: Andelen af kvinder, som er undervægtige, er næsten tre gange så stor sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af undervægtige falder med stigende alder frem til 45-54 års alderen, hvorefter den stiger med stigende alder. Andelen er dog markant større blandt de 16-24 årige sammenlignet med de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse: Andelen af undervægtige er størst blandt borgere under uddannelse, hvilket er foreneligt med, at de fleste unge findes i denne gruppe. Andelen af undervægtige er desuden større blandt borgere med grundskole- eller gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med erhvervsfaglig eller videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af undervægtige borgere er mere end dobbelt så stor blandt førtidspensionister og langtidssyge sammenlignet med borgere, som er i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som er undervægtige, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Der er ikke statistisk signifikant forskel på andelen af undervægtige blandt borgere med forskellig etnisk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed, er andelen af undervægtige faldet fra 3,1 % i 2013 til 2,8 % i 2017. Faldet gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper, især blandt langtidssyge borgere. Der ses også fald blandt de 16-24 årige og borgere under uddannelse, som har de højeste forekomster af undervægt.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed, er andelen af undervægtige ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010 til 2017. Dog ses fald i enkelte af de sociodemografiske grupper, især blandt borgere på 80 år eller derover.

Kommuner og bydele

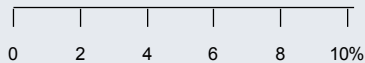
Andelen af borgere, som er undervægtige, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 1,3 % i Glostrup Kommune til 4,3 % i Hørsholm Kommune (Tabel 10.2). Der ses ingen social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: Andelen af undervægtige er uændret i størstedelen af kommuner og bydele fra 2013 til 2017. Dog ses et fald i København og Gladsaxe kommuner og en stigning i Hillerød.

Udvikling 2010-2017: Andelen af undervægtige er uændret i størstedelen af kommuner og bydele fra 2010 til 2017. Dog ses et fald i Gladsaxe og Glostrup kommuner.

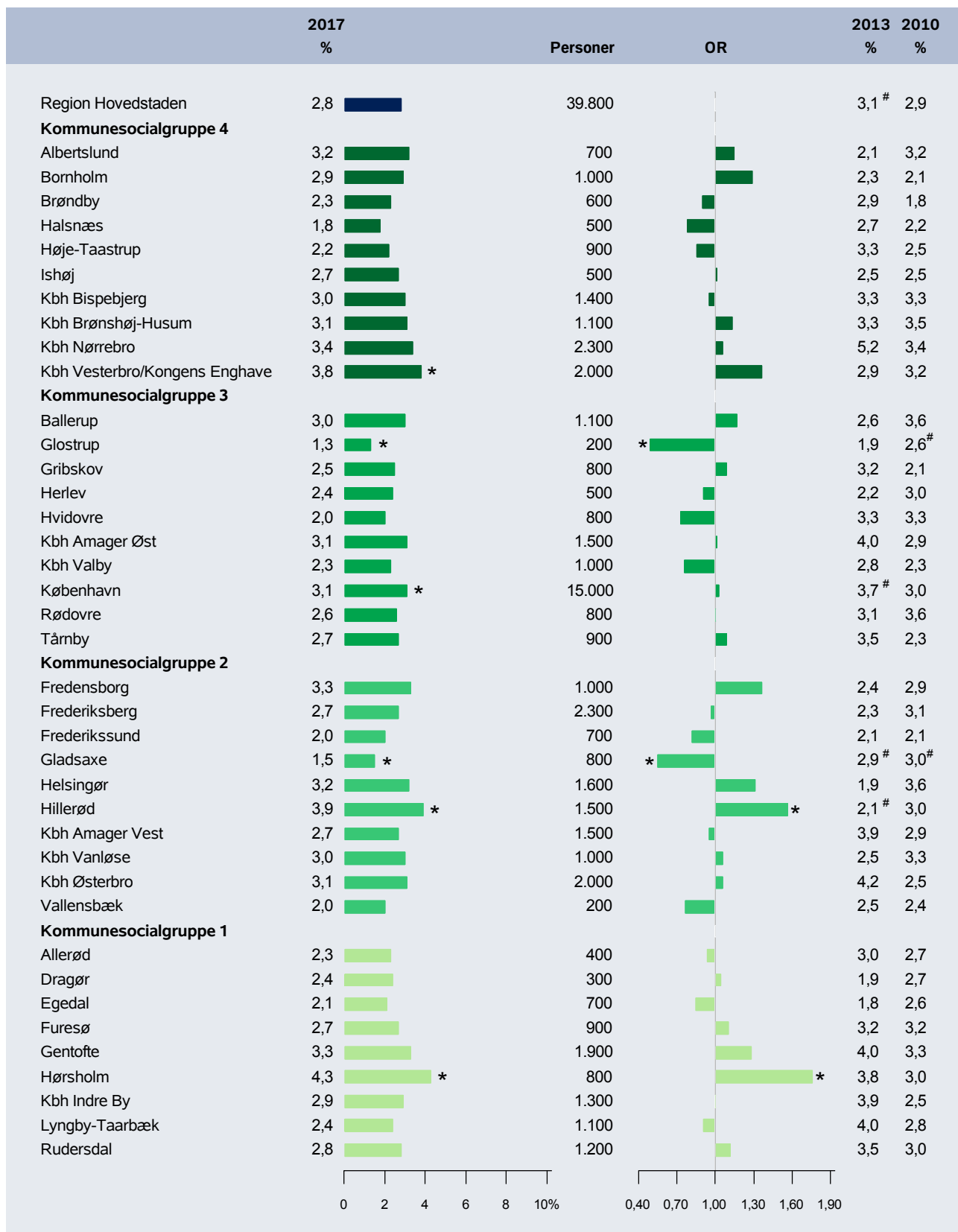
Table 10.1 Undervægt

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	2,8	39.800	3,1 [#]	2,9
Køn				
Mand	1,4	9.600	1,4	1,5
Kvinde	4,1	30.200	4,7 [#]	4,2
Alder				
16-24 år	7,9	16.200	9,2 [#]	7,9
25-34 år	2,9	7.700	3,8 [#]	2,7
35-44 år	1,9	4.600	1,7	1,8
45-54 år	1,1	2.600	1,3	1,5 [#]
55-64 år	1,4	2.700	1,3	1,6
65-79 år	1,8	4.100	2,1	2,3
80+ år	3,2	2.100	3,0	5,1 [#]
Uddannelse				
Under uddannelse	6,6	14.700	8,0 [#]	6,5
Grundskole	2,7	6.200	3,2	3,1
Gymnasial	2,7	2.400	3,1	3,1
Erhvervsfaglig	1,5	4.900	1,3	1,7
Kort og mellemlang videreg.	1,7	4.500	1,8	2,1
Lang videregående	2,0	3.700	2,0	1,6
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	1,6	12.300	1,6	1,8
Arbejdsløs	1,7	300	3,7	2,1
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	3,2	1.900	5,6 [#]	3,7
Førtidspensionist	3,3	1.200	1,9	3,3
Pensionist	2,1	5.700	2,4	2,9 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	2,5	12.400	2,8	3,1 [#]
Samlevende	1,5	11.300	1,7	1,6
Etnisk baggrund				
Danmark	2,7	31.800	3,0	2,9
Andre vestlige lande	3,0	3.500	3,0	2,7
Ikke-vestlige lande	2,8	4.500	4,7 [#]	3,3



[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 10.2 Undervægt – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.2 Moderat og svær overvægt

I dette afsnit beskrives forekomsten af moderat og svær overvægt blandt borgere i Region Hovedstaden. Forekomsten opgøres for 2017, 2013 og 2010.

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er 31 % af borgerne moderat overvægtige, svarende til 451.600 personer, mens 13 % af borgerne er svært overvægtige, svarende til 191.200 personer (Tabel 10.3).

Køn: Andelen af moderat overvægtige er større blandt mænd sammenlignet med kvinder. Derimod er der ikke statistisk signifikant forskel i andelen af svært overvægtige mænd og kvinder.

Alder: Der ses en aldersgradient for både moderat og svær overvægt, hvor andelen stiger med alderen frem til 55-64 år, hvorefter forekomsten falder med stigende alder.

Uddannelse: Andelen af moderat og svært overvægtige er størst blandt borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse, hvis man ser bort fra borgere under uddannelse.

Erhvervstilknytning: For andelen af moderat overvægtige ses kun små forskelle mellem borgere med forskellig erhvervstilknytning. Andelen af svært overvægtige er større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse og arbejdsløse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som er moderat overvægtige, er størst blandt samlevende, mens andelen af svært overvægtige er lidt større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med moderat overvægt er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund. Andelen af borgere med svær overvægt er størst blandt borgere med dansk og ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed, er andelen af moderat overvægtige steget fra 30 % i 2013 til 31 % i 2017, mens andelen af svært overvægtige er steget fra 11 % til 13 % i samme periode. Stigningen i moderat overvægt gør sig gældende i flere sociodemografiske grupper, især blandt langtidssyge borgere. Borgere med anden vestlig baggrund er den eneste gruppe, som oplever et fald i andelen af moderat overvægtige. Stigningen i svær overvægt gør sig gældende i næsten alle sociodemografiske grupper.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed, er andelen af moderat overvægtige steget fra 30 % i 2010 til 31 % i 2017, mens andelen af svært overvægtige er steget fra 11 % til 13 % i samme periode. For begge kategorier af overvægt er ændringerne dog sket i perioden fra 2013 til 2017. For både moderat og svær overvægt gør stigningerne sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. For moderat overvægt ses stigningen især blandt de 25-34 årige, flere af uddannelsesgrupperne samt borgere med ikke-vestlig baggrund. For svær overvægt ses stigningen især blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse.

Kommuner og bydele

Andelen af moderat overvægtige borgere varierer fra 25 % i bydelene Bispebjerg, Nørrebro, Vesterbro/Kongens Enghave og Indre By til 38 % i Hvidovre Kommune (Tabel 10.4). Andelen af svært overvægtige borgere varierer fra 6 % i bydelen Indre By til 22 % i Brøndby og Halsnæs kommuner (Tabel 10.5). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper for moderat og især svær overvægt. De fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 3 og 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens de fleste kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 og 2 ligger under regionsgennemsnittet. Gradienten mindskes for moderat overvægt, men ændres ikke for svær overvægt, når der justeres for fordelingen af køn og alder.

Udvikling 2013-2017: Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen af moderat overvægtige i de enkelte kommuner og bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 10.4). Andelen af svært overvægtige borgere er steget i flere kommuner fra 2013 til 2017 (Tabel 10.5). De største stigninger ses i Halsnæs og Glostrup kommuner.

Udvikling 2010-2017: Der er ikke sket statistisk signifikante ændringer i andelen af moderat overvægtige i størstedelen af kommuner og bydele fra 2010 til 2017 (Tabel 10.4). Dog ses stigninger i Brøndby og Gentofte kommuner. Andelen af svært overvægtige borgere er steget i flere kommuner fra 2010 til 2017 (Tabel 10.5). Den største stigning ses i Albertslund Kommune.

Overvægt er mest udbredt blandt

- Mænd
 - De 45-79 årige
 - Borgere med grundskole- eller erhvervsfaglig uddannelse
-

Tabel 10.3 Moderat eller svær overvægt

	Moderat overvægt				Svær overvægt			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	31	451.600	30 [#]	30 [#]	13	191.200	11 [#]	11 [#]
Køn								
Mand	38	267.800	38	38	14	95.100	11 [#]	11 [#]
Kvinde	25	183.800	24 [#]	23 [#]	13	96.100	11 [#]	12 [#]
Alder								
16-24 år	16	32.600	14 [#]	15	6	12.300	4 [#]	5 [#]
25-34 år	26	69.100	24 [#]	23 [#]	9	25.200	7 [#]	8 [#]
35-44 år	32	78.400	30	32	13	30.600	11 [#]	11 [#]
45-54 år	37	89.100	36	36	17	41.100	14 [#]	14 [#]
55-64 år	39	74.700	38	38	19	36.200	17 [#]	16 [#]
65-79 år	38	85.200	39	39	17	38.100	15 [#]	15 [#]
80+ år	34	22.500	34	31	12	7.800	11	10
Uddannelse								
Under uddannelse	19	41.500	16 [#]	16 [#]	6	14.400	4 [#]	4 [#]
Grundskole	35	79.600	36	35	21	49.300	19 [#]	19 [#]
Gymnasial	31	28.100	29	29	12	10.500	11	9 [#]
Erhvervsfaglig	39	128.800	38	36 [#]	19	62.200	16 [#]	15 [#]
Kort og mellemlang videreg.	34	88.400	31 [#]	31 [#]	12	31.400	10 [#]	10 [#]
Lang videregående	29	53.300	27	28	6	11.700	6	5 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	34	260.600	32 [#]	32 [#]	13	101.300	11 [#]	11 [#]
Arbejdsløs	36	7.300	31	34	15	3.000	16	14
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	33	19.300	27 [#]	29	23	13.700	21	22
Førtidspensionist	32	11.700	34	32	28	10.000	27	26
Pensionist	37	97.600	37	37	16	42.300	14 [#]	14 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	31	150.200	30	30	16	75.600	14 [#]	13 [#]
Samlevende	36	268.400	35 [#]	34 [#]	14	103.100	12 [#]	12 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	31	363.800	30 [#]	30 [#]	14	158.300	11 [#]	11 [#]
Andre vestlige lande	26	30.100	31 [#]	28	9	10.600	9	8
Ikke-vestlige lande	35	57.200	31 [#]	32 [#]	14	22.100	14	14

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Tabel 10.4 Moderat overvægt – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	31	451.600		30 [#]	30 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	32	7.000		32	35
Bornholm	37	12.100 *		35	35
Brøndby	37	10.500 *	*	35	32 [#]
Halsnæs	37	9.500 *	*	38	34
Høje-Taastrup	35	13.400 *	*	35	35
Ishøj	36	6.100 *	*	37	35
Kbh Bispebjerg	25	11.900 *	*	28	25
Kbh Brønshøj-Husum	33	11.400		35	31
Kbh Nørrebro	25	16.400 *	*	22	21
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	25	13.700 *	*	24	27
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	33	12.700		35	32
Glostrup	36	6.500 *	*	33	35
Gribskov	37	12.300 *	*	37	38
Herlev	36	8.000 *	*	35	35
Hvidovre	38	16.000 *	*	35	35
Kbh Amager Øst	32	15.000		27	31
Kbh Valby	30	13.400		29	27
København	27	134.500 *	*	26	26
Rødovre	34	10.300 *		34	33
Tårnby	36	12.300 *	*	35	35
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	36	11.300 *		32	33
Frederiksberg	29	25.000 *		28	28
Frederikssund	35	12.600 *		37	34
Gladsaxe	34	17.900		34	32
Helsingør	35	17.400		34	34
Hillerød	31	12.000		34	32
Kbh Amager Vest	26	14.400 *	*	27	26
Kbh Vanløse	30	9.700		28	29
Kbh Østerbro	26	16.800 *	*	23	26
Vallensbæk	34	4.000		33	36
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	33	6.400		32	32
Dragør	36	4.000 *		33	34
Egedal	34	11.400		34	36
Furesø	31	9.600	*	30	31
Gentofte	29	17.200 *	*	26	25 [#]
Hørsholm	29	5.700 *	*	30	30
Kbh Indre By	25	11.800 *	*	24	25
Lyngby-Taarbæk	29	12.800 *	*	30	29
Rudersdal	30	13.000	*	26	29

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 10.5 Svær overvægt – kommuner

	2017 %	Personer	OR	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	13	191.200		11 [#]	11 [#]
Kommunesocialgruppe 4					
Albertslund	19 *	4.200	*	16	12 [#]
Bornholm	17 *	5.700	*	15	15
Brøndby	22 *	6.000	*	18	17 [#]
Halsnæs	22 *	5.600	*	16 [#]	18 [#]
Høje-Taastrup	19 *	7.400	*	16 [#]	16 [#]
Ishøj	20 *	3.500	*	17	18
Kbh Bispebjerg	14	6.300		11	11
Kbh Brønshøj-Husum	13	4.600		15	15
Kbh Nørrebro	9 *	6.000	*	7	10
Kbh Vesterbro/Kongens Enghave	10 *	5.600		10	8 [#]
Kommunesocialgruppe 3					
Ballerup	18 *	7.000	*	13 [#]	16
Glostrup	19 *	3.500	*	13 [#]	16
Gribskov	18 *	5.900	*	13 [#]	13 [#]
Herlev	17 *	3.900	*	13 [#]	16
Hvidovre	14	6.000		13	15
Kbh Amager Øst	12	5.500		12	11
Kbh Valby	12	5.400		14	11
København	11 *	51.900	*	10	10
Rødovre	17 *	5.100	*	15	13 [#]
Tårnby	17 *	5.600	*	13 [#]	14
Kommunesocialgruppe 2					
Fredensborg	14	4.500		11	11
Frederiksberg	10 *	8.300	*	8	8 [#]
Frederikssund	19 *	6.900	*	17	16 [#]
Gladsaxe	14	7.300		12	12
Helsingør	17 *	8.600	*	12 [#]	12 [#]
Hillerød	14	5.500		13	11 [#]
Kbh Amager Vest	11 *	6.000		12	11
Kbh Vanløse	14	4.500		10 [#]	11 [#]
Kbh Østerbro	8 *	5.400	*	9	9
Vallensbæk	17 *	2.000	*	14 [#]	13 [#]
Kommunesocialgruppe 1					
Allerød	13	2.500		10 [#]	9 [#]
Dragør	12	1.400	*	9 [#]	9 [#]
Egedal	16 *	5.200		13 [#]	11 [#]
Furesø	11 *	3.400	*	9	9
Gentofte	8 *	4.500	*	7	8
Hørsholm	10 *	1.900	*	9	9
Kbh Indre By	6 *	2.700	*	6	7
Lyngby-Taarbæk	8 *	3.700	*	7	8
Rudersdal	10 *	4.600	*	11	8 [#]

*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.3 Vægt i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er undervægtige eller svært overvægtige, og til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 22 % af borgere med undervægt, som er dagligrygere, mens det gælder 16 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 10.6). Forekomsten opgøres for 2017.

Borgere, som er undervægtige eller svært overvægtige, har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd og et

dårligere helbred sammenlignet med borgere i regionen som helhed. Nedenfor beskrives de mest markante forskelle.

Blandt borgere med undervægt er det især forekomsten af dagligrygning, højt stressniveau og ensomhed, som er højere end i regionen som helhed, mens det blandt borgere med svært overvægt især er forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, usundt kostmønster og manglende opfyldelse af WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, som er højere end i regionen som helhed.

Tabel 10.6 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere, som er undervægtige, blandt borgere som er svært overvægtige og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Undervægt %	Svær overvægt %	Region Hovedstaden %
Dagligrygning	22*	16	16
Storforbrug af alkohol	8	8	8
Usundt kostmønster	14	18*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	31*	40*	26
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	18*	18*	14
Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred	18*	28*	15
Højt stressniveau	35*	32*	26
Ensomhed	13*	11*	8

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

10.4 Motivation for vægttab

Dette afsnit beskriver borgernes vurdering af deres egen vægt, hvorvidt de ønsker vægttab, om de ønsker hjælp dertil og om de mangler opbakning fra deres omgangskreds til at tabe sig. Opgørelserne er begrænset til borgere, som er overvægtige (moderat og svært). Forekomsten opgøres for 2017 og hvor det er muligt for 2013 og 2010. Spørgsmålene om støtte og hjælp til vægttab samt opbakning til vægttab er nye i 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvordan vurderer du selv din vægt?
- Vil du gerne tabe dig?
- Hvis du vil tabe dig, vil du så gerne have støtte og hjælp til at gennemføre det?
- Har du opbakning til vægttab fra din omgangskreds (f.eks. familie, venner, kollegaer og bekendte)?

10.4.1 Selvvurderet vægt, ønske om vægttab og mangler opbakning fra omgangskredsen

I Region Hovedstaden vurderer 86 % af overvægtige borgere, at deres vægt er for høj, svarende til 548.900 personer, mens 13 % vurderer den som tilpas, svarende til 86.100 personer (Tabel 10.7). Blandt overvægtige, som vurderer deres vægt som for høj, vil 95 % gerne tabe sig, svarende til 519.300 personer. Heraf ønsker 51 % at få hjælp til vægttab, svarende til 265.400 personer. Blandt de 265.400 overvægtige, som vurderer deres vægt for høj, ønsker vægttab og som ønsker hjælp til vægttab, mangler 23 % opbakning til vægttab fra deres omgangskreds, svarende til 62.000 personer. Det er især sidstnævnte gruppe, som har særlig brug for støtte fra læge, kommune, hospital, arbejdsplads,

uddannelsesinstitutioner mm. De ældste borgere, borgere med grundskoleuddannelse, langtidssyge og førtidspensionister samt enlige er nogle af de grupper, hvor der er størst andel med mangel på opbakning fra omgangskredsen (op til 49 %) (se tabel på centrets hjemmeside).

Andelen, som ønsker vægttab og ønsker hjælp til vægttab er større blandt svært overvægtige sammenlignet med moderat overvægtige (Tabel 10.7). Der er således et særligt forebyggelses-potentiale blandt de borgere, som er svært overvægtige, og som gerne vil tabe sig.

Tabel 10.7 Selvvurderet vægt, ønske om vægttab, ønske om hjælp til vægttab og mangler opbakning fra omgangskredsen blandt overvægtige

Selvvurderet vægt i 2017			Vil gerne tabe sig		Ønsker hjælp til vægttab*		Mangler opbakning fra omgangskreds til vægttab**	
	%	Personer	%	Personer	%	Personer	%	Personer
Alt for lav/lidt for lav	1	6.900	55	3.700	51	1.900		
Tilpas	13	86.100	27	22.900	31	7.100	23	1.700
Lidt for høj/alt for høj	86	548.900	95	519.300	51	265.400	23	62.000
Beregnet BMI								
Moderat overvægt	31***	451.600	82	367.500	44	161.000	24	38.000
Svær overvægt	13***	191.200	94	178.700	64	113.500	23	26.200

* Blandt borgere, som ønsker at tabe sig

** Blandt borgere, som ønsker at tabe sig og ønsker hjælp til vægttab

*** Blandt alle regionens borgere

10.4.2 Motivation for vægttab blandt overvægtige

Region Hovedstaden

Blandt overvægtige i Region Hovedstaden ønsker 85 % at tabe sig, svarende til 546.200 personer og blandt disse ønsker 50 % hjælp til vægttab, svarende til 274.500 personer (Tabel 10.8).

