Danskernes Sundhed

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Heidi Amalie Rosendahl Jensen
Michael Davidsen
Anne Vinggaard Christensen
Ola Ekholm
Anne Illemann Christensen

Syddansk Universitet
Statens Institut for Folkesundhed

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Heidi Amalie Rosendahl Jensen
Michael Davidsen
Anne Vinggaard Christensen
Ola Ekholm
Anne Illemann Christensen

Internt review: Maria Holst Algren, Susan Andersen, Lotus Sofie Bast, Annette Kjær Ersbøll, Anna Paldam Folker, Morten Grønbæk, Stine Kloster, Tina Harmer Lassen, Sigurd Lauridsen, Isabelle Pascale Mairey, Susan Ishøy Michelsen, Maj Britt Nielsen, Lau Caspar Thygesen, Janne S. Tolstrup, Stine Kjær Wehner, alle fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Copyright © 2026
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Uddrag, herunder figurer og tabeller, er tilladt mod tydelig kildegengivelse.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-725-8

Rapporten er udgivet af:
Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif
Rapporten kan downloades fra www.sdu/sif

Forord

Formålet med *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025* er at skabe et solidt, landsdækkende datagrundlag om danskernes sundhed, sygelighed og trivsel, der kan bruges til monitorering, forskning og politisk planlægning på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Målgruppen er således især kommuner, regioner og nationale myndigheder og beslutningstagere samt relevante forskningsmiljøer. Sundhedsprofilen er udarbejdet i et samarbejde mellem de fem regioner, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og Sundhedsstyrelsen og er nu gennemført for femte gang siden 2010.

Undersøgelsens resultater viser blandt andet et fortsat fald i andelen, der ryger dagligt, og i andelen med et højt alkoholforbrug. Der ses ligeledes et fald i andelen, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og en tendens til en mindre stigning i andelen med et højt mentalt velbefindende, begge siden 2021. Derudover ses der tegn på, at både ensomhed og social isolation er faldet en smule siden 2021. Det skal dog bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en nedlukningsperiode under COVID-19-pandemien.

Samtidig peger resultaterne på, at der stadig er sundhedsmæssige udfordringer i Danmark. Middellevetiden stiger, men samtidigt ses et generelt fald i andelen af restlevetiden med gode leveår. En betydelig andel i befolkning oplever søvnbesvær, angst og depression, og især blandt unge kvinder ses fortsat høje forekomster af mistrivsel. Omkring hver femte har svær overvægt, men forekomsten har dog været stabil siden 2021. Derudover ses en stigning i andelen med langvarig sygdom siden 2010.

Sundhedsprofilen viser tydeligt, at den sociale ulighed i sundhed fortsat er markant. På tværs af indikatorer ses systematiske forskelle i forhold til uddannelse og arbejdsmarkedstilknytning. Personer med kortere uddannelse samt arbejdsløse, førtidspensionister og andre uden for arbejdsmarkedet har oftere dårligere helbred, mindre sundhedsfremmende adfærd og en større ophobning af risikofaktorer.

Resultaterne understreger behovet for brede strukturelle indsatser. Samtidig viser resultaterne, at mange borgere ønsker at ændre deres sundhedsadfærd, hvilket viser et vigtigt potentiale for tidlig og effektiv forebyggelse – både i almen praksis og i kommunale sundhedstilbud.

Vi håber, at *Den Nationale Sundhedsprofil 2025* vil blive anvendt bredt som et fagligt grundlag i det fortsatte arbejde for at fremme befolkningens sundhed og trivsel.

Morten Hulvej Rod
Direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

1 Indledning **6**

2 Helbred og trivsel **21**
2.1 Selvvurderet helbred 22
2.2 Fysisk og mentalt helbred 28
2.3 Søvn 42
2.4 Stress 49
2.5 Sociale relationer 56

3 Sundhedsadfærd **68**
3.1 Tobaks- og nikotinprodukter 69
3.2 Alkohol 86
3.3 Kost 104
3.4 Fysisk aktivitet 115
3.5 Vægt 126
3.6 Flere samtidige risikofaktorer 139

4 Sygelighed **146**
4.1 Langvarig sygdom 147
4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer 155
4.3 Smerter eller ubehag 163

5 Middellevetid og gode leveår **172**

Bilag A Materiale og metode **182**
Bilag B Klassifikation af udvalgte variable **186**

1 Indledning

1 Indledning

Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025 giver et unikt indblik i danskernes sundhed, sygelighed og trivsel i 2025. Undersøgelsen præsenterer først og fremmest en status på sundhedstilstanden i 2025, og da den tidligere er blevet gennemført i 2010, 2013, 2017 og 2021 (1-4), er det endvidere muligt at følge udviklingen i løbet af de seneste 15 år.

I denne rapport præsenteres resultater for udvalgte områder fra den landsdækkende spørgeskemaundersøgelse *Hvordan har du det?*. Undersøgelsen i 2025 er gennemført i perioden fra februar til maj af de fem regioner, Statens Institut for Folkesundhed, SDU, og Sundhedsstyrelsen på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, KL, Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet. I tillæg til denne rapport vil resultaterne fra undersøgelsen ligeledes være offentligt tilgængelige i den nationale database www.danskernessundhed.dk.

Dataindsamlingen til undersøgelsen er baseret på et selvadministreret spørgeskema, som i 2025 blev udsendt til i alt 314.500 tilfældigt udvalgte personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark. Heraf besvarede 135.293 personer spørgeskemaet helt eller delvist (43,0 %). Undersøgelsen er gennemført i alle landets regioner og kommuner på samme tid, hvilket gør det muligt at følge udviklingen tæt både kommunalt, regionalt og nationalt.

De enkelte afsnit i rapporten indledes med en kort introduktion til emnet, efterfulgt af en kortfattet beskrivelse af de spørgsmål og svarkategorier, der ligger til grund for de efterfølgende opgørelser. I Bilag A findes en nærmere metodebeskrivelse af undersøgelsen i 2025, herunder en detaljeret beskrivelse af deltagelsesprocenten. Bilag B beskriver den anvendte klassifikation af udvalgte sociodemografiske variable, der indgår i rapporten.

Fortolkningen af rapportens resultater, der belyser udviklingen over tid, skal ses i lyset af, at dataindsamlingen i 2021 fandt sted i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Dette har således med stor sandsynlighed påvirket resultaterne fra undersøgelsen i 2021, hvorfor konklusioner omkring udviklingsmønstre, der omfatter disse data, skal foretages med forsigtighed.

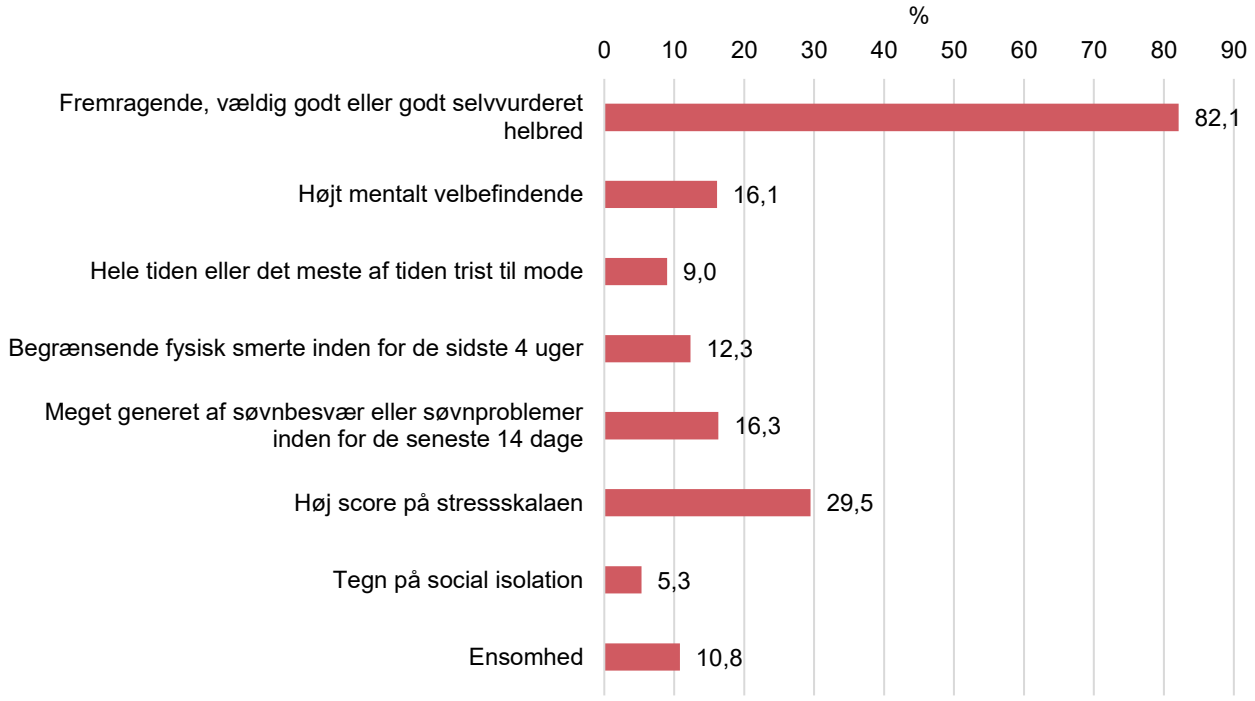
1.1 Sammenfatning af resultater

I dette afsnit sammenfattes hovedresultaterne fra rapportens kapitler, hvor indikatorerne er grupperet i afsnittene ’Helbred og trivsel’, ’Sundhedsadfærd’, ’Sygelighed’ og ’Middellevetid og gode leveår’.

Helbred og trivsel

I Figur 1.1 præsenteres hovedresultater for udvalgte indikatorer for helbred og trivsel i 2025. Resultaterne beskrives desuden mere uddybende i den efterfølgende tekst, herunder mønstre i forhold til køn, alder, længst fuldførte uddannelse og erhvervsmæssig stilling samt udviklingen over tid.

Figur 1.1 Andel med udvalgte indikatorer for helbred og trivsel. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Selvvurderet helbred

Godt 8 ud af 10 (82,1 %) voksne i Danmark vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Andelen er i alle aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder, og overordnet set falder andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred med stigende alder. Der ses en relativt lille andel med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (68,6 %) samt blandt førtidspensionister (45,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (63,8 %). I perioden fra 2010 til 2025 er der sket et lille fald på -2,9 procentpoint i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred.

Fysisk og mentalt helbred

Samlet set har 16,1 % af den voksne del af befolkningen et højt mentalt velbefindende, og andelen er større blandt mænd (17,2 %) end blandt kvinder (15,0 %), en forskel der særligt ses i de yngre aldersgrupper. Blandt kvinder stiger andelen med stigende alder til og med aldersgruppen 65-75 år, hvorefter der ses et fald i aldersgruppen 75 år eller derover. Blandt mænd ses en stort set ens

andel i aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 35-44 år, hvorefter andelen stiger med stigende alder indtil aldersgruppen 65-74 år for derefter at forblive uændret. Andelen, der har et højt mentalt velbefindende, varierer stort set ikke på tværs af uddannelsesgrupper. Der ses en relativt lille andel med et højt mentalt velbefindende blandt arbejdsløse (5,7 %), førtidspensionister (6,0 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (8,5 %). I perioden fra 2021 til 2025 ses en tendens til en lille stigning i andelen med et højt mentalt velbefindende på +1,9 procentpoint.

Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden føler sig trist til mode (9,0 %), er stort set ens blandt mænd (8,3 %) og kvinder (9,7 %). Dog er andelen markant større blandt kvinder (16,7 %) end blandt mænd (10,2 %) i aldersgruppen 16-24 år. Der ses ligeledes en relativt stor andel blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (11,1 %) samt blandt arbejdsløse (22,9 %), andre uden for arbejdsmarkedet (22,6 %) og førtidspensionister (19,9 %). Der ses en tendens til en lille stigning på +1,9 procentpoint i perioden fra 2010 til 2025 i andelen, der hele tiden eller det meste af tiden føler sig trist til mode, dog med en tendens til et lille fald mellem 2021 (10,5 %) og 2025 (9,0 %).

I alt oplever 12,3 % blandt voksne i Danmark, at fysisk smerte har vanskeliggjort fysisk arbejde både i og uden for hjemmet virkelig meget eller en hel del inden for de seneste 4 uger. Andelen er større blandt kvinder (14,1 %) end blandt mænd (10,4 %), og et tilsvarende mønster ses i alle aldersgrupper. For begge køn stiger andelen overordnet set med stigende alder. Andelen med fysisk smerte inden for de sidste 4 uger falder med længere uddannelse, fra 24,6 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 5,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel, der har været virkelig meget eller en hel del påvirket af fysisk smerte inden for de sidste 4 uger, blandt førtidspensionister (43,2 %), andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %) og arbejdsløse (16,3 %). I perioden fra 2010 til 2025 ses en tendens til en lille stigning på +1,6 procentpoint i andelen med fysisk smerte inden for de sidste 4 uger.

Søvn

I alt har 16,3 % af voksne i Danmark været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, heraf en større andel blandt kvinder (19,6 %) end blandt mænd (12,9 %). Andelen blandt mænd falder overordnet set med stigende alder. Blandt kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år og mindst i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover. Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, falder med længere uddannelse, fra 21,2 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 11,6 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses relativt store andele, som har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer, blandt førtidspensionister (38,8 %), andre uden for arbejdsmarkedet (30,4 %) og arbejdsløse (29,8 %). Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, er i perioden fra 2010 til 2025 steget med +6,1 procentpoint.

Stress

Andelen, der har en høj score på stressskalaen (29,5 %), er større blandt kvinder (33,2 %) end blandt mænd (25,8 %), og der ses et lignende mønster i alle aldersgrupper. Særligt blandt kvinder i

aldersgruppen 16-24 år ses en stor andel, hvor mere end halvdelen har en høj score på stressskalaen (52,0 %). Herefter falder andelen falder med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses en stigning i aldersgruppen 75 år eller derover. Blandt mænd ses den største andel i aldersgruppen 25-34 år (35,4 %), hvorefter andelen falder med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, efterfulgt af en stigning i aldersgruppen 75 år eller derover. Der ses en relativt stor andel med en høj score på stressskalaen blandt førtidspensionister (56,7 %), andre uden for arbejdsmarkedet (55,8 %) og arbejdsløse (55,6 %). I perioden fra 2010 til 2025 ses en tydelig stigning på +8,7 procentpoint i andelen med en høj score på stressskalaen.

Sociale relationer

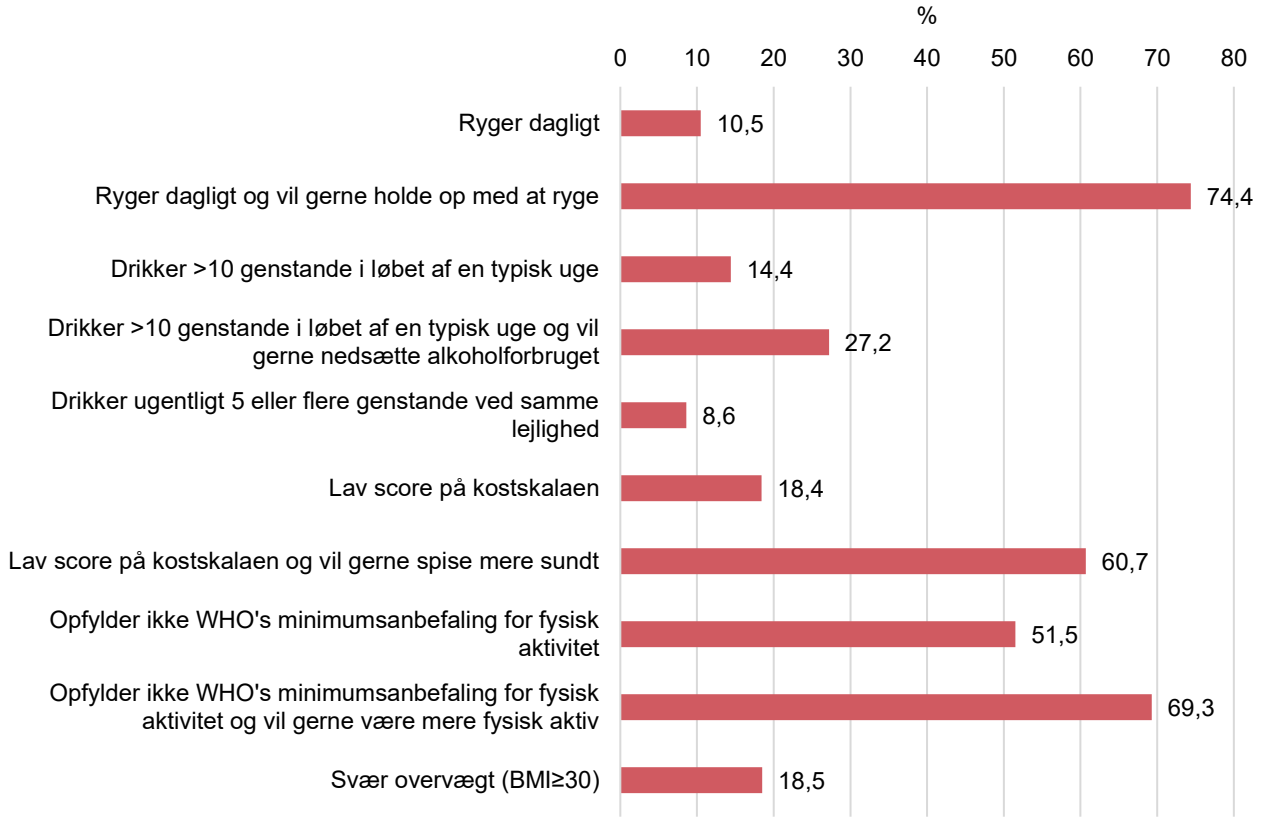
Samlet set har 5,3 % af den voksne befolkning i Danmark tegn på social isolation, og andelen er stort set ens blandt mænd (5,8 %) og kvinder (4,8 %). For både mænd og kvinder ses de mindste andele i aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år, hvorefter andelen stiger med stigende alder. Andelen med tegn på sociale isolation falder med længere uddannelse, fra 11,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 2,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses en relativt stor andel med tegn på social isolation blandt førtidspensionister (20,5 %), andre uden for arbejdsmarkedet (18,2 %) og arbejdsløse (16,2 %). Der ses en tendens til et lille fald på -1,6 procentpoint i andelen med tegn på social isolation mellem 2021 og 2025.

Omkring 1 ud af 10 (10,8 %) voksne danskere føler sig ensomme, og der ses en tendens til en lidt større andel blandt kvinder (11,6 %) end blandt mænd (9,9 %). Blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år ses en særligt stor andel (22,1 %). For både mænd og kvinder falder andelen med ensomhed overordnet set med stigende alder. Andelen, der føler sig ensom, er relativt stor blandt førtidspensionister (27,1 %), andre uden for arbejdsmarkedet (26,0 %) og arbejdsløse (24,6 %). Mellem 2021 og 2025 ses en tendens til et lille fald på -1,6 procentpoint i andelen, der føler sig ensom.

Sundhedsadfærd

I Figur 1.2 præsenteres hovedresultater for udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd i 2025. Resultaterne beskrives desuden mere uddybende i den efterfølgende tekst, herunder mønstre i forhold til køn, alder, længst fuldførte uddannelse og erhvervsmæssig stilling samt udviklingen over tid.

Figur 1.2 Andel med udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Tobaks- og nikotinprodukter

I alt svarer 10,5 % af den voksne befolkning, at de ryger dagligt. Andelen, der ryger dagligt, er lidt større blandt mænd (11,5 %) end blandt kvinder (9,5 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper på nær aldersgruppen 16-24 år, hvor der ikke ses nogen forskel i andelen mellem mænd og kvinder. Blandt mænd ses den største andel, der ryger dagligt, i aldersgrupperne 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år og 65-74 år (13,1-14,0 %), mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 55-64 år (13,1 %). Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt. Således falder andelen fra 19,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 4,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses endvidere en relativt stor andel, der ryger dagligt, blandt førtidspensionister (23,9 %), arbejdsløse (17,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,2 %). I perioden fra 2010 til 2025 er der sket et tydeligt og jævnt fald på -10,4 procentpoint i andelen, der ryger dagligt. Faldet ses i alle alders- og uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder.

Omtrent 3 ud af 4 (74,4 %) personer, der ryger dagligt, angiver, at de gerne vil holde op med at ryge med en nogenlunde lige stor andel blandt mænd (73,9 %) og kvinder (75,0 %). Den største andel, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, ses for både mænd og kvinder i aldersgruppen 25-34 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. En større andel blandt mænd (51,0 %) end blandt kvinder (42,2 %), der ryger dagligt, har modtaget råd om rygestop fra sundhedspersonale i egen lægepraksis inden for de seneste 12 måneder.

Alkohol

Samlet set oplyser 14,4 % af den voksne befolkning i Danmark, at de drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, heraf en markant større andel blandt mænd (20,7 %) end blandt kvinder (8,4 %). Dette mønster genfindes i alle aldersgrupper. Den største andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses blandt mænd i aldersgrupperne16-24 år (25,2 %), 65-74 år (27,7 %) og 75 år eller derover (27,5 %). For både mænd og kvinder på 65 år eller derover stiger andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, med længere uddannelse, fra 22,4 % blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 31,6 % blandt mænd med en videregående uddannelse. Blandt kvinder stiger andelen tilsvarende fra 8,2 % til 13,4 % for de samme uddannelsesgrupper. I aldersgruppen 30-64 år er der derimod stort set ikke nogen forskel i andelen på tværs af uddannelsesgrupper, hverken blandt mænd eller kvinder. I perioden fra 2010 til 2025 er der sket et tydeligt og jævnt fald på -10,2 procentpoint i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Faldet ses blandt begge køn og i stort set alle aldersgrupper. Særligt blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år (-22,2 procentpoint) og 55-64 år (-20,1 procentpoint) ses et udtalt fald i perioden. Blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år ses dog en tendens til en stigning mellem 2021 og 2025.

Blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, vil godt hver fjerde (27,2 %) gerne nedsætte eget alkoholforbrug, heraf en lidt større andel blandt kvinder (28,7 %) end blandt mænd (26,6 %). Blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses en større andel blandt mænd (15,1 %) end blandt kvinder (7,9 %), der inden for de seneste 12 måneder fået råd om at nedsætte alkoholforbruget fra sundhedspersonale i egen lægepraksis.

I alt svarer 8,6 % blandt voksne i Danmark, at de ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, som også omtales som rusdrikning. Andelen er større blandt mænd (12,4 %) end blandt kvinder (5,0 %) og er for begge køn markant størst i aldersgruppen 16-24 år (22,5 % blandt mænd og 16,1 % blandt kvinder), men ellers ses der ikke noget entydigt mønster i forhold til alder. I perioden fra 2013 til 2025 ses et mindre, men jævnt fald i andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande, på -3,8 procentpoint. Faldet ses primært blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år. Blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år ses ligeledes et fald i andelen mellem 2013 og 2021, dog efterfulgt af en stigning på +3,6 procentpoint frem mod 2025. Blandt personer på 65 år eller derover er andelen stort set uændret i perioden fra 2013 til 2025.

Kost

I alt har 18,4 % af den voksne befolkning en lav score på kostskalaen, heraf en større andel blandt mænd (22,5 %) end blandt kvinder (14,5 %), og en tilsvarende kønsforskel ses i alle aldersgrupper. For både mænd og kvinder ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år. Der ses en tydelig sammenhæng mellem uddannelseslængde og andelen, der har en lav score på kostskalaen, hvor andelen falder med længere uddannelse. Således falder andelen fra 28,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 7,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses endvidere en relativt stor andel med en lav score på kostskalaen blandt førtidspensionister (30,1 %), arbejdsløse (24,7 %) og andre uden for

arbejdsmarkedet (24,3 %). I perioden fra 2010 til 2025 er der sket en jævn stigning på +5,1 procentpoint i andelen, der har en lav score på kostskalaen.

Blandt personer med en lav score på kostskalaen vil omtrent 6 ud af 10 (60,7 %) gerne spise mere sundt, og i alle aldersgrupper er andelen markant større blandt kvinder (69,2 %) end blandt mænd (54,9 %). Andelen, der har modtaget råd om at ændre sine kostvaner fra sundhedspersonale i egen lægepraksis inden for de seneste 12 måneder, er lidt større blandt mænd (17,6 %) end blandt kvinder (15,4 %) med en lav score på kostskalaen.

Fysisk aktivitet

Blandt voksne i Danmark opfylder i alt 51,5 % ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der er en større andel blandt kvinder (55,1 %) end blandt mænd (47,7 %), som ikke opfylder anbefalingen, og der ses en tilsvarende kønsforskel i alle aldersgrupper. Den mindste andel blandt mænd ses i aldersgruppen 16-24 år (33,9 %), hvorefter andelen stiger med stigende alder. Blandt kvinder er andelen ligeledes mindst i aldersgruppen 16-24 år og størst i den ældste, men ellers ses der ikke et entydigt mønster i forhold til alder. Andelen, der ikke opfylder WHO's minimums-anbefaling for fysisk aktivitet, er især stor blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (67,1 %) og førtidspensionister (67,9 %). Mellem 2021 og 2025 ses et fald på -6,8 procentpoint i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet.

Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ønsker omtrent 7 ud af 10 (69,3 %) at være mere fysisk aktive. Andelen er større blandt kvinder (72,0 %) end blandt mænd (66,1 %). En større andel blandt mænd (34,3 %) end blandt kvinder (25,4 %), der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, har modtaget råd om at dyrke motion fra sundhedspersonale i egen lægepraksis inden for de seneste 12 måneder.

Vægt

I alt har knapt hver femte (18,5 %) voksen i Danmark svær overvægt (BMI≥30), og andelen er stort set ens blandt mænd (18,7 %) og kvinder (18,2 %). For både mænd og kvinder ses den største andel med svær overvægt i aldersgrupperne 45-54 år (22,2 % blandt mænd og 22,8 % blandt kvinder) og 55-64 år (24,0 % blandt mænd og 23,0 % blandt kvinder). Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med svær overvægt, hvor andelen falder med længere uddannelse. Således falder andelen fra 28,4 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 11,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses desuden en relativt stor andel med svær overvægt blandt førtidspensionister (35,2 %), arbejdsløse (23,3 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,3 %). I perioden fra 2010 til 2025 er der samlet set sket en stigning i andelen med svær overvægt på +4,9 procentpoint, dog med en helt uændret andel (18,5 %) mellem 2021 og 2025. Stagnationen ses blandt mænd og kvinder i alle alders- og uddannelsesgrupper, dog fraregnet en mindre stigning blandt kvinder med henholdsvis grundskole og en gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse.

Blandt mænd med svær overvægt har 30,4 % af sundhedspersonale i egen lægepraksis inden for de seneste 12 måneder modtaget råd om at ændre kostvaner, mens 45,7 % har modtaget råd om henholdsvis at dyrke motion og at tabe sig. De tilsvarende andele blandt kvinder med svær

overvægt er 26,8 %, 38,5 % og 36,2 %. For alle typer af råd er andelen således større blandt mænd med svær overvægt end blandt kvinder med svær overvægt.

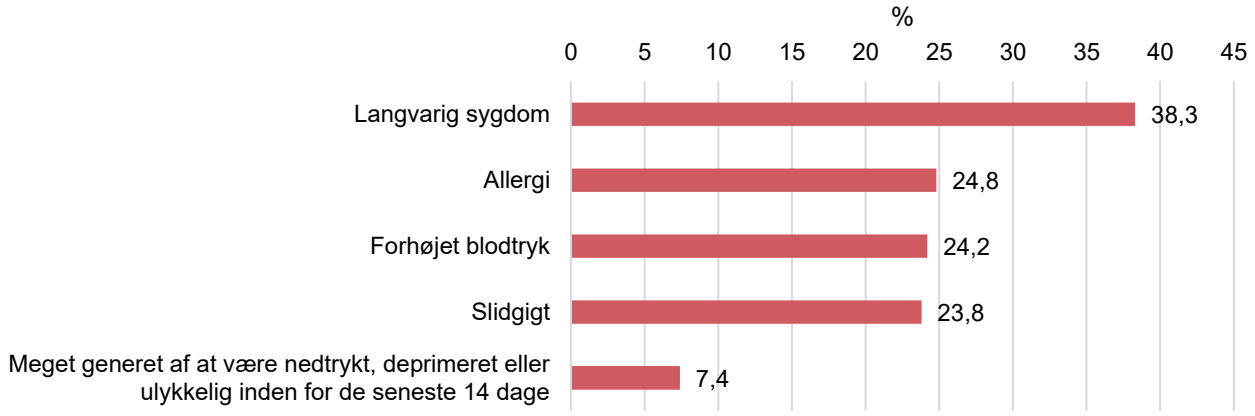
Flere samtidige risikofaktorer

Sundhedsrelaterede risikofaktorer, såsom rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, et usundt kostmønster og svær overvægt har både isoleret set og ved samtidig tilstedeværelse en negativ indvirkning på sundheden. Risikoen for både sygdom og tidlig død stiger betydeligt, jo flere risikofaktorer en person har på samme tid. Ophobningen af risikofaktorer ses ofte i bestemte grupper i befolkningen og hænger således ofte sammen med faktorer som køn, alder og uddannelseslængde. Blandt mænd har 11,5 % 3-5 samtidige risikofaktorer, mens det gælder for 7,1 % blandt kvinder. I alt har 31,9 % blandt kvinder og 29,3 % blandt mænd 0 risikofaktorer. Der er en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af samtidige risikofaktorer, hvor andelen med 3-5 samtidige risikofaktorer falder med længere uddannelse. Således falder andelen blandt mænd fra 23,9 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 4,4 % i gruppen med en lang videregående uddannelse. Blandt kvinder falder andelen tilsvarende fra 17,5 % til 2,6 % mellem de samme uddannelsesgrupper.

Sygelighed

I Figur 1.3 præsenteres hovedresultater for udvalgte indikatorer for sygelighed i 2025. Resultaterne beskrives desuden mere uddybende i den efterfølgende tekst, herunder mønstre i forhold til køn, alder, længst fuldførte uddannelse og erhvervsmæssig stilling samt udviklingen over tid.

Figur 1.3 Andel med udvalgte indikatorer for sygelighed. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Langvarig sygdom

I alt har 38,3 % blandt voksne i Danmark 1 eller flere langvarige sygdomme eller helbredsproblemer. Andelen er større blandt kvinder (40,4 %) end blandt mænd (36,2 %). Et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper med undtagelse af aldersgruppen 75 år eller derover, hvor der ikke ses nogen forskel mellem mænd og kvinder. For både mænd og kvinder stiger andelen med langvarig sygdom med stigende alder. Andelen med langvarig sygdom falder med længere

uddannelse, fra 52,3 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 31,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse. I perioden fra 2010 til 2025 ses en stigning i andelen med langvarig sygdom på +4,9 procentpoint.

Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Af de adspurgte sygdomme og helbredsproblemer er allergi (24,8 %), forhøjet blodtryk (24,2 %) og slidgigt (23,8 %) de hyppigst forekommende blandt voksne i Danmark, hvor både aktuelt sygdom og eftervirkninger af tidligere sygdom medregnes. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er overordnet set steget i perioden fra 2010 til 2025.

Smerter eller ubehag

Samlet set har 7,4 % af den voksne befolkning været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, heraf en tendens til en lidt større andel blandt kvinder (8,2 %) end blandt mænd (6,6 %). Blandt kvinder ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år (14,8 %), hvorefter andelen overordnet set falder med stigende alder. Blandt mænd ses den største andel i aldersgruppen 25-34 år, efterfulgt af en faldende andel med stigende alder. Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, er relativt stor blandt arbejdsløse (22,8 %), andre uden for arbejdsmarkedet (21,3 %) og førtidspensionister (18,8 %). Der ses en tendens til en lille stigning på +1,8 procentpoint i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, i perioden fra 2010 til 2025, dog med en stagnation i udviklingen mellem 2021 (8,3 %) og 2025.