Køn: Blandt overvægtige borgere, som ønsker vægttab, og blandt dem, der ønsker hjælp hertil, er andelen større blandt kvinder end mænd.

Alder: Andelen af overvægtige, som ønsker vægttab, er stort set den samme for borgere i aldersgruppen 16-64 år, hvorefter den falder med stigende alder. Til gengæld falder andelen, som ønsker hjælp til vægttab, med stigende alder og er således næsten dobbelt så stor blandt de 16-24 årige sammenlignet med borgere på 80 år eller derover.

Uddannelse: Der ses generelt kun mindre forskelle mellem uddannelsesgrupperne i andelen af overvægtige, som ønsker vægttab eller ønsker hjælp til vægttab. Dog ses en mindre andel, som ønsker vægttab blandt borgere med grundskoleuddannelse. Samtidig ses, at andelen af borgere, som ønsker hjælp til vægttab, er størst blandt borgere under uddannelse, foreneligt med at denne gruppe indeholder mange unge, og mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af overvægtige, som ønsker vægttab, er størst blandt borgere i beskæftigelse og mindst blandt pensionister. Andelen, som ønsker hjælp til vægttab, er størst blandt langtidssyge borgere og mindst blandt borgere i beskæftigelse og pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af overvægtige, som ønsker vægttab, er større blandt samlevende sammenlignet med enlige, mens det omvendte gælder for borgere, som ønsker hjælp til vægttab.

Etnisk baggrund: En større andel blandt overvægtige borgere med dansk baggrund ønsker at tabe sig sammenlignet med borgere med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund. Modsat er der en større andel blandt overvægtige med vestlig eller

ikke-vestlig baggrund, som ønsker hjælp til vægttab sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er uændret fra 2013 til 2017 i regionen som helhed. Dog ses et fald blandt pensionister.

Udvikling 2010-2017: Andelen af overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig, er uændret fra 2010 til 2017 i regionen som helhed. Dog ses et fald blandt pensionister og en stigning blandt de 45-54 årige.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som er overvægtige, og som ønsker at tabe sig, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 81 % i Bornholms Regionskommune og bydelen Brønshøj-Husum til 90 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave (Tabel 10.9). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af kommunesocialgrupperne. Således ligger flere kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 under regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger over regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af overvægtige, som ønsker hjælp til vægttab, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 42 % i Bornholms Regionskommune til 60 % i Albertslund Kommune (Tabel 10.10). Der ses ingen social gradient på tværs af kommuner og bydele, heller ikke efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

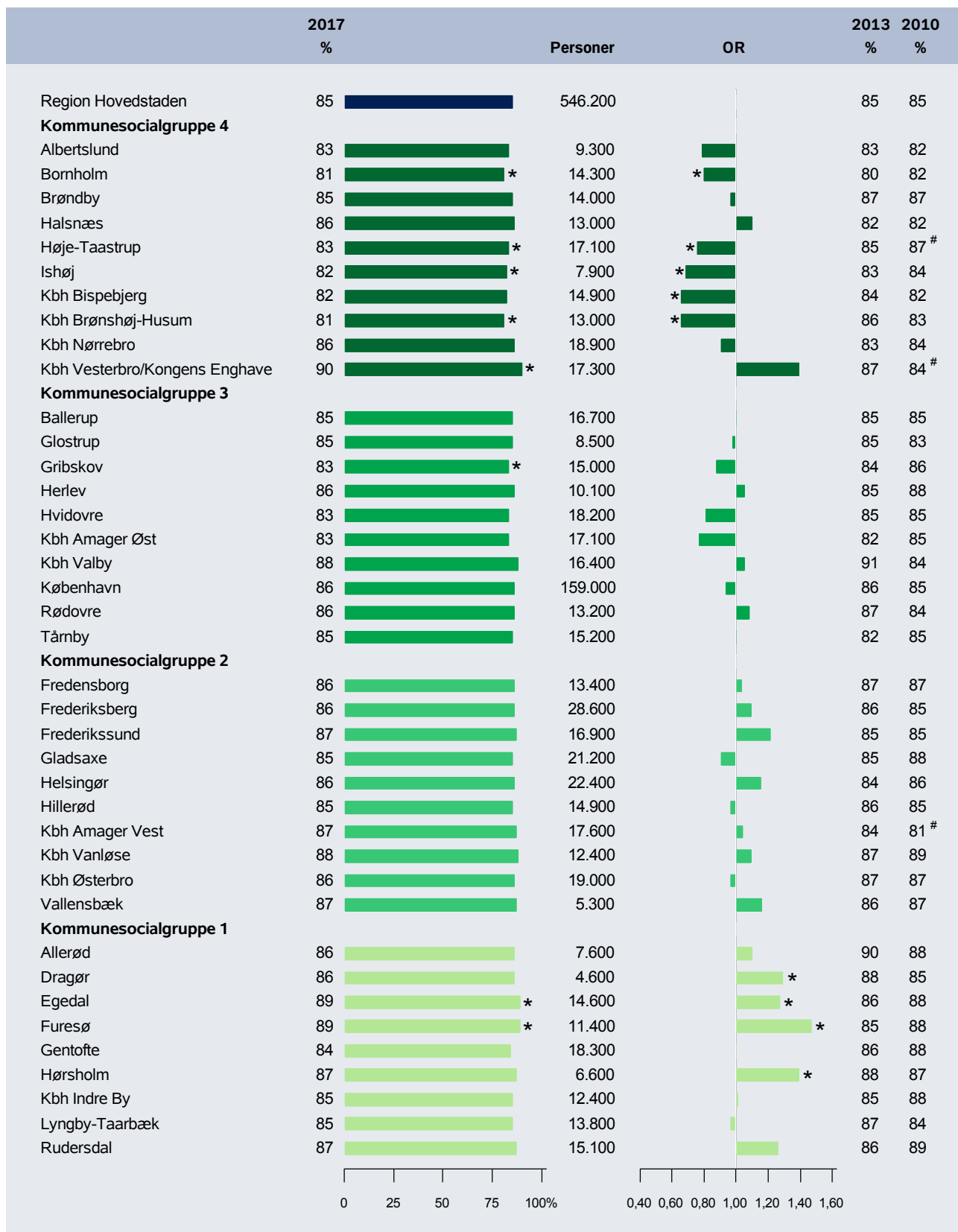
Udvikling 2013-2017: Andelen af overvægtige, som ønsker at tabe sig, er ikke statistisk signifikant ændret i kommuner eller bydele fra 2013 til 2017 (Tabel 10.9).

Udvikling 2010-2017: Andelen af overvægtige, som ønsker at tabe sig, er ikke statistisk signifikant ændret i størstedelen af kommuner og bydele fra 2010 til 2017 (Tabel 10.9). Dog ses en stigning i bydelene Vesterbro/Kongens Enghave og Amager Vest samt et fald i Høje-Taastrup Kommune.

Table 10.8 Overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig og som ønsker hjælp dertil

	Ønsker at tabe sig				Ønsker hjælp til at tabe sig	
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	85	546.200	85	85	50	274.500
Køn						
Mand	81	291.900	80	81	43	124.000
Kvinde	91	254.300	92	91	59	150.500
Alder						
16-24 år	88	39.400	89	87	63	24.700
25-34 år	88	83.400	89	89	58	48.600
35-44 år	90	98.200	90	89	56	55.000
45-54 år	90	117.500	89	88 [#]	51	60.100
55-64 år	87	95.700	87	88	47	45.000
65-79 år	78	96.000	79	79	38	35.800
80+ år	55	16.100	58	57	33	5.300
Uddannelse						
Under uddannelse	88	49.200	90	89	59	29.100
Grundskole	80	102.100	81	81	50	51.000
Gymnasial	87	33.700	90	85	52	17.500
Erhvervsfaglig	85	162.300	84	86	49	78.400
Kort og mellemlang videreg.	90	107.300	89	89	50	53.400
Lang videregående	89	57.900	88	89	44	25.100
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	89	322.700	89	89	51	163.600
Arbejdsløs	87	9.000	84	86	56	4.900
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	87	28.800	89	84	67	19.200
Førtidspensionist	85	18.300	83	85	58	10.700
Pensionist	73	101.100	75 [#]	76 [#]	37	37.300
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	83	187.700	83	83	53	99.200
Samlevende	86	318.600	86	87	47	150.300
Etnisk baggrund						
Danmark	86	448.900	86	86	49	217.400
Andre vestlige lande	84	33.900	83	86	49	16.400
Ikke-vestlige lande	80	62.900	80	77	65	40.400

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 10.9 Overvægtige borgere, som ønsker at tabe sig – kommuner


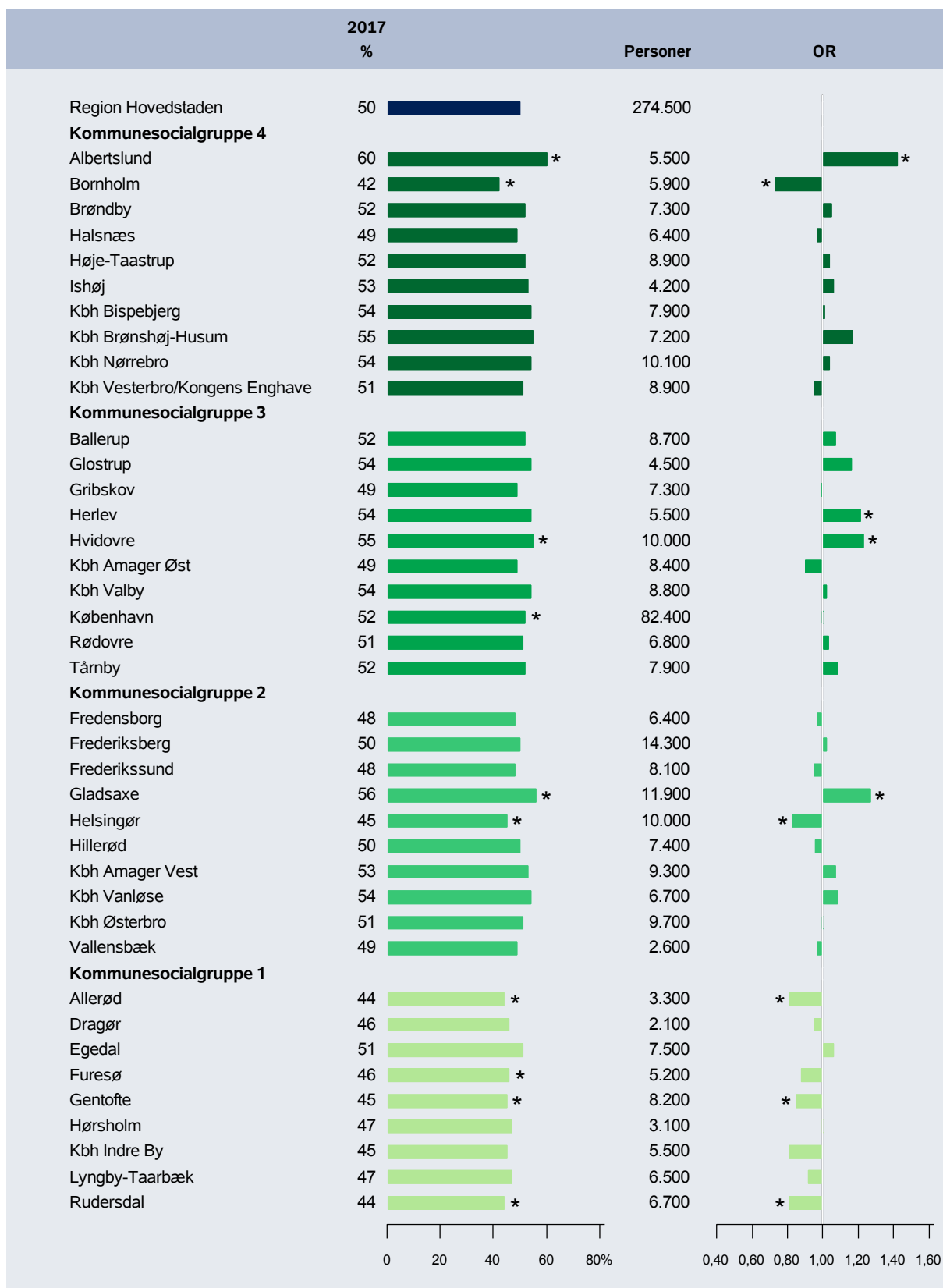
*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Table 10.10 Overvægtige borgere, som ønsker hjælp til vægttab – kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

10.5 Forebyggelse af overvægt

Der findes forskellige typer af forebyggelsesstrategier, blandt andet den individrettede og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individrettede forebyggelse

i form af råd fra egen læge, men ikke den strukturelle forebyggelse da der ikke er spurgt om dette i "Hvordan har du det? 2017".

10.5.1 Råd om vægttab fra egen læge

Råd om vægttab fra egen læge opgøres blandt overvægtige (moderat og svært), som har været ved lægen inden for det seneste år, og af egen læge er blevet rådet til at tabe sig. Dette bygger på et spørgsmål, som ikke tidligere er opgjort i Sundhedsprofilen, men er blevet stillet siden 2010, og der opgøres forekomst for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

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

Region Hovedstaden

I Region Hovedstaden er 17 % af de overvægtige, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet til at tabe sig, svarende til 88.100 personer (Tabel 10.11).

Køn: Der er ikke statistisk signifikant forskel mellem mænd og kvinder i andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge.

Alder: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, stiger med alderen frem til 55-64 års alderen, hvorefter den falder igen. Hvor hver fjerde overvægtig borger i alderen 55-64 år er blevet rådet til vægttab af egen læge, gælder det hver tiende blandt de 25-34 årige og de ældste borgere.

Uddannelse: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er dobbelt så stor blandt

førtidspensionister sammenlignet med borgere, som er i beskæftigelse eller arbejdsløse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: En lidt større andel af overvægtige er blevet rådet til vægttab af egen læge blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af overvægtige borgere, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er faldet fra 21 % i 2013 til 17 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper, især blandt langtidssyge.

Udvikling 2010-2017: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er faldet fra 22 % i 2010 til 17 % i 2017 i regionen som helhed. Faldet gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper, især blandt arbejdsløse og borgere med anden vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, varierer fra 12 % i Dragør Kommune til 23 % i Halsnæs Kommune (Tabel 10.12). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for køn og alder i kommuner og bydele.

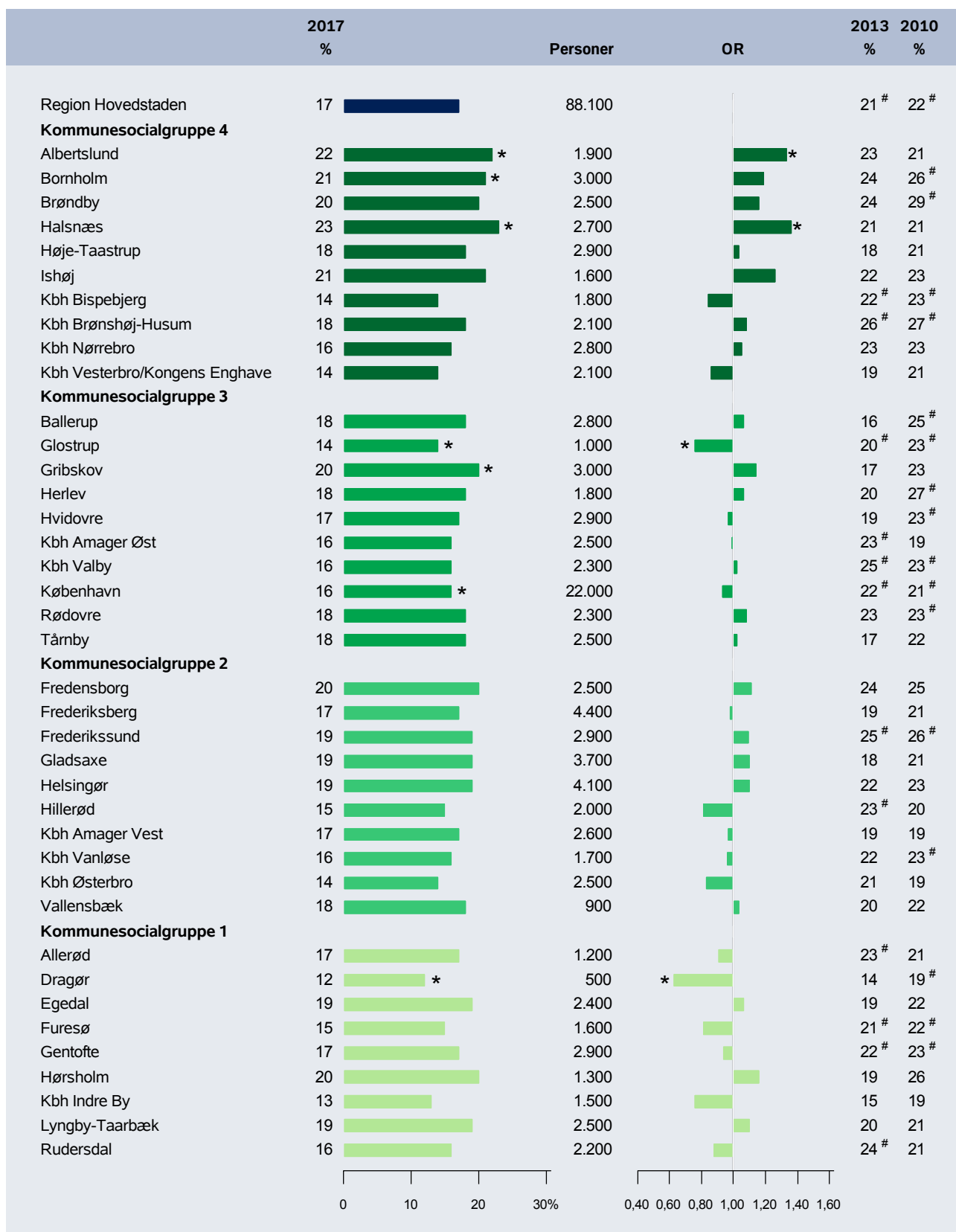
Udvikling 2013-2017: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er faldet i flere kommuner og bydele fra 2013 til 2017. Det største fald ses i bydelen Valby.

Udvikling 2010-2017: Andelen af overvægtige, som er blevet rådet til vægttab af egen læge, er faldet i flere kommuner og bydele fra 2010 til 2017. De største fald ses i Brøndby, Glostrup og Herlev kommuner samt bydelene Bispebjerg og Brønshøj-Husum.

Tabel 10.11 Overvægtige borgere, som er blevet rådet til at tabe sig af egen læge

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	17	88.100	21 [#]	22 [#]
Køn				
Mand	18	48.500	21 [#]	22 [#]
Kvinde	17	39.600	21 [#]	23 [#]
Alder				
16-24 år	14	4.600	15	15
25-34 år	10	6.900	12	14 [#]
35-44 år	15	12.200	18 [#]	20 [#]
45-54 år	20	19.800	23 [#]	25 [#]
55-64 år	24	21.400	26 [#]	29 [#]
65-79 år	20	20.700	25 [#]	26 [#]
80+ år	9	2.400	12	13
Uddannelse				
Under uddannelse	11	4.700	12	12
Grundskole	23	23.500	26 [#]	28 [#]
Gymnasial	16	4.900	22 [#]	20
Erhvervsfaglig	20	29.900	23 [#]	24 [#]
Kort og mellemlang videreg.	15	14.500	19 [#]	20 [#]
Lang videregående	12	5.800	15 [#]	17 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	16	43.800	19 [#]	20 [#]
Arbejdsløs	17	1.400	23	26 [#]
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	26	7.500	38 [#]	33 [#]
Førtidspensionist	32	6.100	30	38
Pensionist	18	21.100	23 [#]	24 [#]
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	19	33.400	23 [#]	25 [#]
Samlevende	17	50.000	20 [#]	22 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	17	71.700	20 [#]	22 [#]
Andre vestlige lande	13	4.000	19 [#]	22 [#]
Ikke-vestlige lande	21	12.300	27 [#]	27 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 10.12 Overvægtige borgere, som indenfor det seneste år er blevet rådet til at tabe sig af egen læge – kommuner


*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

10.6 Litteratur

- (1) World Health Organization. Obesity and overweight - Fact sheet [citeret 2017 22-11]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/>.
- (2) Branca F, Nikogosian H, Lobstein T (red). The challenge of obesity in the WHO European Region and the strategies for response. Denmark: World Health Organization; 2007.
- (3) NCD. Risk Factor Collaboration. Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*. 2016;387(10026):1377-96.
- (4) Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2012.
- (5) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (6) Sørensen TIA, Sandbæk A, Pedersen BK, Overvad K. Skal overvægtige tabe sig? København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015.
- (7) Christensen A, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
- (8) World Health Organization. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation. WHO Technical Report Series; 894. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2000.
- (9) Monasta L, Batty GD, Cattaneo A, Lutje V, Ronfani L, Van Lenthe FJ, et al. Early-life determinants of overweight and obesity: a review of systematic reviews. *Obes Rev*. 2010;11(10):695-708.
- (10) Fontaine KR, Redden DT, Wang C, Westfall AO, Allison DB. Years of life lost due to obesity. *JAMA*. 2003;289(2):187-93.
- (11) Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (12) Sundhedsstyrelsen. Overvægt [citeret 2017 09-07]. <https://www.sst.dk/da/sundhed-og-livsstil/overvaegt>.
- (13) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (14) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (15) Kondrup J, Johansen N, Plum LM, Bak L, Larsen IH, Martinsen A, et al. Incidence of nutritional risk and causes of inadequate nutritional care in hospitals. *Clin Nutr*. 2002;21(6):461-8.
- (16) Svendsen OL, Astrup A, Hansen GS. Adipositas: sygdom, behandling og organisation. København: Munksgaard Danmark; 2011.