Middellevetid og gode leveår

Middellevetiden blandt 0-årige i Danmark er i perioden fra 2010 til 2025 steget fra 76,5 år til 79,6 år blandt mænd og fra 80,8 år til 83,4 år blandt kvinder. Demografiske ændringer har dog medført et øget fokus på at belyse, om de ekstra leveår, der føjes til livet, leves med godt eller mindre godt helbred.

Opgørelser af den forventede restlevetid ved en given alder kan derfor opdeles i restlevetid med henholdsvis godt helbred (gode leveår) og dårligt helbred (tabte gode leveår). Ved at kombinere registeroplysninger om befolkningens dødelighed med selvrapporterede helbredsoplysninger er det således muligt at beregne gode leveår og tabte gode leveår ud fra forskellige helbredsindikatorer. I denne rapport anvendes følgende indikatorer til at belyse gode leveår: 1) andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, 2) andelen uden langvarig sygdom, og 3) andelen med et højt mentalt velbefindende. Resultaterne opgøres for 16-årige og 65-årige mænd og kvinder og skal fortolkes således, at et fald over tid i andelen af restlevetiden med gode leveår peger på, at stigningshastigheden i gode leveår ikke har kunnet følge med stigningshastigheden i den forventede restlevetid. En stigning over tid i andelen peger modsat på, at stigningshastigheden i gode leveår overstiger stigningshastigheden i den forventede restlevetid.

Selvvurderet helbred

For 16-årige ses i perioden fra 2010 til 2025 en stigning på +1,4 år gode leveår for mænd (fra 52,5 år til 53,9 år) og +0,6 år gode leveår for kvinder (fra 53,7 år til 54,3 år) for indikatoren ’Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred’. I samme periode ses et fald i andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på -2,4 procentpoint for mænd (fra 86,5 % til 84,1 %) og -2,5 procentpoint for kvinder (fra 82,5 % til 80,0 %).

For 65-årige ses i perioden fra 2010 til 2025 en stigning på +1,6 år gode leveår for mænd (fra 12,6 år til 14,2 år) og +1,9 gode leveår for kvinder (fra 13,6 år til 15,5 år) for indikatoren ’Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred’. I samme periode ses en stigning andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på +0,6 procentpoint for mænd (fra 77,5 % til 78,1 %) og +3,2 procentpoint for kvinder (fra 70,9 % til 74,1 %).

Langvarig sygdom

For 16-årige mænd ses i perioden fra 2010 til 2025 en stigning på +1,0 gode leveår for mænd (fra 40,9 år til 41,9 år) for indikatoren ’Ingen langvarig sygdom’, mens der ses et fald på -1,0 gode leveår for kvinder (fra 42,0 år til 41,0 år). I samme periode ses et fald i andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på -1,9 procentpoint for mænd (fra 67,3 % til 65,4 %) og -4,1 procentpoint for kvinder (fra 64,5 % til 60,4 %).

For 65-årige ses i perioden fra 2010 til 2025 en stigning på +0,4 gode leveår for mænd (fra 8,8 år til 9,2 år) og +0,3 gode leveår for kvinder (fra 9,9 år til 10,2 år) for indikatoren ’Ingen langvarig sygdom’. I samme periode ses et fald i andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på -3,5 procentpoint for mænd (fra 54,0 % til 50,5 %) og -2,6 procentpoint for kvinder (fra 51,7 % til 49,1 %).

Mentalt velbefindende

For 16-årige ses i perioden fra 2021 til 2025 en stigning på +0,7 gode leveår for mænd (fra 9,7 år til 10,4 år) og +1,4 gode leveår for kvinder (fra 8,3 år til 9,7 år) for indikatoren ’Højt mentalt velbefindende’. I samme periode ses en stigning i andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på +0,9 procentpoint for mænd (fra 15,3 % til 16,2 %) og +0,9 procentpoint for kvinder (fra 12,3 % til 14,2 %).

For 65-årige ses i perioden fra 2021 til 2025 en stigning på +0,8 gode leveår for mænd (fra 3,7 år til 4,5 år) og +1,0 gode leveår for kvinder (fra 3,8 år til 4,8 år) for indikatoren ’Højt mentalt velbefindende’. I samme periode ses en stigning i andelen af restlevetiden med gode leveår for denne indikator på +4,5 procentpoint for mænd (fra 20,4 % til 24,9 %) og +4,7 procentpoint for kvinder (fra 18,2 % til 22,9 %).

Læsevejledning

Det er afgørende at være opmærksom på en række forhold for at forstå rapportens resultater korrekt. For det første er undersøgelsen designet som en tværsnitsundersøgelse (jævnfør Bilag A), hvilket betyder, at alle data er indsamlet på samme tid. En tværsnitsundersøgelse giver et øjebliksbillede og kan danne grundlag for analyse af sammenhænge mellem relevante indikatorer i undersøgelsen. Det er imidlertid ikke muligt at påvise, hvad der er årsag, og hvad der er virkning. Hvis en analyse eksempelvis dokumenterer, at der er en sammenhæng mellem svær overvægt og stillesiddende fritidsaktivitet, er det på grund af undersøgelsens design ikke muligt at fastslå, om det er svær overvægt, der fører til stillesiddende fritidsaktivitet, eller om det er den stillesiddende fritidsaktivitet, der er en mulig årsag til svær overvægt.

Hvert afsnit indledes med en kort introduktion til emnet, som desuden sættes i relation til den samlede betydning for folkesundheden i Danmark. Herefter følger en beskrivelse af de spørgsmål, der ligger til grund for de indikatorer, der efterfølgende præsenteres opgørelser for. For hver enkelt indikator vises herefter opgørelser for henholdsvis status i 2025, opdelt på sociodemografiske variable som køn, alder, længst fuldførte uddannelse og erhvervsmæssig stilling (jævnfør Bilag B). Endvidere vises udviklingen over tid, både overordnet set og opdelt på henholdsvis køns- og aldersgrupper og køns- og uddannelsesgrupper, for de indikatorer, som har været med i én eller flere af de tidligere undersøgelsesrunder. Opgørelserne efterfølges af en kommenterende tekst.

Nogle opgørelser viser en aldersjusteret procent, som angiver andelen i befolkningen med den pågældende indikator, hvis aldersfordelingen i den betragtede gruppe er den samme som i den europæiske standardbefolkning (5). Begrundelsen for at præsentere aldersjusterede andele for nogle opgørelser, er, at forskellen i aldersfordelingen mellem to grupper kan være så forskellig, at en sammenligning af andelene i grupperne ellers ville være problematisk, hvis der ikke blev taget højde for aldersfordelingen i grupperne. Alle resultater i rapporten er baseret på vægtede besvarelser (jævnfør Bilag A), mens antal personer er uvægtede.

Standardopgørelser

I rapporten præsenteres såkaldte standardopgørelser for en række indikatorer, som er opbygget på samme måde. En standardopgørelse omfatter først en statustabel for resultater i 2025, både overordnet set i befolkningen samt opdelt på sociodemografiske variable (køn, alder, længst fuldførte uddannelse og erhvervsmæssig stilling). Øverste række i statustabellen har søjleoverskrifterne ’Procent’, ’OR’, ’95 % sikkerhedsgrænser’ og ’Antal svarpersoner’, og i Tabel 1 gennemgås fortolkningen af disse overskrifter (med indikatoren ’Svær overvægt’ som eksempel). Efter statustabellen følger en udviklingstabel, som viser den overordnede udvikling for indikatoren, og slutteligt vises i to figurer udviklingen for indikatoren, opdelt på henholdsvis køns- og aldersgrupper og køns- og uddannelsesgrupper. Opgørelser, der viser udviklingen, præsenteres kun for de indikatorer, som har været med i mindst én af de tidligere undersøgelsesrunder, og hvor spørgsmålsformuleringen for den pågældende indikator er identisk.

Procent

Søjlen ’Procent’ angiver den procentvise andel i den voksne del af befolkningen i Danmark med den givne indikator.

OR

Søjlen ’OR’ angiver odds ratio, som er et mål for, i hvilket omfang forekomsten af den betragtede indikator ligger højere eller lavere end i den gruppe, der er valgt som sammenligningsgruppe (referencegruppe), når der tages højde for eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætningen mellem grupperne. Referencegruppen er kendetegnet ved, at OR altid er 1, samt at der ikke præsenteres 95 % sikkerhedsgrænser for denne gruppe (se boksen ’Hvad er en odds ratio (OR)?’ herunder for en nærmere beskrivelse af fortolkningen af OR). Opgørelser for alderspensionister er ikke angivet med OR, idet denne gruppe per definition er afgrænset ved en særlig alderssammensætning, hvorfor en aldersjustering ikke er relevant.

95 % sikkerhedsgrænser

Søjlen ’95 % sikkerhedsgrænser’ angiver med en nedre og en øvre grænse et 95 % sikkerhedsinterval for OR, hvor intervallet vil indeholde den sande værdi af OR i 95 % af tilfældene.

Antal svarpersoner

Søjlen ’Antal svarpersoner’ angiver det uvægtede antal svarpersoner i den pågældende gruppe.

Hvad er en odds ratio (OR)?

En odds ratio er et hyppigt anvendt mål til belysning af sammenhængen mellem to indikatorer og udtrykker specifikt forholdet (ratioen) mellem to odds (chancer).

Hvis OR større end 1, betyder det, at andelen med den pågældende indikator er større i den betragtede gruppe end i referencegruppen, mens en OR på mindre end 1 betyder, at andelen med den pågældende indikator er mindre i den betragtede gruppe. En OR på 1 betyder, at der ingen forskel er mellem de to grupper.

Som illustration af beregningen af OR ses i nedenstående eksempel et hypotetisk eksempel på sammenhængen mellem køn og langvarig sygdom.

Antal mænd og kvinder med en langvarig sygdom

	Langvarig sygdom		I alt	Odds	Odds ratio
	Ja	*Nej*			
Mænd	269	437	706	0,62	0,86
Kvinder	311	435	746	0,71	1

I eksemplet har i alt 38 % blandt mænd (269/706) og 42 % blandt kvinder (311/746) en langvarig sygdom, hvilket betyder, at mænd i mindre grad end kvinder svarer, at de har en langvarig sygdom.

Denne konklusion er baseret på følgende beregning af OR: 269 mænd svarer, at de har en langvarig sygdom, mens 437 svarer, at de ikke har. Dette giver et beregnet odds for langvarig sygdom blandt mænd på 0,62 (269/437). Fortolkningen her er, at for hver mand, der angiver, de ikke har en langvarig sygdom, er der 0,62, der har. Tilsvarende er odds for langvarig sygdom blandt kvinder 0,71 (311/435). I eksemplet er kvinder valgt som referencegruppe, og det betyder, at den beregnede OR er 0,86 (0,62/0,71). Eftersom OR er mindre end 1, og referencegruppen er kvinder, viser opgørelsen for sammenhængen mellem køn og langvarig sygdom, at mænd i mindre grad end kvinder har en langvarig sygdom.

Tabel 1 Eksempel på statustabel i en standardopgørelse. Svær overvægt (BMI≥30). 2025. Procent (Tabel 3.5.3 i rapporten)

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	18,5			120.120
Mænd	16-24 år	6,4	0,24	(0,20;0,28)	3.575
	25-34 år	17,5	0,74	(0,67;0,83)	4.103
	35-44 år	20,7	0,92	(0,83;1,02)	4.599
	45-54 år	22,2	1		7.681
	55-64 år	24,0	1,11	(1,02;1,20)	11.048
	65-74 år	21,4	0,95	(0,88;1,03)	11.770
	≥75 år	16,0	0,67	(0,61;0,73)	10.525
	Alle mænd	18,7			53.301
Kvinder	16-24 år	7,3	0,27	(0,23;0,30)	5.070
	25-34 år	17,9	0,74	(0,68;0,81)	6.195
	35-44 år	20,6	0,88	(0,81;0,96)	7.202
	45-54 år	22,8	1		10.514
	55-64 år	23,0	1,02	(0,95;1,09)	13.494
	65-74 år	18,6	0,78	(0,72;0,83)	12.918
	≥75 år	15,0	0,60	(0,55;0,65)	11.426
	Alle kvinder	18,2			66.819
Uddannelse	Grundskole	28,4	2,02	(1,89;2,14)	10.546
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	24,4	1,54	(1,47;1,61)	35.419
	Kort videregående uddannelse	19,9	1,17	(1,10;1,25)	10.925
	Mellemlang videregående uddannelse	17,7	1		28.455
	Lang videregående uddannelse	11,1	0,55	(0,51;0,58)	16.739

Tallet 28,4 angiver, at 28,4 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse har svær overvægt.

Intervallet 1,89-2,14 angiver den sikkerhedsmargin, som indeholder den sande værdi af OR i 95 % af tilfældene.

Tallet 2,02 angiver odds ratioen for svær overvægt blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse i forhold til referencegruppen (OR=1), som er personer med en mellemlang videregående uddannelse. I opgørelsen af OR er der taget højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne. I dette eksempel har personer med grundskole 2,02 gange større odds for at have svær overvægt end referencegruppen.

Tallet angiver, at 10.546 personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse har besvaret spørgsmålene, der ligger til grund for beregning af svær overvægt.

Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, Ekholm O. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Eurostat. Revision of the European Standard Population - Report of Eurostat's task force. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2013

2 Helbred og trivsel

2.1 Selvvurderet helbred
2.2 Fysisk og mentalt helbred
2.3 Søvn
2.4 Stress
2.5 Sociale relationer

2.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred kan beskrives som en persons egen samlede vurdering af sin generelle helbredstilstand. Beskrivelsen omfatter således en række helbredsmæssige forhold, der ikke alene kan beskrives ved en opremsning af kendte symptomer, sygdomme og risikofaktorer så som rygestatus og alkoholforbrug. Undersøgelser har vist, at et dårligt selvvurderet helbred er stærkt forbundet med en øget risiko for både sygdom og tidlig død (1-6). Ligeledes er et lavt selvvurderet helbred relateret til højere medicinforbrug og hyppigere kontakt med sundhedsvæsenet (7-9). I internationale anbefalinger fremhæves desuden vigtigheden af at inkludere spørgsmål om selvvurderet helbred i befolkningsundersøgelser (10, 11), da denne indikator giver et overordnet billede af helbredstilstanden i befolkningen.

En persons vurdering af eget helbred omfatter ikke kun den aktuelle helbredssituation, men også udviklingen i helbredet gennem livet, kendskab til sygelighed og dødelighed i familien samt en vurdering af egen helbredstilstand i forhold til jævnaldrende (12). Derudover kan vurderingen af eget helbred påvirke, hvordan man reagerer på og håndterer sygdom samt éns tilgang til sundhedsfremmende og forebyggende adfærd. Selvvurderet helbred er også påvirket af oplevelsen af egne ressourcer og muligheden for at få støtte og hjælp i sit netværk i tilfælde af sygdom (5).

I denne undersøgelse belyses selvvurderet helbred ud fra følgende spørgsmål: ’Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?’, hvortil det var muligt at svare: ’Fremragende’, ’Vældig godt’, ’Godt’, ’Mindre godt’ eller ’Dårligt’.

Selvvurderet helbred – køn og alder

I Tabel 2.1.1 ses svarfordelingen for selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Hovedparten af den danske befolkning vurderer, at de har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (82,1 %). I alt vurderer 11,1 % blandt mænd og 7,4 % blandt kvinder eget helbred som fremragende, mens 2,7 % blandt mænd og 3,1 % blandt kvinder vurderer eget helbred som dårligt. Blandt begge køn ses det, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred falder med stigende alder.

Tabel 2.1.1 Selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Fremragende	21,8	16,4	12,4	8,8	7,9	6,3	4,2	11,1
Vældig godt	43,6	39,8	37,7	37,1	33,5	32,0	23,9	35,4
Godt	26,9	31,6	36,5	38,4	38,7	43,6	47,0	37,5
Mindre godt	6,6	9,9	11,0	12,8	16,5	15,5	20,5	13,3
Dårligt	1,2	2,2	2,4	2,9	3,4	2,5	4,4	2,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.748	5.041	5.570	8.721	12.090	12.615	11.342	60.127
Kvinder								
Fremragende	11,3	10,5	8,3	7,2	6,0	5,8	3,4	7,4
Vældig godt	42,8	39,6	36,2	33,7	31,8	31,0	20,0	33,3
Godt	34,0	35,6	37,8	38,3	39,1	42,7	48,0	39,5
Mindre godt	10,2	12,5	14,5	17,0	19,4	17,6	24,2	16,7
Dårligt	1,7	1,8	3,3	3,8	3,8	2,9	4,4	3,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.426	7.493	8.296	11.591	14.526	13.737	12.564	74.633

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt.

Tabel 2.1.2 Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	82,1			134.760
Mænd	16-24 år	92,2	2,21	(1,93;2,53)	4.748
	25-34 år	87,9	1,35	(1,21;1,51)	5.041
	35-44 år	86,6	1,21	(1,08;1,35)	5.570
	45-54 år	84,3	1		8.721
	55-64 år	80,1	0,75	(0,69;0,82)	12.090
	65-74 år	81,9	0,84	(0,78;0,92)	12.615
	≥75 år	75,2	0,56	(0,52;0,61)	11.342
	Alle mænd	84,0			60.127
Kvinder	16-24 år	88,1	1,94	(1,76;2,15)	6.426
	25-34 år	85,7	1,57	(1,44;1,72)	7.493
	35-44 år	82,2	1,22	(1,12;1,32)	8.296
	45-54 år	79,2	1		11.591
	55-64 år	76,8	0,87	(0,81;0,93)	14.526
	65-74 år	79,5	1,02	(0,95;1,10)	13.737
	≥75 år	71,4	0,66	(0,61;0,70)	12.564
	Alle kvinder	80,2			74.633
Uddannelse	Grundskole	68,6	0,42	(0,39;0,44)	10.804
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	78,6	0,69	(0,66;0,72)	35.907
	Kort videregående uddannelse	81,8	0,84	(0,78;0,89)	11.067
	Mellemlang videregående uddannelse	84,1	1		28.739
	Lang videregående uddannelse	89,9	1,56	(1,45;1,67)	16.893
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	88,7	1		55.215
	Arbejdsløse	68,7	0,27	(0,23;0,31)	1.422
	Førtidspensionister	45,4	0,11	(0,11;0,12)	4.980
	Andre uden for arbejdsmarkedet	63,8	0,19	(0,18;0,21)	5.372
	Alderspensionister	77,2			50.258

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt vurderer 82,1 % af den voksne befolkning i Danmark, at de har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred (Tabel 2.1.2). Andelen er større blandt mænd (84,0 %) end blandt kvinder (80,2 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgruppe. Både blandt mænd og blandt kvinder falder andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt. Således stiger andelen fra 68,6 % blandt personer med grundskole som længst gennemførte uddannelse til 89,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er markant større blandt beskæftigede (88,7 %) end blandt arbejdsløse (68,7 %), andre uden for arbejdsmarkedet (63,8 %) og førtidspensionister (45,4 %). Blandt alderspensionister er andelen 77,2 %.

Udvikling: Der er i perioden fra 2010 til 2025 sket et mindre fald i andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, fra 85,0 % til 82,1 % (Tabel 2.1.3). I aldersgruppen 75 år eller derover er andelen steget både blandt mænd og kvinder. I aldersgrupperne 45-54 år, 55-64 år og 65-74 år er andelen stort set uændret blandt mænd, og samme mønster ses blandt kvinder i aldersgruppen 65-74 år (Figur 2.1.1). I alle uddannelses-grupper ses både blandt mænd og blandt kvinder en tendens til et mindre fald i andelen i perioden (Figur 2.1.2).

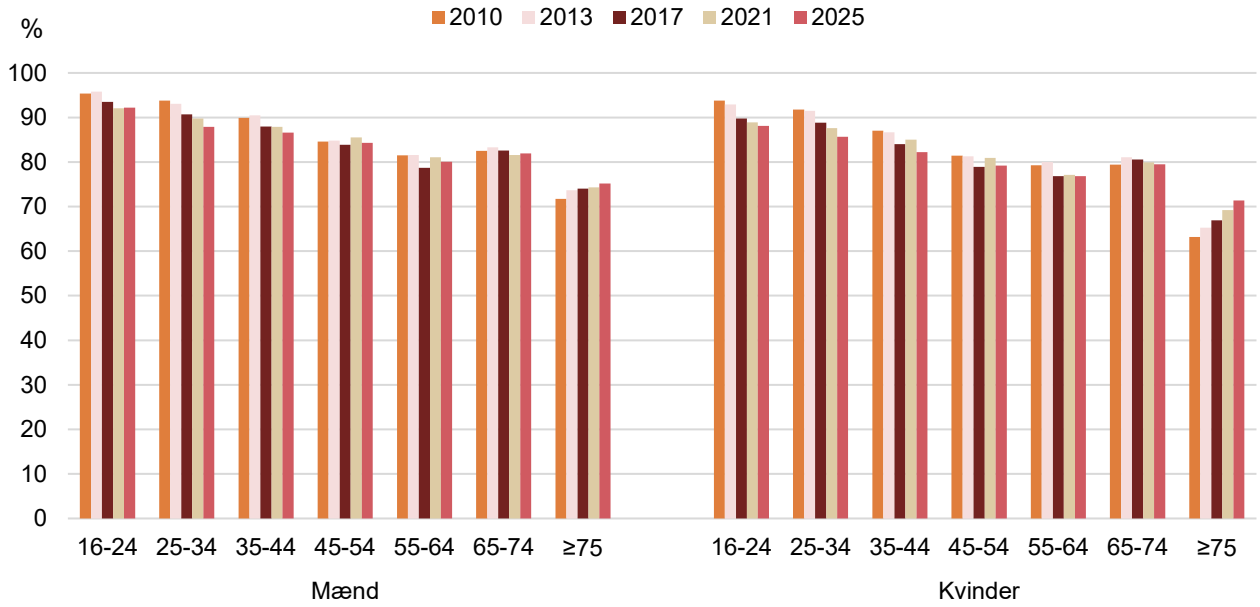
Tabel 2.1.3 Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	85,0	1		175.130
	2013	85,2	1,03	(1,00;1,05)	160.394
	2017	83,2	0,88	(0,86;0,90)	182.169
	2021	83,3	0,90	(0,88;0,92)	182.522
	2025	82,1	0,86	(0,84;0,88)	134.760

[1]*Justeret for køn og alder*

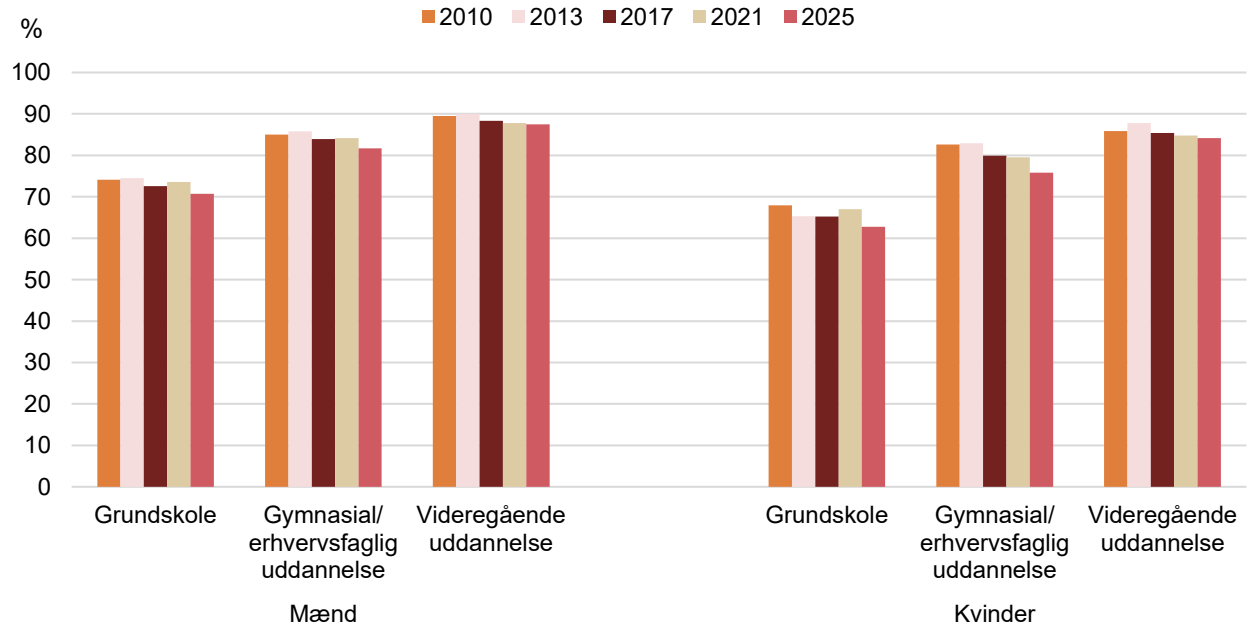
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.1.1 Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.1.2 Andel, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Referencer

1. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults: Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. Maturitas. 2017; 103:37-44.
2. Baćak V, Ólafsdóttir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. Scand J Public Health. 2017; 45:647-653.
3. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. A meta-analysis. J Gen Intern Med. 2006; 21:267-75.
4. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2013; 68:107-16.
5. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. J Health Soc Behav. 1997; 38:21-37.
6. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. PLoS One. 2014;9:e84933.
7. Hajek A, Kretzler B, König HH. Determinants of Frequent Attendance in Primary Care. A Systematic Review of Longitudinal Studies. Front Med (Lausanne). 2021;8:595674.
8. Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Breidablik HJ. Is self-rated health in adolescence a predictor of prescribed medication in adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study and the Norwegian Prescription Database. SSM Popul Health. 2018; 4:144-152.
9. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. Pharmacoepidemiol Drug Saf. 2008; 17:186-92. doi:10.1002/pds.1529
10. Robine JM, Jagger C. Creating a coherent set of indicators to monitor health across Europe: the Euro-REVES 2 project. Eur J Public Health. 2003;13(3 Suppl):6-14. doi:10.1093/eurpub/13.suppl_1.6
11. de Bruin A, Picavet HS, Nossikov A. Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments. WHO Reg Publ Eur Ser. 1996;58: i-xiii, 1-161.
12. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine. 2009; 69, 307–316

2.2 Fysisk og mentalt helbred

Verdenssundhedsorganisationen WHO definerer sundhed som ’en tilstand af fuldstændig fysisk, mental og socialt velbefindende og ikke blot fravær af sygdom eller svækkelse’. Denne definition understreger, at sundhed ikke alene handler om fravær af sygdom, men også omfatter trivsel på både det fysiske, psykiske og sociale plan. Fysisk og mentalt helbred udgør derfor centrale komponenter i beskrivelsen af sundhedstilstanden i befolkningen.

En lang række studier viser, at dårligt fysisk helbred er forbundet med øget risiko for tidlig død og forekomsten af kroniske sygdomme, herunder kræft og hjertekarsygdomme (1-3). Samtidig er der solid videnskabelig evidens for, at mental helbred har afgørende betydning for menneskers evne til at fungere og trives – både socialt, uddannelses- og arbejdsmæssigt samt økonomisk – og dermed for deres muligheder for at deltage aktivt i samfundet, både på kort og lang sigt (4-6). Fysisk og mentalt helbred er desuden gensidigt påvirket gennem flere af de samme mekanismer. Eksempelvis kan dårligt fysisk helbred så som smerte påvirke det mentale helbred. Dårligt mentalt helbred så som tristhed kan også have en betydning for éns fysiske helbred. Relationen er både direkte og gennem underliggende faktorer. Eksempelvis kan fysisk aktivitet forbedre det fysiske helbred gennem fysisk aktivitet, men fysisk aktivitet har også en direkte positiv effekt på mentale helbredsmål som depressionssymptomer, selvværd og mental trivsel (7). Omvendt kan dårligt mentalt helbred føre til et lavere aktivitetsniveau og dermed øge risikoen for fysiske helbreds-problemer (7). Derudover peger forskning på, at sociale relationer, som påvirker både det mentale helbred og den fysisk sundhed, spiller en central rolle i samspillet mellem det fysiske og det mentale helbred, idet social isolation er forbundet med øget risiko for både dårligere mentalt helbred og højere dødelighed (8).

I forsknings- og monitoreringssammenhænge måles befolkningens selvvurderede fysiske og mentale helbred typisk ved hjælp af enkeltspørgsmål eller gennem mere omfattende spørgsmåls-batterier, som kan indfange flere dimensioner af helbred og trivsel.

I denne rapport belyses fysisk helbred på baggrund af spørgsmålet: ’Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?’, med svarkategorierne: ’ Slet ikke’, ’Lidt’, ’Noget’, ’En hel del’ og ’Virkelig meget’.

Derudover belyses mentalt helbred på baggrund af spørgsmålet: ’Disse spørgsmål handler om, hvordan du har haft det i de sidste 4 uger. For hvert spørgsmål, vælg venligst det svar, som bedst beskriver, hvordan du har haft det. Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger har du følt dig trist til mode?’, med svarkategorierne: ’Hele tiden’, ’Det meste af tiden’, ’Noget af tiden’, ’Lidt af tiden’ og ’På intet tidspunkt’. Endvidere belyses borgernes mentale velbefindende på baggrund af besvarelser fra det validerede og anerkendte spørgsmålsbatteri, *Short Warwich-Edinburgh Well-Being Scale* (SWEMWBS), som er en forkortet version af *Warwick-Edinburgh Mental Well-Being Scale* (WEMWBS) og betragtes som et solidt og anvendeligt redskab til at måle mentalt velbefindende i spørgeskemaundersøgelser.

SWEMWBS består af 7 positivt formulerede udsagn om den adspurgtes mentale velbefindende i de sidste 2 uger. Hvert udsagn scores fra 1 til 5, og den samlede score kan derfor ligge mellem 7 og 35. En højere score udtrykker et højere mentalt velbefindende.

Der findes ikke faste, internationale grænseværdier for, hvordan resultaterne fra SWEMWBS skal fortolkes. I denne rapport anvendes derfor en standardafgrænsning, som bygger på et dansk studie (9) og inspiration fra Health Survey for England 2011 (10). Her defineres:

- **Lavt mentalt velbefindende** som en konverteret score mere end én standardafvigelse under gennemsnittet (7,0–19,98).
- **Moderat mentalt velbefindende** som en score inden for intervallet 20,73–28,13.
- **Højt mentalt velbefindende** som en score mere end én standardafvigelse over gennemsnittet (29,31–35).

Denne metode betyder, at 21,1 % af befolkningen klassificeres til at have et lavt mentalt velbefindende, 62,9 % til at have et moderat mentalt velbefindende og 16,1 % til at have et højt mentalt velbefindende. Det er vigtigt at understrege, at disse grænser ikke er klinisk definerede, men bygger på relative afgrænsninger. Derfor bør fokus i de følgende analyser være på forskelle mellem befolkningsgrupper, eksempelvis opdelt på køn, alder eller uddannelse, frem for på de absolutte andele.

I Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021 blev det mentale og fysiske helbred målt med Short Form 12 (SF-12). Fra 2025 anvendes SWEMWBS som nyt mål for mentalt helbred. Skiftet skyldes blandt andet et ønske om et tydeligere fokus på trivsel og mentalt velbefindende samt metodiske begrænsninger ved SF-12, som vurderes at have reduceret dets egnethed til dette formål. I nærværende rapport inddrages enkelte SF-12-items dog fortsat for at kunne belyse udvikling over tid inden for bestemte helbredsområder. Det gælder borgernes selvvurderede helbred (se Kapitel ’2.1 Selvvurderet helbred’) samt oplysninger om fysisk smerte og at føle sig trist til mode, som beskrives i dette kapitel.

Fysisk smerte – køn og alder

Tabel 2.2.1 viser svarfordelingen for spørgsmålet om, hvor meget fysisk smerte har vanskeliggjort svarpersonens daglige arbejde. Andelen, der vurderer, at fysisk smerte slet ikke har vanskeliggjort det daglige arbejde, er større blandt mænd (50,0 %) end blandt kvinder (44,7 %) (Tabel 2.2.1). Blandt begge køn falder andelen med stigende alder. Omvendt angiver 2,9 % blandt mænd og 3,9 % blandt kvinder, at fysisk smerte har vanskelig gjort det daglige arbejde virkelig meget. Overordnet set stiger andelen med stigende alder.