Kapitel 11

Mental sundhed



11 Mental sundhed

- Størstedelen af borgerne i Region Hovedstaden har en god mental sundhed og en god livskvalitet
 - I 2017 er der dog en større andel med dårligt selv vurderet helbred, dårlig mentalt helbred, højt stressniveau eller svage sociale relationer end i 2013
 - Hver tredje borger med højt stressniveau er af egen læge blevet rådet til, at tage den med ro. Der ses ingen ændringer over tid
 - Der er sociale og geografiske forskelle i borgernes mentale sundhed. Forekomsten af dårligt selv vurderet helbred, dårlig livskvalitet, dårligt fysisk og mentalt helbred, stress, svage sociale relationer og ensomhed er højest blandt borgere med kortere uddannelse og i kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4
-

Fremme af mental sundhed er for alvor kommet på den sundhedspolitiske dagsorden, både nationalt og internationalt. Siden WHO i 2005 fremlagde sloganet "Ingen sundhed uden mental sundhed" (1) har området været genstand for stigende opmærksomhed i internationale sundhedsfaglige miljøer, og i 2015 blev fremme af mental sundhed vedtaget som en af FN's Sustainable Development Goals (2). Mental sundhed har betydning for individets evne til at klare sig socialt, uddannelsesmæssigt, arbejdsmæssigt og økonomisk - og i sidste ende for at kunne bidrage positivt til samfundet (3). Der er derfor bred enighed om, at mental sundhed spiller en afgørende rolle for sundhed og trivsel, og er et vigtigt indsatsområde for sundhedsfremme og forebyggelse.

Der er mange risikofaktorer, der påvirker den mentale sundhed negativt. Manglende omsorg, belastende begivenheder i den nærmeste familie, sygdom, mobning og diskrimination, uafsluttet skolegang, arbejdsløshed og et belastende arbejdsmiljø er eksempler herpå (4). Langvarig dårlig mental sundhed har vidtrækkende konsekvenser for den enkeltes livskvalitet, sundhedsadfærd og udvikling af sygdom. Der er eksempelvis fundet sammenhæng mellem dårlig mental sundhed og faktorer som dårligt selv vurderet helbred, rygning, fysisk inaktivitet, søvnproblemer, svage sociale relationer og kroniske sygdomme såsom diabetes og hjertekarsygdom (5, 6).

I Danmark har langt de fleste en god mental sundhed. Dog viser de nyeste nationale tal fra 2017, at 17 % af danskerne har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og 25 % har et højt stressniveau (7). Der er årligt 2.400 danskere, der dør grundet dårlig mental sundhed, og dårlig mental sundhed er årsag til henholdsvis 4.100 tabte leveår blandt mænd og 1.900 tabte leveår blandt kvinder (8).

Af samfundsmæssige konsekvenser er dårlig mental sundhed hvert år årsag til cirka 1.1 mio. kontakter til lægen, 45.000 somatiske indlæggelser og 6.500 psykiatriske indlæggelser. Behandling og pleje af borgere med dårlig mental sundhed koster årligt 7,1 mia. kr., mens omkostninger til tabt produktion blandt borgere med dårlig mental sundhed beløber sig til 29 mia. kr. (8).

Fremme af mental sundhed er en fælles sag, og mange forskellige aktører er involveret i dette arbejde. I et nyt partnerskab "Sammen om mental sundhed" er Sundheds- og Ældreministeriet gået sammen med blandt andre Dansk Erhverv, Danske Regioner og KL for at styrke den mentale sundhed på danske arbejdspladser (9). Fremme af mental sundhed er ligeledes et af fokusområderne i Danske Regioners udspil "Sundhed for livet - forebyggelse er en nødvendig investering" (10). Til støtte for det kommunale forebyggende arbejde med mental sundhed har Sundhedsstyrelsen udgivet en forebyggelsespakke på dette område (11). Siden 2012 er der sket en stigning i antallet af kommuner, hvor mental sundhed indgår som en integreret del af indsatsen inden for f.eks. sundhedspleje, skoleområdet og i kommunens dagtilbud. Antallet af kommuner, der gennemfører systematisk opsporing af mentale helbredsproblemer blandt borgere i kommunens jobcentre, er ligeledes steget (12).

I Sundhedsprofilen 2017 tages der udgangspunkt i WHO's definition af mental sundhed, som "en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, håndtere dagligdags udfordringer og stress samt indgå i fællesskaber med andre mennesker"(1).

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives først borgernes selv vurderede helbred, livskvalitet, og fysiske og mentale helbred. Dernæst beskrives stress og sociale relationer. For at give et nuanceret billede af mental sundhed beskrives desuden overlap mellem udvalgte dimensioner af mental sundhed. Endeligt beskrives motivation til adfærdsendring og forebyggelse blandt borgere med dårlig mental sundhed i Region Hovedstaden. Hvor det er muligt beskrives forekomsten over tid.

Førtidspensionister og/eller langtidssyge borgere har de højeste forekomster af

- Dårligt selv vurderet helbred og dårlig livskvalitet
 - Dårligt mentalt helbred og dårligt fysisk helbred
 - Højt stressniveau
 - Svage sociale relationer og ensomhed
-

11.1 Selvvurderet helbred og livskvalitet

Selvvurderet helbred handler om borgerens oplevelse og vurdering af eget helbred. Selvvurderet helbred er en selvstændig risikofaktor for sygelighed og dødelighed. Jo dårligere borgeren vurderer sit helbred, des større er risikoen for udvikling af sygdom og død (5). Livskvalitet handler om borgerens oplevede velbefindende, trivsel og tilfredshed med livet. Men livskvalitet handler også om livsvilkår og den enkeltes muligheder for at leve "et godt liv" (13).

Blandt alle borgere opgøres forekomsten af borgere med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred for 2017, 2013 og 2010. Forekomsten af dårlig eller meget dårlig livskvalitet opgøres kun for 2017, da spørgsmålet om livskvalitet er stillet for første gang i "Hvordan har du det? 2017".

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?

Region Hovedstaden

I 2017 har 15 % af borgerne i Region Hovedstaden et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (herefter: dårligt selvvurderet helbred), svarende til 222.600 personer (Tabel 11.1), 37 % har et godt selvvurderet helbred, mens 48 % har et vældigt godt eller fremragende helbred (resultater ikke vist). Blandt de 222.600 borgere med dårligt selvvurderet helbred har 62 % også et højt stressniveau.

I 2017 har 4,8 % af borgerne en dårlig eller meget dårlig livskvalitet (herefter: dårlig livskvalitet), svarende til 69.100 personer (Tabel 11.1), mens 15,2 % har en livskvalitet, som hverken er god eller dårlig, og 80 % af borgerne har en god eller særdeles god livskvalitet (resultater ikke vist). Blandt de 69.100 borgere med dårlig livskvalitet har 84 % også et højt stressniveau.

Køn: En større andel kvinder end mænd har et dårligt selvvurderet helbred, mens en større andel mænd end kvinder har en dårlig livskvalitet.

Alder: Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred og andelen med dårlig livskvalitet stiger med stigende alder. Sammenlignet med de 16-34 årige, er andelen med dårligt selvvurderet helbred dobbelt så stor blandt de 55-79 årige, og mere end tre gange større blandt de 80+ årige. For dårlig livskvalitet er andelen cirka dobbelt så stor blandt de 80+ årige sammenlignet med de 16-24 årige. Blandt de 65-79 årige er andelen med dårlig livskvalitet dog på niveau med andelen blandt de 16-24 årige.

Uddannelse: Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred og andelen med dårlig livskvalitet falder med stigende uddannelseslængde - for dårligt selvvurderet helbred dog kun når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen er tre til fire gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred er fem til seks gange større blandt langtids-syge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Andelen af borgere med dårlig livskvalitet er syv til ni gange større blandt langtids-syge borgere og borgere på førtidspension sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har dårligt selvvurderet helbred, og andelen med dårlig livskvalitet er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. For dårlig livskvalitet er andelen mere end dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med et dårligt selvvurderet helbred og andelen med dårlig livskvalitet er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred steget fra 13 % i 2013 til 15 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i flere af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-24 årige, de 35-44 årige, de 55-64 årige og blandt borgere under uddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er der ikke sket nogen ændring i andelen af borgere med dårligt selvvurderet helbred fra 2010 til 2017. Dette gør sig gældende i cirka halvdelen af de sociodemografiske grupper. I mange af de øvrige sociodemografiske grupper ses stigninger, og i enkelte grupper fald. Den største stigning ses blandt de 16-24 årige og blandt borgere under uddannelse, mens det største fald ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred og dårlig eller meget dårlig livskvalitet er mest udbredt blandt

- De ældste borgere
- Borgere med kort uddannelse
- Borgere uden erhvervstilknytning
- Enlige
- Borgere med ikke-vestlig baggrund

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har et dårligt selv vurderet helbred, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 11 % i Dragør Kommune samt bydelene Østerbro og Indre By til 23 % i Bornholms Regionskommune (Tabel 11.2). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Over halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver mere tydelig, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, som har dårlig livskvalitet, varierer fra 2,6 % i Dragør Kommune til 6,6 % i Halsnæs og Herlev kommuner (Tabel 11.3). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I enkelte kommuner ses en stigning i andelen af borgere med dårligt selv vurderet helbred fra 2013 til 2017 (Tabel 11.2). Den største stigning ses i Bornholms Regionskommune. I størstedelen af kommuner og bydele er der dog ingen statistisk signifikant ændring fra 2013 til 2017.

Udvikling 2010-2017: I over halvdelen af kommuner og bydele ses ingen statistisk signifikante ændringer i andelen af borgere med dårligt selv vurderet helbred fra 2010 til 2017 (Tabel 11.2). Dog ses stigninger i enkelte kommuner og fald i enkelte bydele. Den største stigning ses i Halsnæs Kommune, og det største fald i bydelen Brønshøj-Husum.

Andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er

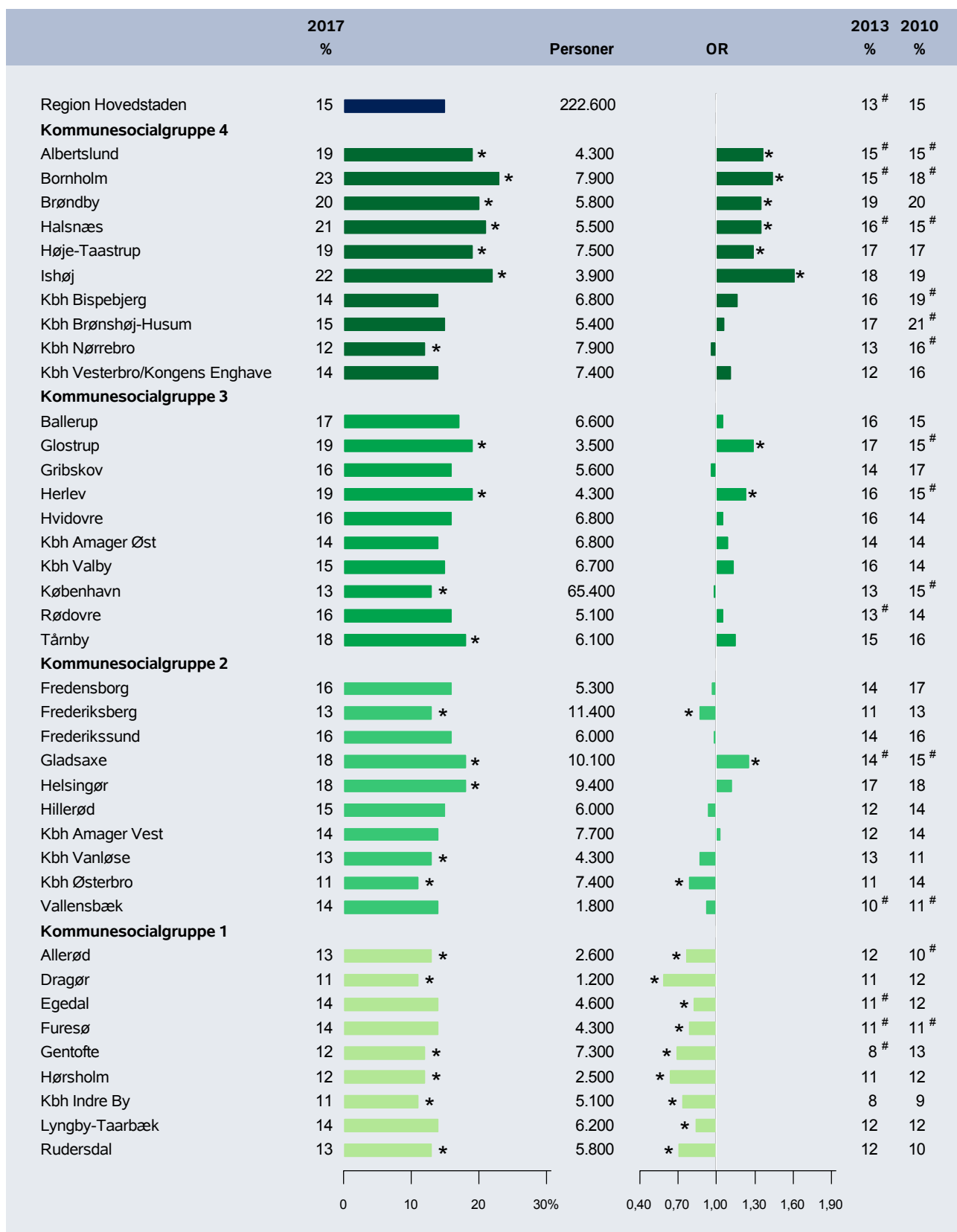
- 5 % blandt alle borgere i regionen
 - 15 % blandt borgere med svage sociale relationer eller højt stressniveau
 - Cirka 20 % blandt borgere med dårligt mentalt eller dårligt fysisk helbred
 - 24 % blandt borgere med dårligt selv vurderet helbred
-

Table 11.1 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og dårlig eller meget dårlig livskvalitet

	Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred				Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	15	222.600	13 [#]	15	4,8	69.100
Køn						
Mand	13	96.700	12 [#]	13	5,1	35.900
Kvinde	17	126.000	15 [#]	16	4,5	33.100
Alder						
16-24 år	9	18.300	6 [#]	6 [#]	3,9	8.100
25-34 år	8	23.000	6 [#]	6 [#]	4,3	11.500
35-44 år	12	29.300	9 [#]	12	4,2	10.200
45-54 år	16	40.600	16	16	5,4	13.300
55-64 år	22	42.200	19 [#]	20 [#]	6,4	12.400
65-79 år	20	45.900	20	22 [#]	3,8	8.700
80+ år	34	23.200	36	37 [#]	7,5	4.900
Uddannelse						
Under uddannelse	8	18.100	5 [#]	5 [#]	3,6	7.900
Grundskole	28	67.200	28	28	9,5	21.900
Gymnasial	12	11.500	14	12	4,8	4.400
Erhvervsfaglig	18	62.700	16 [#]	16 [#]	4,3	14.400
Kort og mellemlang videreg.	12	33.000	10 [#]	11 [#]	3,3	8.800
Lang videregående	8	14.600	6 [#]	6 [#]	2,4	4.400
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	9	71.700	7 [#]	8 [#]	2,5	19.200
Arbejdsløs	18	3.800	21	19	7,8	1.600
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	51	31.600	48	53	23,5	13.900
Førtidspensionist	55	20.700	54	58	19,6	7.200
Pensionist	24	66.400	24	26 [#]	4,9	13.100
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	21	106.000	20	21	7,9	38.800
Samlevende	13	98.300	11 [#]	13	3,0	22.100
Etnisk baggrund						
Danmark	15	172.700	13 [#]	13 [#]	4,5	51.900
Andre vestlige lande	12	14.300	12	14	4,3	5.000
Ikke-vestlige lande	21	35.600	23	27 [#]	7,5	12.100

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.2 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred – kommuner



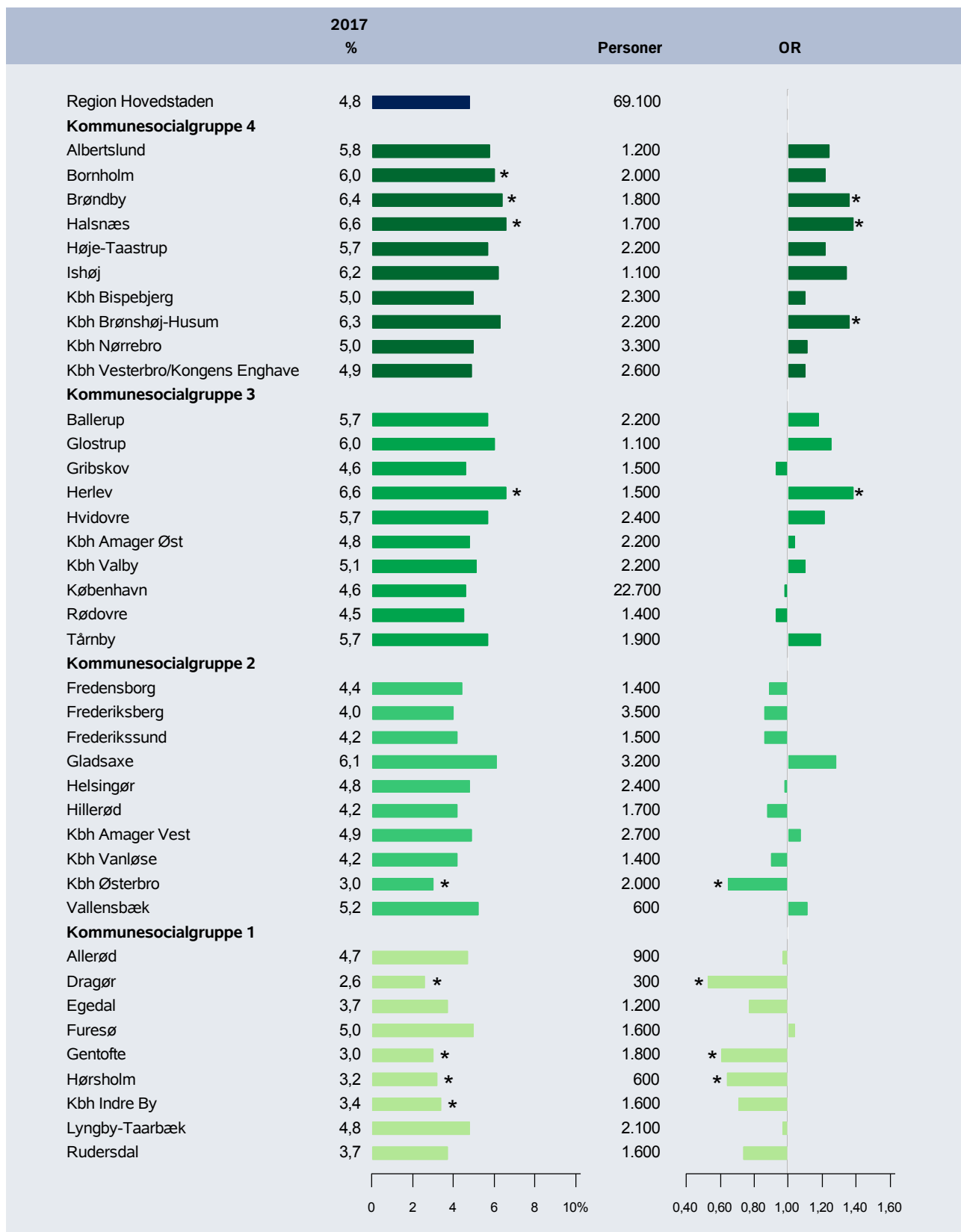
*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.3 Dårlig eller meget dårlig livskvalitet – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

11.2 Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes fysiske og mentale helbred anvendes SF-12 (Short Form Health Survey). SF-12 er et generisk spørgsmålsbatteri på 12 spørgsmål, som er relateret til en række daglige aktiviteter, og til hvorvidt borgerne er hæmmet i at udføre disse aktiviteter på grund af deres helbred (14). På baggrund af de 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus for de to dimensioner: Fysisk helbred og mentalt helbred. For hver dimension udregnes en score, der kan antage værdier fra 0-100, hvor 0 udgør den værste tænkelige helbredsstatus og 100 den bedst tænkelige.

I Sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har henholdsvis dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred. Til identificering af disse grupper i Region Hovedstaden benyttes grænseværdier beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (15). Grænseværdierne identificerede de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, der havde dårligst fysisk helbred, og de 10 % af borgerne i Den Nationale Sundhedsprofil, der havde dårligst mentalt helbred i 2010. I dette afsnit opgøres forekomsten af henholdsvis dårligt fysisk og mentalt helbred baseret på grænseværdierne fra 2010 blandt alle borgere i Region Hovedstaden for 2017, 2013 og 2010.

Tendenserne for dårligt mentalt helbred ses ligeledes for de psykiske symptomer og gener: nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig samt ængstelse, nervøsitet, uro og angst, hvorfor resultater for disse psykiske symptomer og gener ikke opgøres i rapporten, men kan findes på centrets hjemmeside.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op af trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred? (Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville; Jeg har været begrænset i hvilken slags arbejde eller andre aktiviteter, jeg har kunnet udføre)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer? (Jeg har nået mindre, end jeg gerne ville; Jeg har udført mit arbejde eller andre aktiviteter mindre omhyggeligt, end jeg plejer)
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

Region Hovedstaden

I 2017 har 9 % af borgerne i Region Hovedstaden et dårligt fysisk helbred, svarende til 133.300 personer, og 14 % har et dårligt mentalt helbred, svarende til 196.000 personer (Tabel 11.4). Blandt de 133.300 borgere med dårligt fysisk helbred har 21 % dårlig eller meget dårlig livskvalitet, og blandt de 196.000 borgere med dårligt mentalt helbred er der 22 %, som også har dårlig eller meget dårlig livskvalitet.

Køn: En større andel kvinder har dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred stiger med alderen og topper blandt de 80+ årige. Sammenlignet med de 16-34 årige er andelen med et dårligt fysisk helbred cirka fem gange større blandt de 55-79 årige, og hele 13 gange større blandt borgere på 80 år eller derover. Den modsatte tendens ses for andelen med dårligt mentalt helbred, hvor andelen er størst blandt de yngste borgere og falder med alderen. Blandt borgere på 80 år og derover stiger andelen dog lidt.

Uddannelse: Andelen med dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred falder med stigende uddannelseslængde – for dårligt fysisk helbred dog kun når der ses bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er mere end fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse, mens andelen er dobbelt så stor for dårligt mentalt helbred.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred er otte til elleve gange større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er dobbelt så stor blandt arbejdsløse, og tre til fire gange større blandt langtidssyge og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med dårligt fysisk eller dårligt mentalt helbred er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med dårligt fysisk helbred uændret fra 2013 til 2017. Dette gør sig også gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Dog ses stigninger i enkelte grupper, størst blandt borgere i alderen 55-64 år og blandt samlevende. Andelen af borgere med et dårligt mentalt helbred er steget fra 11 % i 2013 til 14 % i 2017 i regionen som helhed. Stigningen gør sig gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-24 årige og blandt borgere under uddannelse. Modsat ses et markant fald i andelen af

borgere med dårligt mentalt helbred blandt borgere på 80 år og derover.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er der ikke sket nogen ændring i andelen af borgere med dårligt fysisk helbred fra 2010 til 2017. Dette gør sig også gældende i de fleste sociodemografiske grupper. Dog ses stigninger i et par grupper, størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse. Der ses desuden et enkelt fald blandt de 65-79 årige. Andelen med dårligt mentalt helbred er steget fra 11 % i 2010 til 14 % i 2017 i regionen som helhed. Stigningen gør sig gældende i de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-24 årige og borgere under uddannelse.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med dårligt fysisk helbred varierer på tværs af kommuner og bydele fra 5 % i bydelen Indre By til 16 % i Bornholms Regionskommune og Halsnæs Kommune (Tabel 11.5). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger mere end halvdelen af kommunerne i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens enkelte kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Den sociale gradient bliver tydeligere, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere med dårligt mentalt helbred varierer på tværs af kommuner og bydele fra 10 % i Dragør, Egedal og Hørsholm kommuner til 19 % i bydelen Amager Øst (Tabel 11.6). Der ses en tendens til en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger enkelte kommuner i kommunesocialgruppe 3 og 4 over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Dette er også tilfældet, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af dårligt fysisk helbred ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017, dog ses stigninger i enkelte kommuner, størst i Albertslund og Gladsaxe kommuner og Bornholms Regionskommune (Tabel 11.5). For dårligt mentalt helbred ses stigninger i flere kommuner (Tabel 11.6). Den største stigning ses i Herlev Kommune.

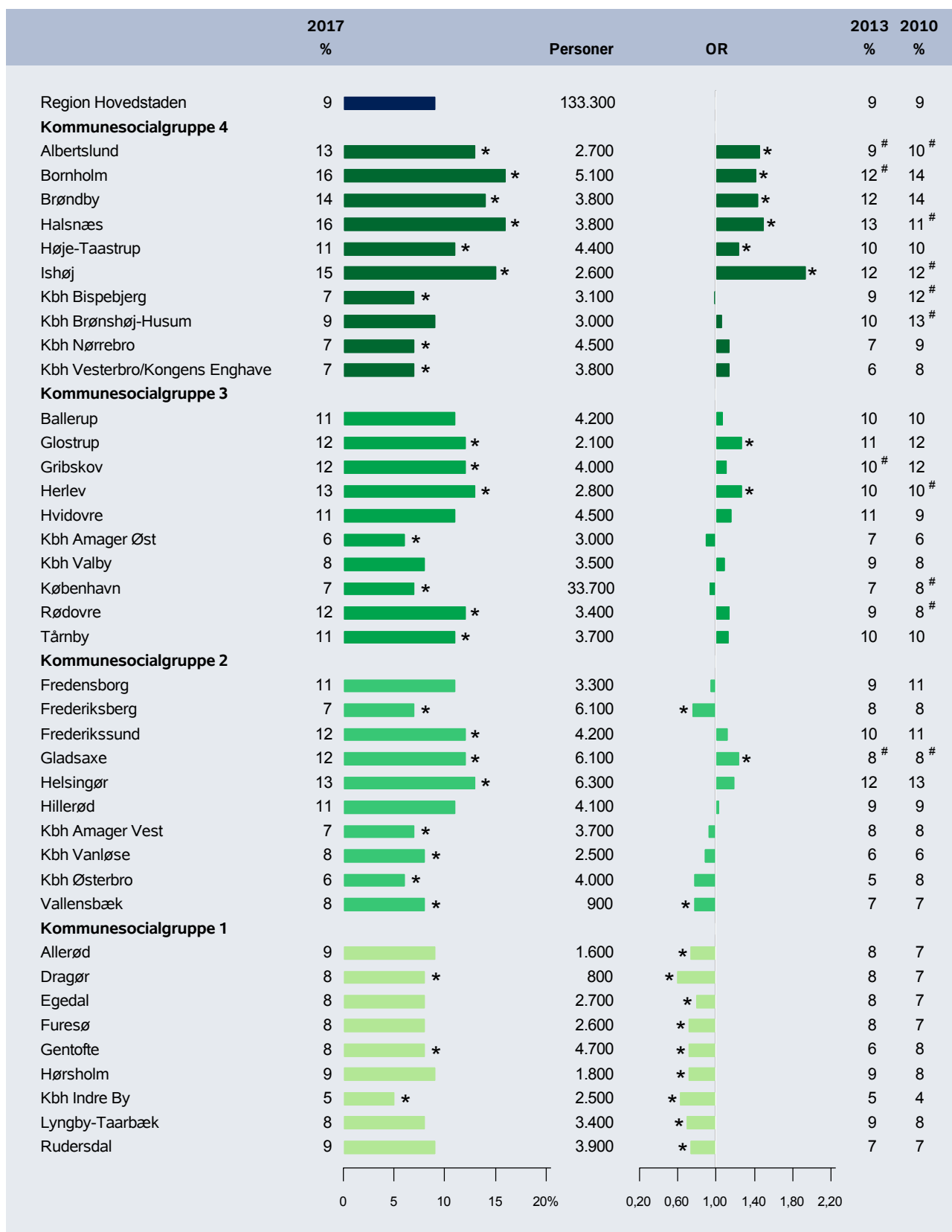
Udvikling 2010-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af dårligt fysisk helbred ikke statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017, dog ses enkelte stigninger og enkelte fald (Tabel 11.5). Den største stigning ses i Halsnæs Kommune, og det største fald i bydelen Bispebjerg. For dårligt mentalt helbred er forekomsten steget i over halvdelen af kommuner og bydele fra 2010 til 2017 (Tabel 11.6). Den største stigning ses i bydelen Amager Øst.

Table 11.4 Dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred

	Dårligt fysisk helbred				Dårligt mentalt helbred			
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	9	133.300	9	9	14	196.000	11 [#]	11 [#]
Køn								
Mand	8	55.100	7	7	11	78.400	9 [#]	9 [#]
Kvinde	11	78.200	10 [#]	11	16	117.600	13 [#]	13 [#]
Alder								
16-24 år	2	4.600	2	2	20	40.800	14 [#]	13 [#]
25-34 år	3	8.800	3	3	17	45.900	12 [#]	12 [#]
35-44 år	5	13.200	4 [#]	5	14	33.500	11 [#]	12 [#]
45-54 år	9	22.600	9	9	13	31.100	11 [#]	11 [#]
55-64 år	15	27.200	13 [#]	13 [#]	12	21.400	9 [#]	9 [#]
65-79 år	16	35.000	17	19 [#]	7	15.700	8	7
80+ år	39	21.800	38	41	14	7.600	19 [#]	14
Uddannelse								
Under uddannelse	2	4.700	2	1 [#]	19	42.900	13 [#]	12 [#]
Grundskole	20	44.000	19	20	19	42.000	16 [#]	16 [#]
Gymnasial	6	5.100	7	6	14	12.900	12 [#]	12 [#]
Erhvervsfaglig	13	43.300	12 [#]	12 [#]	11	36.400	11	9 [#]
Kort og mellemlang videreg.	7	18.700	7	6 [#]	11	28.000	9 [#]	9 [#]
Lang videregående	4	6.500	3	3	9	16.900	7 [#]	8 [#]
Erhvervstilknytning								
I beskæftigelse	4	32.400	3 [#]	4	10	79.400	8 [#]	9 [#]
Arbejdsløs	10	2.000	10	9	20	4.100	20	19
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	34	19.300	33	33	39	22.600	38	39
Førtidspensionist	46	15.400	45	49	30	10.200	30	29
Pensionist	22	54.400	21	23	9	22.100	10 [#]	9
Samlivsstatus (25+ årige)								
Enlig	14	66.600	14	14	18	82.900	15 [#]	15 [#]
Samlevende	9	62.100	7 [#]	8	10	72.100	8 [#]	8 [#]
Etnisk baggrund								
Danmark	9	104.300	8 [#]	9	13	151.600	10 [#]	10 [#]
Andre vestlige lande	8	8.800	7	9	14	16.100	11 [#]	11 [#]
Ikke-vestlige lande	13	20.200	13	14	18	28.100	20	20

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.5 Dårligt fysisk helbred – kommuner



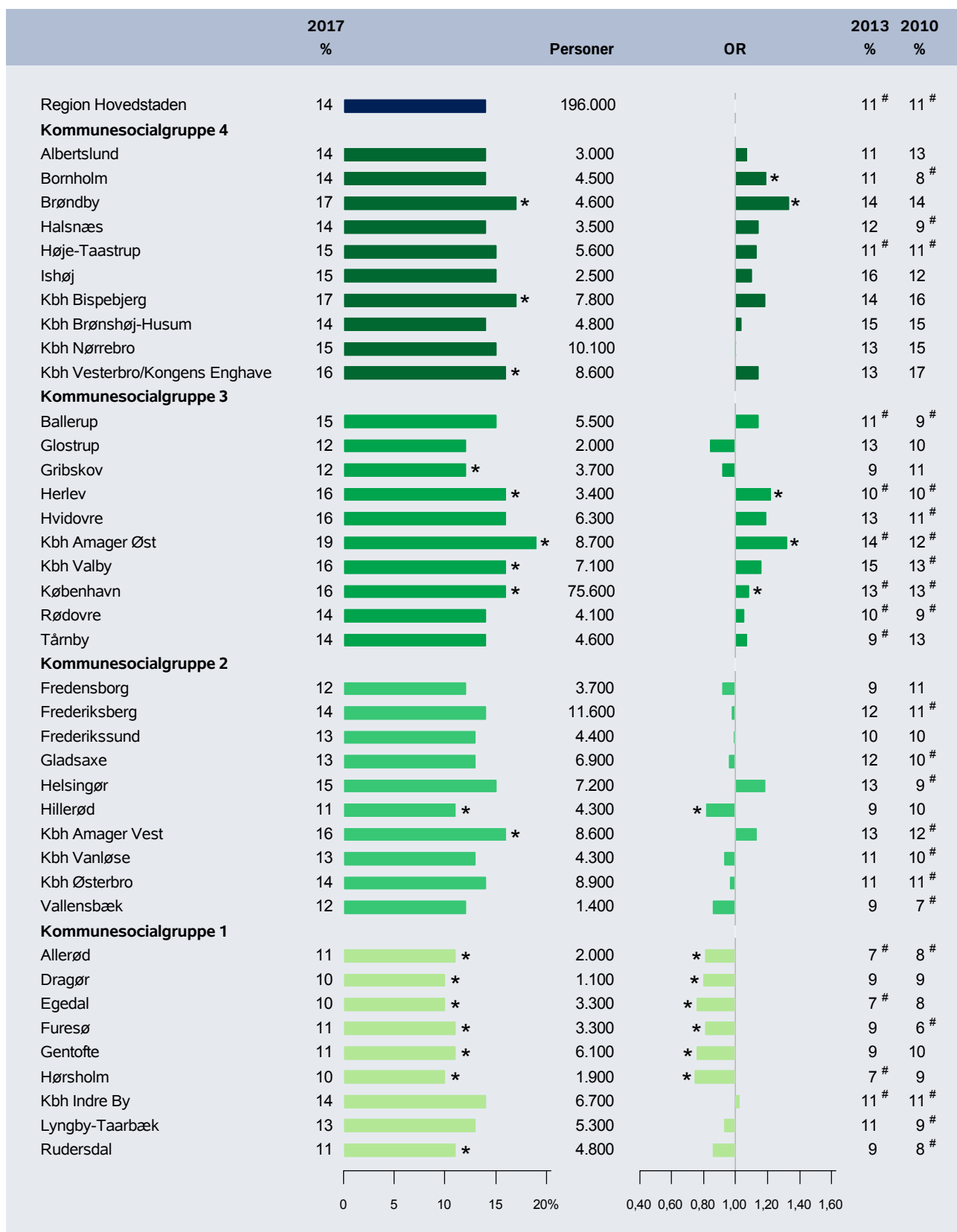
*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.6 Dårligt mentalt helbred – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.3 Stress

Stress er en tilstand, som kan påvirke borgeren både fysisk, psykisk og socialt. Længerevarende stress kan medføre øget risiko for en række sygdomme som hjertekarsygdomme og depression. Stress kan desuden forværre eksisterende sygdomme. Borgerens evne til at håndtere stress afhænger af genetiske, adfærdsmæssige og fysiologiske forhold (5, 16). Til belysning af stress anvendes Cohens Perceived Stress Scale, som er en valideret skala, der måler borgerens oplevelse af stress inden for den seneste måned ved hjælp af ti spørgsmål. Skalaen går fra 0 til 40 - jo højere værdi, des højere grad af oplevet stress (17).

I Sundhedsprofilen fokuseres på den del af befolkningen, som har det højeste stressniveau (herefter: borgere med højt stressniveau). Til identificering af denne gruppe i Region Hovedstaden benyttes en grænseværdi beregnet i 2010 på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil (15). Grænseværdien identificerede de 20 % af befolkningen, som havde det højeste stressniveau på stressskalaen i Den Nationale Sundhedsprofil. I dette afsnit opgøres forekomsten af borgere med højt stressniveau baseret på grænseværdien fra 2010 blandt alle borgere i Region Hovedstaden for 2017, 2013 og 2010.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

Hvor ofte inden for de seneste 4 uger

- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs og "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?
- Har du følt, at du havde styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Region Hovedstaden

I 2017 har 26 % af borgerne i Region Hovedstaden et højt stressniveau, svarende til 364.500 personer (Tabel 11.7). Blandt de 364.500 personer med højt stressniveau har 36 % et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og 15 % har en dårlig eller meget dårlig livskvalitet.

Køn: En større andel kvinder har et højt stressniveau sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere med højt stressniveau falder med stigende alder, men stiger igen blandt borgere på 80 år og derover. Således har cirka hver tredje borger i alderen 16-24 år

og 80+ år et højt stressniveau, mens det kun gælder hver femte borger på 65-79 år.

Uddannelse: Der ses en social gradient i andelen af borgere, som har et højt stressniveau. Jo kortere uddannelse, des større andel borgere har et højt stressniveau. Andelen af borgere med højt stressniveau er mere end dobbelt så stort blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere, som har et højt stressniveau er cirka tre gange større blandt borgere, som er langtidssyge eller på førtidspension sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere, som har et højt stressniveau, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere, som har et højt stressniveau er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk eller anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med højt stressniveau steget fra 21 % i 2013 til 26 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-34 årige, borgere under uddannelse, borgere med gymnasial uddannelse og førtidspensionister.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med højt stressniveau steget fra 22 % i 2010 til 26 % i 2017. Stigningen gør sig gældende i langt de fleste sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 25-34 årige og blandt borgere under uddannelse. Omvendt ses et fald blandt de ældste borgere og blandt pensionister.

Andelen med højt stressniveau er

- 26 % blandt alle borgere i regionen
- 44 % blandt borgere med svage sociale relationer
- 62 % blandt borgere med dårligt selv vurderet helbred
- 84 % blandt borgere med dårlig livskvalitet

Kommuner og bydele

Andelen af borgere, som har et højt stressniveau varierer på tværs af kommuner og bydele fra 20 % i Dragør og Egedal kommuner til 32 % i Brøndby Kommune og bydelen Bispebjerg (Tabel 11.8). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Således ligger størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der er også en social gradient efter justering for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af højt stressniveau steget fra 2013 til 2017. De største stigninger ses i Albertslund og Tårnby kommuner.

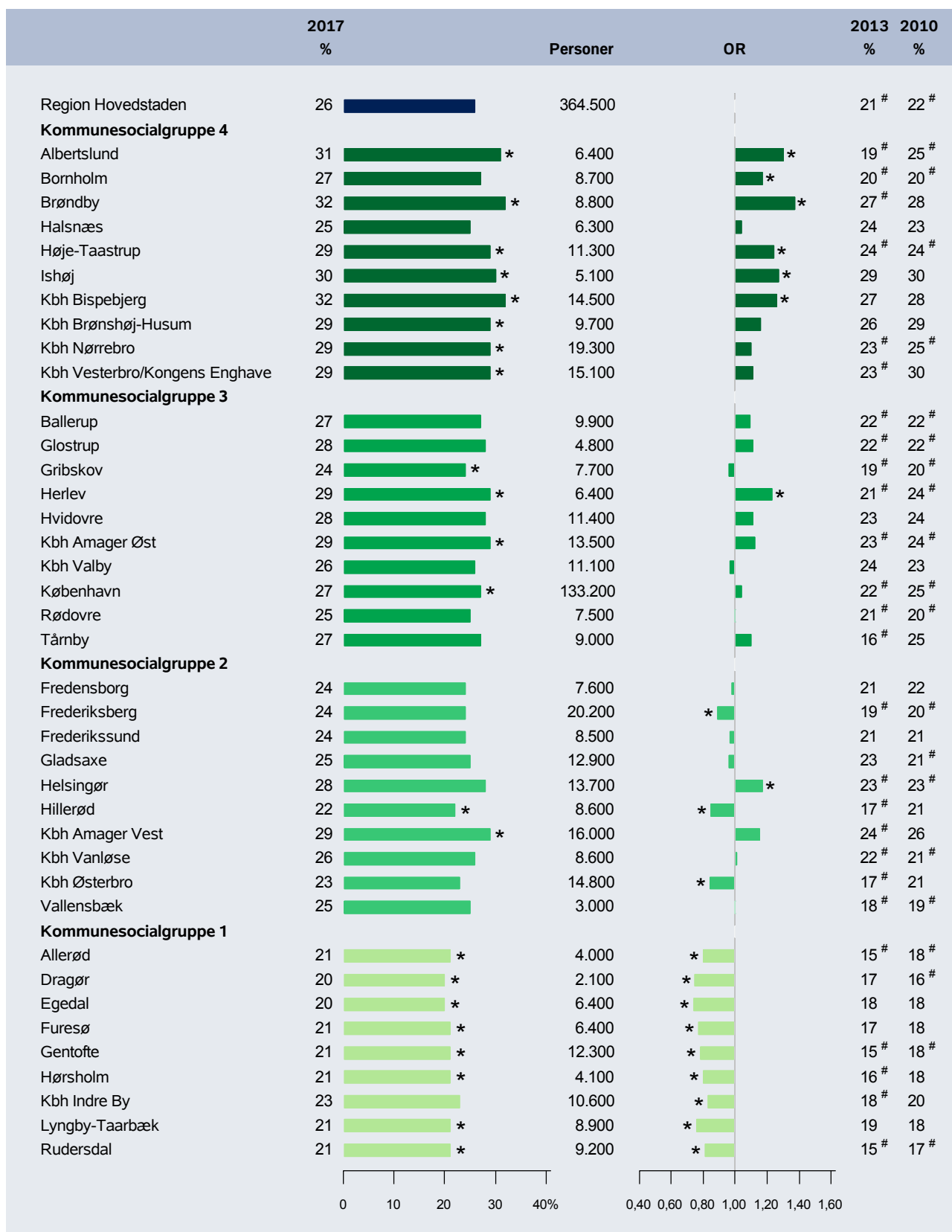
Udvikling 2010-2017: I de fleste kommuner og bydele er forekomsten af højt stressniveau steget fra 2010 til 2017. Den største stigning ses i Bornholms Regionskommune.

Tabel 11.7 Højt stressniveau

	2017 %	Personer	2013 %	2010 %
Region Hovedstaden	26	364.500	21 [#]	22 [#]
Køn				
Mand	21	148.000	17 [#]	18 [#]
Kvinde	30	216.500	24 [#]	26 [#]
Alder				
16-24 år	32	65.600	25 [#]	26 [#]
25-34 år	29	76.600	21 [#]	20 [#]
35-44 år	26	61.500	20 [#]	22 [#]
45-54 år	24	58.000	21 [#]	22 [#]
55-64 år	24	44.100	19 [#]	21 [#]
65-79 år	19	40.700	17	20 [#]
80+ år	30	18.000	30	34 [#]
Uddannelse				
Under uddannelse	30	67.000	23 [#]	23 [#]
Grundskole	35	77.300	30 [#]	34
Gymnasial	27	24.700	20 [#]	23 [#]
Erhvervsfaglig	24	78.700	21 [#]	21 [#]
Kort og mellemlang videreg.	20	51.800	16 [#]	17 [#]
Lang videregående	16	29.000	12 [#]	13 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	20	152.200	16 [#]	17 [#]
Arbejdsløs	39	7.700	39	34
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	61	35.600	55 [#]	61
Førtidspensionist	56	19.900	47 [#]	57
Pensionist	22	55.100	20 [#]	24 [#]
Samlevsstatus (25+ årige)				
Enlig	30	143.600	25 [#]	28 [#]
Samlevende	21	154.900	17 [#]	18 [#]
Etnisk baggrund				
Danmark	24	269.700	19 [#]	20 [#]
Andre vestlige lande	26	30.000	21 [#]	24
Ikke-vestlige lande	41	64.400	39	43

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.8 Højt stressniveau – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

11.4 Sociale relationer

Personer med svage sociale relationer har en højere sygelighed og dødelighed sammenlignet med personer med gode sociale relationer (18, 19). Herudover medfører svage sociale relationer en større risiko for hjertekarsygdomme, stress og psykiske lidelser (19).