Tabel 2.2.1 Fysisk smerte inden for de sidste 4 uger (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Slet ikke	64,3	60,3	53,9	50,7	45,7	41,3	35,3	50,0
Lidt	24,1	26,1	28,6	28,8	27,9	31,8	28,9	28,1
Noget	7,4	8,5	9,8	10,7	12,6	14,1	16,9	11,5
En hel del	3,1	3,5	5,6	6,6	10,3	9,7	13,7	7,6
Virkelig meget	1,2	1,6	2,2	3,3	3,5	3,1	5,2	2,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.446	4.822	5.368	8.535	11.924	12.504	11.218	58.817
Kvinder								
Slet ikke	56,8	53,4	49,5	45,1	41,4	40,5	29,5	44,7
Lidt	27,7	27,8	27,1	27,6	27,8	29,3	26,7	27,8
Noget	9,8	10,5	11,5	12,9	14,5	15,4	18,6	13,5
En hel del	4,4	6,3	8,3	9,8	11,8	11,1	18,0	10,2
Virkelig meget	1,3	2,0	3,7	4,5	4,5	3,8	7,3	3,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	6.078	7.186	8.104	11.414	14.366	13.634	12.414	73.196

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Trist til mode – køn og alder

Svarfordelingen for spørgsmålet om, hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger svarpersonerne har følt sig trist til mode, fremgår af Tabel 2.2.2. Der ses ingen nævneværdig forskel i andelen, der hele tiden føler sig trist til mode, blandt mænd (1,7 %) og kvinder (1,6 %). Blandt begge køn er andelen nogenlunde konstant på tværs af aldersgrupper. Andelen, der på intet tidspunkt har følt sig trist til mode, er dog større blandt mænd (38,0 %) end blandt kvinder (29,3 %) (Tabel 2.2.2). Overordnet set stiger andelen for begge køn med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter den falder. Den mindste andel, der på intet tidspunkt har følt sig trist til mode, ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (11,5 %).

Tabel 2.2.2 Trist til mode de sidste 14 dage blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Hele tiden	1,8	2,3	2,1	1,6	1,4	1,1	1,8	1,7
Det meste af tiden	8,5	10,1	8,2	6,2	5,6	3,6	4,7	6,6
Noget af tiden	20,1	23,7	21,1	18,0	17,1	15,0	16,5	18,7
Lidt af tiden	41,1	38,3	37,7	37,1	33,0	30,2	29,7	35,1
På intet tidspunkt	28,6	25,7	30,9	37,1	42,9	50,0	47,3	38,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.369	4.767	5.310	8.467	11.849	12.415	11.023	58.200
Kvinder								
Hele tiden	2,6	1,7	1,3	1,4	1,3	1,5	1,7	1,6
Det meste af tiden	14,2	11,0	9,6	7,3	6,3	4,5	5,2	8,1
Noget af tiden	30,4	28,2	24,8	22,1	19,4	17,4	20,4	22,9
Lidt af tiden	41,4	42,5	40,9	39,5	37,1	34,2	32,8	38,1
På intet tidspunkt	11,5	16,7	23,4	29,8	36,0	42,4	39,9	29,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.987	7.103	8.040	11.323	14.288	13.518	12.138	72.397

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer:

- hvor fysisk smerte har vanskeligt gjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger
- hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 4 uger
- har et højt mentalt velbefindende

Det skal bemærkes, at spørgsmålsbatteriet for mentalt velbefindende (SWEMWBS) ikke indgik i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021. Imidlertid indgik SWEMWBS i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY) i 2021, som er baseret på en national stikprøve. De nationale besvarelser i SWEMWBS fra SUSY-2021 indgår således i de følgende opgørelser, der belyser udviklingen over tid, men præsenteres kun totalt.

Det skal yderligere bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var skoler, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, caféer og barer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejderne var hjemsendt. Yderligere var der en række andre restriktioner, herunder afstandskrav og forsamlingsforbud. Dette kan med stor sandsynlighed have påvirket borgernes mentale helbredstilstand, og udviklingen over tid skal derfor fortolkes med udgangspunkt i denne viden.

Tabel 2.2.3 Fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde) en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	12,3			132.013
Mænd	16-24 år	4,2	0,41	(0,34;0,49)	4.446
	25-34 år	5,1	0,49	(0,42;0,58)	4.822
	35-44 år	7,8	0,77	(0,67;0,89)	5.368
	45-54 år	9,8	1		8.535
	55-64 år	13,7	1,46	(1,32;1,62)	11.924
	65-74 år	12,8	1,35	(1,22;1,49)	12.504
	≥75 år	18,9	2,14	(1,94;2,36)	11.218
	Alle mænd	10,4			58.817
Kvinder	16-24 år	5,7	0,36	(0,32;0,41)	6.078
	25-34 år	8,3	0,54	(0,49;0,61)	7.186
	35-44 år	12,0	0,81	(0,74;0,90)	8.104
	45-54 år	14,3	1		11.414
	55-64 år	16,3	1,17	(1,07;1,26)	14.366
	65-74 år	14,8	1,04	(0,96;1,13)	13.634
	≥75 år	25,2	2,02	(1,87;2,18)	12.414
	Alle kvinder	14,1			73.196
Uddannelse	Grundskole	24,6	2,66	(2,48;2,84)	10.798
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	15,9	1,61	(1,53;1,70)	35.921
	Kort videregående uddannelse	12,0	1,19	(1,10;1,28)	11.064
	Mellemlang videregående uddannelse	10,5	1		28.760
	Lang videregående uddannelse	5,7	0,59	(0,54;0,65)	16.892
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	6,9	1		55.228
	Arbejdsløse	16,3	2,84	(2,41;3,36)	1.421
	Førtidspensionister	43,2	9,27	(8,57;10,0)	4.843
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,8	4,61	(4,22;5,04)	5.371
	Alderspensionister	17,8			49.770

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt angiver 12,3 % af den voksne befolkning i Danmark, at fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde) en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger (Tabel 2.2.3). Andelen er større blandt kvinder (14,1 %) end blandt mænd (10,4 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Både blandt mænd og blandt kvinder stiger andelen overordnet set med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, hvor fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger. Således falder andelen fra 24,6 % blandt personer med grundskole som længst gennemførte uddannelse til 5,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: I forhold til beskæftigede (6,9 %) ses en markant større andel, hvor fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger, blandt førtidspensionister (43,2 %), andre uden for arbejdsmarkedet (21,8 %) og arbejdsløse (16,3 %). Blandt alderspensionister er andelen 17,8 %.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2025 ses en tendens til en stigning i andelen, hvor fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger, fra 10,7 % til 12,3 % (Tabel 2.2.4). Både blandt mænd og kvinder ses den stigende tendens primært i de aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 35-44 år, hvorimod andelen falder blandt personer på 75 år eller derover (Figur 2.2.1). I alle uddannelsesgrupper ses både blandt mænd og kvinder en stigning i andelen i perioden (Figur 2.2.2). Dette dog med undtagelse af mænd og kvinder med en videregående uddannelse, hvor andelen stort set er uændret.

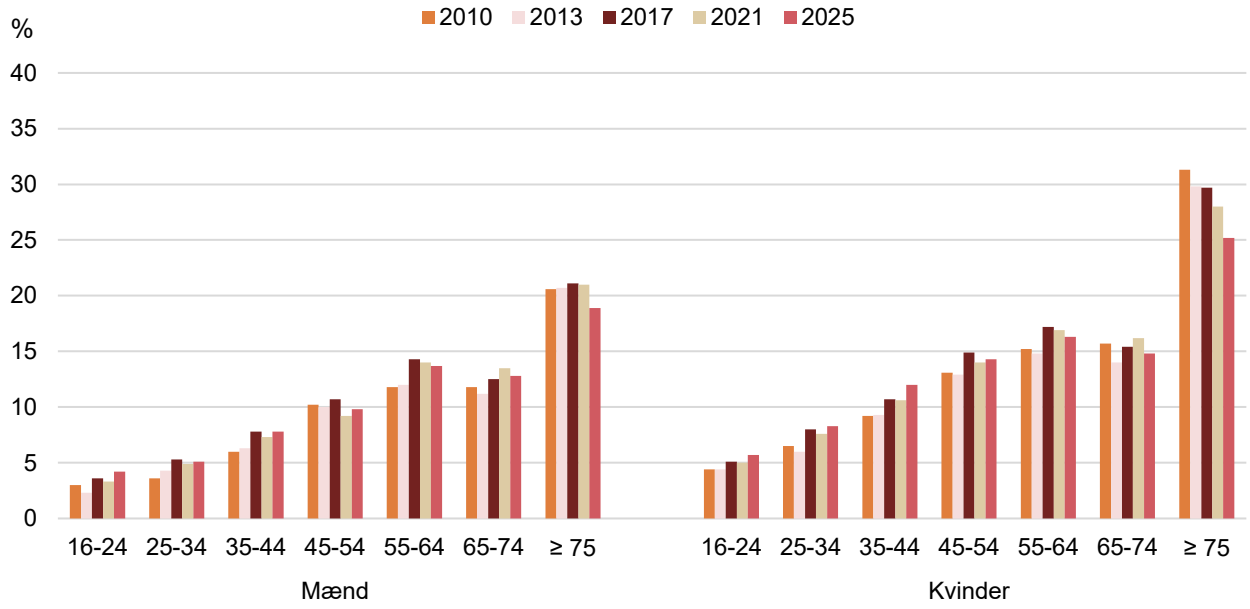
Tabel 2.2.4 Fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,7	1		173.669
	2013	10,5	0,98	(0,95;1,00)	160.122
	2017	12,0	1,13	(1,10;1,16)	179.896
	2021	11,9	1,09	(1,06;1,11)	179.440
	2025	12,3	1,06	(1,04;1,09)	132.013

[1]*Justeret for køn og alder*

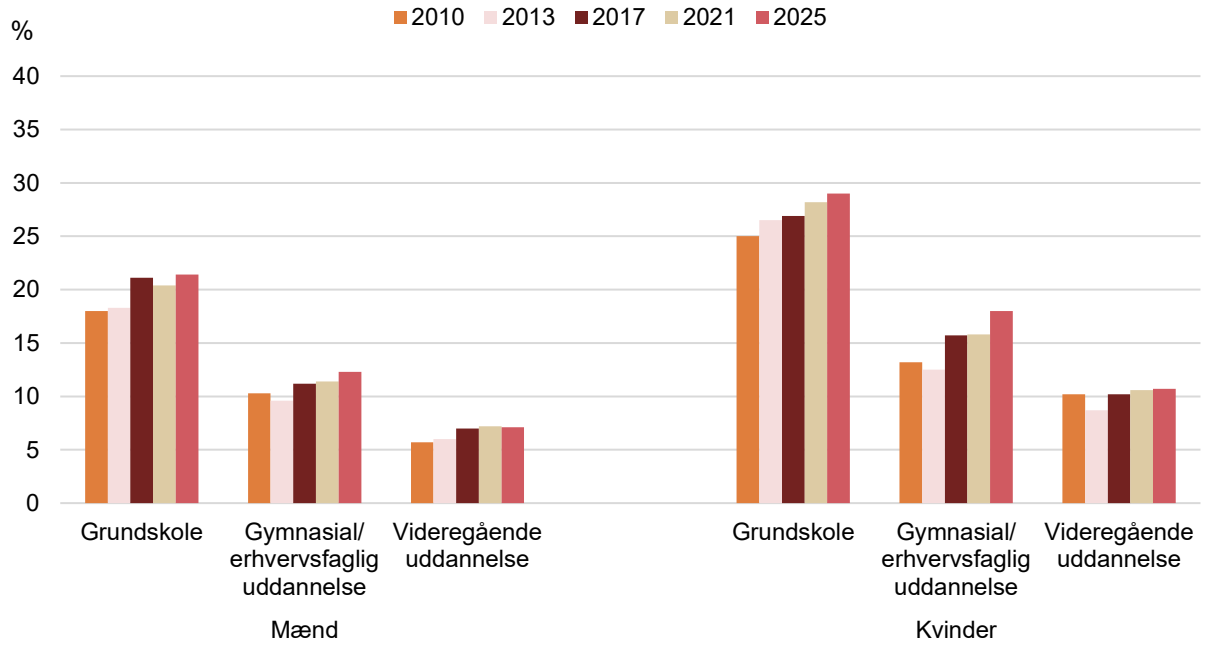
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.2.1 Andel, hvor fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.2.2 Andel, hvor fysisk smerte har vanskeliggjort det daglige arbejde en hel del eller virkelig meget inden for de sidste 4 uger, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 2.2.5 Hele tiden eller det meste af tiden følt sig trist til mode i de sidste 14 dage. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	9,0			130.597
Mænd	16-24 år	10,2	1,34	(1,16;1,55)	4.369
	25-34 år	12,4	1,67	(1,46;1,90)	4.767
	35-44 år	10,3	1,36	(1,18;1,56)	5.310
	45-54 år	7,8	1		8.467
	55-64 år	7,0	0,89	(0,78;1,00)	11.849
	65-74 år	4,7	0,59	(0,51;0,67)	12.415
	≥75 år	6,5	0,82	(0,72;0,93)	11.023
	Alle mænd	8,3			58.200
Kvinder	16-24 år	16,7	2,12	(1,90;2,37)	5.987
	25-34 år	12,7	1,53	(1,37;1,72)	7.103
	35-44 år	10,9	1,29	(1,15;1,45)	8.040
	45-54 år	8,6	1		11.323
	55-64 år	7,6	0,86	(0,77;0,96)	14.288
	65-74 år	6,0	0,68	(0,60;0,76)	13.518
	≥75 år	6,9	0,79	(0,70;0,88)	12.138
	Alle kvinder	9,7			72.397
Uddannelse	Grundskole	11,1	2,17	(1,97;2,39)	10.688
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	7,6	1,33	(1,23;1,43)	35.736
	Kort videregående uddannelse	7,4	1,26	(1,13;1,40)	11.031
	Mellemlang videregående uddannelse	6,4	1		28.686
	Lang videregående uddannelse	6,3	0,85	(0,77;0,94)	16.839
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	7,1	1		55.154
	Arbejdsløse	22,9	3,66	(3,11;4,30)	1.419
	Førtidspensionister	19,9	4,18	(3,78;4,61)	4.785
	Andre uden for arbejdsmarkedet	22,6	3,81	(3,45;4,21)	5.356
	Alderspensionister	6,0			49.094

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt angiver 9,0 % af den voksne befolkning i Danmark, at de hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage (Tabel 2.2.5). Andelen er større blandt kvinder (9,7 %) end blandt mænd (8,3 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Både blandt mænd og kvinder falder andelen med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses en lille stigning i aldersgruppen 75 år eller derover.

Uddannelse: Der er procentvist flest, som angiver, at de hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage, blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (11,1 %), mens andelen er stort set ens i de øvrige uddannelsesgrupper (6,3-7,6 %).

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage, er større blandt arbejdsløse (22,9 %), andre uden for arbejdsmarkedet (22,6 %) og førtidspensionister (19,9 %) end blandt beskæftigede (7,1 %). Blandt alderspensionister er andelen 6,0 %.

Udvikling: Andelen, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage, er steget en smule i perioden fra 2010 (7,1 %) til 2025 (9,0 %) (Tabel 2.2.6). Både blandt mænd og kvinder ses i perioden en stigning i andelen i aldersgrupperne 16-24 år, 35-44 år, 45-54 år, 55-64 år, mens andelen er faldet i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover (Figur 2.2.3). Både blandt mænd og kvinder ses i alle uddannelsesgrupper en stigning i andelen mellem 2010 og 2025 (Figur 2.2.4).

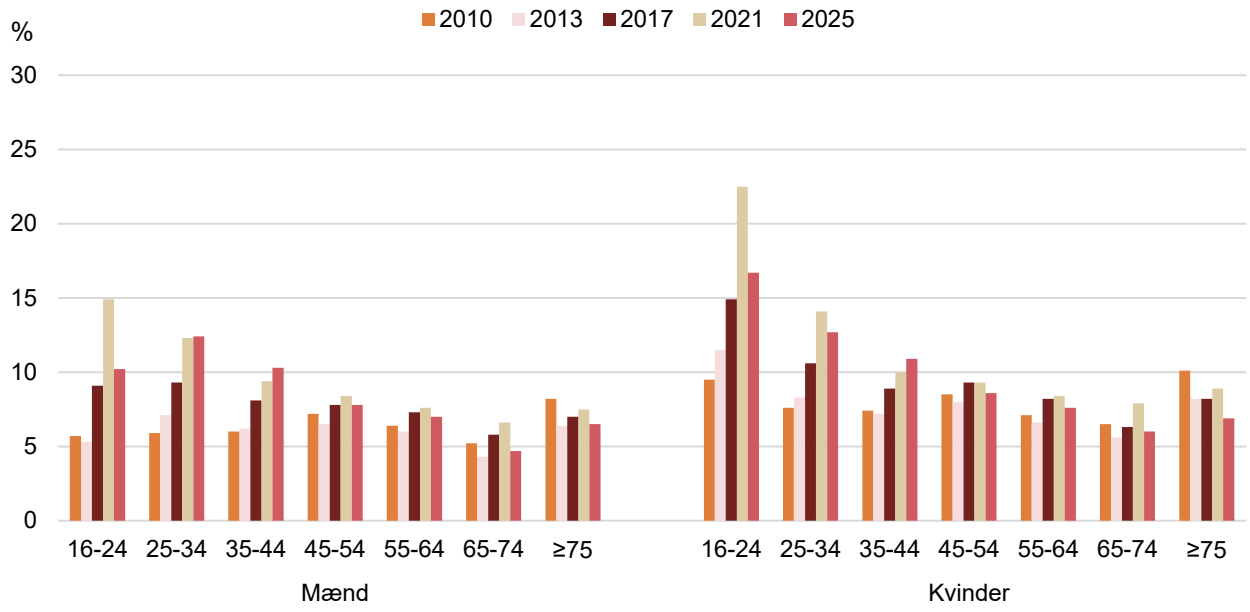
Tabel 2.2.6 Hele tiden eller det meste af tiden følt sig trist til mode i de sidste 14 dage. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	7,1	1		169.787
	2013	7,0	0,98	(0,94;1,01)	157.327
	2017	8,7	1,25	(1,21;1,28)	177.649
	2021	10,5	1,55	(1,51;1,60)	177.567
	2025	9,0	1,32	(1,28;1,36)	130.597

[1]*Justeret for køn og alder*

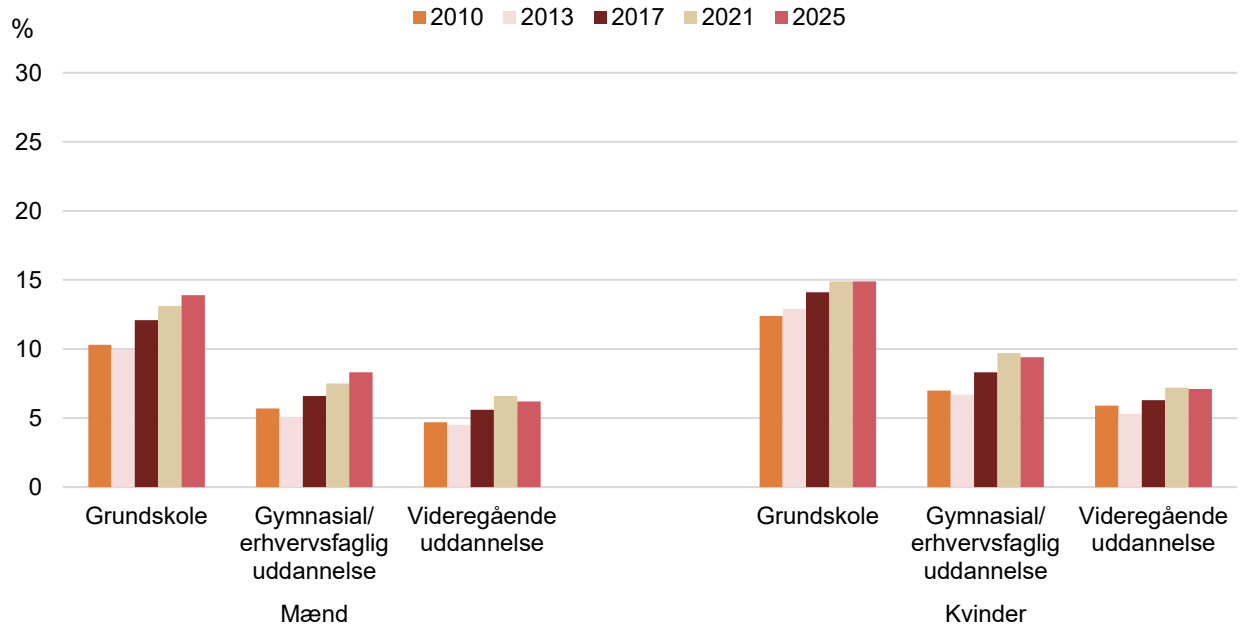
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.2.3 Andel, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.2.4 Andel, der hele tiden eller det meste af tiden har følt sig trist til mode i de sidste 14 dage, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 2.2.7 Højt mentalt velbefindende. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	16,1			128.939
Mænd	16-24 år	11,1	0,74	(0,65;0,84)	4.223
	25-34 år	10,3	0,69	(0,61;0,78)	4.659
	35-44 år	11,5	0,77	(0,68;0,88)	5.193
	45-54 år	14,3	1		8.361
	55-64 år	19,4	1,44	(1,32;1,57)	11.748
	65-74 år	26,0	2,10	(1,92;2,28)	12.349
	≥75 år	24,8	1,97	(1,80;2,15)	10.914
	Alle mænd	17,2			57.447
Kvinder	16-24 år	5,1	0,36	(0,31;0,41)	5.840
	25-34 år	7,8	0,56	(0,50;0,63)	6.964
	35-44 år	9,9	0,72	(0,65;0,81)	7.926
	45-54 år	13,1	1		11.250
	55-64 år	17,7	1,42	(1,31;1,54)	14.204
	65-74 år	25,5	2,26	(2,09;2,44)	13.451
	≥75 år	21,9	1,85	(1,71;2,01)	11.857
	Alle kvinder	15,0			71.492
Uddannelse	Grundskole	17,3	0,76	(0,71;0,81)	10.632
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	19,0	0,93	(0,89;0,98)	35.717
	Kort videregående uddannelse	19,0	0,95	(0,89;1,02)	11.036
	Mellemlang videregående uddannelse	18,8	1		28.707
	Lang videregående uddannelse	17,3	1,07	(1,01;1,14)	16.864
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	14,7	1		55.187
	Arbejdsløse	5,7	0,38	(0,29;0,49)	1.418
	Førtidspensionister	6,0	0,28	(0,24;0,32)	4.736
	Andre uden for arbejdsmarkedet	8,5	0,58	(0,51;0,65)	5.359
	Alderspensionister	24,6			48.571

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt har 16,1 % af den voksne befolkning i Danmark et højt mentalt velbefindende (Tabel 2.2.7). Andelen er lidt større blandt mænd (17,2 %) end blandt kvinder (15,0 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Både blandt mænd og kvinder stiger andelen med stigende alder. Dette er dog med undtagelse af aldersgruppen 75 år eller derover, hvor der ses et lille fald blandt både mænd og kvinder.

Uddannelse: Der er procentvist færrest, som har et højt mentalt velbefindende, blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (17,3 %) og blandt personer med en lang videregående uddannelse (17,3 %), mens andelen er stort set ens i de øvrige uddannelsesgrupper (18,8 %-19,0 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, stiger forekomsten dog med længere uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med et højt mentalt velbefindende er større blandt beskæftigede (14,7 %) end blandt andre uden for arbejdsmarkedet (8,5 %), førtidspensionister (6,0 %) og arbejdsløse (5,7 %). Blandt alderspensionister er andelen 24,6 %.

Udvikling: Andelen, der har et højt mentalt velbefindende, er steget en i perioden fra 2021 (14,2 %) til 2025 (16,1 %) (Tabel 2.2.8). Både blandt mænd og kvinder ses stigningen i perioden primært i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover (Figur 2.2.5). Udviklingen i uddannelses-grupper er lidt mere usystematisk. Blandt mænd er andelen uændret i perioden, dog med en tendens til et fald blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse. Blandt kvinder ses en mindre stigning i andelen i perioden, dog mest udtalt i grupperne med henholdsvis grundskole og gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse (Figur 2.2.6).

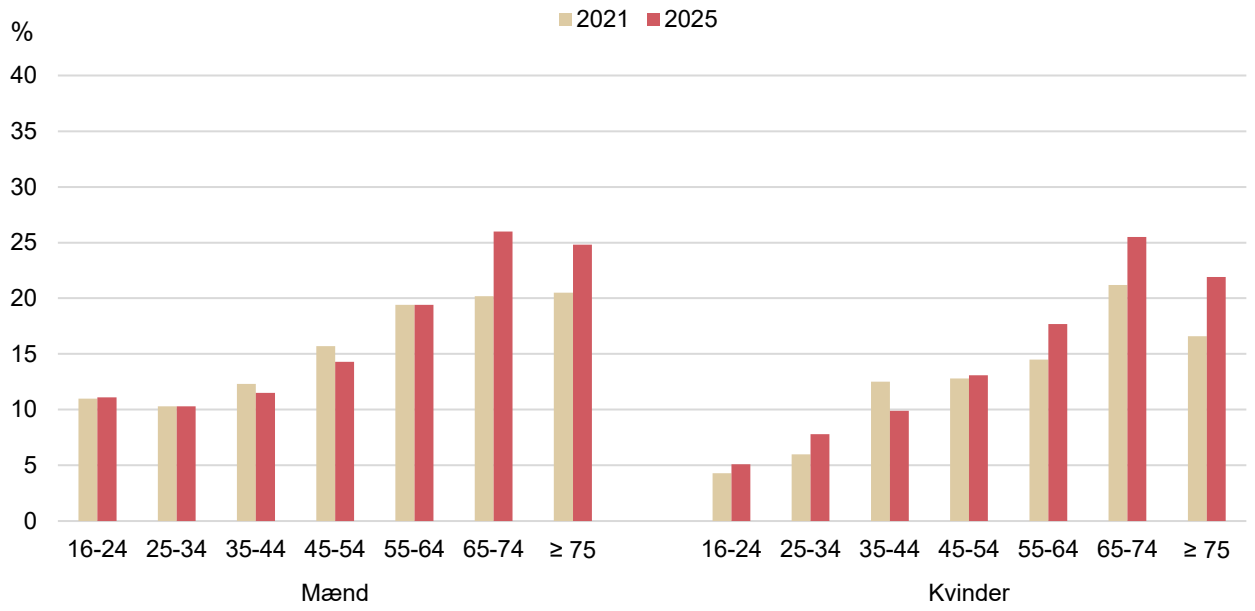
Tabel 2.2.8 Højt mentalt velbefindende. 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2021	14,2	1		10.819
	2025	16,1	1,14	(1,07;1,21)	128.939

[1]*Justeret for køn og alder*

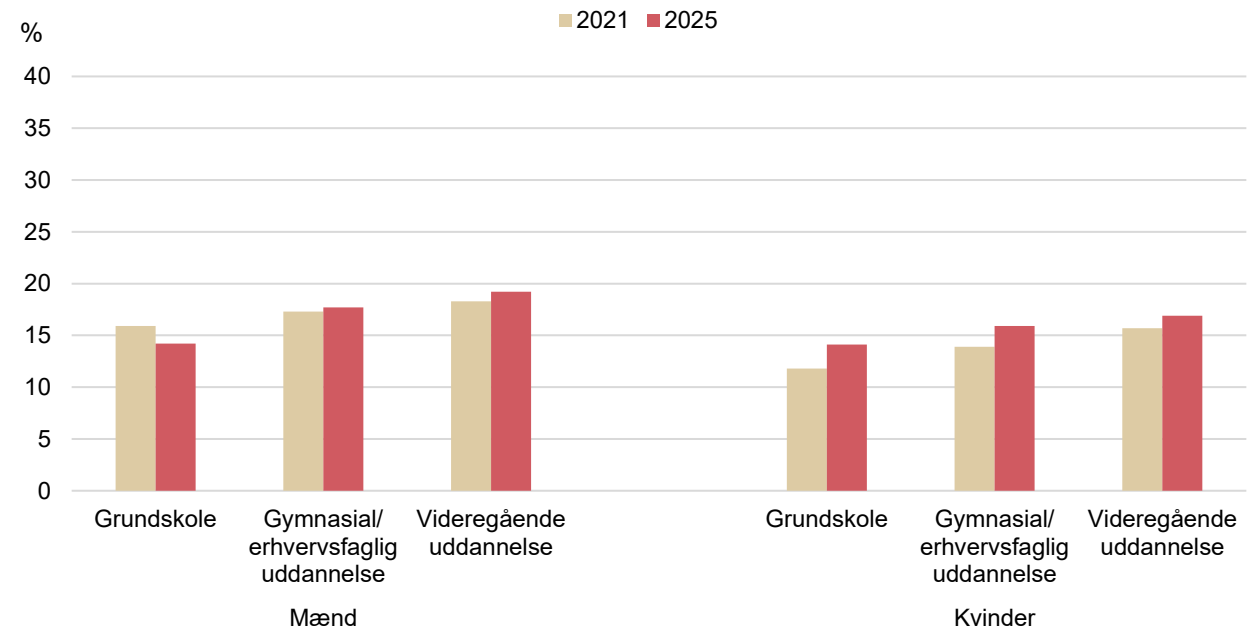
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 og Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Figur 2.2.5 Andel med et højt mentalt velbefindende blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 2.2.6 Andel med et højt mentalt velbefindende blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Referencer

1. Reinwarth AC, Wicke FS, Hettich N, et al. Self-rated physical health predicts mortality in aging persons beyond objective health risks. Nature. 2023;13:19531 .
2. Moissl AP, Delgado GE, Kleber ME, et al. Self-rated physical fitness predicts cardiovascular and all-cause mortality - implications for clinical decision-making Eur J Prev Cardiol. 2025;18:zwaf154.
3. UlHaq Z, Mackay DF, Pell JP. Association between physical and mental healthrelated quality of life and adverse outcomes: a retrospective cohort study of 5,272 Scottish adults. BMC Public Health. 2014; 21:1197.
4. Folker AP, Rod NH. Mental sundhed og stress. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow, S (red.). Forebyggende Sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2021.
5. Koushede V. For mental sundhed - et nyt perspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2015.
6. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet. 2013;382:1575-86.
7. White RL, Vella S, Biddle S, et al. Physical activity and mental health: a systematic review and best-evidence synthesis of mediation and moderation studies. Int J Behav Nutr Phys Act. 2024;28;134.
8. Holt-Lunstad J. Social connection as a critical factor for mental and physical health: evidence, trends, challenges, and future implications. World Psychiatry. 2024;23:312-32.
9. Santini ZI, Ekholm O, Koyanagi A, et al. Higher levels of mental wellbeing predict lower risk of common mental disorders in the Danish general population. Mental Health Prev. 2022;26: 200233.
10. Fat LN, Scholes S, Boniface S, Mindell J, Stewart-Brown S. Evaluating and establishing national norms for mental wellbeing using the short Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (SWEMWBS): findings from the Health Survey for England. Qual Life Res. 2017:26:1129-44.

2.3 Søvn

Søvn er afgørende for kroppens, herunder hjernens, fysiologiske funktioner og restitution (1). Både kort- og langvarig søvnmangel, et uregelmæssigt søvnmønster eller dårlig søvnkvalitet, kan føre til både somatiske og psykiske helbredsmæssige konsekvenser (1-4). Søvnproblemer kan umiddelbart føre til utilpashed, koncentrationsbesvær, nedsat kognitiv formåen, ændringer i sundhedsadfærd som for eksempel usundt kostindtag og fysisk inaktivitet samt en øget risiko for ulykker (5, 6). På lang sigt kan søvnproblemer svække immunforsvaret, således at man bliver mere modtagelig over for infektioner, og risikoen øges for en række tilstande og sygdomme, herunder forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, kræft, mentale sygdomme og tidlig død (3, 4, 7-13).