I dette afsnit defineres borgere med svage sociale relationer og borgere, som er ensomme, på baggrund af spørgsmålene i tekstboksen til højre. For at blive klassificeret som havende svage sociale relationer, skal borgeren svare "sjældnere end 1 gang om måneden" eller "aldrig" på spørgsmålet om kontakt til familie eller på spørgsmålet om kontakt til venner, eller svare "ja, ofte" til spørgsmålet om at være uønsket alene, eller "nej, aldrig eller næsten aldrig" til spørgsmålet om at have nogen at tale med ved behov.

Til belysning af ensomhed anvendes The Three-Item Loneliness Scale T-ILS, som er en kort version af ensomhedsskalaen UCLA Loneliness Scale. T-ILS består af tre spørgsmål, hvor besvarelsen "sjældent" giver 1 point, "en gang imellem" giver 2 point og "ofte" giver 3 point. Borgere med en score på 7-9 på ensomhedsskalaen betegnes som ensomme (20).

Blandt alle borgere opgøres andelen med svage sociale relationer for 2017, 2013 og 2010. Forekomsten af ensomme borgere opgøres blandt alle borgere for 2017, da spørgsmålene om ensomhed er stillet for første gang i "Hvordan har du det?" 2017.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

Svage sociale relationer

- Hvor ofte er du i kontakt med familie, som du ikke bor sammen med?
- Hvor ofte er du i kontakt med venner?
- Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?
- Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?

Ensomhed

- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- Hvor ofte føler du dig udenfor?

Tablet 11.9 Dimensioner af svage sociale relationer blandt borgere i Region Hovedstaden

	2017 %	2013 %	2010 %
Kontakt med familie mindre end én gang om måneden (som borgeren ikke bor sammen med)	8,5	7,7 [#]	7,3 [#]
Kontakt med venner mindre end én gang om måneden	7,7	6,3 [#]	6,5 [#]
Ofte uønsket alene	6,3	6,0	5,7 [#]
Ikke nogen at tale med ved problemer eller behov for støtte	5,1	4,4 [#]	4,4 [#]

De enkelte andele for et givent år summer ikke op til den samlede forekomst for borgere med svage sociale relationer det givne år, da samme borger kan have flere af de udvalgte dimensioner af mental sundhed, som ses i tabellen. Derimod kan hver enkelt borger kun tælle med én gang i den samlede forekomst af svage sociale relationer

Region Hovedstaden

I 2017 har i alt 21 % af borgerne i Region Hovedstaden svage sociale relationer, svarende til 303.100 personer, og 8 % af borgerne er ensomme, svarende til 118.600 personer (Tabel 11.10). Blandt de 303.100 borgere med svage sociale relationer er 26 % også ensomme, og blandt de 118.600 ensomme borgere er der 67 %, som også har svage sociale relationer.

Køn: En større andel mænd end kvinder har svage sociale relationer, mens en større andel kvinder end mænd er ensomme.

Alder: Andelen af borgere med svage sociale relationer er mindst blandt de 24-35 årige og stiger med alderen. Andelen er således størst blandt borgere på 80 år og derover. Omvendt falder andelen af borgere, som er ensomme med alderen, og er størst blandt de 16-24 årige. Blandt borgere i alderen 80+ år stiger andelen dog igen.

Uddannelse: Forekomsten af svage sociale relationer og ensomhed falder med stigende uddannelseslængde, for svage sociale relationer dog kun når man ser bort fra gymnasial uddannelse. Andelen af borgere med svage sociale relationer og andelen, som er ensomme, er dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med borgere med videregående uddannelser.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med svage sociale relationer og andelen, som er ensomme, er to til fem gange større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i beskæftigelse.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med svage sociale relationer og borgere, som er ensomme, er større blandt enlige sammenlignet med samlevende. For borgere, som er ensomme, er andelen tre gange større blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med svage sociale relationer, og andelen, som er ensomme, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er forekomsten af svage sociale relationer steget fra 19 % i 2013 til 21 % i 2017. Der ses stigninger i alle de 4 indikatorer, som ligger bag definition af svage sociale relationer, men især sjældnen kontakt

til venner og ingen at tale med ved behov, er steget fra 2013 til 2017. Disse er dermed de primære bagvedliggende forklaringer på den stigning, som ses i andelen af borgere med svage sociale relationer fra 2013 til 2017 (Tabel 11.9). Stigningen i svage sociale relationer i regionen som helhed gør sig gældende i halvdelen af de sociodemografiske grupper. Den største stigning ses blandt de 35-44 årige.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er forekomsten af svage sociale relationer steget fra 19 % i 2010 til 21 % i 2017. Stigningerne gør sig gældende i cirka halvdelen af de sociodemografiske grupper. De største stigninger ses blandt de 16-44 årige.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med svage sociale relationer varierer fra 16 % i bydelen Indre By til 27 % i Brøndby Kommune (Tabel 11.11). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der er også en social gradient, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Andelen af borgere, som er ensomme, varierer fra 4 % i Dragør Kommune til 12 % i bydelen Bispebjerg (Tabel 11.12). Der ses en social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. Halvdelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 4 ligger over regionsgennemsnittet, mens størstedelen af kommuner og bydele i kommunesocialgruppe 1 ligger under regionsgennemsnittet. Der er også en social gradient, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Udvikling 2013-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af svage sociale relationer ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Dog ses stigninger i enkelte kommuner og bydele, størst i Halsnæs Kommune (Tabel 11.11).

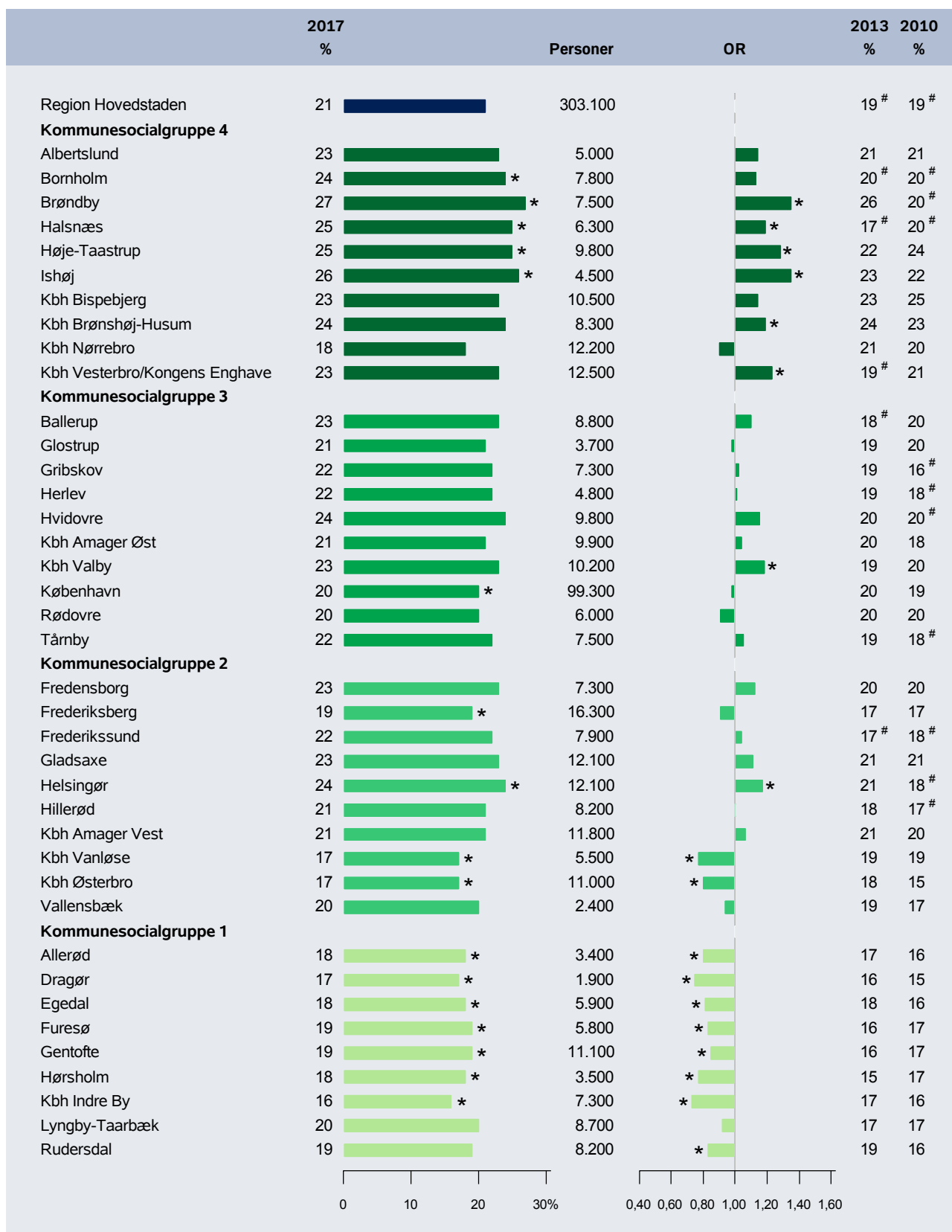
Udvikling 2010-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er forekomsten af svage sociale relationer ikke statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017. Dog ses stigninger i enkelte kommuner og bydele, størst i Brøndby Kommune (Tabel 11.11).

Tabel 11.10 Svage sociale relationer og ensomhed

	Svage sociale relationer				Ensomhed	
	2017 %	Personer	2013 %	2010 %	2017 %	Personer
Region Hovedstaden	21	303.100	19 [#]	19 [#]	8	118.600
Køn						
Mand	24	167.800	22 [#]	21 [#]	8	52.900
Kvinde	18	135.300	17 [#]	17 [#]	9	65.800
Alder						
16-24 år	22	45.700	20 [#]	18 [#]	12	24.100
25-34 år	17	46.000	14 [#]	13 [#]	11	29.000
35-44 år	20	48.100	16 [#]	16 [#]	8	20.000
45-54 år	21	52.200	20 [#]	20	7	18.000
55-64 år	22	41.200	21	21	7	13.300
65-79 år	22	49.200	22	22	4	9.200
80+ år	32	20.700	35	35	8	5.100
Uddannelse						
Under uddannelse	20	44.500	18 [#]	17 [#]	11	24.300
Grundskole	29	67.400	29	28	10	24.000
Gymnasial	19	16.900	17	18	9	8.200
Erhvervsfaglig	21	70.100	20 [#]	18 [#]	6	21.600
Kort og mellemlang videreg.	16	41.200	14 [#]	14 [#]	6	14.600
Lang videregående	14	25.400	13	12	4	8.200
Erhvervstilknytning						
I beskæftigelse	17	127.300	15 [#]	15 [#]	5	41.900
Arbejdsløs	24	4.900	29	22	11	2.200
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	42	24.700	38	40	27	15.700
Førtidspensionist	41	14.900	37	43	23	8.400
Pensionist	24	64.200	24	24	5	13.300
Samlivsstatus (25+ årige)						
Enlig	27	130.600	25 [#]	24 [#]	12	61.100
Samlevende	17	126.600	15 [#]	16 [#]	4	33.200
Etnisk baggrund						
Danmark	19	216.700	17 [#]	17 [#]	7	80.600
Andre vestlige lande	28	32.400	26	27	12	14.000
Ikke-vestlige lande	34	53.700	35	34	15	23.900

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.11 Svage sociale relationer – kommuner

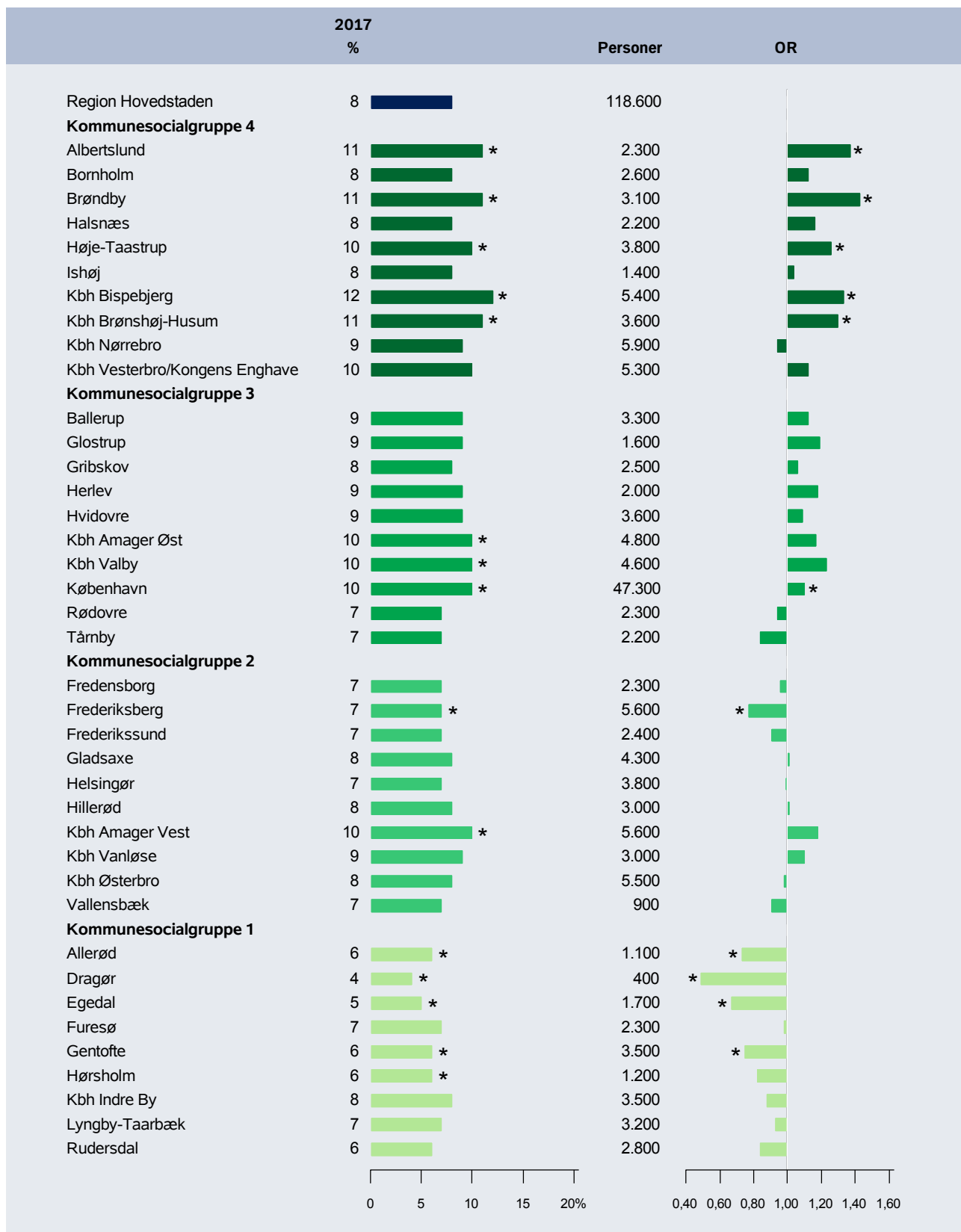


*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Tabel 11.12 Ensomhed – kommuner



*Signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

11.5 Dårlig mental sundhed i kombination med andre risikofaktorer

I dette afsnit beskrives andelen med udvalgte risikofaktorer blandt borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred og blandt borgere med svage sociale relationer. Til sammenligning vises andelen med de udvalgte risikofaktorer i regionen som helhed. Der er eksempelvis 37 % af borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, som har søvnproblemer, mens det gælder 14 % i Region Hovedstaden som helhed (Tabel 11.13). Forekomsten opgøres for 2017.

Borgere, som har et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, og borgere med svage sociale relationer har på flere områder en mere risikabel sundhedsadfærd og et dårligere helbred sammenlignet med borgere i regionen som helhed. I det følgende beskrives de mest markante forskelle.

Blandt borgere med et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er andelen med især dårlig eller meget dårlig livskvalitet, men også søvnproblemer og højt stressniveau, markant større sammenlignet med regionen som helhed. Andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er næsten fem gange større blandt borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred sammenlignet med regionen som helhed, og andelen af borgere med søvnproblemer eller højt stressniveau er mere end dobbelt så stor.

Blandt borgere med svage sociale relationer er andelen med især dårlig eller meget dårlig livskvalitet, men også højt stressniveau markant større sammenlignet med regionen som helhed. Andelen med dårlig eller meget dårlig livskvalitet er næsten tre gange større blandt borgere med svage sociale relationer sammenlignet med regionen som helhed.

Tabel 11.13 Forekomst af udvalgte risikofaktorer blandt borgere med mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, blandt borgere med svage sociale relationer og blandt alle borgere i Region Hovedstaden

	Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	Svage sociale relationer	Region Hovedstaden
	%	%	%
Daglig rygning	25*	20*	16
Storforbrug af alkohol	10*	9*	8
Usundt kostmønster	19*	19*	12
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	46*	36*	26
Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer	37*	22*	14
Svær overvægt	25*	17*	13
Højt stressniveau	62*	44*	26
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet	24*	14*	5
Højt forbrug af hash eller andre stoffer**	11*	7	7

* Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

** Højt forbrug af hash eller andre stoffer opgøres blandt unge (16-34 årige)

11.6 Motivation for sociale aktiviteter

Dette afsnit beskriver borgernes ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter. Forekomsten opgøres blandt borgere, der har svage sociale relationer. Spørgsmålet om støtte og hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter er nyt i 2017. De spørgsmål, der danner baggrund for svage sociale relationer findes under afsnit 11.4.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Ønsker du støtte og hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter?

Region Hovedstaden

Blandt borgere med svage sociale relationer, ønsker 18 % af borgerne hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, svarende til 53.400 borgere i 2017 (Tabel 11.14). Det er en tre gange så stor andel sammenlignet med borgere, som ikke har svage sociale relationer (resultater ikke vist).

Køn: Blandt borgere med svage sociale relationer, ønsker en større andel kvinder end mænd hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter.

Alder: Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, er størst blandt de 25-34 årige og mindst blandt borgere på 65 år eller derover.

Uddannelse: Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter,

er større blandt borgere under uddannelse og borgere med grundskoleuddannelse sammenlignet med de øvrige uddannelsesgrupper.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, er to til tre gange større blandt langtidssyge borgere og førtidspensionister sammenlignet med borgere i de øvrige erhvervstilknytningsgrupper.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, er næsten dobbelt så stor blandt enlige sammenlignet med samlevende.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, er dobbelt så stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med borgere med dansk baggrund.

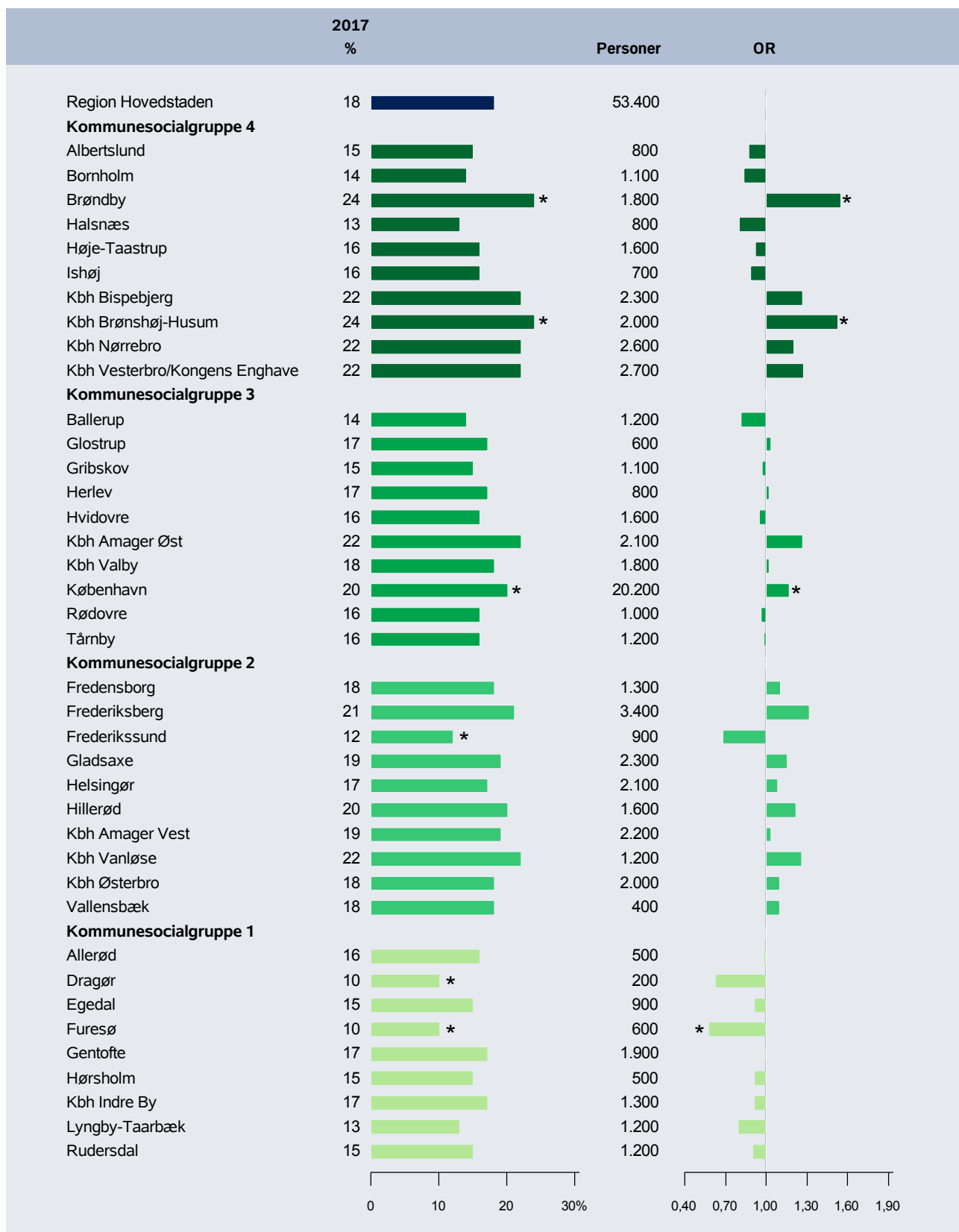
Kommuner og bydele

Andelen af borgere med svage sociale relationer, som ønsker hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 10 % i Dragør og Furesø kommuner til 24 % i Brøndby Kommune og bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 11.15). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper. I langt de fleste kommuner og bydele, uanset kommunesocialgruppe, er forekomsten ikke statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet. Dette ændres ikke, når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

Tabel 11.14 Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere med svage sociale relationer



Tabel 11.15 Ønske om hjælp til at komme i gang med sociale aktiviteter blandt borgere med svage sociale relationer
– kommuner



*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

11.7 Forebyggelse af stress

Der findes forskellige typer af strategier til forebyggelse af uheldigt sundhedsadfærd, heriblandt den individuelt og den strukturelle forebyggelse. Dette afsnit omhandler den individuelle forebyggelse i form af råd fra egen læge om at

tage den med ro. Forekomsten opgøres blandt borgere med et højt stressniveau, som har været ved egen læge det sidste år, og ikke blandt borgere med andre mentale sundhedsproblemer.