Søvnbehovet varierer fra person til person og påvirkes blandt andet af faktorer som alder, køn og årstid (det vil sige mængden af dagslys) (14-17). Studier har vist, at sammenhængen mellem søvnlængde og helbred ofte følger en U-formet kurve. Således er dødeligheden forøget både for personer, som sover mindre end 7 timer i døgnet, og for personer, der sover mere end 9 timer i døgnet (7-9). Det er dog vigtigt at bemærke, at årsagssammenhængen mellem for meget søvn og dødelighed ikke er fuldstændig klarlagt. Det er således muligt, at for meget søvn kan være et symptom på underlæggende sygdom, og at det er denne, der øger dødeligheden og ikke for meget søvn i sig selv.

I studier, der fokuserer på søvnlængde, er der dog oftest ikke taget hensyn til søvnkvaliteten (18). Søvnkvalitet i sig selv er en vigtig helbredsindikator, da det eksempelvis er blevet vist, at forringet søvnkvalitet, uafhængigt af søvnlængden, kan nedsætte insulinfølsomheden og glukosetolerancen (19). Der er ligeledes blevet vist, at søvnkvalitet er en stærkere og mere konsistent prædiktor for både fysisk og psykisk helbred end søvnlængde (20).

Sundhedsstyrelsen kom for første gang i 2024 med aldersspecifikke anbefalinger for søvnlængde for både børn, unge og voksne (21). Formålet med anbefalingerne var at øge opmærksomheden på vigtigheden af søvn og oplyse om betydningen af tilstrækkelig søvn for fysisk og mental sundhedsfremme i befolkningen. Sundhedsstyrelsens anbefalinger for søvnlængde for personer over 16 år er:

- *16-17 år:* 8-10 timers søvn på et døgn (en søvnlængde på både 7 og 11 timer kan være passende for nogle unge i denne aldersgruppe).
- *18-25 år:* 7-9 timers søvn på et døgn (en søvnlængde på både 6 og 10-11 timer kan være passende for nogle voksne i denne aldersgruppe).
- *26-64 år:* 7-9 timers søvn på et døgn (en søvnlængde på både 6 og 10 timer kan være passende for nogle voksne i denne aldersgruppe).
- *65 år eller derover:* 7-8 timers søvn på et døgn (en søvnlængde på både 5-6 timer og 9 timer kan være passende for nogle voksne i denne aldersgruppe).

For alle aldersgrupper anbefales desuden regelmæssige sove- og opvågningstidspunkter (20).

I denne rapport er søvn belyst ud fra flere forskellige indikatorer, herunder både søvnlængde og -kvalitet. Først er svarpersonerne blevet spurgt om, hvor mange timer og minutter de cirka sov på et almindeligt hverdagsdøgn i de seneste 4 uger, inklusive eventuel middagslur. På baggrund af disse besvarelser er den gennemsnitlige søvnlængde i timer blandt borgerne blevet beregnet. Til yderligere belysning af søvnkvaliteten er svarpersonerne blevet spurgt, om de har været generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, med følgende svarmuligheder: 'Ja, meget generet', Ja, lidt generet' og 'Nej'.

Søvn på et hverdagsdøgn – køn og alder

Af Tabel 2.3.1 ses, at blandt både mænd (65,4 %) og kvinder (65,9 %) sover størstedelen mellem 7 og 9 timer på et hverdagsdøgn. Det ses, at andelen, der sover mindre end 7 timer på et hverdagsdøgn, stiger med stigende alder, blandt mænd indtil aldersgruppen 45-54 år (37,9 %), hvorefter andelen falder med stigende alder. Blandt kvinder ses tilsvarende en stigning i andelen, der sover mindre end 7 timer på et hverdagsdøgn, indtil aldersgruppen 55-64 år (34,3 %), hvorefter andelen falder og er stabil.

Tabel 2.3.1 Antal timers søvn på et hverdagsdøgn, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Mindre end 7 timer	26,8	31,9	37,3	37,9	35,4	23,0	19,1	30,2
Mellem 7 og 9 timer	68,7	64,6	60,8	60,2	61,9	71,2	70,0	65,4
Mere end 9 timer	4,5	3,5	1,9	1,9	2,7	5,8	10,9	4,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.247	3.741	4.139	6.762	9.569	9.930	7.970	45.358
Kvinder								
Mindre end 7 timer	23,4	26,8	30,5	32,6	34,3	26,9	27,5	29,0
Mellem 7 og 9 timer	68,7	67,3	65,8	64,1	62,5	68,6	64,4	65,9
Mere end 9 timer	7,9	5,9	3,7	3,3	3,2	4,5	8,1	5,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.609	5.456	6.350	9.047	11.427	10.476	8.069	55.434

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Søvnbesvær/søvnproblemer – køn og alder

Af Tabel 2.3.2 ses, at i alt 12,9 % blandt mænd og 19,6 % blandt kvinder angiver, at de har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Omkring en tredjedel af mænd (33,9 %) og en lidt større andel af kvinder (39,1 %) har været lidt generet af søvnbesvær/ søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Af tabellen ses desuden, at cirka halvdelen blandt mænd (53,2 %) ikke har været generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Dette gælder på tværs af alle aldersgrupper, dog med en lidt større andel blandt mænd i

aldersgruppen 75 eller derover (59,8 %). Blandt kvinder har 41,3 % ikke været generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Der ses små variationer på tværs af aldersgrupper med den mindste andel i aldersgruppen 45-54 år (36,3 %).

Tabel 2.3.2 Generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ja, meget generet	16,1	15,7	14,5	12,6	13,3	9,9	9,3	12,9
Ja, lidt generet	33,8	33,3	32,8	35,7	35,8	34,1	30,9	33,9
Nej	50,1	51,0	52,6	51,7	50,9	56,0	59,8	53,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.880	4.380	4.926	8.026	11.461	12.197	10.925	55.795
Kvinder								
Ja, meget generet	23,3	19,0	17,9	22,6	22,1	15,8	16,8	19,6
Ja, lidt generet	35,3	35,0	37,3	41,1	41,6	42,5	39,3	39,1
Nej	41,4	46,0	44,9	36,3	36,4	41,7	43,9	41,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.478	6.630	7.637	10.995	14.010	13.359	12.023	70.132

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage.

Tabel 2.3.3 Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. 2025.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	16,3			125.927
Mænd	16-24 år	16,1	1,33	(1,18;1,50)	3.880
	25-34 år	15,7	1,29	(1,15;1,45)	4.380
	35-44 år	14,5	1,18	(1,04;1,33)	4.926
	45-54 år	12,6	1		8.026
	55-64 år	13,3	1,06	(0,96;1,17)	11.461
	65-74 år	9,9	0,76	(0,69;0,84)	12.197
	≥75 år	9,3	0,71	(0,64;0,79)	10.925
	Alle mænd	12,9			55.795
Kvinder	16-24 år	23,3	1,05	(0,96;1,14)	5.478
	25-34 år	19,0	0,80	(0,74;0,88)	6.630
	35-44 år	17,9	0,75	(0,68;0,81)	7.637
	45-54 år	22,6	1		10.995
	55-64 år	22,1	0,97	(0,91;1,04)	14.010
	65-74 år	15,8	0,65	(0,60;0,70)	13.359
	≥75 år	16,8	0,69	(0,64;0,75)	12.023
	Alle kvinder	19,6			70.132
Uddannelse	Grundskole	21,2	1,90	(1,77;2,03)	10.761
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	16,1	1,26	(1,19;1,33)	35.852
	Kort videregående uddannelse	14,7	1,11	(1,03;1,20)	11.035
	Mellemlang videregående uddannelse	14,3	1		28.703
	Lang videregående uddannelse	11,6	0,79	(0,74;0,85)	16.848
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	14,2	1		55.141
	Arbejdsløse	29,8	2,55	(2,20;2,94)	1.418
	Førtidspensionister	38,8	3,93	(3,63;4,26)	4.647
	Andre uden for arbejdsmarkedet	30,4	2,64	(2,43;2,87)	5.359
	Alderspensionister	13,1			48.504

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt angiver 16,3 % af den voksne befolkning i Danmark, at de har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage (Tabel 2.3.3). Andelen er større blandt kvinder (19,6 %) end blandt mænd (12,9 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Både blandt mænd og blandt kvinder ses de mindste andele i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover, mens der eller ikke er store forskelle i andelen på tværs af de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Således falder andelen fra 21,2 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 11,6 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: I forhold til beskæftigede (14,2 %) ses en markant større andel, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt arbejdsløse (29,8 %), førtidspensionister (38,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (30,4 %). Blandt alderspensionister er andelen 13,1 %.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2025 er der sket en stigning i andelen, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, fra 10,2 % til 16,3 % (Tabel 2.3.4). Både blandt mænd og blandt kvinder ses stigningen i alle aldersgrupper på nær aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover, hvor andelen er mere eller mindre uændret over årene (Figur 2.3.1). I alle uddannelsesgrupper ses både blandt mænd og kvinder en stigning i andelen i perioden. Stigningen er dog ikke så tydelig for mænd og kvinder med en lang videregående uddannelse (Figur 2.3.2).

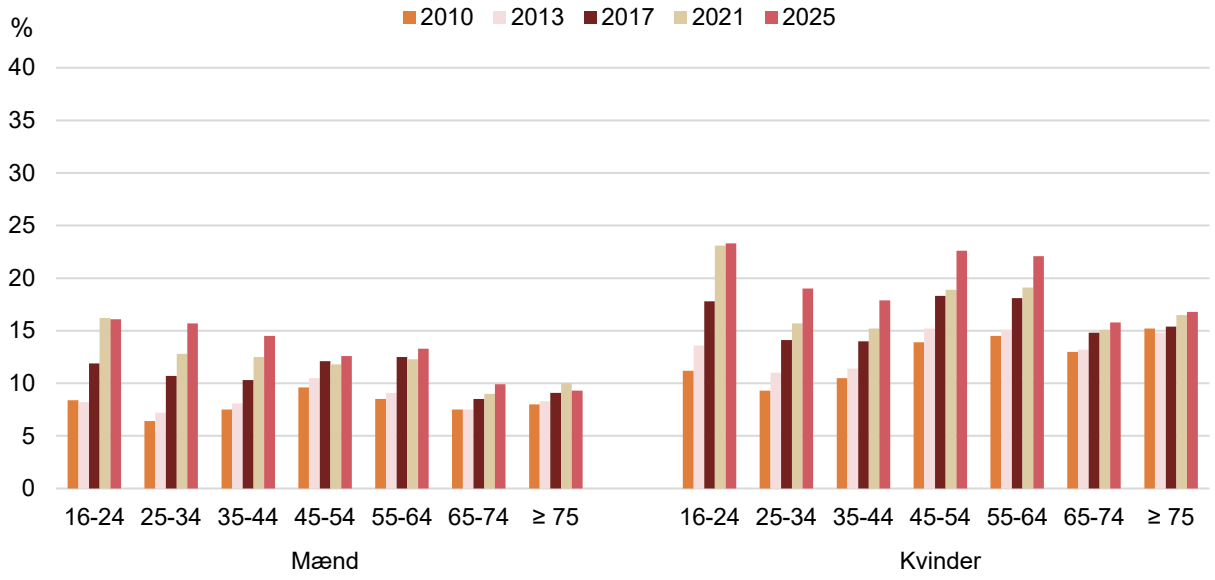
Tabel 2.3.4 Meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025.

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	10,2	1		173.577
	2013	11,0	1,09	(1,06;1,12)	157.852
	2017	13,6	1,38	(1,35;1,42)	175.479
	2021	15,0	1,55	(1,52;1,59)	173.789
	2025	16,3	1,74	(1,69;1,78)	125.927

[1]*Justeret for køn og alder*

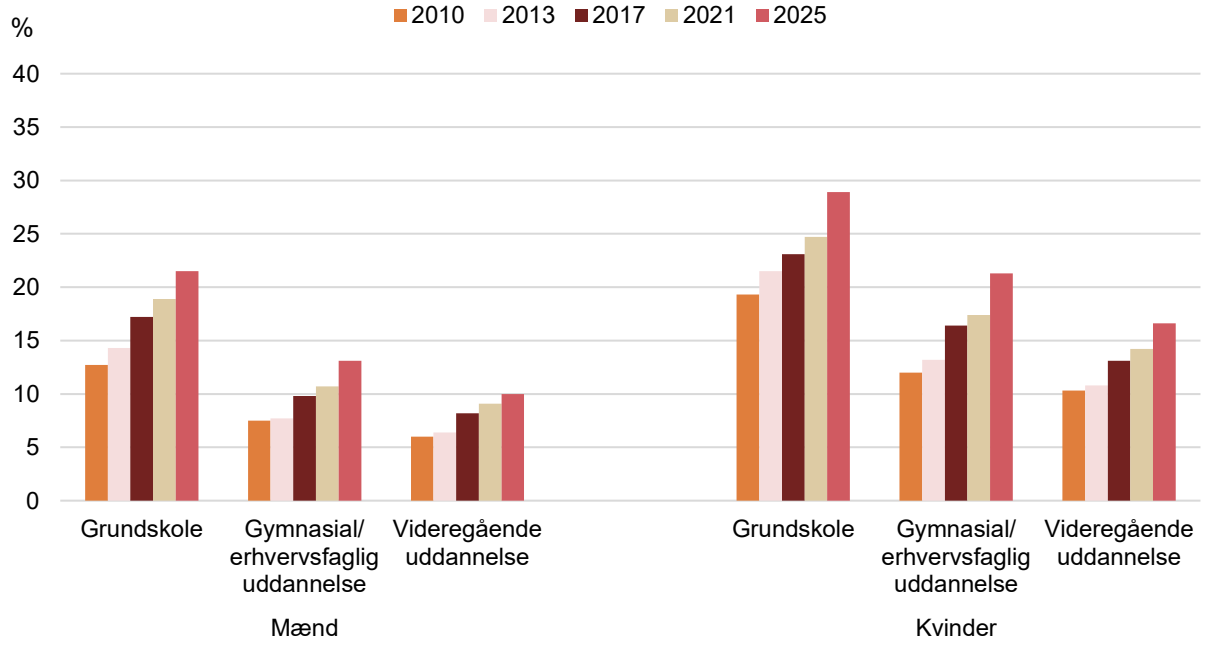
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.3.1 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.3.2 Andel, der har været meget generet af søvnbesvær/søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Referencer

1. Grandner MA. Sleep, Health, and Society. Sleep Med Clin. 2022;17:117-139.
2. Bonke J. Trends in short and long sleep in Denmark from 1964 to 2009, and the associations with employment, SES (socioeconomic status) and BMI. Sleep Medicine. 2015;16:385-390.
3. Itani O, Jike M, Watanabe N, et al. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. Sleep Medicine. 2017;32:246-256.
4. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. Nat Sci Sleep. 2017;9:151-161.
5. Bin YS, Marshall NS, Glozier N. Secular trends in adult sleep duration: a systematic review. Sleep Med Rev. 2012;16:223-30.
6. Clark AJ, Salo P, Lange T, et al. Onset of impaired sleep as a predictor of change in health-related behaviours; analysing observational data as a series of non-randomized pseudo-trials. Int J Epidemiol. 2015;44:1027-37.
7. García-Perdomo HA, Zapata-Copete J, Rojas-Cerón CA. Sleep duration and risk of all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Epidemiol. Psychiatr Sci. 2019;28:578-88.
8. Ungvari Z, Fekete M, Varga P, et al. Imbalanced sleep increases mortality risk by 14-34%: a meta-analysis. GeroScience. 2025;47:4545-66.
9. Liu TZ, Xu C, Rota M, et al. Sleep duration and risk of all-cause mortality: A flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. Sleep Med Rev. 2017;32:28-36.
10. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, et al. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. Diabetes Care. 2010;33:414-20.
11. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. J Sleep Res. 2009;18:148-58.
12. Clark AJ, Salo P, Lange T, et al. Onset of impaired sleep and cardiovascular disease risk factors: a Longitudinal Study. Sleep. 2016;39:1709-18.
13. Rod NH, Vahtera J, Westerlund H, et al. Sleep disturbances and cause-specific mortality: results from the GAZEL cohort study. Am J Epidemiol. 2011;173:300-9.
14. Bonke J. Søvn – ægteskab, indkomst og helbred: Gyldendal. 2011.
15. Hirshkowitz M, Whiton K, Albert SM, et al. National Sleep Foundation's sleep time duration recommendations: methodology and results summary. Sleep Health. 2015;1:40-43.
16. Allebrandt KV, Teder-Laving M, Kantermann T, et al. Chronotype and sleep duration: the influence of season of assessment. Chronobiol Int. 2014;31:731-40.
17. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, et al. Søvn og sundhed. København, Danmark: Vidensråd for Forebyggelse. 2015.
18. Kurina LM, McClintock MK, Chen JH, et al. Sleep duration and all-cause mortality: a critical review of measurement and associations. Ann Epidemiol. 2013;23:361-70.
19. Tasali E, Leproult R, Spiegel K. Reduced sleep duration or quality: relationships with insulin resistance and type 2 diabetes. Prog Cardiovasc Dis. 2009;51:381-91.
20. Ahrensberg H, Christensen AI, Andersen S, Petersen CB. Comparison of self-reported sleep sufficiency and accelerometer-measured sleep duration in relation to mental health, physical health, and life satisfaction. Front Sleep. 2025;4: 1661250.
21. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for søvnlængde – til alle aldersgrupper. København: Sundhedsstyrelsen, 2024.

2.4 Stress

Stress er en naturlig del af det menneskelige liv. Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO kan stress beskrives som ’en tilstand af bekymring eller mental anspændthed, der kan opstå som en naturlig menneskelig reaktion på de udfordringer og belastninger, vi møder gennem livet’ (1). Kortvarig stress opstår ofte i akutte, pressede situationer, hvor kroppens alarmberedskab aktiveres og gør os i stand til at handle. Når stressbelastningen aftager, vender kroppen tilbage til sin normale tilstand. Langvarig stress opstår derimod, når stresspåvirkningen varer ved uden at aftage, hvilket forhindrer kroppen i at restituere (2, 3). Et eksempel på en stressor, der kan udløse en sådan reaktion, er arbejdsmæssige forhold, såsom en ubalance mellem de krav, der stilles i arbejdet, og den kontrol, som medarbejderen har over sit arbejde. Andre mulige stressorer kan være belastende livsomstændigheder som dødsfald i nærmeste familie, skilsmisse, alvorlig sygdom eller arbejdsløshed. Således kan stress opstå som reaktion på både arbejdsmæssige og private belastninger (2-4).

Oplevelsen af stress er subjektiv og afhænger af mange forskellige faktorer, herunder både egne og miljøbestemte ressourcer, samt hvordan man som individ fysisk og psykisk reagerer på og håndterer belastende begivenheder, såkaldt ’coping’ eller ’mestring’ (2, 5). På trods af at stress i sig selv ikke er en sygdom, men en naturlig del af livet, er det efterhånden velkendt, at langvarige stressbelastninger udgør en væsentlig risikofaktor for udviklingen af en række sygdomme.

En vedvarende stressbelastning kan således være skadelig for kroppen, idet den ikke fysiologisk er skabt til at være i konstant alarmberedskab. Langvarig stress kan øge risikoen forhøjet blodtryk (6), hjertekarsygdomme (7-9) og depression (10) samt forværre allerede eksisterende sygdomme. Effekterne af langvarige stressbelastninger kan derfor være betydelige for det enkelte individ. Derudover har stress også store samfundsmæssige konsekvenser, idet danske arbejdspladser ifølge Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø har omkostninger på 16,4 milliarder kroner årligt på grund af arbejdsmarkedsfravær relateret til stress (11, 12).

Stressniveau er i denne undersøgelse målt ved *Cohen’s Perceived Stress Scale* (PSS). PSS er en valideret stressskala med 10 spørgsmål om, i hvilket omfang svarpersonen inden for de seneste 4 uger har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontrollerbart eller belastende, samt om han/hun føler sig nervøs eller stresset (13-15). Skalaen går fra 0 til 40 og skal aflæses på følgende måde: jo højere score, desto højere grad af oplevet stress. En høj score på stressskalaen er i denne undersøgelse defineret ved at tage de 20 % blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste niveau af stress i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010 (16). Dette svarer til en score på 18 eller derover. Det betyder, at definitionen af en høj score på stressskalaen ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men på en relativ grænseværdi. Det er derfor ikke i sig selv så væsentligt at fokusere på forekomsten af personer med en høj score på stressskalaen i de følgende opgørelser. Derimod er det relevant at fokusere på udviklingen i forekomsten over tid samt mønstre inden for udvalgte grupperinger, såsom køn, alder og uddannelse.

Til opgørelserne af en høj score på stressskalaen indgik i sundhedsprofilundersøgelserne i 2010, 2013, 2017 og 2021 kun svarpersoner, som besvarede alle 10 spørgsmål på stressskalaen. Dette medførte, at en del svarpersoner blev ekskluderet fra opgørelserne på grund af manglende besvarelser af nogle af spørgsmålene på skalaen. Imidlertid er der i denne rapport benyttet en ny tilgang, hvor der anvendes statistisk imputation til korrektion for eventuelt manglende besvarelser. Imputationen betyder, at for svarpersoner, der har besvaret 7-9 spørgsmål, erstattes de manglende besvarelser af estimerede værdier, hvorved betydeligt flere svarpersoner kan indgå i opgørelserne. I denne rapport er der ikke kun anvendt imputationer til opgørelserne for 2025, men også til opgørelserne for 2010, 2013, 2017 og 2021. Dette medfører, at resultaterne for en høj score på stressskalaen fra disse år ikke er helt identiske med resultaterne i de tidligere rapporter.

I de følgende opgørelser gives en detaljeret beskrivelse af forekomsten af borgere, der har en høj score på stressskalaen.

Det skal her bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var skoler, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, caféer og barer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejderne var hjemsendt. Yderligere var der en række andre restriktioner, herunder afstandskrav og forsamlingsforbud. Dette kan med stor sandsynlighed have påvirket borgernes generelle trivsel, herunder oplevelsen af stress (17), og udviklingen over tid skal derfor fortolkes med udgangspunkt i denne viden.

Tabel 2.4.1 Høj score på stressskalaen. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	29,5			127.252
Mænd	16-24 år	31,6	1,36	(1,24;1,49)	4.024
	25-34 år	35,4	1,61	(1,47;1,76)	4.501
	35-44 år	31,7	1,36	(1,24;1,49)	5.044
	45-54 år	25,4	1		8.165
	55-64 år	22,0	0,83	(0,77;0,90)	11.564
	65-74 år	16,9	0,60	(0,55;0,65)	12.265
	≥75 år	21,0	0,78	(0,72;0,84)	10.965
	Alle mænd	25,8			56.528
Kvinder	16-24 år	52,0	2,28	(2,11;2,45)	5.618
	25-34 år	43,9	1,65	(1,53;1,77)	6.752
	35-44 år	39,1	1,35	(1,26;1,45)	7.761
	45-54 år	32,2	1		11.100
	55-64 år	26,4	0,76	(0,71;0,81)	14.089
	65-74 år	20,3	0,54	(0,50;0,57)	13.406
	≥75 år	25,5	0,72	(0,67;0,77)	11.998
	Alle kvinder	33,2			70.724
Uddannelse	Grundskole	34,7	2,24	(2,11;2,38)	10.745
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	26,0	1,34	(1,29;1,41)	35.876
	Kort videregående uddannelse	24,3	1,20	(1,12;1,28)	11.054
	Mellemlang videregående uddannelse	22,9	1		28.735
	Lang videregående uddannelse	22,5	0,85	(0,80;0,90)	16.890
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	26,2	1		55.225
	Arbejdsløse	55,6	3,36	(2,94;3,84)	1.421
	Førtidspensionister	56,7	4,89	(4,53;5,28)	4.677
	Andre uden for arbejdsmarkedet	55,8	3,62	(3,35;3,91)	5.358
	Alderspensionister	20,8			48.634

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt har 29,5 % en høj score på stressskalaen. Andelen er større blandt kvinder (33,2 %) end blandt mænd (25,8 %) og dette mønster ses i alle aldersgrupper (Tabel 2.4.1). Den markant største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (52,0 %). Blandt begge køn falder andelen med stigende alder frem til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter den stiger en smule igen i aldersgruppen 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med en høj score på stressskalaen. Således falder andelen fra 34,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 22,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Der ses en markant større andel med en høj score på stressskalaen blandt arbejdsløse (55,6 %), førtidspensionister (56,7 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (55,8 %) end blandt beskæftigede (26,2 %). Blandt alderspensionister er andelen 20,8 %.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2025 er der samlet set sket en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen, fra 21,0 % til 29,5 % (Tabel 2.4.2). Både blandt mænd og kvinder ses stigningen i alle aldersgrupper på nær aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover. Blandt mænd i aldersgruppen 65-74 år ses en stigning indtil 2021, hvorefter der er sket et lille fald. Blandt mænd på 75 år eller derover har andelen været stort set uændret i perioden fra 2010 til 2025. Blandt kvinder i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover ses en lidt svingende andel over årene (Figur 2.4.1). I alle uddannelsesgrupper ses både blandt mænd og kvinder en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen i perioden (Figur 2.4.2).

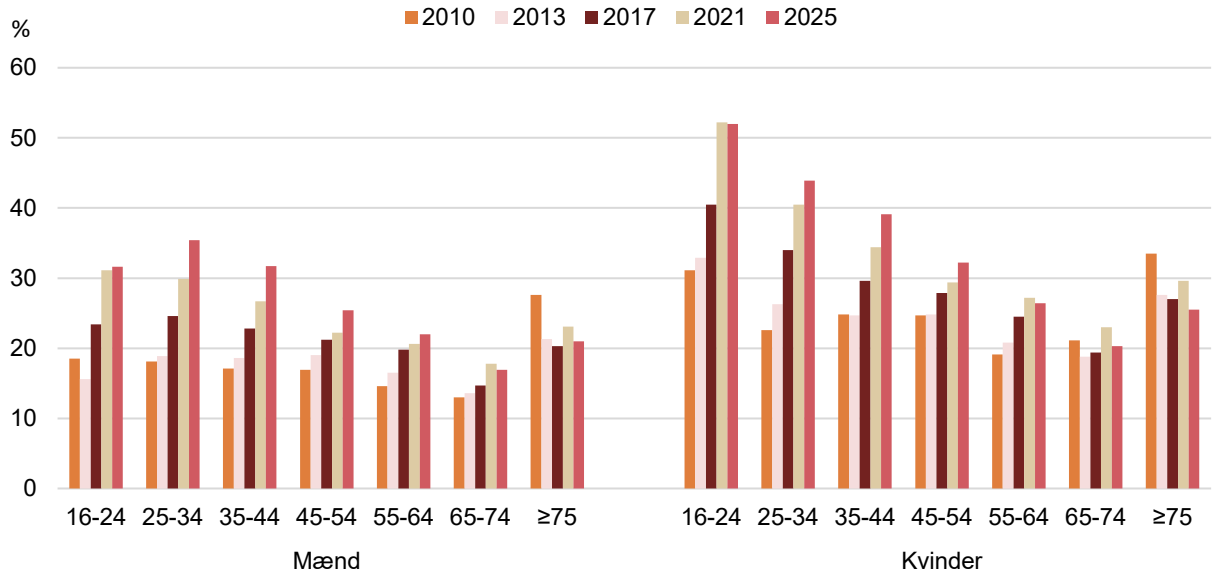
Tabel 2.4.2 Høj score på stressskalaen. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	21,0	1		14.803
	2013	21,3	1,02	(0,98;1,07)	158.270
	2017	25,1	1,28	(1,22;1,34)	176.647
	2021	29,1	1,58	(1,51;1,66)	175.211
	2025	29,5	1,66	(1,58;1,74)	127.252

[1]*Justeret for køn og alder*

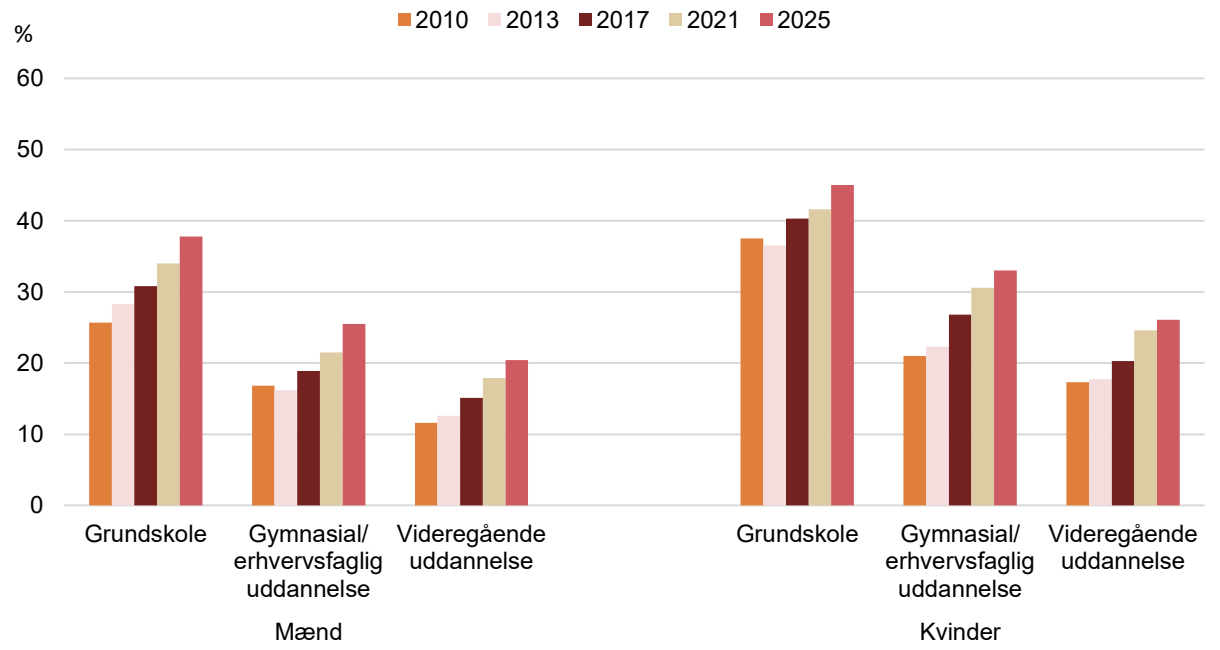
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 og Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.4.1 Andel med en høj score på stressskalaen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 og Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 2.4.2 Andel med en høj score på stressskalaen, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



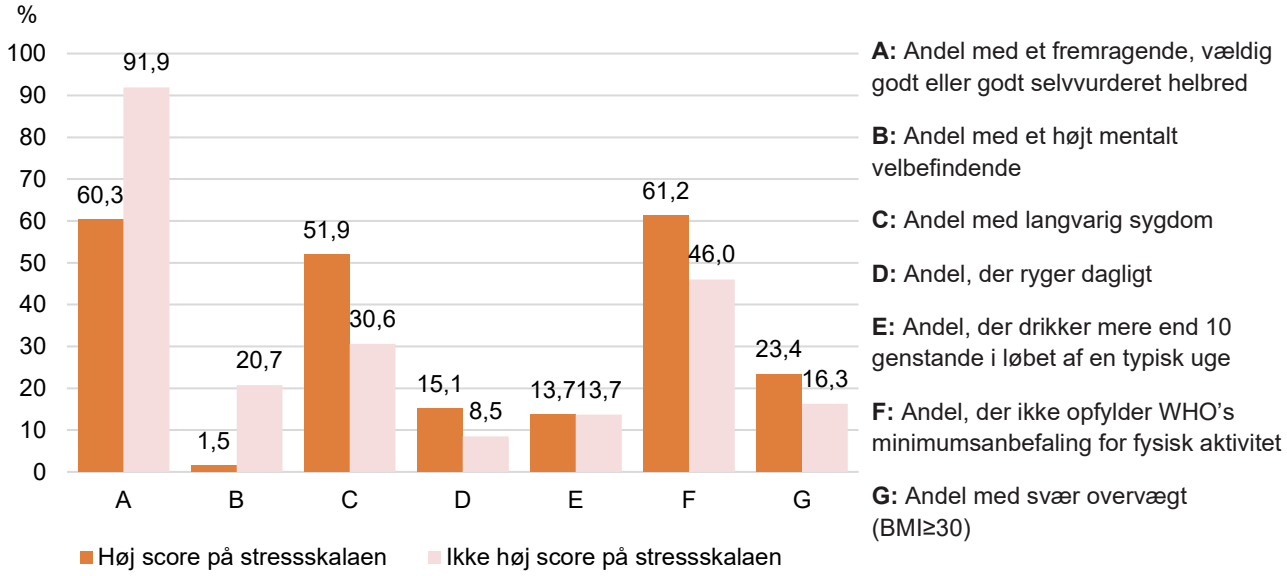
Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2010 og Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Stress og sundhedsadfærd, trivsel og vægtgrupper

Af Figur 2.4.3 ses sammenhængen mellem en høj score på stressskalaen og udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd, trivsel og vægt. Disse indikatorer er beskrevet yderligere i rapportens øvrige kapitler og omfatter selvvurderet helbred (se Kapitel 2.1), mentalt velbefindende (se Kapitel 2.2), daglig rygning (se Kapitel 3.1), alkoholindtag (se Kapitel 3.2), fysisk aktivitet (se Kapitel 3.4), svær overvægt (se Kapitel 3.5) og langvarig sygdom (se Kapitel 4.1).

Det fremgår af figuren, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er mindre blandt personer med en høj score på stressskalaen (60,3 %) end blandt personer, der ikke har en høj score på stressskalaen (91,9 %). Det samme gælder andelen med et godt mentalt velbefindende, der er markant mindre blandt personer med en høj score på stressskalaen (1,5 %) end blandt personer, der ikke har en høj score på stressskalaen (20,7 %). Ser man på andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, ses der ingen forskel mellem dem, der henholdsvis har og ikke har en høj score på stressskalaen. For de resterende indikatorer (langvarig sygdom, manglende efterlevelse af WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, daglig rygning og svær overvægt) er andelen større blandt personer med en høj score på stressskalaen sammenlignet med personer, der ikke har en høj score på stressskalaen.

Figur 2.4.3 Andel med udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd og trivsel, opdelt på score på stressskalaen. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. World Health Organization. Questions and answers. Stress: What is stress? Tilgået d. 22/1-2026: https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress
2. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuel viden og forslag til stress-forebyggelse – Rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen. 2007.
3. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark – med særligt fokus på unge og personer uden for arbejdsmarkedet. København: Sundhedsstyrelsen, 2024.
4. Nielsen NR, Kristensen TS. Stress i Danmark – hvad ved vi? København: Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af Statens Institut for Folkesundhed & Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø. 2007.
5. Rod NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi. 2. udgave, 2. oplag. udgave. København: Munksgaard Danmark. 2012.
6. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. Neurol Res. 2017;39:573-80.
7. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. Lancet. 2012;380:1491-7.
8. Nabi H, Kivimäki M, Batty GD, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: the Whitehall II prospective cohort study. Eur Heart J. 2013;34:2697-705.
9. Rosengren A, Hawken S, Ôunpuu S, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. The Lancet. 2004;364:953-62.
10. Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish work environment cohort study. Am J Epidemiol. 2006;163:877-87.
11. Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, 2023. Fravær i forbindelse med stress koster danske arbejdspladser mindst 16,4 mia. kroner årligt. Tilgået d. 22/1-2026: https://nfa.dk/da/nyt/nyheder/2023/fravaer_pga_stress_koster_for_danske_arbejdspladser
12. Pedersen J, Graversen BK, Hansen KS, Madsen IEH. The labor market costs of work-related stress: a longitudinal study of 52,763 Danish employees using multi-state modeling. Scand J Work Environ Health. 2024;50:61-72.
13. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24:385-96.
14. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scandinavian Journal of Work, Environment & Health. 2015;41:486-90.
15. Yilmaz Kogar E, Kogar H. A systematic review and meta-analytic confirmatory factor analysis of the perceived stress scale (PSS-10 and PSS-14). Stress Health. 2024;40:e3285.
16. 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.
17. Hossain M, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: a systematic umbrella review of the global evidence. Epidemiol Health. 2020;42:e2020038.

2.5 Sociale relationer

Sociale relationer har stor betydning for menneskers fysiske og psykiske helbred (1). Personer med stærke sociale relationer har således ofte et bedre helbred, bliver sjældnere syge og kommer sig hurtigere over sygdom end personer med svage sociale relationer. Omvendt kan oplevelsen af svage eller belastende relationer medføre eller øge følelsen af ensomhed (2), og dette kan have konsekvenser for helbredet. Undersøgelser viser således, at personer, der føler sig ensomme, har en øget risiko for blandt andet forhøjet blodtryk (1, 3), hjertekarsygdom (4), metabolisk syndrom (5), demens (6), en række mentale helbredsudfordringer (7, 8) og for tidlig død (1).

I Danmark lever mænd og kvinder, der føler sig ensomme, henholdsvis 2,4 år og 1,8 år kortere end personer, der ikke er ensomme. Dette gælder, selv når der er taget højde for betydningen af rygning, alkoholindtag, fysisk inaktivitet, vægt og kostmønster. Derudover er der blandt personer, der føler sig ensomme, langt flere kontakter i både primær- og sekundærsektoren samt flere sygedage. Samlet set er ensomhed forbundet med væsentlige samfundsomkostninger i form af udgifter til behandling og pleje samt ved tabt produktion (9).

Der findes flere definitioner af ensomhed, men grundlæggende er der enighed om, at følelsen relaterer sig til en uoverensstemmelse mellem éns vurdering af egne sociale relationer og éns ønsker til relationernes kvalitet og kvantitet (10). Det vil for eksempel sige, om man er alene, selvom man har lyst til at være sammen med andre. Følelsen af ensomhed er ikke afgrænset til at være alene, men kan lige så ofte opstå, når man er sammen med andre (11). Ensomhed er altså en subjektiv følelse, der eksempelvis kan være forbundet med oplevelsen af at stå alene, være ude af stand til at handle og have et savn af tilhørsforhold til andre og til menneskeligt nærvær (12).

Sociale relationer beskrives i litteraturen ofte ved en strukturel og en funktionel dimension. Den strukturelle dimension vedrører de kvantitative aspekter af relationerne, det vil sige hvor mange og hvilke personer, som man har kontakt med. Den funktionelle dimension omhandler derimod kvaliteten af de sociale relationer, det vil sige hvordan relationerne fungerer, og omfatter aspekter som oplevelsen af følelsesmæssig støtte og praktisk hjælp samt de problemer eller bekymringer, som relationen kan give (13, 14).

Sociale relationer belyses i denne undersøgelse ud fra både den strukturelle og den funktionelle dimension. Den strukturelle dimension belyses ud fra følgende spørgsmål: ’Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?’, med kategorierne: ’Familie, som du ikke bor sammen med’, ’Ægtefælle/kæreste’, ’Venner’, ’Kolleger, skole- eller studiekammerater i fritiden’, ’Naboer eller andre personer i dit lokalområde’, ’Bekendte i foreninger, klubber osv.’ og ’Andre bekendte’. Det var muligt at svare: ’Dagligt eller næsten dagligt’, ’1 eller 2 gange om ugen’, ’1 eller 2 gange om måneden’, ’Sjældnere end 1 gang om måneden’ eller ’Aldrig’. Den funktionelle dimension belyses ud fra spørgsmålet: ’Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?’, med følgende svarmuligheder: ’Ja, altid’, ’Ja, for det meste’, ’Ja, nogen gange’ og ’Nej, aldrig eller næsten aldrig’.

Til belysning af sociale relationer indgår i kapitlet desuden to forskellige indekser for tegn på henholdsvis social isolation og ensomhed. Ofte benyttes social isolation og ensomhed synonymt, selvom de typisk beskriver hver sin dimension af sociale relationer. Social isolation beskriver normalt den strukturelle dimension af sociale relationer, mens ensomhed i højere grad beskriver den funktionelle dimension (15). Det benyttede indeks til belysning af tegn på social isolation er en tilpasset og modificeret version af *Valtorta*-indekset, der er et forholdsvist nyt indeks for social isolation (16). Indekset omfatter spørgsmål om, hvorvidt man bor sammen med andre, hvor ofte man fysisk eller digitalt er i kontakt med venner, familie og bekendte, samt hvorvidt man går i skole, er under uddannelse eller i arbejde. Det er muligt at opnå en score i intervallet 0-6, og jo højere score, desto tydeligere tegn på social isolation. I nærværende undersøgelse er der defineret en grænseværdi for tegn på social isolation ved en score på 4 eller derover (17). Tegn på ensomhed belyses på baggrund af indekset, *Three-Item Loneliness Scale* (T-ILS) (18), som tager udgangspunkt i besvarelser af et spørgsmål om, hvordan svarpersonerne nogle gange har det. Besvarelserne dækker over, hvor ofte man henholdsvis føler sig isoleret fra andre, savner nogen at være sammen med og føler sig udenfor. I spørgsmålene skelnes der ikke mellem forbigående og længerevarende tegn på ensomhed. Det er muligt at opnå en score i intervallet 0 til 9, og jo højere score, desto tydeligere tegn på ensomhed. Grænseværdien for tegn på ensomhed er defineret til en score på 7 eller derover (18).

Kontakt med familie, venner eller bekendte – køn

Tabel 2.5.1 viser, hvor ofte den voksne befolkning har fysisk eller digital kontakt med familie, venner og bekendte. En større andel blandt kvinder (44,4 %) end blandt mænd (29,5 %) har dagligt eller næsten dagligt kontakt med familie, som de ikke bor sammen. Omvendt er der en mindre andel blandt mænd (32,8 %) end blandt kvinder (36,6 %), som aldrig har kontakt med bekendte i foreninger eller klubber. Der ses ingen markante kønsforskelle i de øvrige sociale kontakter.

Tabel 2.5.1 Andel, der har fysisk eller digital kontakt med familie, venner og bekendte, blandt mænd og kvinder. 2025. Procent

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	I alt	Antal svarper-soner
Mænd							
Familie, som du ikke bor sammen med	29,5	43,3	18,0	7,0	2,1	100,0	53.347
Ægtefælle/kæreste	73,3	2,8	0,8	0,8	22,4	100,0	52.634
Venner	29,7	40,9	19,6	7,2	2,6	100,0	52.964
Kollegaer, skole- eller studiekammerater i fritiden	25,4	15,4	13,2	17,7	28,3	100,0	52.397
Naboer eller andre personer beboere i dit lokalområde	11,6	31,8	22,7	17,2	16,7	100,0	53.169
Bekendte i foreninger, klubber osv.	6,8	30,8	15,1	14,5	32,8	100,0	52.936
Andre bekendte	6,0	21,1	27,1	25,2	20,6	100,0	52.636
Kvinder							
Familie, som du ikke bor sammen med	44,4	38,8	11,3	4,2	1,2	100,0	67.305
Ægtefælle/kæreste	70,5	2,3	0,6	0,5	26,2	100,0	64.812
Venner	32,9	40,5	18,4	6,1	2,1	100,0	66.652
Kollegaer, skole- eller studiekammerater i fritiden	26,0	15,1	12,7	16,7	29,5	100,0	64.696
Naboer eller andre personer beboere i dit lokalområde	12,8	31,2	22,0	17,8	16,2	100,0	66.886
Bekendte i foreninger, klubber osv.	5,3	30,4	14,0	13,7	36,6	100,0	66.191
Andre bekendte	5,5	19,9	27,9	25,9	20,9	100,0	65.694

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af borgere, der:

- har tegn på social isolation
- føler sig ensomme

De to indekser for tegn på social isolation og ensomhed var ikke med i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017. Det er derfor kun muligt at følge udviklingen for disse indikatorer siden 2021.

Det skal bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Det overordnede formål hermed var at reducere smittespredningen, og blandt de mest essentielle budskaber i denne strategi var, at borgerne skulle holde afstand til hinanden samt begrænse antallet af personer, de havde fysisk kontakt med, ud over personer i egen husstand. En naturlig konsekvens af myndighedernes anbefalinger og påbud har været, at karakteren, formatet og hyppigheden af kontakt mellem mennesker har været markant anderledes under COVID-19-pandemien end under normale forhold. Formentlig er der derfor sket et skifte fra fysisk kontakt til mere digital kontakt. Studier, som er gennemført under pandemien, viser, at restriktionerne har haft en række negative konsekvenser for vores sociale relationer (19, 20), særligt blandt unge (21) og de ældste ældre (22).

Tabel 2.5.2 Tegn på social isolation. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	5,3			119.256
Mænd	16-24 år	4,6	1,15	(0,92;1,44)	3.565
	25-34 år	5,4	1,37	(1,12;1,68)	4.080
	35-44 år	4,8	1,19	(0,96;1,49)	4.588
	45-54 år	4,0	1		7.643
	55-64 år	5,3	1,33	(1,12;1,58)	10.995
	65-74 år	6,9	1,76	(1,49;2,08)	11.709
	≥75 år	9,4	2,46	(2,09;2,89)	10.290
	Alle mænd	5,8			52.870
Kvinder	16-24 år	4,3	1,38	(1,13;1,70)	5.076
	25-34 år	3,6	1,13	(0,92;1,39)	6.165
	35-44 år	2,9	0,92	(0,74;1,15)	7.186
	45-54 år	3,2	1		10.524
	55-64 år	4,1	1,31	(1,10;1,56)	13.489
	65-74 år	6,0	1,96	(1,66;2,30)	12.850
	≥75 år	9,1	3,07	(2,62;3,58)	11.096
	Alle kvinder	4,8			66.386
Uddannelse	Grundskole	11,7	3,19	(2,86;3,56)	10.610
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	5,6	1,52	(1,38;1,68)	35.625
	Kort videregående uddannelse	4,9	1,35	(1,19;1,54)	10.994
	Mellemlang videregående uddannelse	3,5	1		28.645
	Lang videregående uddannelse	2,9	0,85	(0,74;0,97)	16.852
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	1,6	1		55.144
	Arbejdsløse	16,2	11,77	(9,64;14,4)	1.416
	Førtidspensionister	20,5	18,53	(16,2;21,2)	4.373
	Andre uden for arbejdsmarkedet	18,2	13,61	(11,9;15,6)	5.340
	Alderspensionister	7,7			45.945

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt har 5,3 % af den voksne del af befolkningen tegn på social isolation (Tabel 2.5.2). Andelen er lidt større blandt mænd (5,8 %) end blandt kvinder (4,8 %), og dette mønster ses i alle aldersgrupper. Blandt begge køn er andelen stort set konstant indtil 55-årsalderen, hvorefter andelen stiger med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med tegn på social isolation. Således falder andelen fra 11,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 2,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har tegn på social isolation, er markant større blandt førtidspensionister (20,5 %), arbejdsløse (16,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (18,2 %) end blandt beskæftigede (1,6 %).

Udvikling: I perioden fra 2021 til 2025 ses et lille fald i andelen med tegn på social isolation fra 6,9 % til 5,3 % (Tabel 2.5.3). Det lille fald ses både blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper. I aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover er faldet dog mere tydeligt (Figur 2.5.1). I alle uddannelsesgrupper ses både blandt mænd og kvinder et lille fald i andelen i perioden. Faldet er tydeligst blandt mænd og kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (Figur 2.5.2).

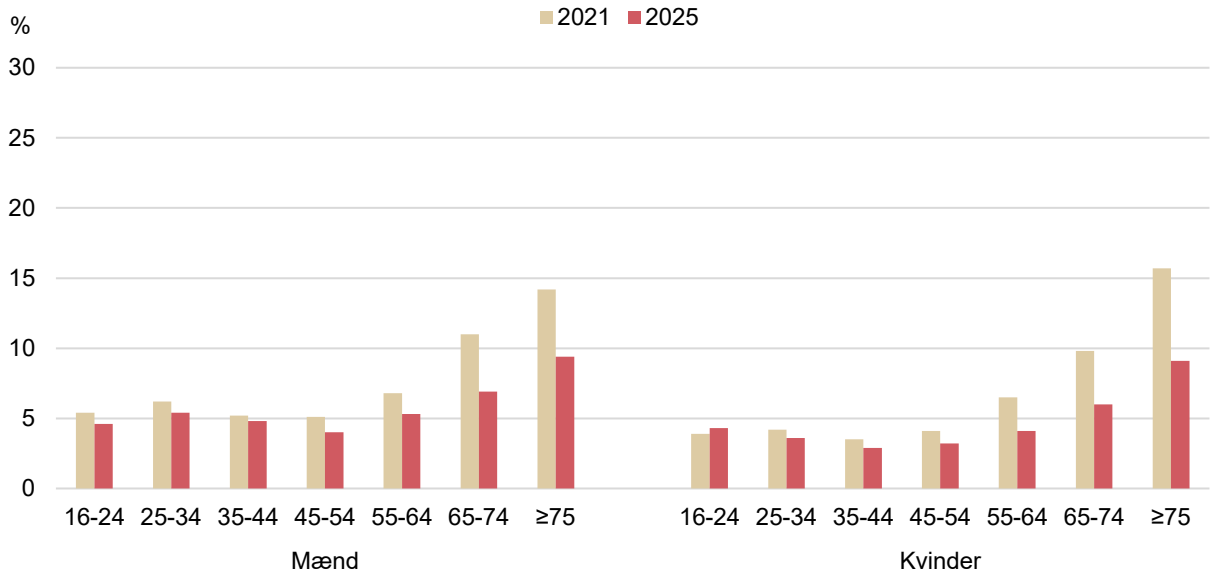
Tabel 2.5.3 Tegn på social isolation. 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2021	6,9	1		166.605
	2025	5,3	0,70	(0,67;0,73)	119.256

[1]*Justeret for køn og alder*

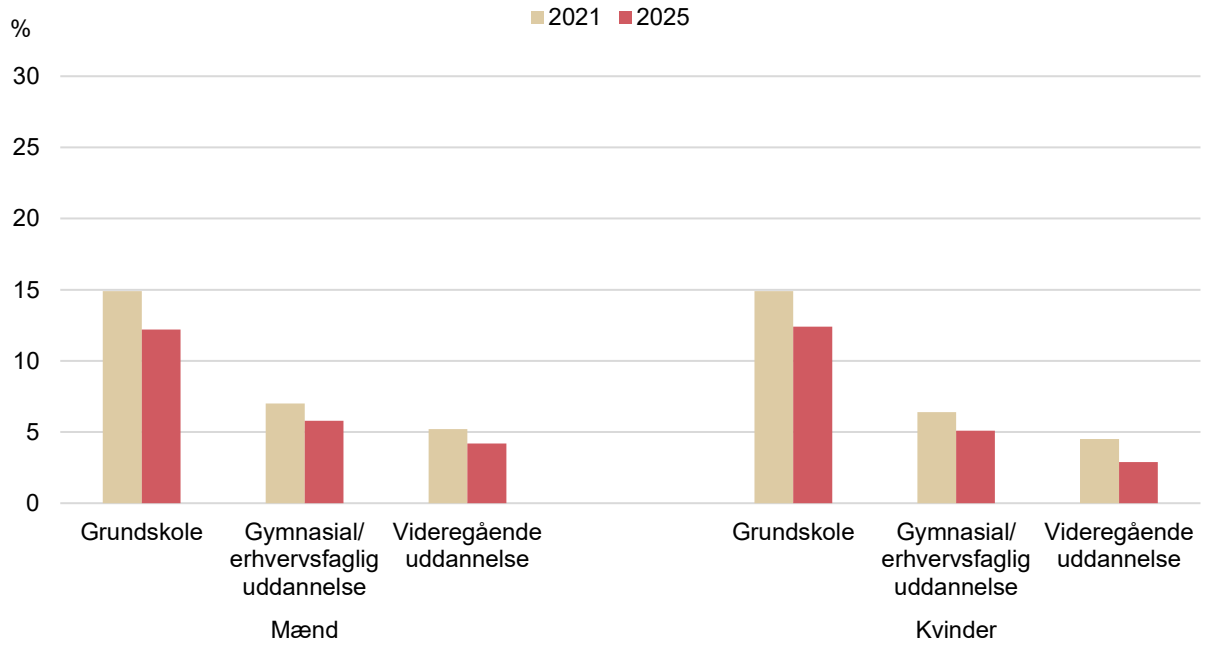
Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 2.5.1 Andel, der har tegn på social isolation, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 2.5.2 Andel, der har tegn på social isolation, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Tabel 2.5.4 Ensomhed. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	10,8			120.036
Mænd	16-24 år	14,2	1,56	(1,36;1,78)	3.586
	25-34 år	17,0	1,93	(1,71;2,19)	4.096
	35-44 år	13,5	1,47	(1,28;1,68)	4.595
	45-54 år	9,6	1		7.650
	55-64 år	7,3	0,74	(0,66;0,84)	11.025
	65-74 år	4,9	0,48	(0,42;0,55)	11.761
	≥75 år	5,4	0,54	(0,47;0,62)	10.423
	Alle mænd	9,9			53.136
Kvinder	16-24 år	22,1	2,34	(2,10;2,59)	5.112
	25-34 år	16,7	1,65	(1,49;1,84)	6.176
	35-44 år	14,4	1,39	(1,25;1,55)	7.212
	45-54 år	10,8	1		10.531
	55-64 år	8,3	0,75	(0,68;0,83)	13.530
	65-74 år	6,0	0,53	(0,47;0,59)	12.956
	≥75 år	7,2	0,64	(0,57;0,71)	11.383
	Alle kvinder	11,6			66.900
Uddannelse	Grundskole	12,9	2,30	(2,10;2,52)	10.682
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	8,8	1,33	(1,24;1,43)	35.708
	Kort videregående uddannelse	8,3	1,22	(1,10;1,35)	11.020
	Mellemlang videregående uddannelse	7,6	1		28.655
	Lang videregående uddannelse	8,4	0,92	(0,84;1,01)	16.833
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	9,2	1		55.117
	Arbejdsløse	24,6	3,15	(2,68;3,69)	1.416
	Førtidspensionister	27,1	5,36	(4,88;5,90)	4.406
	Andre uden for arbejdsmarkedet	26,0	3,69	(3,35;4,06)	5.350
	Alderspensionister	5,9			46.523

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt føler 10,8 % i den voksne del af befolkningen sig ensomme. Andelen er lidt større blandt kvinder (11,6 %) end blandt mænd (9,9 %) (Tabel 2.5.4). Blandt begge køn falder andelen overordnet set med stigende alder indtil aldersgruppen 75 år eller derover, hvor der ses en mindre stigning. Eneste undtagelse af blandt mænd i aldersgruppen 25-34 år, hvor andelen stiger en smule. Den største andel ses således for mænd i aldersgruppen 25-34 år (17,0 %) og for kvinder i aldersgruppen 16-24 år (22,1 %).

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og forekomsten af personer, som føler sig ensomme, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne. Blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der således en højere forekomst end blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (9,2 %) ses en større andel med ensomhed blandt førtidspensionister (27,1 %), arbejdsløse (24,6 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (26,0 %). Blandt alderspensionister er andelen 5,9 %.

Udvikling: I perioden fra 2021 til 2025 ses overordnet et lille fald i andelen med ensomhed fra 12,4 % til 10,8 % (Tabel 2.5.5). Blandt mænd i aldersgrupperne 25-34 år, 35-44 år og 45-54 år ses dog en lille stigning. Blandt kvinder ses et lille fald i næsten alle aldersgrupper, dog er andelen blandt de 35-44-årige og 45-54-årige stort set uændret i perioden (Figur 2.5.3). Der ses ikke noget systematisk mønster i udviklingen i forskellige uddannelsesgrupper mellem 2021 og 2025. Blandt mænd ses en lille stigning i andelen i gruppen med grundskole og gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens andelen er uændret i gruppen med en videregående uddannelse. Blandt kvinder ses en stigning i andelen i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens der ses en tendens til et lille fald i de andre uddannelses-grupper (Figur 2.5.4).

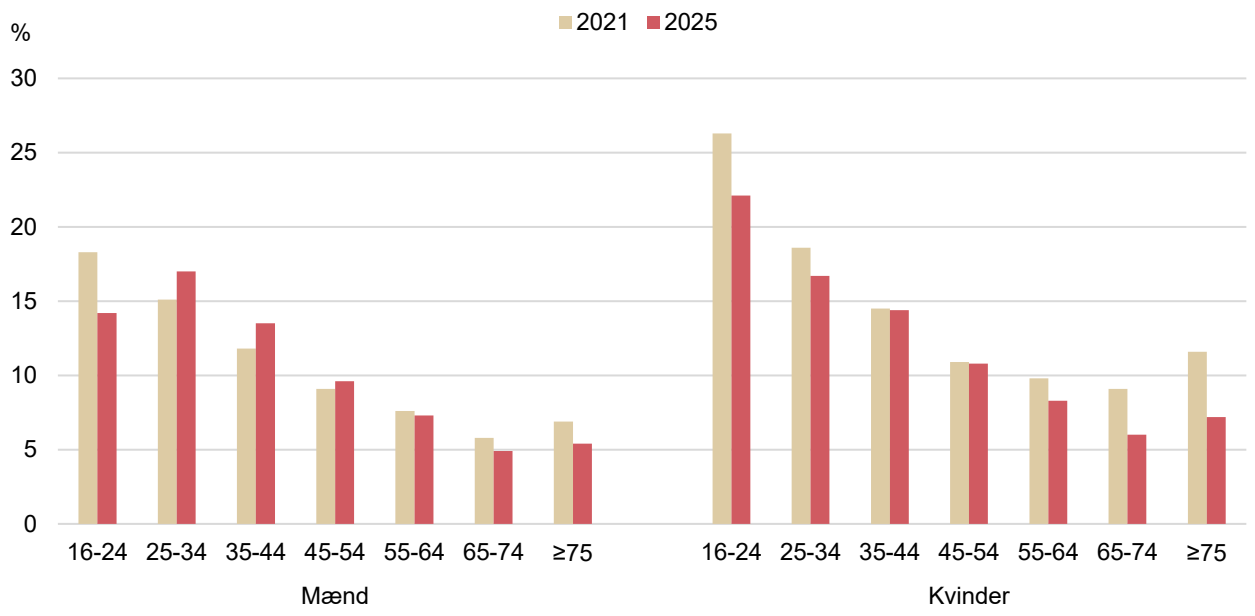
Tabel 2.5.5 Ensomhed. 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2021	12,4	1		168.512
	2025	10,8	0,88	(0,85;0,91)	120.036

[1]*Justeret for køn og alder*

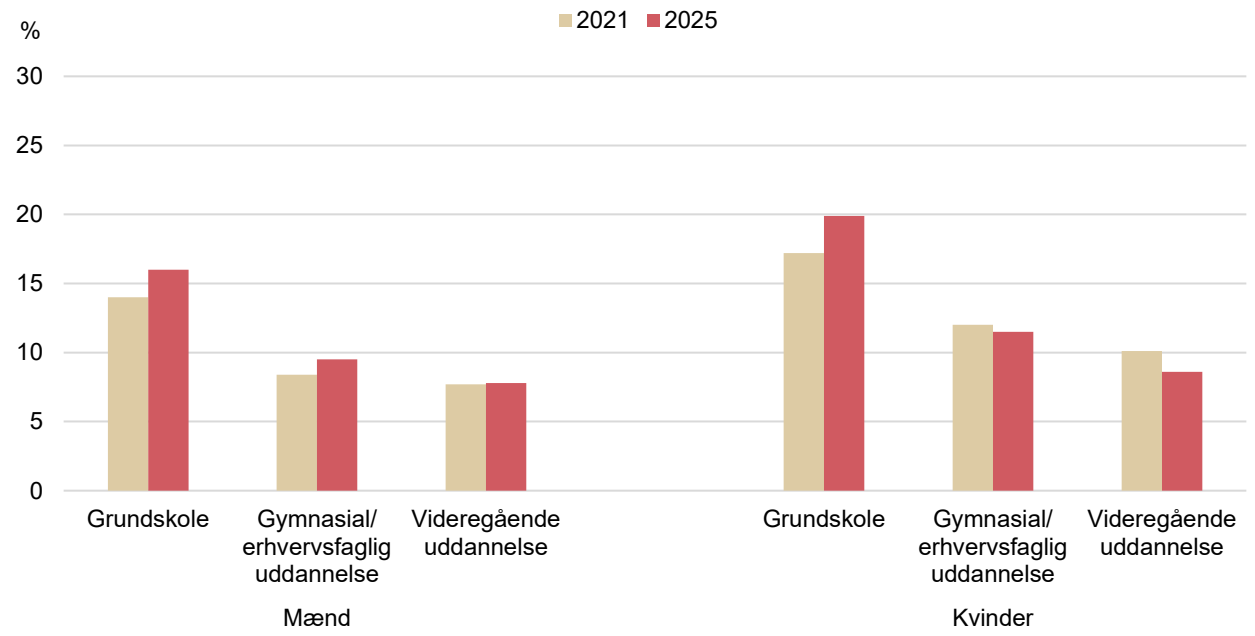
Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 2.5.3 Andel med ensomhed, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 2.5.4 Andel med ensomhed, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021 og 2025. Aldersjusteret procent

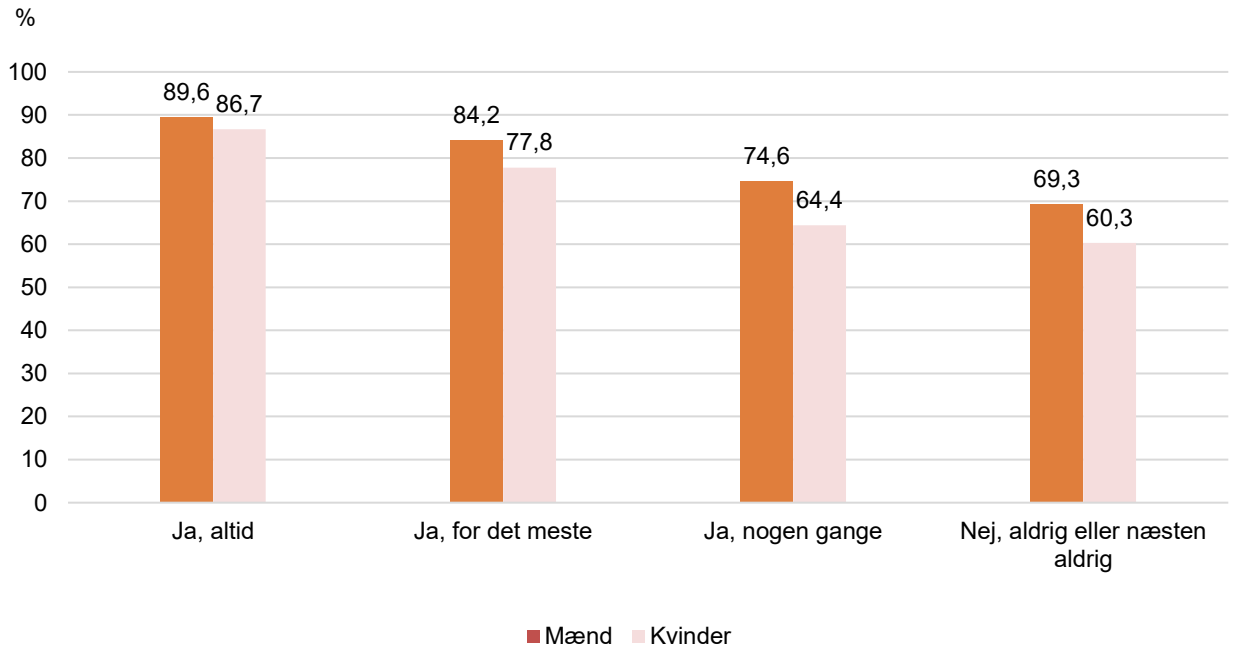


Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Selvvurderet helbred og sociale relationer – køn

Figur 2.5.5 viser sammenhængen mellem selvvurderet helbred, og hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte, opdelt på køn. Her falder andelen af mænd, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, fra 89,6 % blandt dem, der altid har nogen at tale med, til 69,3 % blandt dem, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med. Blandt kvinder ses samme mønster. Her falder andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred fra 86,7 % blandt dem, der altid har nogen at tale med, til 60,3 % blandt dem, der aldrig har nogen at tale med.