11.7.1 Råd om at tage den med ro fra egen læge

Andelen af borgere, som har fået råd fra egen læge om at tage den med ro, opgøres for 2017, 2013 og 2010 blandt borgere med et højt stressniveau, som har været ved egen læge inden for det seneste år. Dette bygger på et spørgsmål, som ikke tidligere er opgjort i Sundhedsprofilen, men som er stillet siden 2010 og derfor kan opgøres over tid. De spørgsmål, der danner baggrund for højt stressniveau findes under afsnit 11.3.

Følgende spørgsmål danner baggrund for afsnittet:

- Har du været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?
- Har din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder rådet dig til at tage den med ro?

Region Hovedstaden

I 2017 er 33 % af borgere med et højt stressniveau, som har været ved lægen inden for det seneste år, blevet rådet af deres læge til at tage den med ro, svarende til 97.000 personer (Tabel 11.16).

Køn: Andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro, af egen læge, er større blandt kvinder sammenlignet med mænd.

Alder: Andelen af borgere med højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro, stiger med stigende alder indtil 35-64 års alderen, hvorefter den falder igen.

Uddannelse: Der er ingen statistisk signifikant forskel mellem uddannelsesgrupper i forhold til råd fra egen læge om at tage den med ro blandt borgere med et højt stressniveau.

Erhvervstilknytning: Andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge, er større blandt langtidssyge borgere sammenlignet med borgere i beskæftigelse. Andelen er dog mindst blandt pensionister.

Samlivsstatus blandt 25+ årige: Der er ingen statistisk signifikant forskel på enlige og samlevende i forhold til råd fra egen læge om at tage den med ro blandt borgere med et højt stressniveau.

Etnisk baggrund: Andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge, er størst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og mindst blandt borgere med anden vestlig baggrund.

Udvikling 2013-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro, ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Dette gør sig også gældende i de fleste sociodemografiske grupper, dog ses stigninger blandt borgere under uddannelse og blandt borgere med gymnasial uddannelse.

Udvikling 2010-2017: I regionen som helhed er andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro, ikke statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017. Dette gør sig også gældende i størstedelen af de sociodemografiske grupper. Dog ses enkelte stigninger, størst blandt de 16-24 årige, borgere under uddannelse og borgere med lang videregående uddannelse. Der ses desuden et fald blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.

Kommuner og bydele

Andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge, varierer på tværs af kommuner og bydele fra 28 % i Vallensbæk og Gentofte kommuner og bydelen Nørrebro til 41 % i bydelen Brønshøj-Husum (Tabel 11.17). Der ses ingen social gradient på tværs af de fire kommunesocialgrupper, heller ikke når der justeres for fordelingen af køn og alder i kommuner og bydele.

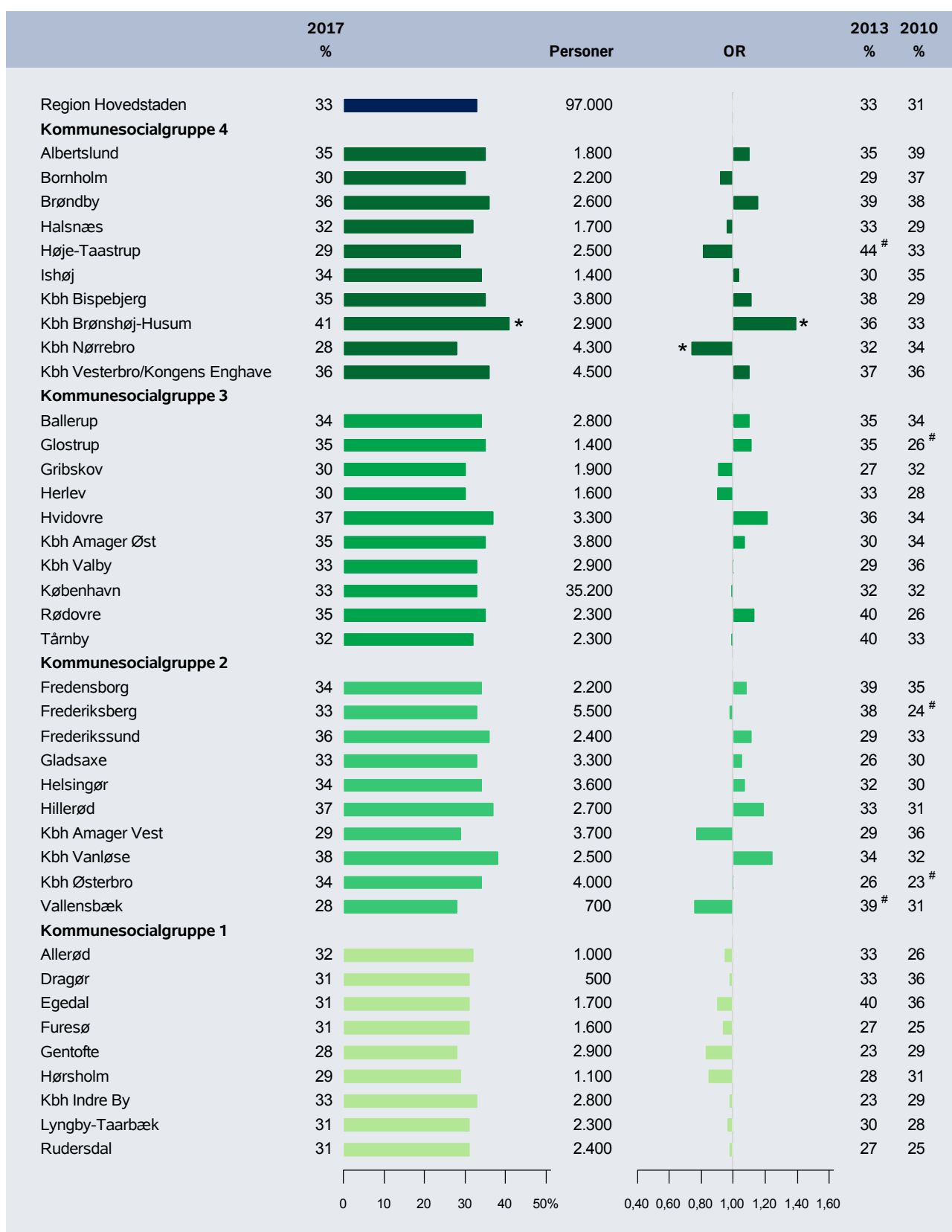
Udvikling 2013-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen af borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge, ikke statistisk signifikant ændret fra 2013 til 2017. Det kan skyldes, at tabellen bygger på få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele. Dog ses markante fald i Høje-Taastrup og Vallensbæk kommuner.

Udvikling 2010-2017: I størstedelen af kommuner og bydele er andelen med højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge, ikke statistisk signifikant ændret fra 2010 til 2017. Det kan skyldes, at tabellen bygger på få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele. Dog ses enkelte store stigninger i Glostrup og Frederiksberg kommuner samt bydelen Østerbro.

Table 11.16 Borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro af egen læge

	2017		2013	2010
	%	Personer	%	%
Region Hovedstaden	33	97.000	33	31
Køn				
Mand	29	32.400	28	27
Kvinde	35	64.600	36	34
Alder				
16-24 år	31	16.300	27	25 [#]
25-34 år	35	20.500	34	32
35-44 år	38	19.100	37	39
45-54 år	38	17.600	42	40
55-64 år	36	13.300	32	32
65-79 år	21	7.300	22	24
80+ år	20	2.800	25	15
Uddannelse				
Under uddannelse	34	18.200	29 [#]	26 [#]
Grundskole	34	21.300	36	32
Gymnasial	34	6.700	27 [#]	29
Erhvervsfaglig	32	21.200	34	35
Kort og mellemlang videreg.	36	16.000	34	35
Lang videregående	33	7.700	32	27 [#]
Erhvervstilknytning				
I beskæftigelse	37	45.300	37	37
Arbejdsløs	37	2.300	32	27
Langtidssyg, reval., orlov m.m.	43	12.900	46	39
Førtidspensionist	27	4.500	31	31
Pensionist	21	9.600	23	21
Samlivsstatus (25+ årige)				
Enlig	33	37.500	33	31
Samlevende	34	43.000	34	34
Etnisk baggrund				
Danmark	33	72.900	32	29 [#]
Andre vestlige lande	29	6.900	33	32
Ikke-vestlige lande	36	17.100	38	42 [#]

[#]Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Tabel 11.17 Borgere med et højt stressniveau, som er blevet rådet til at tage den med ro – kommuner


*Statistisk signifikant forskellig fra regionsgennemsnittet

Ved odds ratio under 1 er kommunens/bydelens andel under regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

Ved odds ratio over 1 er kommunens/bydelens andel over regionsgennemsnittet, når der justeres for køn og alder

#Statistisk signifikant forskellig fra 2017

Usikkerheden på de viste resultater er større end i andre tabeller, da resultaterne er baseret på besvarelser fra få personer fra hver kommune/bydel

11.8 Litteratur

- (1) World Health Organization. Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report. Geneva, Switzerland: World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth) and the University of Melbourne; 2004.
- (2) World Health Organization. Mental health included in the UN Sustainable Development Goals [citeret 2017 08-12]. http://www.who.int/mental_health/SDGs/en/.
- (3) Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (4) Thybo P. "Det Dobbelte KRAM" - Et salutogent arbejdsgrundlag for temagrupper om Mental Sundhed i Sund By Netværket. København: Sund By Netværket; 2014.
- (5) Christensen AI, Davidsen M, Kjølner M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Sundhedsstyrelsen; 2010.
- (6) World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva; 2014.
- (7) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Sundhedsstyrelsen; 2018.
- (8) Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2016.
- (9) Sundheds- og Ældreministeriet. Ny kampagne skal tage hånd om mistrivsel på arbejdspladsen [citeret 2017 05-09]. <http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2017/Maj/Ny-kampagne-skal-tage-haand-om-mistrivsel-paa-arbejdspladsen.aspx>.
- (10) Danske Regioner. Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
- (11) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakker [citeret 2018]. www.sst.dk/forebyggelsespakker.
- (12) Christiansen NS, Holmberg T, Hærvig KK, Christensen AI, Rod MH. Kortlægning: Kommunernes arbejde med implementering af Sundhedsstyrelsens forebyggelsespakker 2015. Udvikling i arbejdet fra 2013-2015. København: Center for Interventionsforskning, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (13) Zachariae B, Bech P. Livskvalitet som begreb. Ugeskrift for Læger. 2008;170(10):821-5.
- (14) Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34(3):220-33.
- (15) Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den nationale sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (16) Rod N. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 221-38.
- (17) Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385-96.
- (18) Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. PLoS Med. 2010;7(7):e1000316.
- (19) Lund R. Social relationer og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk Sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard Danmark; 2011. p. 63-80.
- (20) Lasgaard M, Friis K. Ensomhed i befolkningen - forekomst og metodiske overvejelser. Aarhus: CFK - Folkesundhed og Kvalitetsudvikling; 2015.



Kapitel 12

Social ulighed



12 Social ulighed

- I 2017 er der social ulighed i forekomsten af de fleste typer af sundhedsadfærd og risikofaktorer
- Det overordnede billede er, at den sociale ulighed i 2017 ikke er forskellig fra uligheden i 2010

Sundhed og sygdom er ikke ligeligt fordelt i samfundet. I Danmark og i resten af verden ses en social gradient i sundhed; Jo lavere social position en borger har, jo højere er risikoen for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, sygdom og død (1).

I Danmark er den sociale ulighed i forventet levetid og dødelighed steget i de seneste år (2, 3). Hele 60-70 % af den sociale ulighed i dødelighed tilskrives forskelle i rygning og alkoholindtag blandt borgere med forskelligt uddannelsesniveau (2), og da uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i stigende grad er koncentreret blandt borgere, som er dårligere socialt stillet (1) forklarer dette en del af stigningen i social ulighed de seneste år.

Det er relevant at monitorere udviklingen i social ulighed i sundhedsadfærd, for at kunne vurdere den fremtidige udvikling i social ulighed i sygdomsforekomst og dødelig-

hed, men også for at kunne vurdere, om den eksisterende forebyggelsesindsats er tilstrækkelig.

Social ulighed i sundhed er ikke kun et problem for den enkelte borger. Uligheden har også samfundsøkonomiske konsekvenser i form af øget brug af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og brug af sociale ydelser (4). Eksempelvis ville op mod 90 % af nytilkendte førtidspensioner kunne undgås, hvis alle borgere i aldersgruppen 30-64 år havde samme sundhedstilstand, som borgere med mellemlange eller lange uddannelser (4). I Danmark har der derfor været politisk fokus på at reducere den sociale ulighed i sundhed i mere end to årtier (5-9).

I denne rapport har vi valgt at have særligt fokus på social ulighed i forekomsten af risikofaktorer og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd samt på udviklingen i den sociale ulighed gennem de seneste år.

12.1 Metodiske overvejelser

Indikatorer til måling af social ulighed

Social ulighed kan belyses ved hjælp af forskellige faktorer, som hver især dækker forskellige aspekter af social ulighed, og som er anvendelige i forskelle sammenhænge (5, 10). Det kan eksempelvis være uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, boligforhold og jobtype (11). Uddannelse anvendes som det primære mål for social ulighed i denne rapport, da uddannelseslængde kan måles for alle, som har gennemført en uddannelse, uafhængigt af den aktuelle erhvervstilknytning, hvilket gør det til et stabilt mål. Samtidig påvirker den uddannelse, borgere har, deres jobmuligheder og dermed også deres indkomst og niveau af materielle ressourcer. Slutteligt tilegner den enkelte sig kompetencer gennem uddannelse, som har betydning for evnen til at finde relevant information og tilegne sig viden (5) og for tilbøjeligheden til at træffe hensigtsmæssige beslutninger, også i forbindelse med egen sundhed (12).

Uddannelse er relateret til køn, alder og etnisk baggrund (5). Uddannelsesmulighederne har ændret sig gennem de seneste årtier for kvinder og for visse etniske minoriteter. Derudover fordeler risikofaktorerne sig forskelligt blandt borgere med forskellig etnisk baggrund (5). Ældre årgange vil være overrepræsenterede i gruppen med kortere uddannelse (5), og det er derfor vigtigt at tage højde for, at mulighederne for uddannelse ændres over tid, især i studier, der inkluderer borgere i mange forskellige aldersgrupper. Derfor er alle analyser i dette kapitel opdelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund.

I modsætning til de øvrige kapitler i rapporten er alle borgere, også borgere som er under uddannelse, placeret i en uddannelsesgruppe på baggrund af deres nuværende højeste fuldførte uddannelse. Uddannelse opgøres for alle borgere i alderen 25-85 år. Den nedre afgrænsning er sat, da størstedelen af borgere i alderen 16-24 år er under uddannelse. Den øvre afgrænsning skyldes at registeroplysninger om uddannelse kun findes for borgere født efter 1920 (som alle var fyldt 85 år d. 1. januar 2007). Det betyder, at alle analyser i dette kapitel er begrænset til at handle om borgere på 25-85 år.

Skala til måling og opgørelse af social ulighed

Social ulighed i sundhed kan opgøres på forskellige skalaer, som alle har hver deres styrker og svagheder, og der er således ingen "korrekt" måde at opgøre social ulighed på (13). Der skelnes mellem absolut og relativ social ulighed. Relative ulighedsmål, dvs. opgørelser af brøkorholdet mellem uddannelsesgrupperne, er de hyppigst anvendte indenfor folkesundhedsvidenskab og socialepidemiologi (13). I dette kapitel fokuseres på den relative ulighed og som mål for sammenhænge mellem uddannelse og de udvalgte indikatorer anvendes odds ratio. Lang videregående uddannelse anvendes i alle analyserne som reference.

Odds ratio

Odds ratio (OR) er et mål for sammenhængen mellem to faktorer og er forholdet mellem to odds. Dette relative mål kan eksempelvis anvendes, når man undersøger sammenhængen mellem uddannelse (opdelt i forskellige grupper efter uddannelsenslængde) og forekomst af en risikofaktor som f.eks. rygning. Den ene uddannelsesgruppe vælges som reference, i dette tilfælde lang videregående uddannelse, og det undersøges, om odds i hver af uddannelsesgrupperne for at have en bestemt risikofaktor i forhold til odds for at have risikofaktoren i referencegruppen, er forskellig fra 1. Hvis OR i en af uddannelsesgrupperne er større end 1, betyder det, at risikofaktoren i højere grad forekommer (mere sandsynligt) i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR i uddannelsesgruppen omvendt er mindre end 1 betyder det, at risikofaktoren forekommer i mindre grad (mindre sandsynligt) i den givne uddannelsesgruppe end i referencegruppen. Hvis OR ikke er forskellig fra 1 betyder det, at forekomsten af risikofaktoren i den givne uddannelsesgruppe ikke adskiller sig fra forekomsten i referencegruppen.

Definition af begrebet social ulighed i dette kapitel

- "Social ulighed" refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er større end 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse med lang videregående uddannelse som reference
- "Omvendt social ulighed" refererer til de situationer, hvor OR for en given risikofaktor er mindre end 1 blandt borgere med grundskoleuddannelse med lang videregående uddannelse som reference

Kapitlets indhold

I dette kapitel beskrives sammenhængen med uddannelse for en lang række af de indikatorer, som er blevet præsenteret tidligere i rapporten, men ved hjælp af det relative mål odds ratio (OR). For alle indikatorer findes der opgørelser for 2017 og

hvor muligt beskrives udvikling fra 2010 til 2017. Alle opgørelser er fordelt på køn og justeret for alder og etnisk baggrund. Opgørelserne bidrager med nuancer til den viden, som kan læses ud af de øvrige kapitler.

12.2 Rygning, brug af e-cigaretter og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om rygning. De udvalgte indikatorer er "Daglig rygning", "Daglig brug af e-cigaretter" (daglig dampning) og "Daglig passiv rygning". Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og hvor det er muligt over tid. Alle analyser er opdelt på køn, og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: I forhold til borgere med lang videregående uddannelse, er sandsynligheden for at være dagligryger større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund (Figur 12.1). Sandsynligheden for daglig dampning er ligeledes større for mænd og kvinder med grundskoleuddannelse sammenlignet med mænd og kvinder med lang videregående uddannelse (Figur 12.2). Der er således social ulighed i forekomsten af daglig rygning og daglig dampning for begge køn. I 2017 er der ingen statistisk signifikant forskel i den sociale ulighed for daglig rygning eller daglig dampning mellem mænd og kvinder.

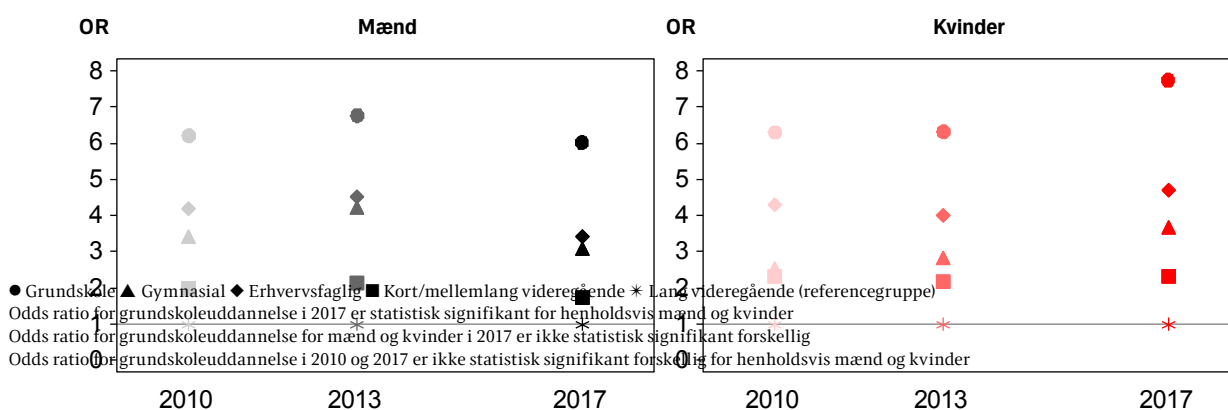
Sandsynligheden for at være udsat for daglig passiv rygning er ligeledes større for mænd og kvinder med grundskoleuddannelse sammenlignet med mænd og kvinder med lang videregående uddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. For denne indikator er der således også social ulighed i forekomsten for begge køn, men her er den sociale ulighed større for mænd end for kvinder.

Udvikling 2010-2017: Figur 12.1 og 12.3 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af henholdsvis daglig rygning og daglig passiv rygning i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figureerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper har et varierende mønster over tid, både blandt mænd og kvinder. Eksempelvis ses tendens til, at odds ratio for forekomsten af daglig passiv rygning for mænd med grundskoleuddannelse og erhvervsfaglig uddannelse falder fra 2010 til 2013 og derefter stiger til 2017.

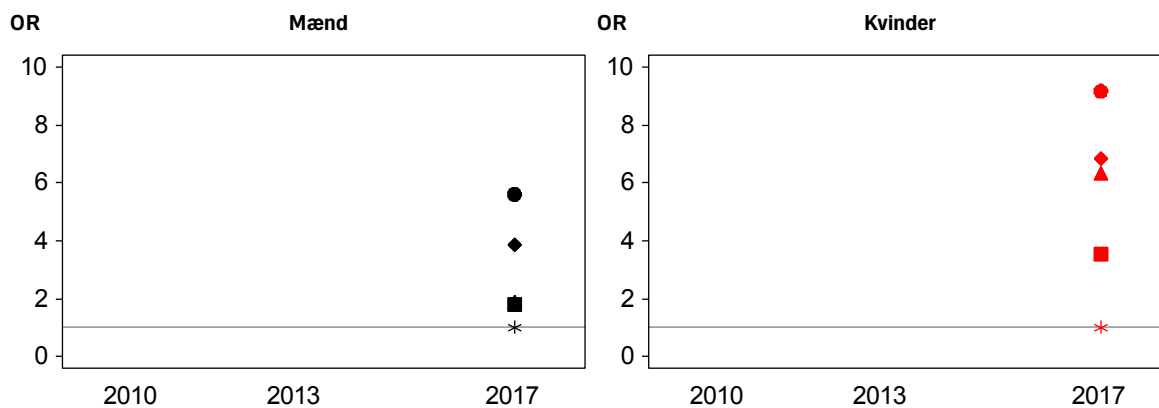
Analysen med sammenligning af 2010 og 2017 viser, at for begge køn er sandsynligheden for at være dagligryger (Figur 12.1) og for at være udsat for daglig passiv røg (Figur 12.3) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af daglig rygning og daglig passiv rygning er uændret i perioden.

Sammenligning med resultater fra kapitel 3: I tabel 3.2, tabel 3.5 og tabel 3.10 opgøres forekomsten af henholdsvis daglig rygning, daglig passiv rygning og daglig dampning i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de tre indikatorer er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse. I overensstemmelse hermed viser opgørelserne i dette kapitel, at den sociale ulighed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 12.1 Daglig rygning - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017

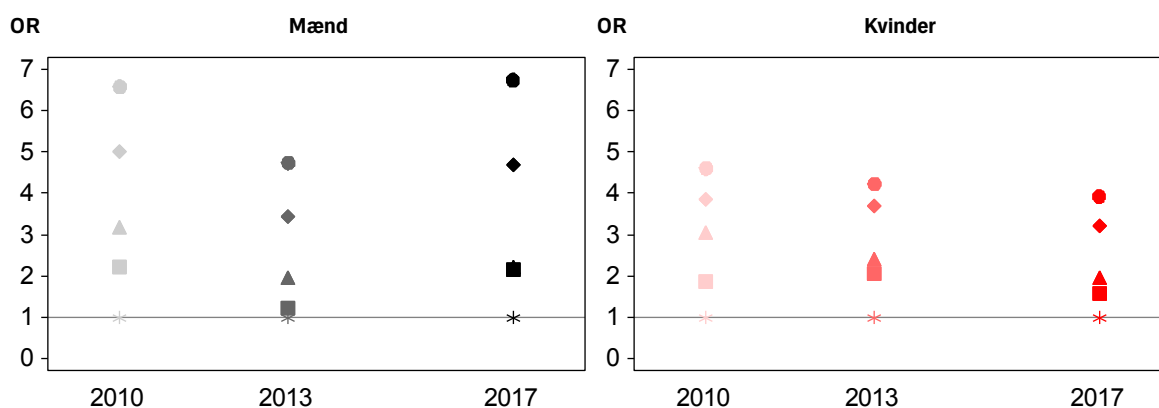


Figur 12.2 Daglig dampning - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er ikke statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Figur 12.3 Daglig passiv rygning - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.3 Alkohol og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om alkohol. De udvalgte indikatorer er "Storforbrug af alkohol", "Tegn på alkoholafhængighed" og "Rusdrikkeri". Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og hvor muligt også over tid. Alle analyser er opdelt på køn og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: Sandsynligheden for et storforbrug af alkohol, tegn på alkoholafhængighed samt rusdrikkeri er typisk størst blandt mænd og kvinder med gymnasial uddannelse sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse.

Kun for mænd er sandsynligheden for at have et storforbrug af alkohol større blandt de med grundskoleuddannelse sammenlignet med de med lang videregående uddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund (Figur 12.4). For denne indikator er der således social ulighed i forekomsten for mænd, men ikke for kvinder.

Sandsynligheden for at have tegn på alkoholafhængighed er mindre for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse sammenlignet med mænd og kvinder med de med lang videregående uddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund (Figur 12.5). Det vil sige, at der er omvendt social ulighed i forekomsten af tegn på alkoholafhængighed for både mænd og kvinder. Den omvendte sociale ulighed er større for kvinder end for mænd.

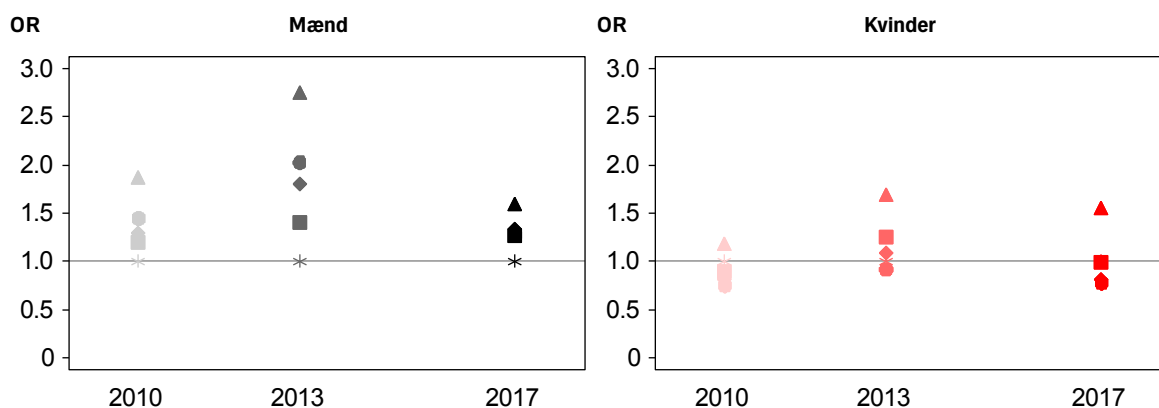
Sandsynligheden for rusdrikkeri er for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse ikke forskellig fra sandsynligheden for rusdrikkeri blandt mænd og kvinder med lang videregående uddannelse. (Figur 12.6). Der er således ingen social ulighed for denne indikator.

Udvikling 2010-2017: Figur 12.4 og figur 12.5 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af storforbrug af alkohol og tegn på alkoholafhængighed i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figurerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper har et varierende mønster over tid, både blandt mænd og kvinder. Eksempelvis ses tendens til, at odds ratio for forekomsten af storforbrug af alkohol blandt mænd med gymnasial uddannelse eller grundskoleuddannelse stiger fra 2010 til 2013 og falder fra 2013 til 2017.

Analysen med sammenligning af 2010 og 2017 viser, at for begge køn er sandsynligheden for at have storforbrug af alkohol (Figur 12.4) eller tegn på alkoholafhængighed (Figur 12.5) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at den sociale ulighed i forekomsten af storforbrug af alkohol og tegn på alkoholafhængighed er uændret i perioden.

Sammenligning med resultater fra kapitel 4: I tabel 4.1 og tabel 4.4 opgøres forekomsten af henholdsvis storforbrug af alkohol, tegn på alkoholafhængighed og rusdrikkeri i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. For storforbrug af alkohol ses den laveste forekomst blandt borgere med lang videregående uddannelse og den højeste forekomst blandt borgere med gymnasial uddannelse. For rusdrikkeri ses den højeste forekomst ligeledes blandt borgere med gymnasial uddannelse, men ellers ses ingen forskel på tværs af uddannelsesgrupperne. For tegn på alkoholafhængighed er forekomsten lavest blandt borgere med grundskoleuddannelse. Opgørelser i nærværende kapitel viser, at tendenserne vist i kapitel 4 også ses, når der opdeles på køn og der tages hensyn til borgernes alder og etnisk baggrund.

Figur 12.4 Storforbrug af alkohol - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



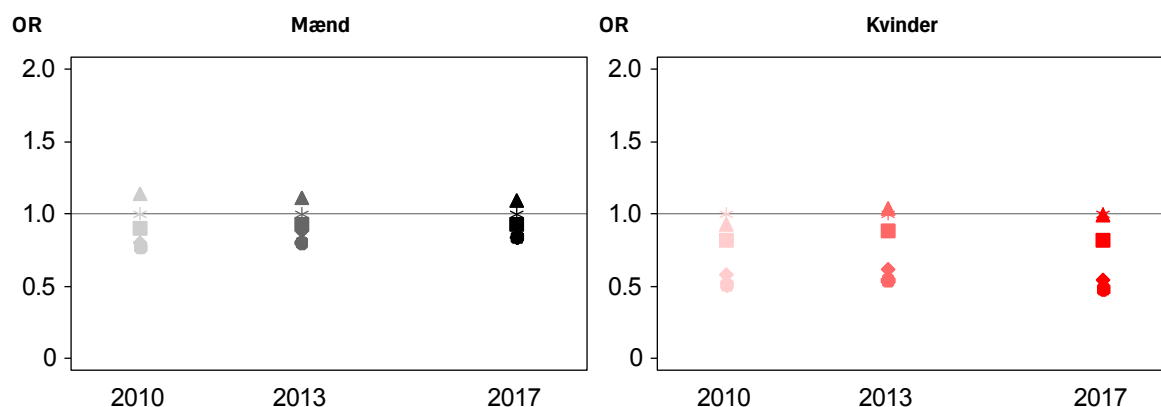
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for mænd, men ikke for kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

Figur 12.5 Tegn på alkoholafhængighed - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



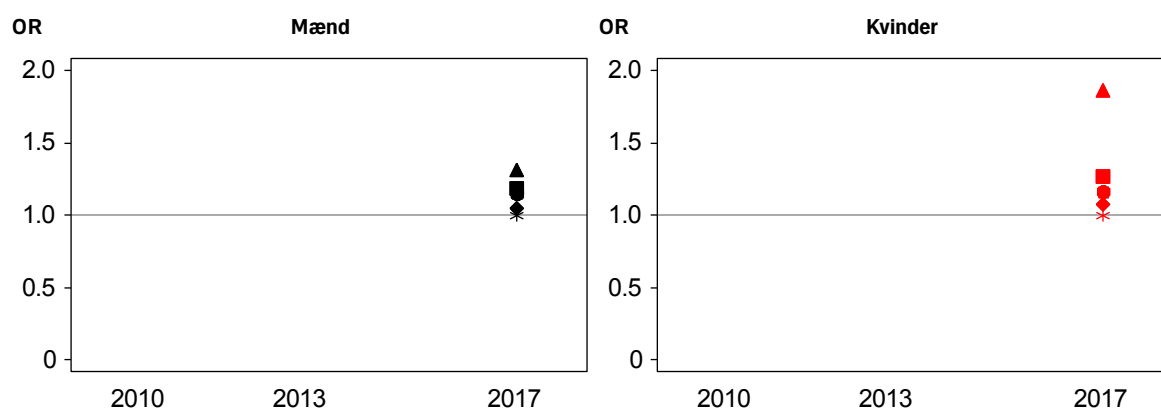
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse mellem mænd og kvinder i 2017 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd eller kvinder

Figur 12.6 Rusdrikkeri - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Der findes ikke sammenlignelige data for rusdrikkeri i 2010, hvorfor disse data ikke vises. Data fra 2013 er ikke vist, fordi de ikke tages i betragtning i analysen af social ulighed over tid

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er ikke statistisk signifikant, hverken for mænd eller kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.4 Kost, fysisk aktivitet, stillesiddende adfærd og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om kost og kapitlet om fysisk aktivitet. De udvalgte indikatorer er "Usundt kostmønster", "Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet", "Lav fysisk aktivitet i fritiden" og "Inaktiv transport". "Lav fysisk aktivitet i fritiden" vil sige, at borgerne primært læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden. Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og hvor det er muligt over tid. Alle analyser er opdelt på køn og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: I forhold til borgere med lang videregående uddannelse, er sandsynligheden for at have et usundt kostmønster (Figur 12.7), ikke at opfylde WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (Figur 12.8) og for at have lav fysisk aktivitet i fritiden (Figur 12.9) større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. For både mænd og kvinder er der således social ulighed i forekomsten af disse tre indikatorer i 2017, men der er ikke forskel på den sociale ulighed mellem mænd og kvinder.

I forhold til borgere med lang videregående uddannelse er sandsynligheden for inaktiv transport, ligesom for de øvrige indikatorer i dette afsnit, større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse (Figur 12.10). For denne indikator er der således også social ulighed i forekomsten for begge køn, men her er den sociale ulighed signifikant større for mænd end for kvinder. Det ses desuden, at sandsynligheden for inaktiv transport for både mænd og kvinder er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse.

Udvikling 2010-2017: Figur 12.7, 12.9 og 12.10 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og inaktiv transport i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figureerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper kun varierer lidt over tid, både for mænd og kvinder. Eksempelvis ses tendens til, at odds ratio for forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden falder fra 2013 til 2017 især blandt mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, men også blandt de med erhvervsfaglig uddannelse.

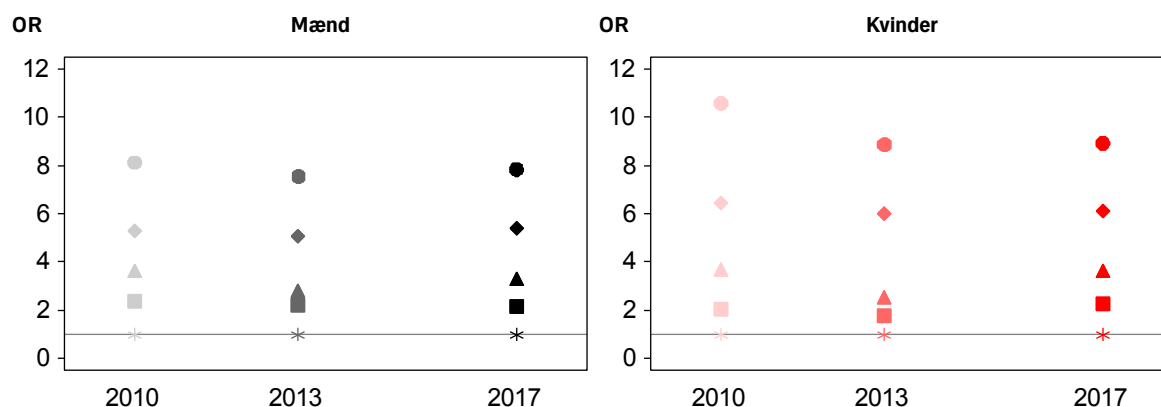
Analyser med sammenligning af 2010 og 2017 viser, at for mænd er sandsynligheden for at lav fysisk aktivitet i fritiden (Figur 12.9) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige ingen ændring i den sociale ulighed af forekomsten af lav fysisk aktivitet for mænd. Til gengæld ses et statistisk signifikant fald i den sociale ulighed for lav fysisk aktivitet for kvinder fra 2010 til 2017. I 2017 har kvinder med grundskoleuddannelse dog fortsat større sandsynlighed for at have lav fysisk aktivitet i fritiden sammenlignet med borgere med lang videregående uddannelse, dvs. at den sociale ulighed ikke er udlignet for kvinder.

Analyser med sammenligning af 2010 og 2017 viser også, at for begge køn er sandsynligheden for at have usundt kostmønster (Figur 12.7) eller inaktiv transport (Figur 12.10) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at for begge køn er den sociale ulighed i forekomsten af usundt kostmønster eller inaktiv transport uændret i perioden.

Sammenligning med resultater fra kapitel 5 og 6:

I tabel 5.1, tabel 6.2 og tabel 6.9 opgøres forekomsten af henholdsvis usundt kostmønster, opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og inaktiv transport i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. I tabel 5.1 og tabel 6.2 ses det, at forekomsten af henholdsvis usundt kostmønster og opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse. Til gengæld viser tabel 6.9, at forekomsten af inaktiv transport er størst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse. En lignende opgørelse for mest stillesiddende i fritiden præsenteres ikke i rapporten, men vil kunne findes på centerets hjemmeside. Opgørelserne i nærværende kapitel viser, at de tendenser, som er vist for usundt kostmønster, opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og inaktiv transport i henholdsvis kapitel 5 og 6 også ses, når der opdeles på køn og der tages hensyn til borgernes alder og etnisk baggrund.

Figur 12.7 Usundt kostmønster - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



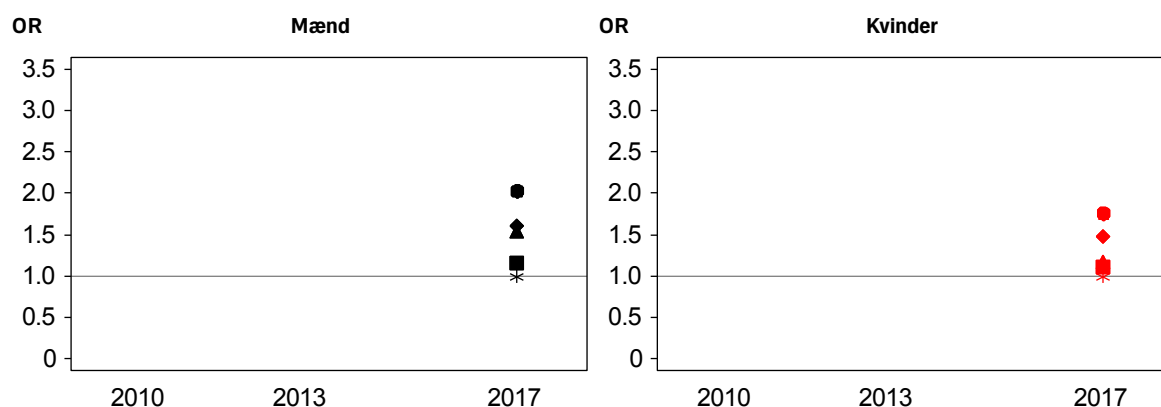
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

Figur 12.8 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2017



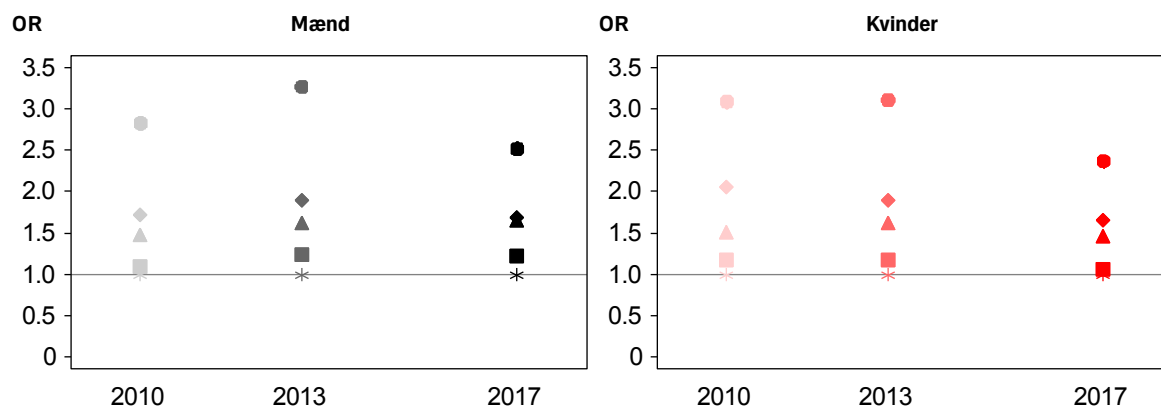
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Der er i 2017 benyttet nye spørgsmål om fysisk aktivitet, hvorfor sammenligning med data fra 2010 og 2013 ikke er foretaget

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er ikke statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Figur 12.9 Lav fysisk aktivitet i fritiden - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

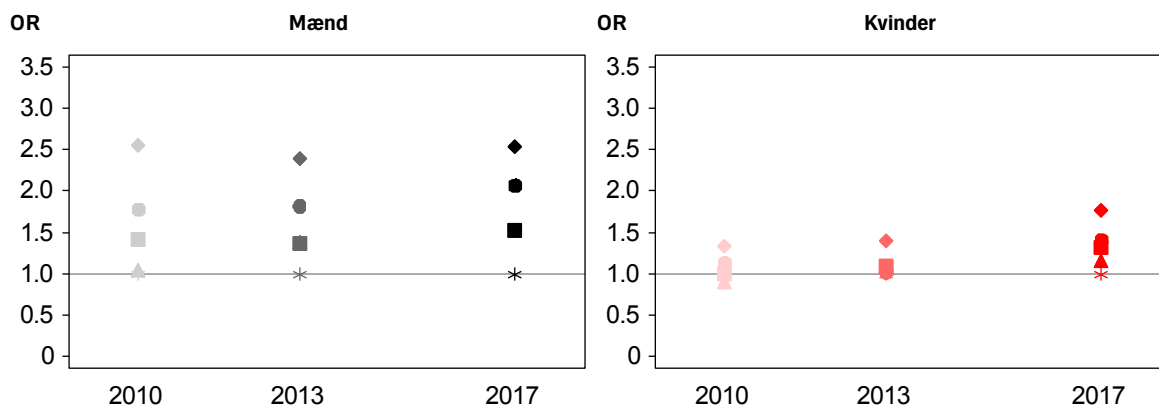
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er statistisk signifikant forskellig for kvinder, men ikke for mænd

Forskel mellem mænd og kvinder på forskel på odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant

Figur 12.10 Inaktiv transport - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.5 Søvn, overvægt og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om søvn og vægt. De udvalgte indikatorer er "Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer" (herefter søvnproblemer) og "Svær overvægt". Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og over tid. Alle analyser er opdelt på køn og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: I forhold til borgere med lang videregående uddannelse, er sandsynligheden for at være meget generet af søvnproblemer (Figur 12.11) eller svært overvægtig (Figur 12.12) større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. For både mænd og kvinder er der således social ulighed i forekomsten af de to indikatorer i 2017, men der er ikke forskel på den sociale ulighed mellem mænd og kvinder.