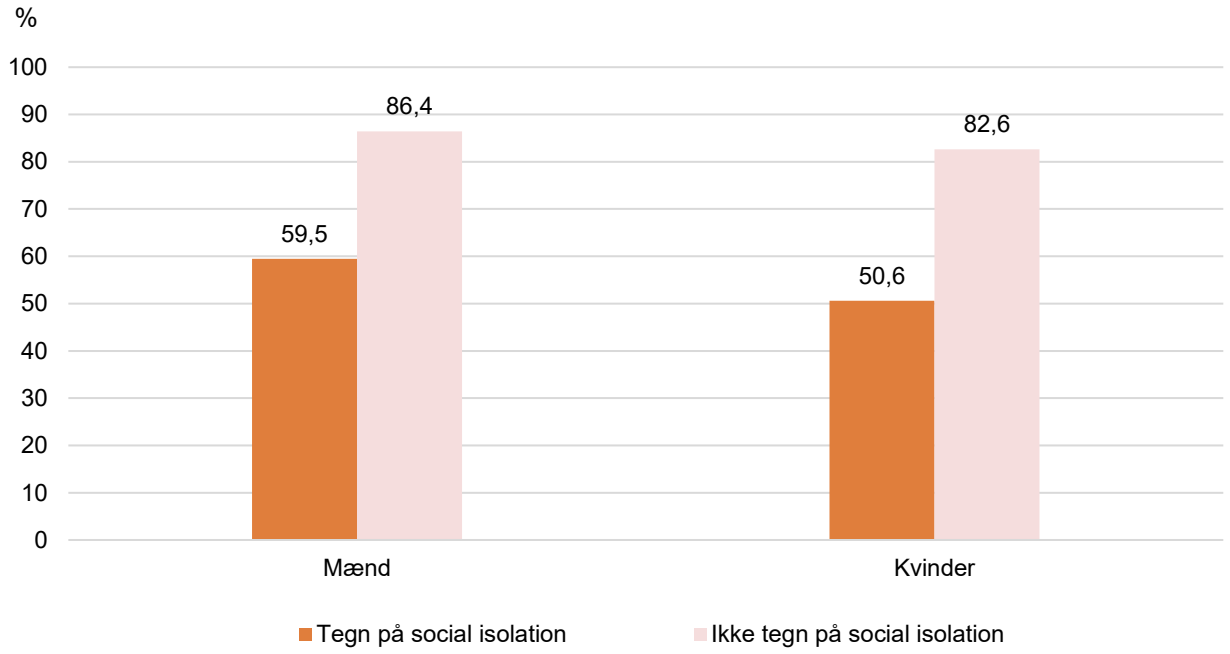
Figur 2.5.5 Andel med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder i forhold til, hvorvidt man har nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

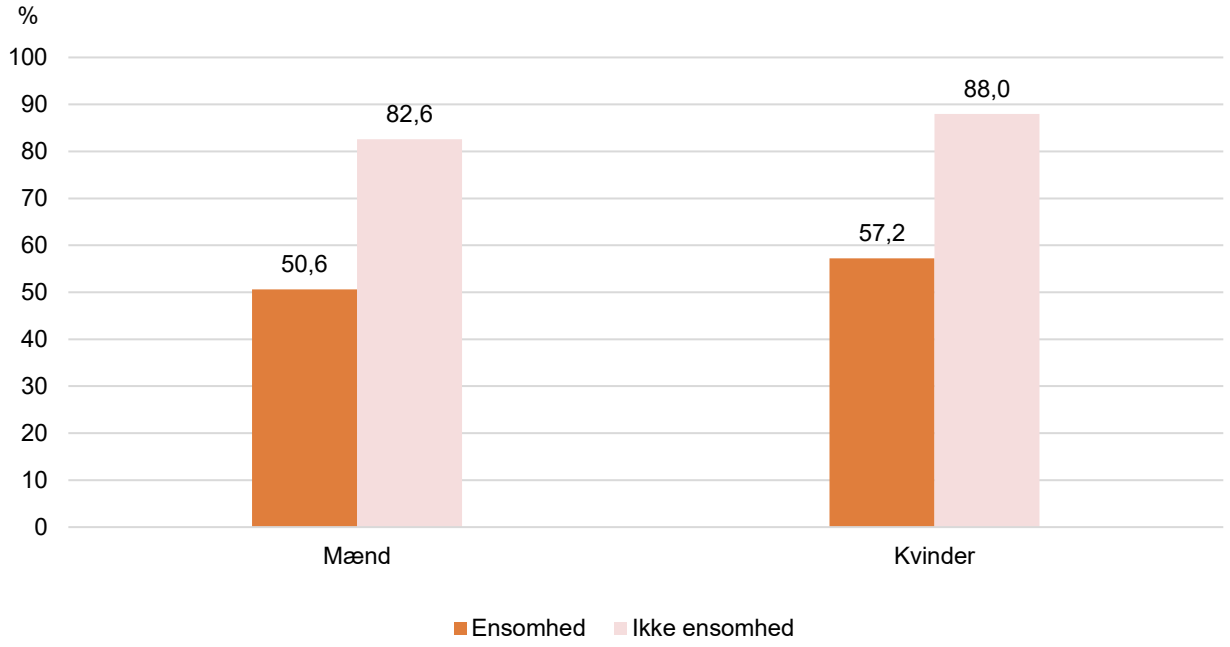
I Figur 2.5.6 og 2.5.7 vises tilsvarende andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt personer med henholdsvis tegn på social isolation og med ensomhed. Både blandt mænd og kvinder ses det, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er markant mindre blandt personer med tegn på social isolation eller ensomhed sammenlignet med personer uden dette. Eksempelvis har 86,4 % blandt mænd uden tegn på social isolation et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, mens det gælder 59,5 % blandt mænd med tegn på social isolation. Endvidere har 88,0 % blandt kvinder, der ikke føler sig ensomme, et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred sammenlignet med 57,2 % blandt kvinder, der føler sig ensomme.

Figur 2.5.6 Andel med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder, opdelt på tegn på social isolation. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Figur 2.5.7 Andel med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt mænd og kvinder, opdelt på ensomhed. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. Mar 2015;10:227-37.
2. Iversen L. Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom. Kapitel 4. Sociale relationer og helbred. København: Munksgaard Danmark. 2010.
3. Hawkley LC, Thisted RA, Masi CM, et al. Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. Psychol Aging. 2010;25:132-41.
4. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. Heart. 2016;102:1009-16.
5. Whisman MA. Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. Health Psychol. 2010;29:550-4. doi:10.1037/a0020760
6. Kuiper JS, Zuidersma M, Oude Voshaar RC, et al. Social relationships and risk of dementia: a systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Ageing Res Rev. 2015;22:39-57.
7. Park C, Majeed A, Gill H, et al. The effect of loneliness on distinct health outcomes: a comprehensive review and meta-analysis. Psychiatry Res. 2020;294:113514.
8. Mann F, Wang J, Pearce E, et al. Loneliness and the onset of new mental health problems in the general population. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2022;57:2161-78.
9. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark 2022 - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
10. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. New York: Wiley; 1982
11. Nøhr Christensen R, Ensomme Gamles Værn, Fonden. At prikke med kærlighed: Omsorgsbesøg i en isoleret alderdom. København: Ensomme Gamles Værn, 2011.
12. Leigh-Hunt N, Bagguley D, Bash K, et al. An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. Public Health. 2017;152:157-71.
13. Nielsen L, Holstein B. Sociale relationer, fællesskab og social kapital. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S. Forebyggende sundhedsarbejde, 7. udgave, Munksgaard 2021.
14. Perissinotto CM, Covinsky KE. Living alone, socially isolated or lonely - what are we measuring? J Gen Intern Med. 2014;29:1429-31.
15. Lauder W, Mummery K, Jones M, et al. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. Psychol Health Med. 2006;11:233-45.
16. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et al. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. Eur J Prev Cardiol. 2018;25:1387-96.
17. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, et al. Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). DEFACTUM, Region Midtjylland, 2018.
18. Hughes ME, Waite LJ, Hawkley LC, et al. A short scale for measuring loneliness in large surveys: results from two population-based studies. Reg Aging;2004;26:655-67.
19. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. Public Health Res Pract. 2020;30:3022008.
20. Santini ZI, Koyanagi A. Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the COVID-19 pandemic. Acta Neuropsychiatr. 2021;33:160-63.
21. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2020;59:1218-39.
22. Sepúlveda-Loyola S, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, et al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. J Nutr Health Aging. 2020;24:938-47.

3 Sundhedsadfærd

3.1 Tobaks- og nikotinprodukter
3.2 Alkohol
3.3 Kost
3.4 Fysisk aktivitet
3.5 Vægt
3.6 Flere samtidige risikofaktorer

3.1 Tobaks- og nikotinprodukter

Tobaksrygning er dén forebyggelige risikofaktor, der forårsager flest dødsfald, det største tab i befolkningens middellevetid og det største antal somatiske indlæggelser i Danmark (1). Opgørelser viser, at sammenlignet med personer, der aldrig har røget, er der i Danmark hvert år knap 16.000 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget (1). Dette svarer til, at næsten hvert tredje dødsfald herhjemme kan tilskrives rygning (1). Personer, der ryger 15 eller flere cigaretter dagligt, har i gennemsnit en levetid, der er godt 9 år kortere end personer, der aldrig har røget, mens de, der ryger mindre end 15 cigaretter om dagen, i gennemsnit lever omtrent 6 år kortere (1). Endvidere lever personer, der tidligere har røget, i gennemsnit cirka 3 år kortere end personer, der aldrig har røget (1). Rygning bidrager dermed væsentligt til den lavere middellevetid i Danmark sammenlignet med de øvrige nordiske lande (2).

Rygning er forbundet med en betydeligt øget risiko for en lang række alvorlige sygdomme, herunder lungekræft og flere andre kræftformer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) og hjertekarsygdomme (3-5). For nogle sygdomme er rygning ikke den direkte årsag til sygdommen, men forværrer prognosen ved eksisterende sygdomsforløb og kan forringe behandlingseffekten, herunder øge risikoen for komplikationer under behandling, eksempelvis i forbindelse med operationer, samt reducere chancen for helbredelse (3). Uanset hvor lidt man ryger, er rygning relateret til en øget risiko for sygdom og tidlig død, men risikoen stiger dog i takt med rygemængden, rygevarigheden, en tidlig rygedebut, samt hvor sent et eventuelt rygestop iværksættes (6, 7).

Andelen af personer i Danmark, der ryger, har gennem de seneste årtier været faldende (8-10), men udviklingen har dog vist tegn på stagnation de senere år (9-12). Ligeledes er antallet af tabte gode leveår relateret til rygning faldet i perioden fra 1990 til 2015, hvorefter der ses en stagnation frem mod 2019 (13). Sammenlignet med andre EU-lande er Danmark imidlertid ét af de lande, der siden 2010 har oplevet det største fald i andelen, der ryger dagligt (14). Således rangerer Danmark nu blandt de europæiske lande med den mindste andel, der ryger dagligt, sammen med blandt andet de andre nordiske lande (14, 15).

Der er markant social ulighed i rygning i Danmark, hvor andelen, der ryger dagligt, falder med længere uddannelse (16). De seneste årtiers overordnede fald i andelen, der ryger dagligt, er dermed ikke ligeligt fordelt på tværs af uddannelsesgrupper (1, 12, 16). Dette har medført en stigende social ulighed i den rygerelaterede dødelighed i perioden fra 1995 til 2019, hvor 26-29 % af stigningen i den sociale ulighed i den samlede dødelighed kan tilskrives rygerelaterede dødsfald (17). Det estimeres desuden, at rygning og alkohol tilsammen kan forklare omkring 60 % af den sociale ulighed i dødelighed i Danmark siden 1990'erne (17). Dog peger resultater for udviklingen i løbet af de seneste år på en faldende tendens i andelen, der ryger, blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens andelen er uændret i de øvrige uddannelses-grupper (12).

Markedet for tobaks- og nikotinprodukter har de seneste årtier ændret sig betydeligt med en markant stigning i udbuddet af nye produkter (18-20). Fælles for mange af disse produkter er, at de ofte indeholder store mængder nikotin, som er sundhedsskadeligt og stærkt afhængigheds-skabende. Endvidere appellerer de i høj grad til børn og unge på grund af de tilsatte søde smagsstoffer og emballagedesignet (19). Disse produkter omfatter blandt andet e-cigaretter, herunder vapes, og røgfri nikotinprodukter som snus og nikotinposer. Undersøgelser viser en stigende brug af tobaks- og nikotinprodukter blandt både unge og voksne i Danmark (20, 21), dog med en vis stagnation de seneste år. Blandt de 15-29-årige bruger i alt 35 % mindst 1 tobaks- eller nikotinprodukt, mens 10 % bruger 2 eller flere produkter (20). Stigningen i brugen af tobaks- og nikotinprodukter ses primært for brug af e-cigaretter/vapes, mens brug af nikotinposer er stagneret de senere år. Blandt unge, der bruger 2 eller flere tobaks- og nikotinprodukter, er de hyppigst forekommende kombinationer henholdsvis cigaretter og e-cigaretter/vapes samt cigaretter og røgfri nikotinprodukter (20).

Lovgivning

Lovgivningen på tobaksområdet i Danmark er løbende blevet strammet gennem de seneste årtier med henblik på at reducere tobaksforbruget, forebygge, at børn og unge starter, og forebygge de sundhedsskadelige effekter af passiv rygning og damp. Et centralt element i forebyggelsesarbejdet er indførelsen om *Lov om røgfri miljøer* fra 2007, som markerede starten på en mere omfattende regulering af tobaksbruget i både det offentlige og private rum (22). Siden vedtagelsen er loven blevet skærpet yderligere ad flere omgange (23), og som en del af Finansloven for 2020 blev det eksempelvis besluttet løbende at hæve tobaksafgiften. Derudover har regeringen i samarbejde med størstedelen af Folketingets partier i 2019 udarbejdet en national handleplan om at forebygge rygning blandt børn og unge, som blev udmøntet i 2020 (24). I januar 2021 blev der indført røgfri skoletid for elever på grundskoler, kostskoler og efterskoler, og fra juli samme år omfattede lovgivningen også ungdomsuddannelser. Røgfri skoletid omfatter brug af alle tobaks- og nikotin-produkter, herunder også nikotinposer og e-cigaretter, på skolens område i den samlede skoletid (24). Aldersgrænsen på 18 år for køb af tobaksvarer og e-cigaretter blev endvidere udvidet til også at omfatte nikotinprodukter (eksempelvis nikotinposer). I 2021 blev der desuden indført forbud mod synlig fremvisning af tobaksprodukter, e-cigaretter og nikotinposer på salgssteder, herunder fysiske butikker og webshops. Samtidig blev reklame- og sponsorreglerne skærpet, så tobaksprodukter ikke længere må markedsføres eller anvendes i sponsorering af offentlige arrangementer. Siden 2022 har det været ulovligt at sælge udstyr, der kan ændre smagen eller duften i tobaksprodukterne, og i samme periode er afgifterne på både tobaks- og nikotinprodukter steget yderligere (25). Desuden vedtog regeringen sammen med et bredt flertal i Folketinget i 2023 en forebyggelsesplan målrettet børn og unges brug af tobak, nikotin og alkohol (26, 27). Som led i en styrket forebyggelsesindsats blev lovgivningen på tobaksområdet skærpet igen i 2024 og 2025, herunder blandt andet med skærpede krav til webshops om aldersverifikation af kunder og forbud mod tobakssurrogater med specifikke aromaer og højt nikotinindhold (28). Den gældende lovgivning kan findes på www.retsinformation.dk.

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om deres rygevaner på baggrund af følgende spørgsmål: ’Ryger du? (gælder ikke e-cigaretter/vapes)’, hvortil det var muligt at svare: ’Ja, hver dag’, ’Ja, mindst én gang om ugen’, ’Ja, sjældnere end hver uge’, ’Nej, jeg er holdt op’

eller ’Nej, jeg har aldrig røget’. Svarpersoner, der angav, at de ryger dagligt, er endvidere blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen for hver af kategorierne: ’Antal cigaretter’, ’Antal cerutter’, ’Antal cigarer’ og ’Antal pibestop’. Personer, der aktuelt ryger (dagligt/ugentligt/sjældnere), er desuden blevet spurgt, om de gerne vil holde op med at ryge. Endelig er alle svarpersoner blevet spurgt om deres brug af henholdsvis e-cigaretter/vapes og røgfri nikotinprodukter, belyst ved spørgsmålene: ’Bruger du e-cigaretter/vapes?’ og ’Bruger du snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, der placeres under læben?’, begge med svarkategorierne: ’Ja, hver dag’, ’Ja, mindst én gang om ugen’, ’Ja, sjældnere end hver uge’, ’Nej, men jeg har brugt dem/det tidligere’, ’Nej, men jeg har prøvet dem/det (én eller få gange)’ og ’Nej, jeg har aldrig brugt dem/det’. For både brug af e-cigaretter/vapes og brug af røgfri nikotinprodukter er svarpersoner, der aktuelt bruger produkterne, også blevet spurgt, om de gerne vil holde op med at bruge dem.

Tobaks- og nikotinprodukter

I alt oplyser 10,5 % af befolkningen, at de ryger dagligt, 5,0 % oplyser, at de ryger lejlighedsvist, mens 32,2 % har røget tidligere (data ikke vist). Således er der samlet set 15,5 % af den voksne befolkning i Danmark, der aktuelt ryger, hvilket svarer til 774.000 personer. I opgørelserne af personer, der ryger dagligt, indgår personer, der ryger cigaretter, cerutter, cigarer og/eller pibe. Langt størstedelen af dem, der ryger, ryger dog cigaretter. Samtidig er der 5,5 %, der bruger e-cigaretter/vapes dagligt eller lejlighedsvist, mens 13,5 % har brugt dem tidligere (data ikke vist). Det svarer til, at omtrent 275.000 personer i Danmark aktuelt bruger e-cigaretter/vapes. Desuden bruger 3,9 % røgfri nikotinprodukter, såsom snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, dagligt eller lejlighedsvist, svarende til 195.000 personer, mens 7,9 % har brugt dem tidligere (data ikke vist).

Tobaksrygning – køn og alder

Andelen, der ryger dagligt, er lidt større blandt mænd (11,5 %) end blandt kvinder (9,5 %) (Tabel 3.1.1). Blandt mænd ses den største andel, der ryger dagligt, i aldersgrupperne 25-34 år (11,5 %), 35-44 år (13,1 %), 45-54 år (14,0 %), 55-64 år 13,9 %) og 65-74 år (13,1 %), mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 45-54 år (11,5 %), 55-64 år (13,1 %) og 65-74 år (11,3 %). I alt angiver 5,8 % blandt mænd og 4,2 % blandt kvinder, at de ryger lejlighedsvist, det vil sige mindst 1 gang om ugen eller sjældnere end hver uge. Både blandt mænd og kvinder er denne andel størst i aldersgruppen 16-24 år med henholdsvis 13,5 % og 11,5 %. Overordnet set falder andelen, der ryger lejlighedsvist, med stigende alder. Tabellen viser yderligere, at der er en større andel blandt kvinder (55,5 %) end blandt mænd (49,1 %), der aldrig har røget.

Tabel 3.1.1 Rygevaner blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ryger dagligt	4,8	11,5	13,1	14,0	13,9	13,1	8,4	11,5
Ryger mindst 1 gang om ugen	3,4	3,6	2,9	2,3	1,7	1,1	0,7	2,2
Ryger sjældnere end hver uge	10,1	6,5	4,5	2,8	1,6	1,1	0,4	3,6
Har tidligere røget	12,2	22,7	25,2	29,4	35,8	47,6	55,9	33,7
Har aldrig røget	69,5	55,8	54,3	51,6	47,0	37,2	34,6	49,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.798	4.299	4.866	7.956	11.394	12.112	10.858	55.283
Kvinder								
Ryger dagligt	4,5	9,2	9,8	11,5	13,1	11,3	5,8	9,5
Ryger mindst 1 gang om ugen	3,1	2,8	1,9	1,3	1,2	1,0	0,5	1,6
Ryger sjældnere end hver uge	8,4	4,3	2,8	2,0	1,0	0,7	0,4	2,6
Har tidligere røget	11,8	22,1	25,2	29,6	36,8	44,1	38,5	30,8
Har aldrig røget	72,2	61,6	60,3	55,6	47,9	42,8	54,8	55,5
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.423	6.552	7.571	10.940	13.955	13.332	11.974	69.747

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Tobaksrygning – køn og uddannelse

Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt (Tabel 3.1.2). Både blandt mænd og kvinder er andelen størst blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (henholdsvis 24,3 % og 22,6 %) og mindst blandt personer med en videregående uddannelse (henholdsvis 8,0 % og 6,8 %). Endvidere er andelen, der ryger lejlighedsvist, stort set ens på tværs af uddannelsesgrupper (4,1-4,8 % blandt mænd og 2,9-3,1 % blandt kvinder). Andelen, der aldrig har røget, stiger for både mænd og kvinder med længere uddannelse, blandt mænd fra 33,1 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 53,1 % i gruppen med en videregående. Tilsvarende ses det blandt kvinder, at andelen, der aldrig har røget, stiger fra 42,4 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 56,9 % i gruppen med en videregående uddannelse.

Tabel 3.1.2 Rygevaner blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2025. Aldersjusteret procent

	Grundskole	Gymnasial/ erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd			
Ryger dagligt	24,3	14,8	8,0
Ryger mindst 1 gang om ugen	2,3	2,2	1,9
Ryger sjældnere end hver uge	1,8	2,5	2,9
Har tidligere røget	38,5	37,4	34,1
Har aldrig røget	33,1	43,0	53,1
I alt	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.367	17.429	23.495
Kvinder			
Ryger dagligt	22,6	13,7	6,8
Ryger mindst 1 gang om ugen	1,5	1,5	1,3
Ryger sjældnere end hver uge	1,4	1,5	1,8
Har tidligere røget	32,1	35,1	33,3
Har aldrig røget	42,4	48,2	56,9
I alt	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.362	18.406	33.161

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

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

Tabel 3.1.3 Ryger dagligt. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	10,5			125.030
Mænd	16-24 år	4,8	0,31	(0,26;0,37)	3.798
	25-34 år	11,5	0,79	(0,70;0,90)	4.299
	35-44 år	13,1	0,92	(0,81;1,05)	4.866
	45-54 år	14,0	1		7.956
	55-64 år	13,9	0,99	(0,90;1,10)	11.394
	65-74 år	13,1	0,92	(0,84;1,02)	12.112
	≥75 år	8,4	0,56	(0,50;0,63)	10.858
	Alle mænd	11,5			55.283
Kvinder	16-24 år	4,5	0,36	(0,31;0,43)	5.423
	25-34 år	9,2	0,79	(0,70;0,88)	6.552
	35-44 år	9,8	0,84	(0,75;0,94)	7.571
	45-54 år	11,5	1		10.940
	55-64 år	13,1	1,17	(1,07;1,28)	13.955
	65-74 år	11,3	0,99	(0,90;1,08)	13.332
	≥75 år	5,8	0,48	(0,43;0,53)	11.974
	Alle kvinder	9,5			69.747
Uddannelse	Grundskole	19,7	2,97	(2,75;3,22)	10.729
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	13,5	1,74	(1,63;1,86)	35.835
	Kort videregående uddannelse	9,9	1,20	(1,09;1,32)	11.051
	Mellemlang videregående uddannelse	8,3	1		28.738
	Lang videregående uddannelse	4,4	0,47	(0,43;0,53)	16.867
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	10,0	1		55.196
	Arbejdsløse	17,8	2,08	(1,76;2,45)	1.419
	Førtidspensionister	23,9	2,81	(2,56;3,07)	4.622
	Andre uden for arbejdsmarkedet	16,2	2,04	(1,85;2,26)	5.360
	Alderspensionister	9,8			48.276

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt angiver 10,5 % af den voksne befolkning i Danmark, at de ryger dagligt. Andelen er lidt større blandt mænd (11,5 %) end blandt kvinder (9,5 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper (Tabel 3.1.3). Eneste undtagelse ses i aldersgruppen 16-24 år, hvor andelen er stort set ens blandt mænd (4,8 %) og kvinder (4,5 %). Både blandt mænd og blandt kvinder ses de mindste andele aldersgrupperne 16-24 år og 75 år eller derover, mens der generelt set ikke er de store forskelle i andelen på tværs af de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ryger dagligt. Således falder andelen fra 19,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 4,4 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: I forhold til beskæftigede (10,0 %) ses en markant større andel, der ryger dagligt, blandt arbejdsløse (17,8 %), førtidspensionister (23,9 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (16,2 %). Blandt alderspensionister er andelen 9,8 %.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2025 er der sket et tydeligt fald i andelen, der ryger dagligt, fra 20,9 % til 10,5 % (Tabel 3.1.4). Faldet ses i alle aldersgrupper blandt både mænd og kvinder (Figur 3.1.1). Det største fald ses blandt mænd i aldersgruppen 16-24 år (-14,6 procentpoint), 45-54 år (-12,5 procentpoint) og 55-64 år (-13,3 procentpoint) samt blandt kvinder i aldersgruppen 45-54 år (-13,2 procentpoint). I alle uddannelsesgrupper ses i perioden et fald i andelen blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt (Figur 3.1.2). Faldet i perioden er mest udtalt blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse (-12,5 procentpoint).

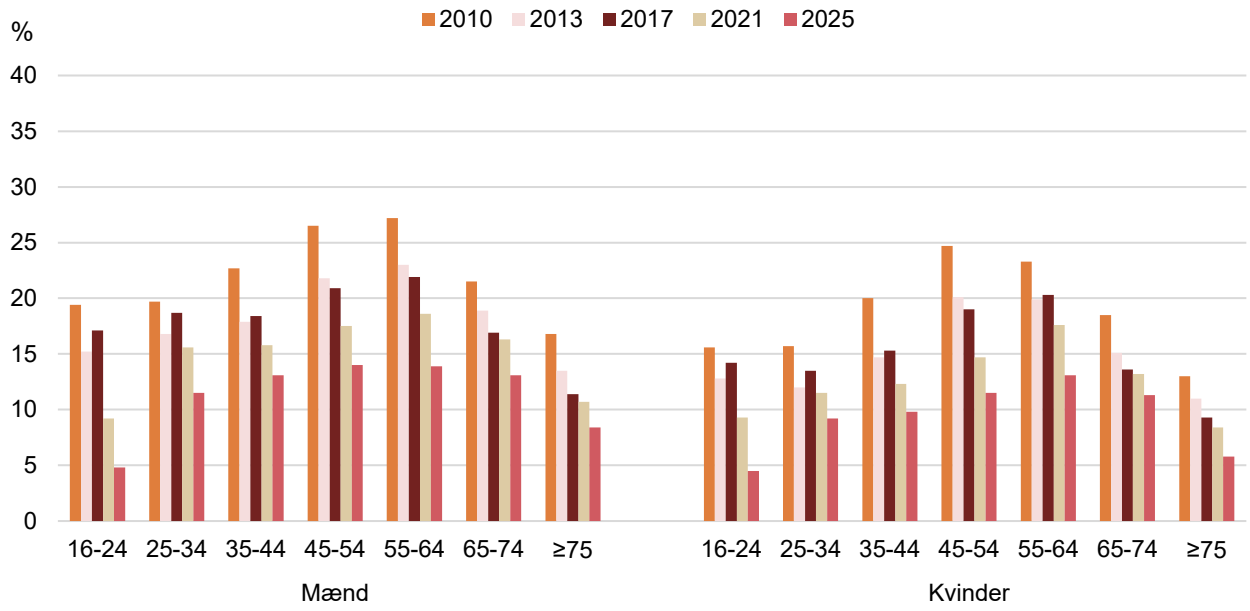
Tabel 3.1.4 Ryger dagligt. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	20,9	1		173.243
	2013	17,0	0,78	(0,76;0,79)	158.867
	2017	16,9	0,77	(0,76;0,79)	174.826
	2021	13,9	0,62	(0,60;0,63)	172.930
	2025	10,5	0,45	(0,44;0,46)	125.030

[1]*Justeret for køn og alder*

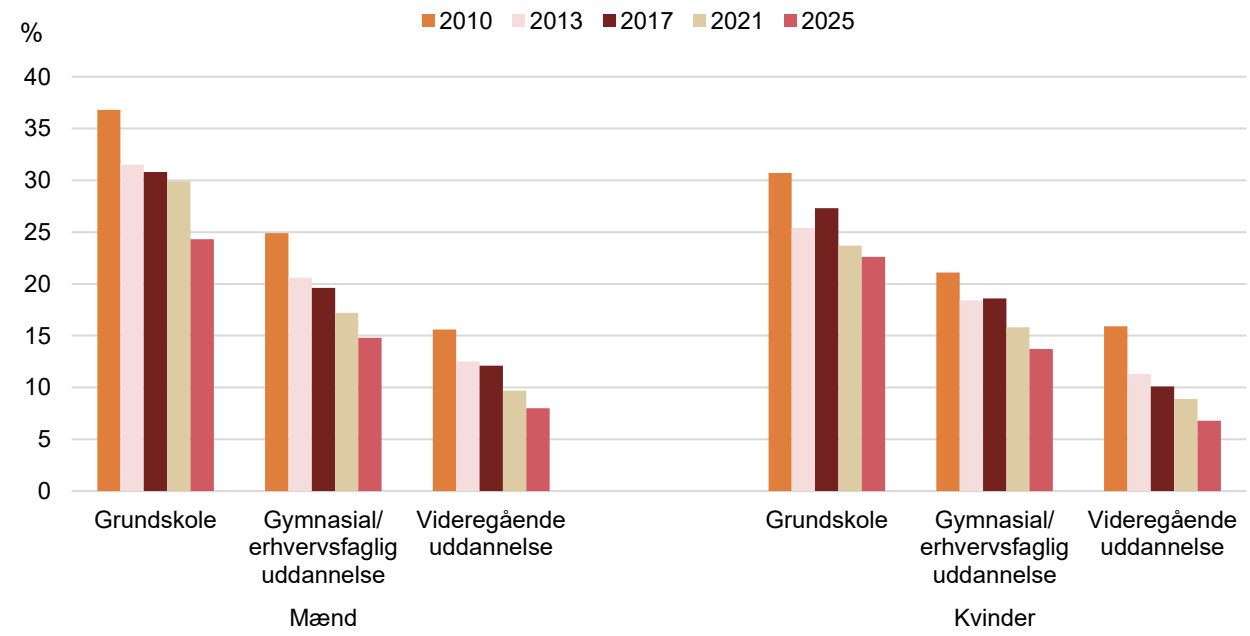
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.1.1 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.1.2 Andel, der ryger dagligt, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 3.1.5 Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	74,4			12.331
Mænd	16-24 år	75,4	0,76	(0,50;1,15)	179
	25-34 år	85,0	1,41	(1,01;1,95)	483
	35-44 år	82,1	1,14	(0,82;1,58)	564
	45-54 år	80,2	1		1.002
	55-64 år	75,9	0,78	(0,62;0,98)	1.443
	65-74 år	67,4	0,51	(0,41;0,64)	1.423
	≥75 år	44,4	0,20	(0,15;0,25)	817
	Alle mænd	73,9			5.911
Kvinder	16-24 år	80,0	1,05	(0,70;1,57)	233
	25-34 år	84,1	1,38	(1,04;1,85)	584
	35-44 år	81,8	1,18	(0,90;1,56)	683
	45-54 år	79,2	1		1.175
	55-64 år	76,1	0,84	(0,68;1,02)	1.702
	65-74 år	69,3	0,59	(0,48;0,73)	1.394
	≥75 år	50,0	0,26	(0,21;0,33)	649
	Alle kvinder	75,0			6.420
Uddannelse	Grundskole	69,4	0,74	(0,63;0,88)	1.910
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	75,1	0,94	(0,81;1,09)	4.481
	Kort videregående uddannelse	75,5	1,01	(0,82;1,25)	1.020
	Mellemlang videregående uddannelse	75,8	1		2.236
	Lang videregående uddannelse	73,0	0,80	(0,64;1,02)	703
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	81,0	1		5.143
	Arbejdsløse	78,8	0,83	(0,57;1,19)	252
	Førtidspensionister	69,4	0,56	(0,47;0,67)	1.070
	Andre uden for arbejdsmarkedet	79,2	0,87	(0,70;1,09)	836
	Alderspensionister	61,3			4.283

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt angiver 74,4 % blandt personer, der ryger dagligt, at de gerne vil holde op med at ryge (Tabel 3.1.5). Andelen er stort set ens blandt mænd (73,9 %) og kvinder (75,0 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgruppe, på nær aldersgruppen 16-24 år og 75 år eller derover, hvor andelene er lidt større blandt kvinder end blandt mænd. Både blandt mænd og kvinder ses den største andel, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, i aldersgruppen 25-34 år (henholdsvis 85,0 % og 84,1 %). Herefter falder andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der er procentvist færrest, som ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (69,4 %), mens andelen er stort set ens i de øvrige uddannelsesgrupper (73,0-75,8 %).