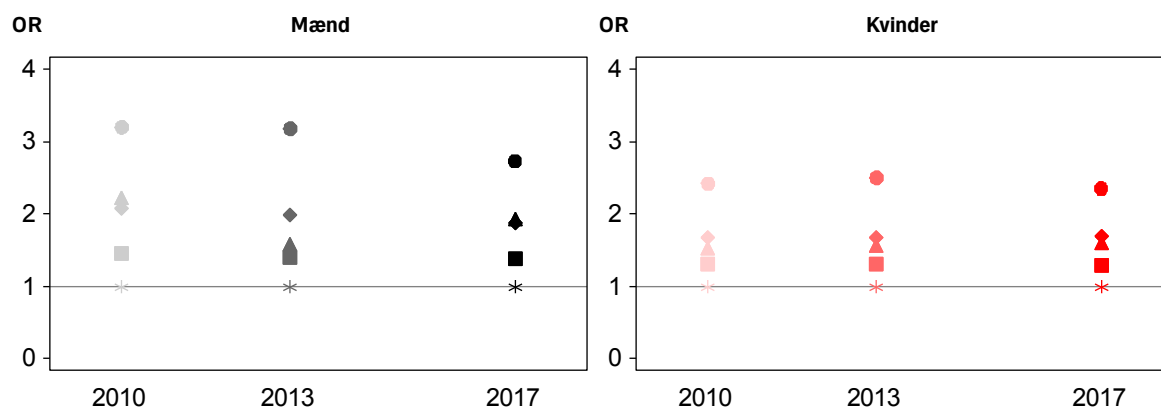
Udvikling 2010-2017: Figur 12.11 og figur 12.12 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af henholdsvis meget generet af søvnproblemer og svær overvægt i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figureerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper har et varierende mønster over tid, både blandt mænd og kvinder

og især for svær overvægt. Her ses eksempelvis blandt mænd med grundskoleuddannelse en tendens til et fald i odds ratio for forekomst af svær overvægt fra 2010 til 2013 og derefter en stigning fra 2013 til 2017 til omtrent samme niveau som i 2010.

Analyser med sammenligning af 2010 og 2017 viser dog, at for begge køn er sandsynligheden for at være meget generet af søvnproblemer (Figur 12.11) eller svært overvægtig (Figur 12.12) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at for begge køn er den sociale ulighed i forekomsten af søvnproblemer samt svær overvægt uændret i perioden.

Sammenligning med resultater fra kapitel 9 og 10: I tabel 9.1 og tabel 10.3 opgøres forekomsten af henholdsvis meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer og svær overvægt i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de to indikatorer er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse. I overensstemmelse hermed viser opgørelserne i nærværende kapitel, at den sociale ulighed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 12.11 Meget generet af søvnbesvær og/eller søvnproblemer - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



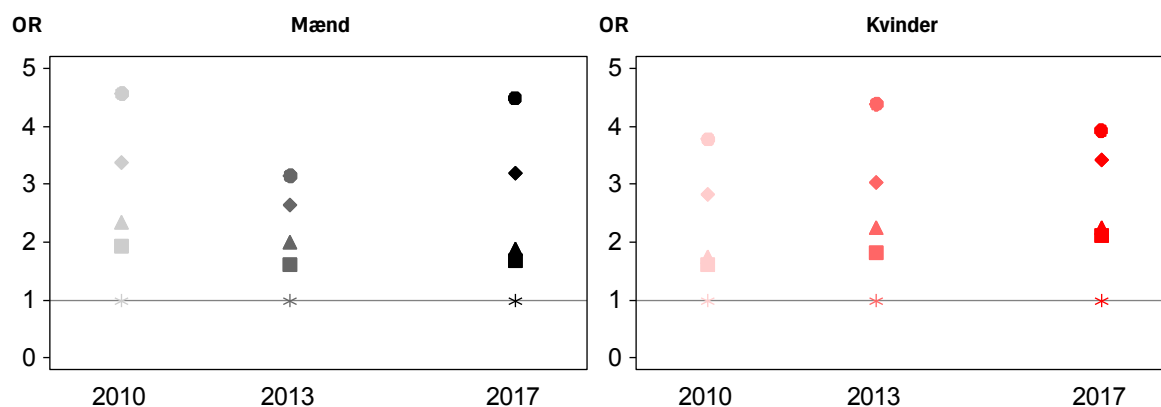
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

Figur 12.12 Svær overvægt - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.6 Selvvurderet helbred, fysisk helbred, mentalt helbred og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om mental sundhed. De udvalgte indikatorer er "Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred", "Dårligt fysisk helbred" og "Dårligt mentalt helbred". Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og over tid. Alle analyser er opdelt på køn, og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: I forhold til borgere med lang videregående uddannelse, er sandsynligheden for at have mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Figur 12.13), dårligt fysisk helbred (Figur 12.14) og dårligt mentalt helbred (Figur 12.15) større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. For både mænd og kvinder er der således social ulighed i forekomsten af disse tre indikatorer i 2017, men der er ikke forskel på den sociale ulighed mellem mænd og kvinder.

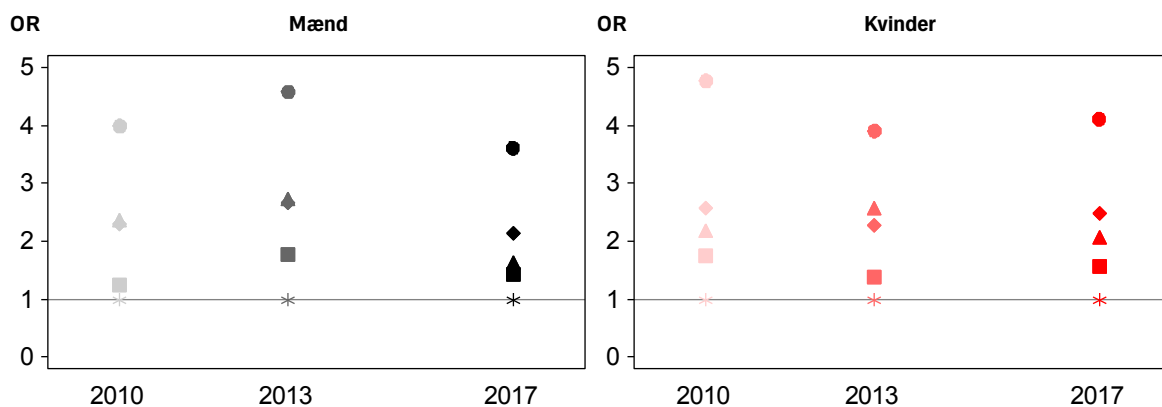
Udvikling 2010-2017: Figur 12.13, 12.14 og 12.15 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af henholdsvis mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figurerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper har et varierende

mønster over tid, både blandt mænd og kvinder. Eksempelvis ses tendens til, at odds ratio for forekomsten af dårligt fysisk helbred for kvinder med grundskoleuddannelse falder fra 2010 til 2013 og derefter stiger lidt fra 2013 til 2017.

Analyser med sammenligning af 2010 og 2017 viser dog, at for begge køn er sandsynligheden for at have mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (Figur 12.13), dårligt fysisk helbred (Figur 12.14) og dårligt mentalt helbred (Figur 12.15) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at for begge køn er den sociale ulighed for disse tre indikatorer uændret i perioden.

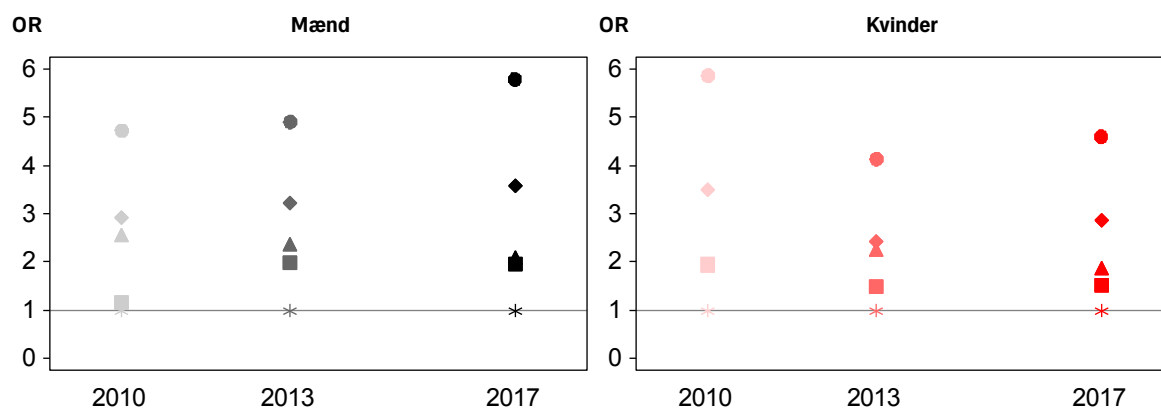
Sammenligning med resultater fra kapitel 11: I tabel 11.1 og tabel 11.4 opgøres forekomsten af henholdsvis mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, dårligt fysisk helbred og dårligt mentalt helbred i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de tre indikatorer er højest blandt borgere med grundskoleuddannelse. I overensstemmelse hermed viser opgørelserne i dette kapitel, at den sociale ulighed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 12.13 Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for både mænd og kvinder
 Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig
 Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for mænd og kvinder

Figur 12.14 Dårligt fysisk helbred - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



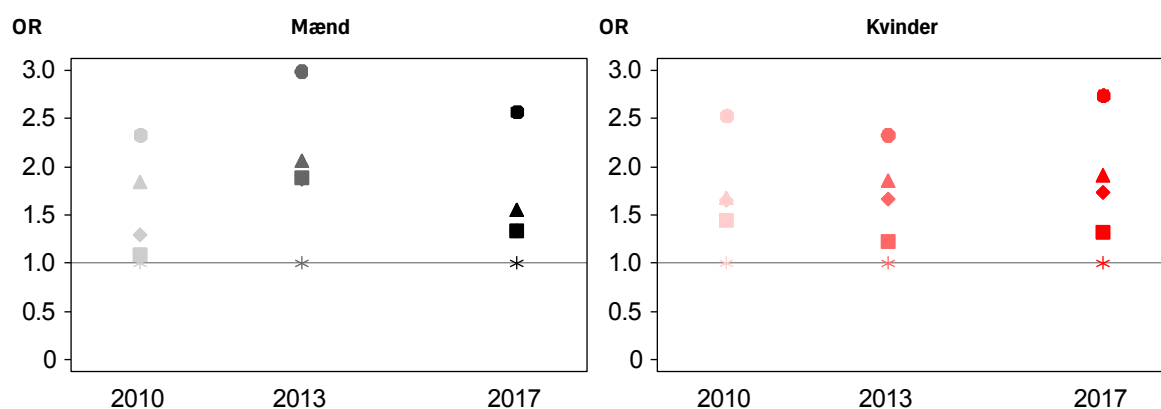
● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

Figur 12.15 Dårligt mentalt helbred - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.7 Stress, sociale relationer og social ulighed

I dette afsnit beskrives sammenhængen mellem uddannelse og forekomsten af udvalgte indikatorer fra kapitlet om mental sundhed. De udvalgte indikatorer er "Højt stressniveau" og "Svage sociale relationer". Sammenhængen med uddannelse beskrives for 2017 og over tid. Alle analyser er opdelt på køn, og der er taget højde for fordelingen af alder og etnisk baggrund.

Status i 2017: I forhold til borgere med lang videregående uddannelse, er sandsynligheden for at have højt stressniveau (Figur 12.16) og svage sociale relationer (Figur 12.17) større for både mænd og kvinder med grundskoleuddannelse, når der er taget højde for alder og etnisk baggrund. For både mænd og kvinder er der således social ulighed i forekomsten af de to indikatorer i 2017, men der er ikke forskel på den sociale ulighed mellem mænd og kvinder.

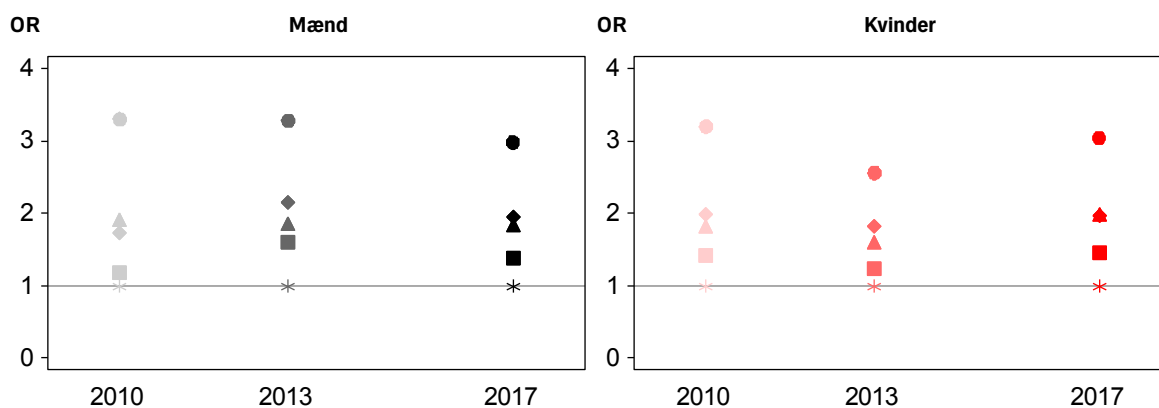
Udvikling 2010-2017: Figur 12.16 og figur 12.17 viser for hvert af årene 2010, 2013 og 2017 odds ratio for forekomsten af henholdsvis højt stressniveau og svage sociale relationer i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe. Figureerne viser, at odds ratio for forekomsten i de enkelte uddannelsesgrupper har et varierende mønster over tid, både blandt mænd og kvinder.

Eksempelvis ses tendens til, at odds ratio for forekomsten af højt stressniveau for kvinder med grundskoleuddannelse falder fra 2010 til 2013 og stiger fra 2013 til 2017.

Analyser med sammenligning af 2010 og 2017 viser dog, at for begge køn er sandsynligheden for at have højt stressniveau (Figur 12.16) og svage sociale relationer (Figur 12.17) i 2017 blandt borgere med grundskoleuddannelse i forhold til lang videregående uddannelse ikke statistisk signifikant forskellig fra 2010. Det vil sige, at for både mænd og kvinder er den sociale ulighed i forekomsten af højt stressniveau og svage sociale relationer uændret i perioden.

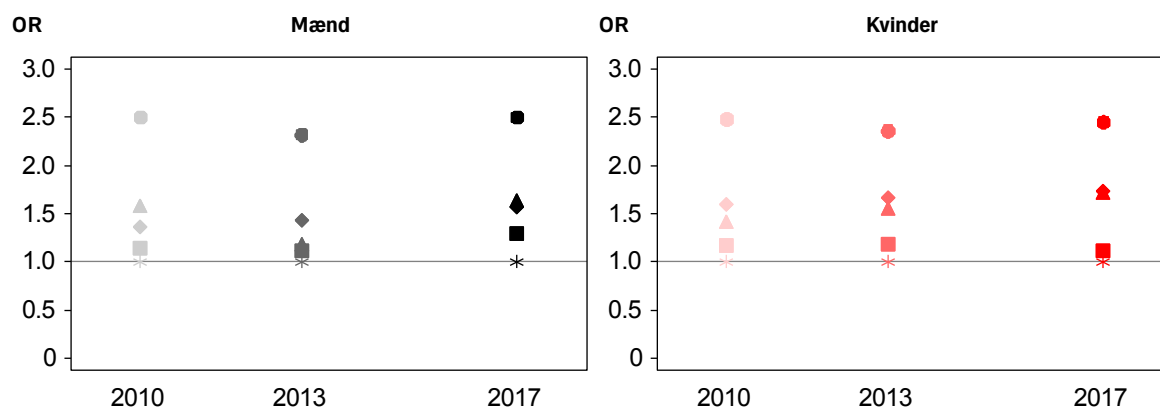
Sammenligning med resultater fra kapitel 11: I tabel 11.7 og tabel 11.10 opgøres forekomsten af henholdsvis højt stressniveau og svage sociale relationer i 2017 samlet for begge køn på tværs af uddannelsesgrupper. I disse tabeller ses det, at forekomsten af de to indikatorer er størst blandt borgere med grundskoleuddannelse. I overensstemmelse hermed viser opgørelserne i dette kapitel, at den sociale ulighed også ses, når der tages hensyn til borgernes alder og etniske baggrund, og at den sociale ulighed er gældende for begge køn.

Figur 12.16 Højt stressniveau - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder
Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig
Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

Figur 12.17 Svage sociale relationer - Odds ratio for forekomst i forskellige uddannelsesgrupper med lang videregående uddannelse som referencegruppe blandt henholdsvis mænd og kvinder i 2010, 2013 og 2017



● Grundskole ▲ Gymnasial ◆ Erhvervsfaglig ■ Kort/mellemlang videregående * Lang videregående (referencegruppe)

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2017 er statistisk signifikant for henholdsvis mænd og kvinder

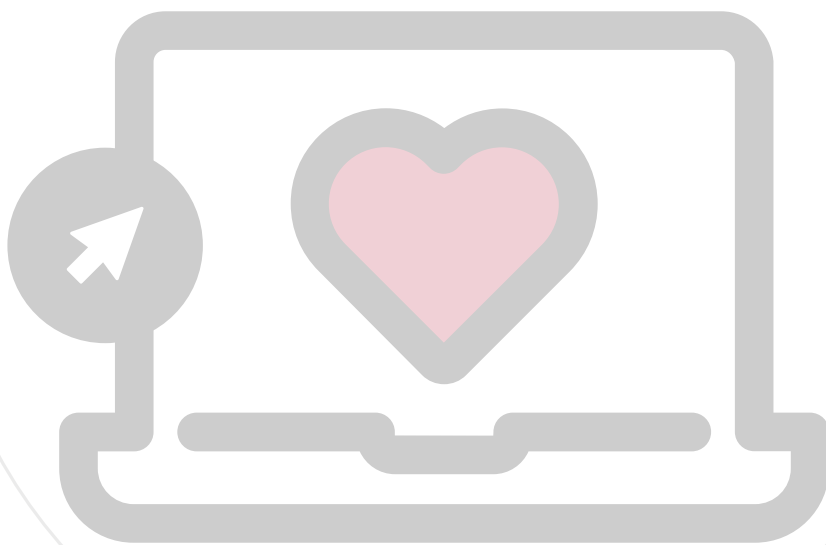
Odds ratio for grundskoleuddannelse for mænd og kvinder i 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig

Odds ratio for grundskoleuddannelse i 2010 og 2017 er ikke statistisk signifikant forskellig for henholdsvis mænd og kvinder

12.8 Litteratur

- (1) Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed - årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen; 2011.
- (2) Juel K, Koch MB. Social ulighed i dødelighed i Danmark gennem 25 år. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2013.
- (3) Bronnum-Hansen H, Baadsgaard M. Widening social inequality in life expectancy in Denmark. A register-based study on social composition and mortality trends for the Danish population. BMC Public Health. 2012;12:994.
- (4) Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2015.
- (5) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 1). J Epidemiol Community Health. 2006;60(1):7-12.
- (6) Region Hovedstaden og kommunerne i regionen. Sundhedsaftale 2015-2018. Region Hovedstaden og kommunerne i regionen; 2015.
- (7) Regeringen. Sund hele livet - de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-2010. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet; 2002.
- (8) Regeringen. Sundere liv for alle - Nationale mål for danskernes sundhed de næste 10 år. København: Ministeriet for sundhed og forebyggelse; 2014.
- (9) Danske Regioner. Sundhed for livet - Forebyggelse er en nødvendig investering. København: Danske Regioner; 2017.
- (10) Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW, Davey Smith G. Indicators of socioeconomic position (part 2). J Epidemiol Community Health. 2006;60(2):95-101.
- (11) Diderichsen F. Ulighed i sundhed. I: Lund R, Christensen U, Iversen L (red.). Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. København: Munksgaard Danmark; 2011. s. 23-42.
- (12) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12:80-.
- (13) Harper S, Lynch J. Measuring health inequalities. I: Oakes JM, Kaufmann JS (red.). Methods in Social Epidemiology. San Francisco, CA: Jossey-Bass. A Wiley Imprint; 2006. p. 134-68.

HVORDAN HAR DU DET?



**Region
Hovedstaden**

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

**Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse**
Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

Telefon: 36 16 31 00