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er mindre blandt førtidspensionister (69,4 %) end blandt beskæftigede (81,0 %). Blandt alderspensionister er andelen 61,3 %.

Udvikling: Andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er stort set uændret i perioden fra 2010 (74,0 %) til 2025 (74,4 %) (Tabel 3.1.6). Både blandt mænd og kvinder ses i perioden en stigning i andelen i aldersgrupperne 45-54 år, 55-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover, mens andelen er stort set uændret i aldersgrupperne 25-34 år og 35-44 år (Figur 3.1.3). Derimod ses et fald i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. Blandt mænd ses i alle uddannelsesgrupper en stigning i andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, mellem 2010 og 2025, mens der blandt kvinder ses en tilsvarende, om end mindre tydelig, tendens (Figur 3.1.4).

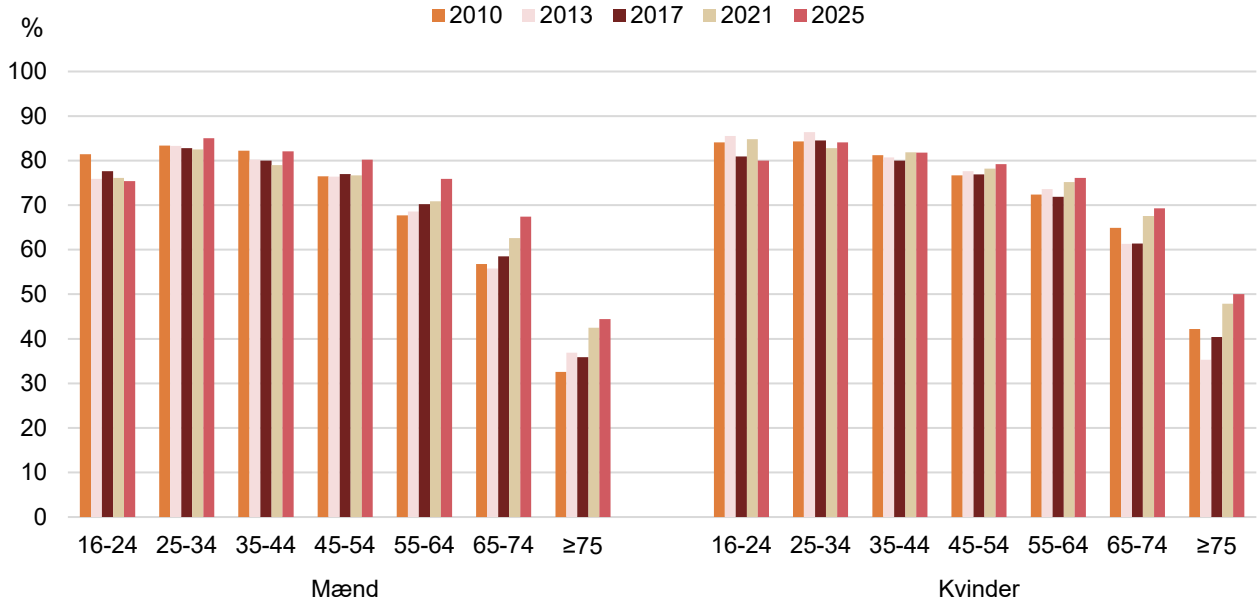
Tabel 3.1.6 Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	74,0	1		34.158
	2013	72,9	0,97	(0,93;1,02)	25.290
	2017	73,2	0,97	(0,93;1,01)	26.828
	2021	73,7	1,07	(1,02;1,12)	22.014
	2025	74,4	1,23	(1,16;1,30)	12.331

[1]*Justeret for køn og alder*

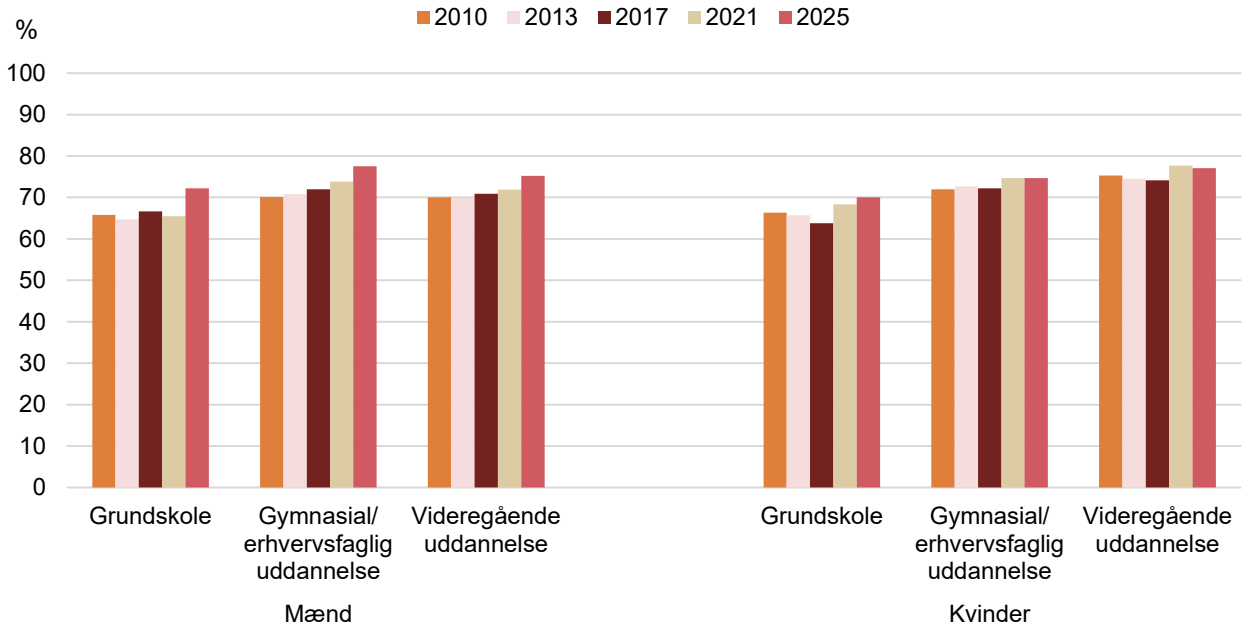
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.1.3 Andel, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.1.4 Andel, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Støtte og hjælp til rygestop – køn

Det fremgår af Tabel 3.1.5, at blandt personer, der ryger dagligt i 2025, ønsker 74,4 % at holde op med at ryge. Personer, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er endvidere blev spurgt, om de ønsker støtte og hjælp til at holde op med at ryge – i form af eksempelvis rygestopkursus eller støtte fra egen læge. Det ses af Tabel 3.1.7, at en lidt større andel blandt mænd (43,1 %) end blandt kvinder (40,3 %), der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, ønsker støtte og hjælp til dette.

Tabel 3.1.7 Andel, der ønsker støtte og hjælp til at holde op med at ryge, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge. 2025. Procent

	Ryger dagligt
Mænd	43,1
Kvinder	40,3
Alle	41,8
Antal svarpersoner	8.872

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Råd om rygestop fra sundhedspersonale i egen lægepraksis – køn og alder

Tabel 3.1.8 viser andelen, der har modtaget råd om rygestop fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. Det ses, at en større andel blandt mænd (51,0 %) end blandt kvinder (42,2 %), der ryger dagligt og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis, har modtaget råd fra sundhedspersonalet om at holde op med at ryge. Blandt både mænd og kvinder stiger andelen med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter andelen falder markant i aldersgruppen 75 år eller derover.

Tabel 3.1.8 Andel, der har modtaget råd om rygestop fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder, der ryger dagligt og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	27,4	42,5	46,2	48,4	57,9	59,1	43,1	51,0	3.855
Kvinder	28,2	41,3	35,9	36,2	45,6	50,8	38,9	42,2	4.345

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

E-cigaretter/vapes – køn og alder

I alt bruger 3,5 % af den voksne befolkning i Danmark e-cigaretter/vapes dagligt, og andelen er stort set ens blandt mænd (3,4 %) og kvinder (3,5 %) (Tabel 3.1.9). Blandt mænd ses den største andel i aldersgrupperne 25-34 år (5,1 %) og 35-44 år (5,5 %), mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgrupperne 16-24 år (5,2 %) og 25-34 år (5,6 %). Herefter falder andelen med stigende alder.

Tabel 3.1.9 Andel, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	4,1	5,1	5,5	4,2	3,0	1,8	0,6	3,4	54.547
Kvinder	5,2	5,6	4,4	4,2	3,1	2,2	0,8	3,5	68.414

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

E-cigaretter/vapes og rygevaner

I Tabel 3.1.10 ses sammenhængen mellem daglig brug af e-cigaretter/vapes og rygevaner. Det fremgår, at andelen, der bruger e-cigaretter/vapes dagligt, stort set er lige stor blandt personer, der ryger traditionel tobak dagligt (8,5 %) og ugentligt eller sjældnere (9,4 %), og mindst blandt personer, er aldrig har røget (0,4 %).

Tabel 3.1.10 Daglig brug af e-cigaretter/vapes, opdelt på rygevaner (traditionel tobak). 2025. Procent

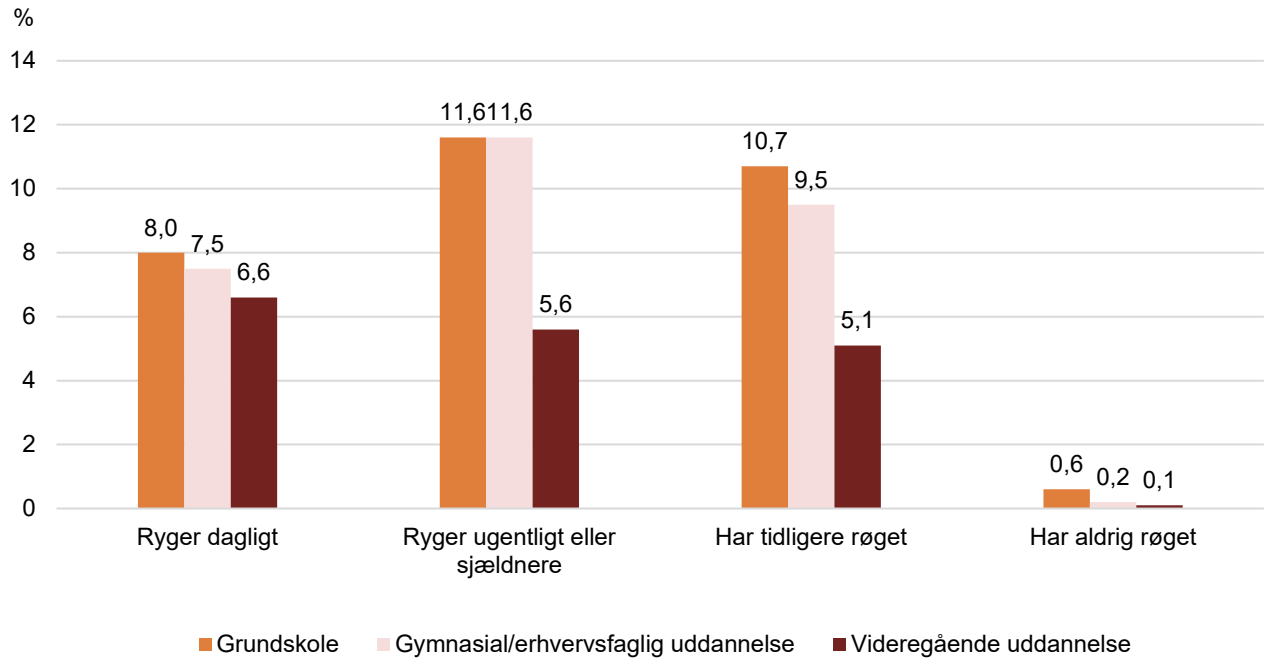
	Ryger dagligt	Ryger ugentligt eller sjældnere	Har tidligere røget	Har aldrig røget	Antal svarpersoner
Bruger e-cigaretter/vapes dagligt	8,5	9,4	5,9	0,4	122.669

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

E-cigaretter/vapes – rygevaner og uddannelse

Det ses af Figur 3.1.5, at andelen, der bruger e-cigaretter/vapes dagligt, overordnet set falder med længere uddannelse, uanset rygevaner. Forskellene mellem uddannelsesgrupperne er mest udtalte i grupperne, der henholdsvis ryger ugentligt eller sjældnere og er holdt op med at ryge. Endvidere fremgår det, at den største andel, der bruger e-cigaretter/vapes dagligt, ses blandt personer, der rygere ugentligt eller sjældnere og har grundskole eller gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse (begge 11,6 %).

Figur 3.1.5 Andel, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes dagligt, opdelt på rygevaner (traditionel tobak), blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Røgfri nikotinprodukter – køn og alder

I Tabel 3.1.11 ses andelen, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter, såsom snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Samlet set er der 3,8 % blandt mænd og 1,6 % blandt kvinder, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter. Både blandt mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 16-24 år, henholdsvis 12,4 % blandt mænd og 7,3 % blandt kvinder, og falder med stigende alder.

Tabel 3.1.11 Andel, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter (snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

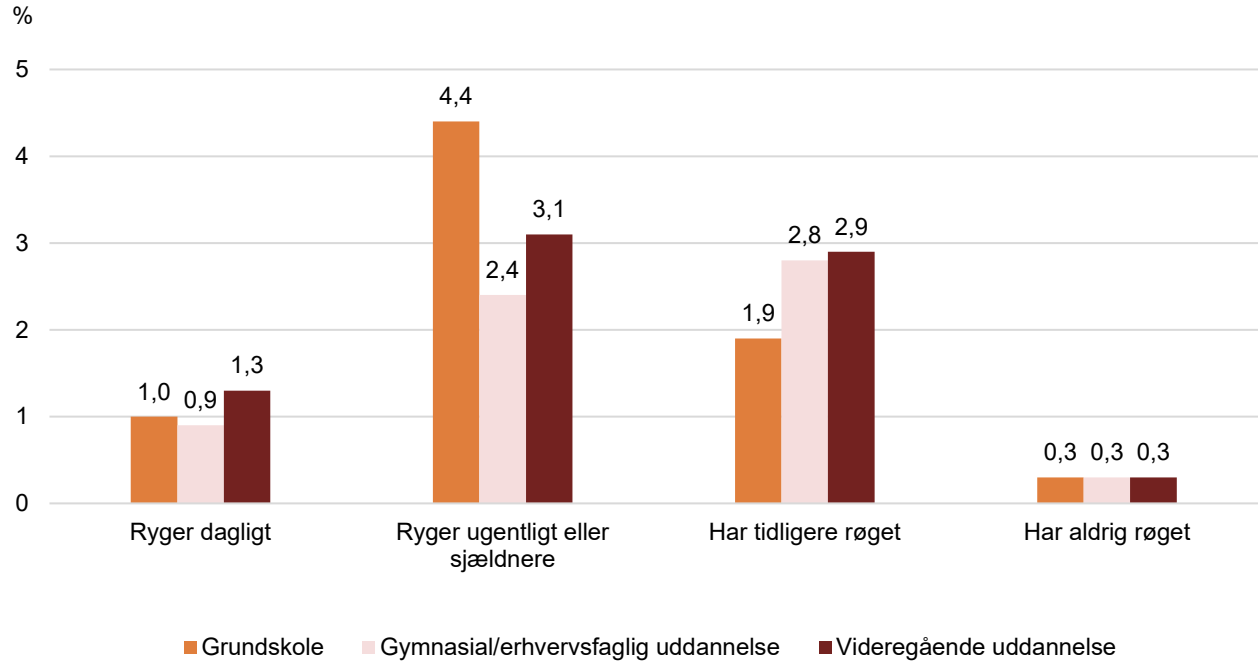
	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	12,4	8,0	2,7	1,9	1,1	0,9	0,8	3,8	54.679
Kvinder	7,3	2,2	0,8	0,6	0,5	0,6	0,3	1,6	68.544

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Røgfri nikotinprodukter – rygevaner og uddannelse

Figur 3.1.6 viser sammenhængen sammenhæng mellem daglig brug af røgfri nikotinprodukter og rygevaner, opdelt på længst fuldførte uddannelse. Det fremgår, at der ikke er de store forskelle i andelen, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter, på tværs af rygevaner og uddannelsesgrupper. Den største andel, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter, ses blandt personer, der ryger ugentligt eller sjældnere og har grundskole som længst fuldførte uddannelse (4,4 %).

Figur 3.1.6 Andel, der dagligt bruger røgfri nikotinprodukter (snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende), opdelt på rygevaner (traditionel tobak), blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
2. Jensen HAR, Davidsen M, Juel K. Social inequality in mortality in the Nordic countries - The impact of smoking and alcohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Nordic Medico Statistical Committee, 2017.
3. US Department of Health and Human Services. The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the surgeon general. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.
4. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Dai X, Gil GF, Reitsma MB, et al. Health effects associated with smoking: A burden of proof study. Nat Commun. 2024;15:1082.
6. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. N Engl J Med. 2013;368:341-50.
7. Pirie K, Peto R, Reeves GK, Green J, Beral V. The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. Lancet. 2013;381:133-41.
8. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.
9. Hoffmann SH, Schramm S, Jarlstrup NS, Christensen AI. Danskernes rygevaner. Udviklingen fra 1994 til 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
10. Rosenwein SV, Jørgensen MB, Schramm S. Danskernes rygevaner - årsrapport 2018. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2019.
11. Lund L, Bast LS. Danskernes rygevaner 2020. Delrapport 1: Nikotinafhængighed. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2021.
12. Arp S, Bast LS. Danskernes rygevaner 2024. Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2025.
13. Global Burden of Disease. GBD Compare IHME. Tilgået d. 11/3-2025: https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare/
14. OECD/European Union. Health at a glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle. OECD Publishing: Paris, 2022.
15. World Health Organization. WHO report on the global tobacco epidemic, 2023: Protect people from tobacco smoke. Geneva: World Health Organization, 2023.
16. Kjærulff TM, Nielsen MB, Davidsen M, Ersbøll AK. Social ulighed i Sundhed og Sygdom – udviklingen fra 2013-2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2025.
17. Jensen HAR, Møller SR, Christensen AI, Davidsen M, Juel K, Petersen CB. Trends in social inequality in mortality in Denmark 1995-2019: the contribution of smoking- and alcohol-related deaths. J Epidemiol Community Health. 2023;78:18-24.
18. Lund L, Jarlstrup N, Bast LS. §RØG – En undersøgelse af tobak, adfærd og regler. Udvalgte tendenser 2023, rapport 5. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2024.
19. Vestbo J, Andreasen JT, Bast LS, Lund L, Pisinger C. Børn og unges nikotinbrug – konsekvenser og forebyggelse. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2022.
20. Arp S, Lund L, Bast LS. §RØG – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler. Udvalgte tendenser 2024, rapport 6. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2025.
21. Arp S, Bast LS. Danskernes rygevaner 2024. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2025.
22. Sundheds- og Ældreministeriet. Lov om røgfri miljøer. 2007. Tilgået d. 11/3-2025. https://retsinformation.dk/forms/r0710.aspx?id=11388
23. Sundheds- og Ældreministeriet. Faktaark 11: Initiativer på tobaksområdet og prisudvikling siden år 2000. Tilgået d. 11/3-2025: https://www.ism.dk/Media/E/0/11-FAKTAARK-Initiativer-paa-tobakomraadet-siden-aar-2000.pdf
24. Sundheds- og Ældreministeriet. Aftale: National handleplan mod børn og unges rygning. København: Sundheds- og Ældreministeriet, 2019.
25. Glahn AS, Brink A-L. Lovgivning i Danmark: København: Kræftens Bekæmpelse, 2024. Tilgået d. 18/3-2025: https://www.cancer.dk/forebyg-kraeft/tobak-og-nikotin/lovgivning/danmark/.
26. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Aftaletekst. Aftale mellem regeringen (Socialdemokratiet, Venstre og Moderaterne), Socialistisk Folkeparti, Danmarksdemokraterne, Det Konservative Folkeparti og Alternativet

om: En forebyggelsesplan målrettet børn og unge - tobak, nikotin og alkohol. 14. november 2023. Tilgået d. 5/2-2026: https://www.ism.dk/Media/638355544796222251/Aftaletekst.pdf
27. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Overblik: Initiativer i forebyggelsesplan målrettet børn og unge - tobak, nikotin og alkohol. November 2023. Tilgået d. 5/2-2026: https://www.ism.dk/Media/638355605369097904/Overblik%20over%20initiativer%20i%20forebyggelsesplan.pdf
28. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Nikotin og tobak. København: Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025. Tilgået d. 29/10-2025. https://www.ism.dk/sundhed/forebyggelse/nikotin-og-tobak.

3.2 Alkohol

Alkohol er én af de forebyggelige risikofaktorer med størst betydning for folkesundheden i Danmark, da et højt forbrug har store helbreds- og samfundsmæssige konsekvenser (1). Hvert år kan omkring 2.500 dødsfald herhjemme tilskrives alkohol som enten den primære eller medvirkende årsag, svarende til henholdsvis 7 % og 2 % af alle dødsfald blandt mænd og kvinder, mens der samtidig ses knap 150.000 alkoholrelaterede hospitalskontakter årligt (1). Foruden betydningen for dødeligheden i befolkningen er et højt alkoholforbrug enten direkte eller indirekte årsag til mere end 200 internationalt klassificerede sygdomme og helbredstilstande (2). Disse omfatter blandt andet alkoholafhængighed, leversygdomme, nervebetændelse, akut og kronisk bugspytkirtelbetændelse, hormonforstyrrelser, muskel- og skeletsygdomme, søvnforstyrrelser, fosterpåvirkning og en lang række kræftformer (2-5). For langt de fleste alkoholrelaterede sygdomme og tilstande vurderes det, at risikoen øges med et øget alkoholindtag (5, 6), men også drikkemønstret kan have en betydning for helbredskonsekvenserne (6). Ud over de fysiske helbredsproblemer kan et højt alkoholforbrug også medføre betydelige psykosociale konsekvenser for den enkelte, dennes partner, børn og netværk samt øge risikoen for blandt andet ulykker, vold og selvmord (1, 6-13).

Internationale sammenligninger viser, at både unge og voksne i Danmark har den højeste drikkefrekvens og den højeste forekomst af rusdrikning i Europa, herunder de nordiske lande, som vi normalt sammenligner os med (14, 15). Alkoholkulturen i Danmark er traditionelt set kendetegnet ved, at alkohol ofte indtages i sociale sammenhænge og i store mængder over kort tid (16). Dette kan således være en medvirkende forklaring på Danmarks placering i internationale sammenhænge i forhold til alkoholforbrug. Ses der i stedet på det gennemsnitlige alkoholindtag per indbygger, ligger Danmark dog forholdsvist lavt i forhold til andre europæiske lande (17-19).

Siden slutningen af 2000'erne er der sket et overordnet fald i den alkoholrelaterede dødelighed i Danmark (20), parallelt med at salget af alkohol per indbygger over 18 år også er faldet, fra 11,3 liter (ren alkohol) i 2008 til 9,1 liter i 2024 (21). En metaanalyse viser imidlertid, at der er social ulighed i alkoholforbruget, uanset om forbruget måles ved forekomsten af rusdrikning, eller hvorvidt man drikker alkohol eller ej, dog med modsatrettet fortegn (22). Således falder andelen, der rusdrikker, med længere uddannelse, mens der ses en omvendt social ulighed for overhovedet at indtage alkohol, hvor andelen stiger med længere uddannelse. I en systematisk litteraturgennemgang er det desuden blevet vist, at den sociale ulighed i alkoholrelateret dødelighed er markant større end i den samlede dødelighed (23). Det er desuden blevet vist, at personer med lavere socioøkonomisk status i højere grad har negative konsekvenser af deres alkoholforbrug sammenlignet med personer med højere socioøkonomisk status (24), hvilket også omtales som *the alcohol-harm paradox.* Samlet set kan alkoholforbruget forklare 27 % af den sociale ulighed i dødelighed (24), mens et dansk studie estimerer, at alkoholrelaterede dødsfald kan forklare omtrent en fjerdedel af stigningen i den sociale ulighed i dødelighed i Danmark perioden fra 1995 til 2019 (20).

Sundhedsstyrelsen udgav i 2022 de seneste udmeldinger om indtag af alkohol i Danmark, som er (25):

- Intet alkoholforbrug er risikofrit for dit helbred.
- Ved indtag af alkohol anbefales det, at voksne på 18 år eller derover:
  - Højst drikker 10 genstande om ugen.
  - Højst drikker 4 genstande på samme dag.
  - Unge mellem 18 og 25 år bør være særligt opmærksomme på ikke at overskride anbefalingerne.
- Børn og unge under 18 år frarådes at drikke alkohol.
- Gravide og kvinder, der prøver at blive gravide, frarådes at drikke alkohol.
- Kvinder, der ammer, bør være forsigtige med at indtage alkohol.

I denne rapport er alkoholforbruget i Danmark først belyst på baggrund af spørgsmålet: 'Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?', hvortil det var muligt at svare: 'Ja' eller 'Nej'. Ved et bekræftende svar er svarpersonerne herefter blevet bedt om at oplyse deres alkoholforbrug i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande de drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne: 'Øl/alkoholcider', 'Vin/hedvin' og 'Spiritus/alkoholsodavand'. På baggrund af disse besvarelser er antallet af genstande i løbet af en typisk uge beregnet, hvor beregningen tager udgangspunkt i, at en genstand svarer til 12 gram ren alkohol. Svarpersoner, som angiver, at de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er endvidere blevet spurgt til forekomsten af fuldskabsorienteret druk ud fra følgende spørgsmål: 'Hvor tit drikker du 5 genstande eller flere ved samme lejlighed?' med svarkategorierne: 'Næsten dagligt eller dagligt', 'Ugentligt', 'Månedligt', 'Sjældent' og 'Aldrig'. Slutteligt er svarpersoner, der har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, blevet spurgt, om de ønsker at nedsætte eget alkoholforbrug, på baggrund af spørgsmålet: 'Vil du gerne nedsætte dit alkoholforbrug?', hvortil det var muligt at svare: 'Ja' eller 'Nej'.

Ugentligt alkoholforbrug – køn og alder

Det ses af Tabel 3.2.1, at der i alt er 12,6 % blandt mænd og 19,2 % blandt kvinder, som ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. I alle aldersgrupper er andelen større blandt kvinder end blandt mænd, undtaget i aldersgruppen 16-24 år, hvor det stort set ingen forskel er mellem kønnene (16,1 % blandt mænd og 15,2 % blandt kvinder). Derimod er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i alle aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder. Tabellen viser yderligere, at der blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år, 55-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover er 3-5 %, som drikker 30 eller flere genstande i løbet af en typisk uge. Det hyppigst rapporterede antal genstande i løbet af en typisk uge i den voksne befolkning i Danmark er 1-5 genstande, som angives af 36,4 % blandt mænd og 43,9 % blandt kvinder.

Tabel 3.2.1 Ugentligt alkoholforbrug blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	16,1	12,6	14,3	12,2	12,0	11,0	11,6	12,6
0 genstande	18,8	17,5	13,9	10,0	8,2	6,4	5,8	11,1
1-5 genstande	24,7	41,9	46,3	42,1	37,6	32,0	31,8	36,4
6-10 genstande	15,2	14,9	14,1	19,1	22,1	22,9	23,2	19,2
11-14 genstande	7,9	4,7	4,6	6,8	7,9	10,2	10,3	7,6
15-21 genstande	8,5	4,8	3,7	5,4	6,4	8,8	9,2	6,8
22-29 genstande	4,2	1,3	1,6	1,8	2,5	4,4	4,6	2,9
≥30 genstande	4,6	2,4	1,6	2,7	3,4	4,4	3,4	3,3
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.607	4.108	4.613	7.695	11.040	11.732	10.230	53.025
Kvinder								
Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder	15,2	21,1	22,7	18,0	17,3	18,1	22,5	19,2
0 genstande	16,3	19,6	16,2	13,7	11,7	9,7	8,4	13,4
1-5 genstande	31,2	44,9	50,3	51,0	47,8	42,1	39,1	43,9
6-10 genstande	20,0	9,5	7,9	12,6	16,1	19,1	19,1	15,1
11-14 genstande	7,6	2,6	1,5	2,3	3,6	5,9	5,6	4,2
15-21 genstande	5,7	1,6	0,8	1,4	2,2	3,4	3,7	2,6
22-29 genstande	2,5	0,3	0,2	0,4	0,6	0,9	0,9	0,8
≥30 genstande	1,5	0,4	0,4	0,5	0,7	0,9	0,7	0,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.211	6.258	7.328	10.622	13.553	12.884	10.991	66.847

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge
- drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget
- ugentligt drikker 5 genstande eller flere genstande ved samme lejlighed

Det skal bemærkes, at definitionen på rusdrikning, her defineret ved at drikke mere end 5 genstande ved samme lejlighed ugentligt, blev ændret i 2013. Da spørgsmålet om rusdrikning således var formuleret anderledes i sundhedsprofilundersøgelsen i 2010, kan udviklingen for denne indikator kun belyses siden 2013.

Det skal endvidere bemærkes, at resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var store dele af nattelivet, herunder barer og diskoteker, samt restauranter og caféer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Der har desuden været indført forsamlingsforbud, og elever og studerende

har været hjemsendt fra skoler og uddannelsesinstitutioner. Yderligere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejdere var hjemsendt. Dette har med stor sandsynlighed påvirket indtaget af alkohol, hvorfor udviklingen over tid skal fortolkes med udgangspunkt i denne viden (26-29).

Tabel 3.2.2 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	14,4			119.872
Mænd	16-24 år	25,2	1,69	(1,52;1,88)	3.607
	25-34 år	13,2	0,76	(0,67;0,86)	4.108
	35-44 år	11,4	0,65	(0,57;0,73)	4.613
	45-54 år	16,7	1		7.695
	55-64 år	20,2	1,27	(1,16;1,39)	11.040
	65-74 år	27,7	1,92	(1,77;2,09)	11.732
	≥75 år	27,5	1,90	(1,75;2,07)	10.230
	Alle mænd	20,7			53.025
Kvinder	16-24 år	17,3	4,32	(3,79;4,93)	5.211
	25-34 år	4,9	1,06	(0,90;1,25)	6.258
	35-44 år	2,9	0,62	(0,51;0,75)	7.328
	45-54 år	4,6	1		10.622
	55-64 år	7,1	1,57	(1,38;1,79)	13.553
	65-74 år	11,0	2,54	(2,25;2,88)	12.884
	≥75 år	10,9	2,52	(2,22;2,85)	10.991
	Alle kvinder	8,4			66.847
Uddannelse	Grundskole	13,5	0,76	(0,70;0,83)	10.227
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	14,7	0,94	(0,89;0,99)	34.690
	Kort videregående uddannelse	14,8	0,98	(0,91;1,06)	10.770
	Mellemlang videregående uddannelse	13,0	1		28.014
	Lang videregående uddannelse	13,7	1,10	(1,03;1,18)	16.479
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	11,1	1		53.876
	Arbejdsløse	11,3	1,21	(0,98;1,49)	1.382
	Førtidspensionister	9,8	0,90	(0,79;1,01)	4.424
	Andre uden for arbejdsmarkedet	11,1	1,16	(1,03;1,31)	5.186
	Alderspensionister	19,1			45.837

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Der er i alt 14,4 % af den voksne befolkning i Danmark, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (Tabel 3.2.2). Andelen er markant større blandt mænd (20,7 %) end blandt kvinder (8,4 %), og tilsvarende kønsforskelle ses i alle aldersgrupper. Blandt mænd ses de største andele i aldersgrupperne 16-24 år (25,2 %), 65-74 år (27,7 %) og 75 år eller derover (27,5 %), mens andelen blandt kvinder er størst i aldersgruppen 16-24 år (17,3 %). Både blandt mænd (11,4 %) og kvinder (2,9 %) ses den mindste andel i aldersgruppen 35-44 år.

Uddannelse: Der er procentvist ikke de store forskelle mellem uddannelsesgrupperne, hvad angår andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses dog en relativt lav forekomst blandt personer med henholdsvis grundskole og gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse og en relativt høj forekomst blandt personer med en lang videregående uddannelse. Der ses ikke nogen klar sammenhæng mellem uddannelse og andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i aldersgruppen 30-64 år (Figur 3.2.1). Blandt mænd og kvinder på 65 år eller derover stiger andelen derimod tydeligt med længere uddannelse, fra 22,4 % blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 31,6 % blandt mænd med en videregående uddannelse og tilsvarende fra 8,2 % til 13,4 % blandt kvinder.

Erhvervsmæssig stilling: Procentvist ses der ikke de store forskelle mellem erhvervsgrupperne, når det kommer til andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (9,8-11,3 %). Imidlertid ses en relativt høj forekomst blandt personer uden for arbejdsmarkedet, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne. Blandt alderspensionister er andelen 19,1 %.

Udvikling: Der sket et jævnt fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fra 24,6 % i 2010 til 14,4 % i 2025 (Tabel 3.2.3). Denne tendens ses blandt begge køn og i stort set alle aldersgrupper (Figur 3.2.2). Mellem 2021 og 2025 stiger andelen dog en smule blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (+3,3 procentpoint), mens andelen i samme periode er stort set uændret blandt mænd i samme aldersgruppe og blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. De mest markante fald i perioden fra 2010 til 2025 ses blandt mænd i aldersgrupperne 16-24 år (-22,2 procentpoint) og 55-64 år (-20,1 procentpoint). I perioden fra 2010 til 2025 er der i alle uddannelsesgrupper sket et støt fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (Figur 3.2.3), dog med en stort set uændret andel mellem 2021 og 2025 blandt kvinder med henholdsvis grundskole og gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse.

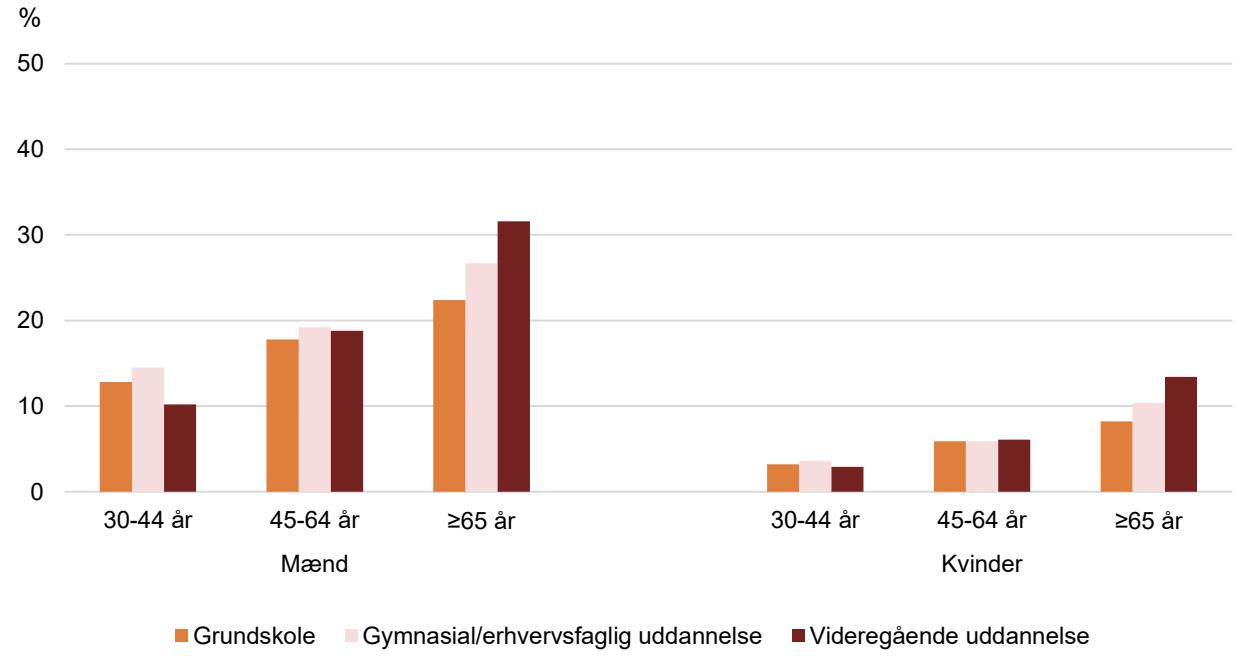
Tabel 3.2.3 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	24,6	1		169.920
	2013	21,1	0,79	(0,78;0,81)	152.567
	2017	18,0	0,64	(0,62;0,65)	169.655
	2021	15,7	0,54	(0,52;0,55)	166.996
	2025	14,4	0,46	(0,45;0,47)	119.872

[1]*Justeret for køn og alder*

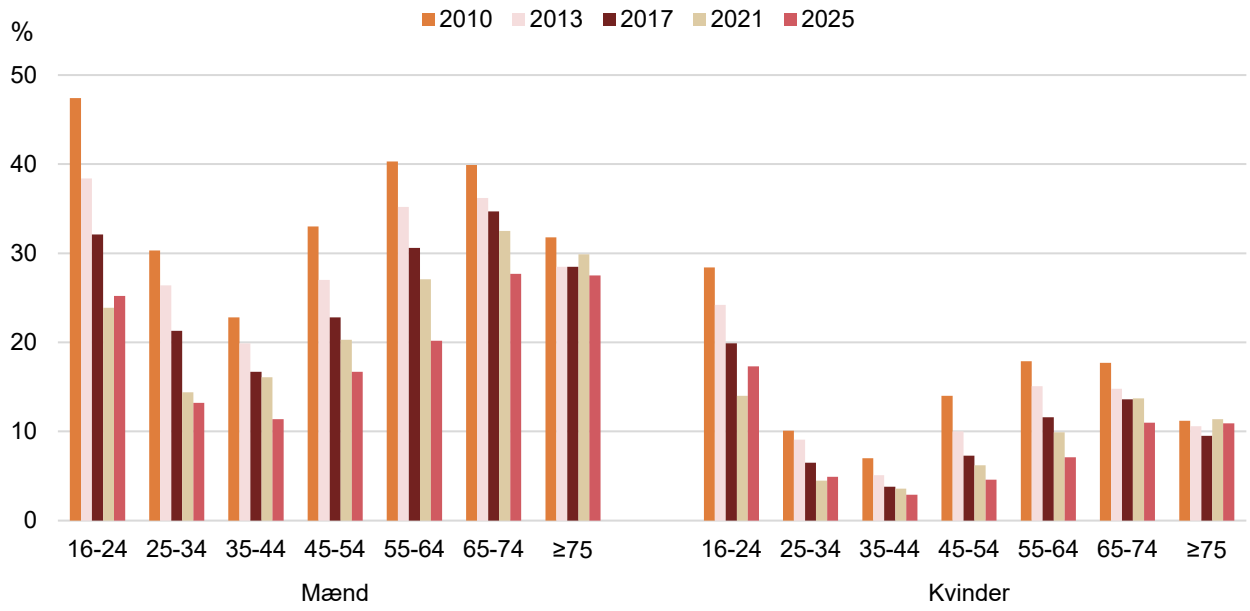
Den Nationale Sundhedsprofil 2020, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.1 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelses- og aldersgrupper. 2025. Procent



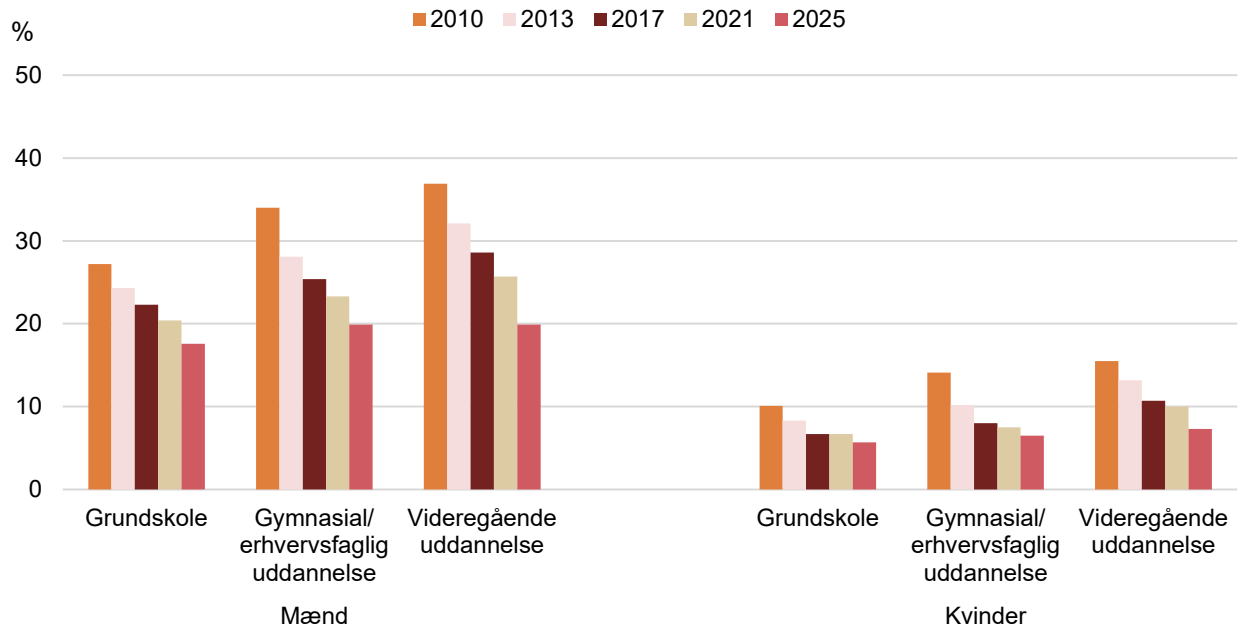
Den Nationale Sundhedsprofil 2020, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.2 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2020, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.3 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2020, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 3.2.4 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	27,2			17.338
Mænd	16-24 år	16,3	0,33	(0,26;0,42)	945
	25-34 år	40,0	1,12	(0,89;1,42)	520
	35-44 år	40,6	1,16	(0,91;1,47)	539
	45-54 år	37,2	1		1.256
	55-64 år	35,2	0,92	(0,78;1,08)	2.314
	65-74 år	23,3	0,51	(0,44;0,60)	3.322
	≥75 år	12,4	0,24	(0,20;0,29)	2.857
	Alle mænd	26,6			11.753
Kvinder	16-24 år	16,0	0,16	(0,12;0,22)	912
	25-34 år	40,2	0,58	(0,42;0,81)	292
	35-44 år	55,2	1,06	(0,73;1,55)	212
	45-54 år	53,7	1		500
	55-64 år	44,2	0,68	(0,53;0,88)	985
	65-74 år	28,2	0,34	(0,26;0,43)	1.451
	≥75 år	12,7	0,13	(0,10;0,17)	1.233
	Alle kvinder	28,7			5.585
Uddannelse	Grundskole	21,4	0,61	(0,51;0,73)	1.409
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	25,2	0,70	(0,62;0,78)	5.033
	Kort videregående uddannelse	28,8	0,87	(0,74;1,01)	1.615
	Mellemlang videregående uddannelse	31,7	1		3.808
	Lang videregående uddannelse	37,9	1,19	(1,04;1,36)	2.530
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	37,2	1		5.673
	Arbejdsløse	47,1	1,34	(0,92;1,97)	164
	Førtidspensionister	38,0	0,96	(0,76;1,22)	464
	Andre uden for arbejdsmarkedet	34,7	1,06	(0,84;1,35)	583
	Alderspensionister	19,3			8.863

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Blandt personer, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, angiver i alt 27,2 %, at de gerne vil nedsætte eget alkoholforbrug (Tabel 3.2.4). Denne andel er lidt større blandt kvinder (28,7 %) end blandt mænd (26,6 %). I aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 75 år eller derover er andelen stort set ens blandt mænd og kvinder, mens andelen i de øvrige aldersgrupper er størst blandt mænd.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Således stiger andelen fra 21,4 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 37,9 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Der er procentvist flest, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt arbejdsløse (47,1 %) og færrest blandt andre uden for arbejdsmarkedet (34,7 %). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem erhvervsgrupperne, forsvinder disse forskelle imidlertid. Andelen blandt alderspensionister er 19,3 %.

Udvikling: Andelen af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, er samlet set steget fra 19,6 % i 2010 til 27,2 % i 2025 (Tabel 3.2.5), dog med den største stigning mellem 2021 og 2025 (+3,9 procentpoint). Et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper blandt mænd og kvinder (Figur 3.2.4). Overordnet set er der i alle uddannelsesgrupper sket en stigning mellem 2010 og 2025 i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, i perioden fra 2010 til 2025 (Figur 3.2.5). I alle uddannelsesgrupper er stigningen primært sket mellem 2021 og 2025, med undtagelse af mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse, hvor andelen er uændret. Stigningen mellem 2021 og 2025 er særligt udtalt blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse (+13,7 procentpoint).

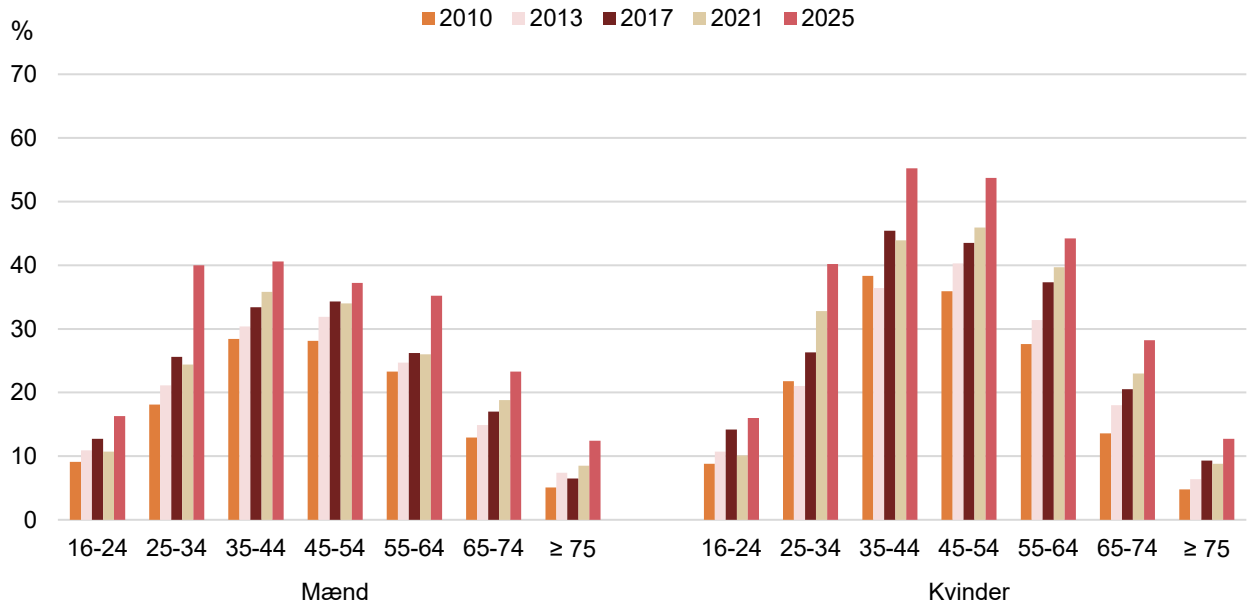
Tabel 3.2.5 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	19,6	1		40.891
	2013	21,3	1,16	(1,11;1,22)	31.457
	2017	23,3	1,38	(1,32;1,44)	30.622
	2021	23,3	1,41	(1,35;1,47)	27.708
	2025	27,2	2,03	(1,92;2,13)	17.338

[1]*Justeret for køn og alder*

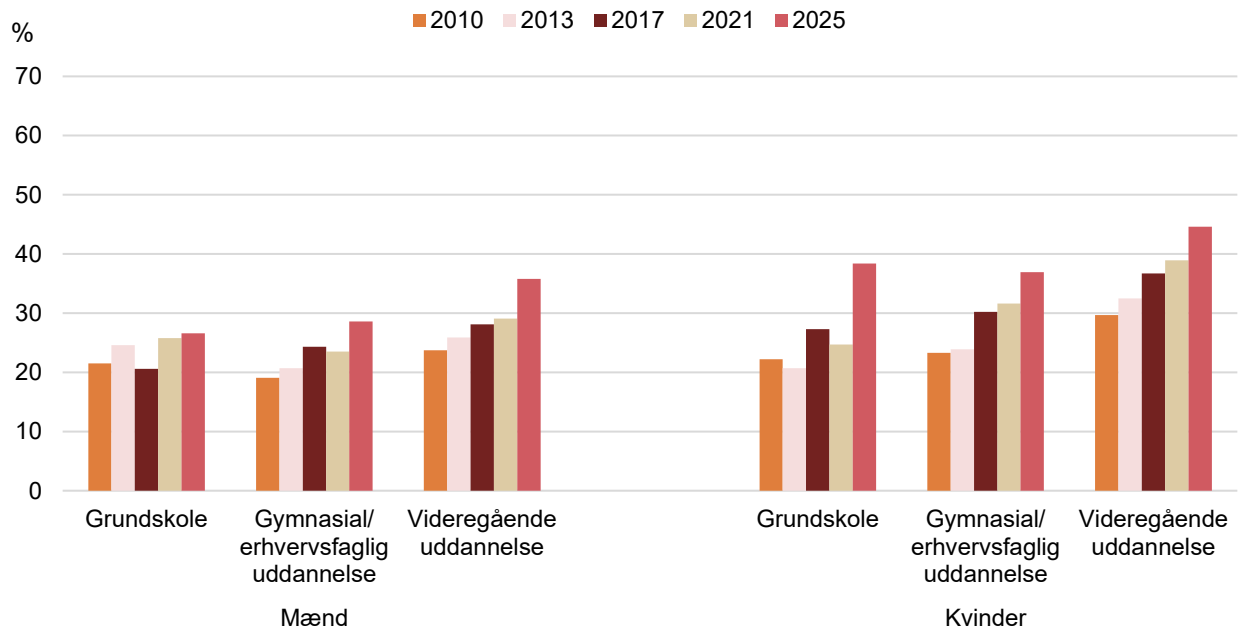
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.4 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.5 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 3.2.6 Drikker ugentligt 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	8,6			123.937
Mænd	16-24 år	22,5	2,01	(1,80;2,26)	3.750
	25-34 år	10,8	0,84	(0,73;0,95)	4.247
	35-44 år	8,6	0,65	(0,56;0,75)	4.783
	45-54 år	12,6	1		7.891
	55-64 år	13,9	1,12	(1,01;1,23)	11.304
	65-74 år	11,8	0,93	(0,84;1,03)	12.036
	≥75 år	6,4	0,47	(0,42;0,53)	10.767
	Alle mænd	12,4			54.778
Kvinder	16-24 år	16,1	5,23	(4,52;6,04)	5.369
	25-34 år	4,8	1,37	(1,15;1,63)	6.467
	35-44 år	2,5	0,68	(0,55;0,85)	7.515
	45-54 år	3,5	1		10.865
	55-64 år	4,3	1,21	(1,04;1,41)	13.847
	65-74 år	3,5	0,98	(0,83;1,15)	13.244
	≥75 år	2,2	0,62	(0,51;0,74)	11.852
	Alle kvinder	5,0			69.159
Uddannelse	Grundskole	7,9	1,16	(1,04;1,29)	10.747
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	7,3	1,04	(0,97;1,13)	35.822
	Kort videregående uddannelse	6,8	0,97	(0,87;1,08)	11.057
	Mellemlang videregående uddannelse	6,0	1		28.704
	Lang videregående uddannelse	6,9	1,01	(0,92;1,11)	16.863
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	8,3	1		55.176
	Arbejdsløse	8,4	1,18	(0,93;1,49)	1.419
	Førtidspensionister	7,5	1,03	(0,89;1,18)	4.588
	Andre uden for arbejdsmarkedet	8,8	1,19	(1,03;1,37)	5.357
	Alderspensionister	6,0			47.899

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt 8,6 % af den voksne befolkning i Danmark drikker ugentligt 5 eller flere genstande ved samme lejlighed – også kaldet 'rusdrikning' (Tabel 3.2.6). Andelen er større blandt mænd (12,4 %) end blandt kvinder (5,0 %), og et lignende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Både blandt mænd (22,5 %) og kvinder (16,1 %) ses den største andel i aldersgruppen 16-24 år, men ellers ses ikke noget systematisk mønster i forhold til alder.

Uddannelse: Der ses ingen tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses imidlertid en relativt høj forekomst blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er stort set ens i de forskellige erhvervsgrupper (7,5-8,8 %). Der ses dog en relativt høj forekomst blandt andre uden for arbejdsmarkedet, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne. Blandt alderspensionister er andelen 6,0 %.

Udvikling: I perioden fra 2013 til 2025 er andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, faldet jævnt fra 12,4 % til 8,6 % (Tabel 3.2.7). Både blandt mænd og kvinder er der i de yngre aldersgrupper sket et fald i andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, mellem 2013 og 2025 (Figur 3.2.6). Eksempelvis er andelen faldet med -9,3 procentpoint blandt mænd i aldersgruppen 25-34 år og med henholdsvis -7,9 og -5,2 procentpoint blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år. Blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år ses dog en mindre stigning mellem 2021 og 2025. I aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover for både mænd og kvinder samt for kvinder yderligere i aldersgrupperne 35-44 år og 55-54 år er andelen derimod stort set uændret i perioden fra 2013 til 2025. Blandt mænd er der i alle uddannelsesgrupper sket et mindre, men jævnt fald i andelen, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, i perioden fra 2013 til 2025 (Figur 3.2.7). Blandt kvinder er andelen stort set uændret.

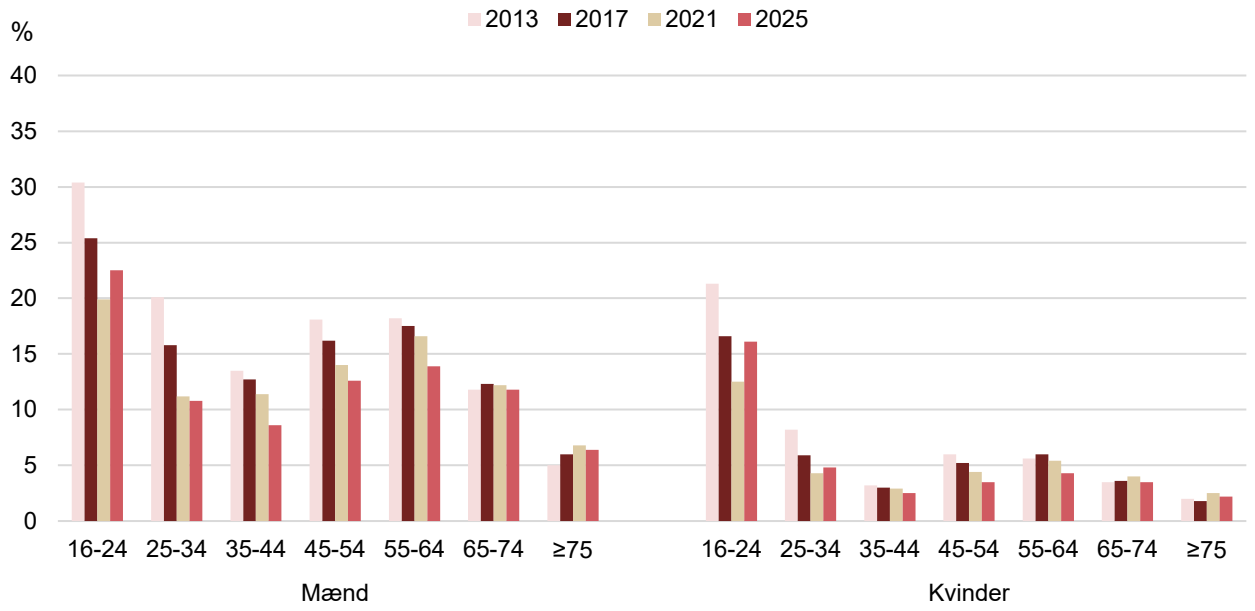
Tabel 3.2.7 Drikker ugentligt 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2013	12,4	1		157.206
	2017	10,7	0,86	(0,84;0,88)	174.041
	2021	9,1	0,73	(0,71;0,75)	171.974
	2025	8,6	0,70	(0,67;0,72)	123.937

[1]*Justeret for køn og alder*

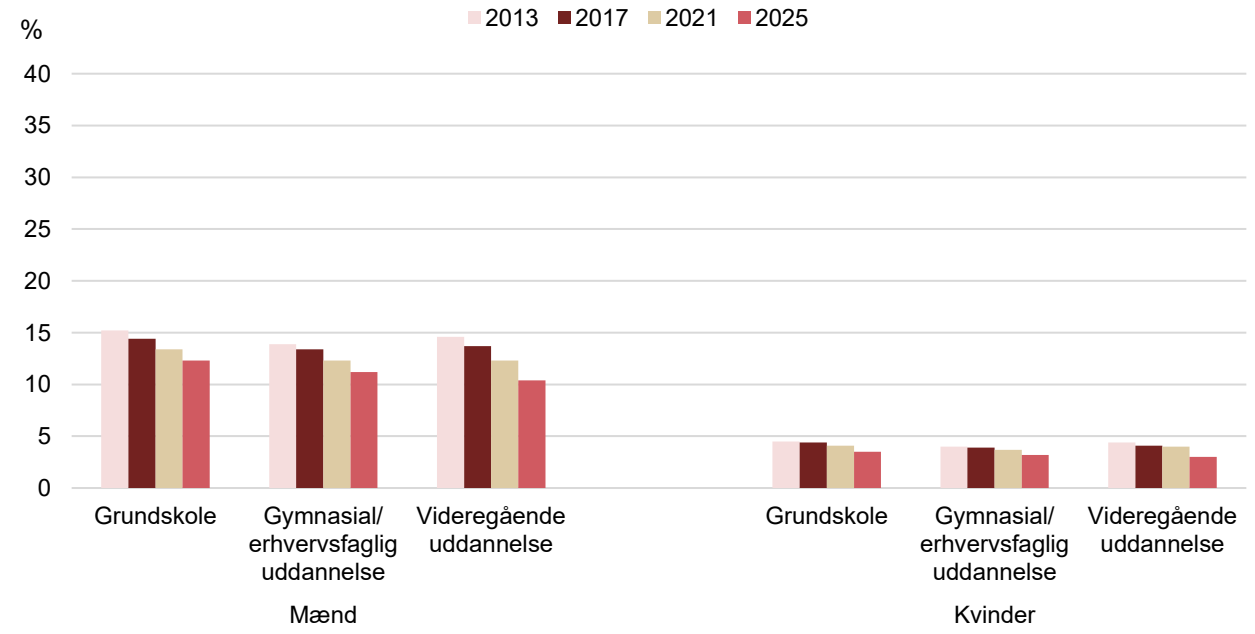
Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.6 Andel, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.2.7 Andel, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2013, 2017, 2021 og 2025

Råd om at nedsætte alkoholforbruget fra sundhedspersonale i egen lægepraksis – køn og alder

Af Tabel 3.2.8 ses andelen, der har modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget, blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. Blandt kvinder ses den mindste andel i aldersgruppen 35-44 år (5,5 %), mens andelen blandt mænd er mindst i aldersgrupperne 16-24 år og 35-44 år (begge 3,3 %). For begge køn stiger andelen herefter med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen er 33,3 % blandt mænd og 28,2 % blandt kvinder, hvorefter der ses et tydeligt fald i aldersgruppen 75 år eller derover.

Tabel 3.2.8 Andel, der har modtaget råd om at nedsætte alkoholforbruget fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

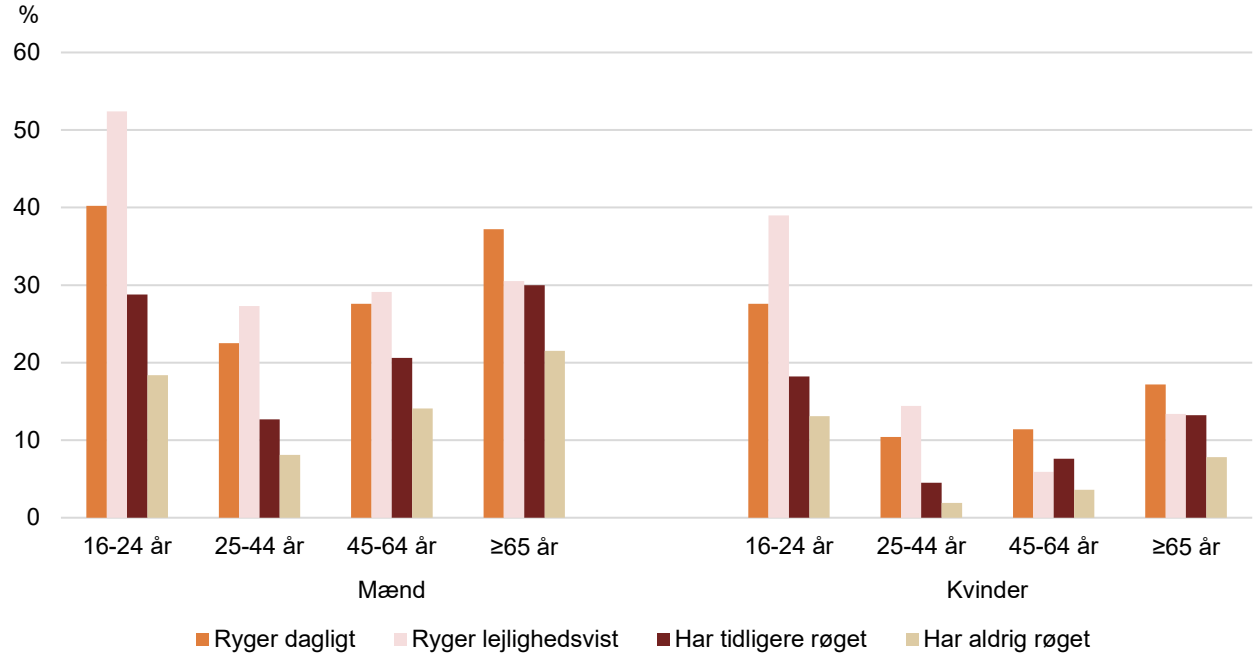
	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	3,3	5,7	3,3	11,5	24,8	33,3	18,2	15,1	8.139
Kvinder	9,6	10,7	5,5	7,9	23,0	28,2	15,0	7,9	3.849

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Alkoholforbrug og rygevaner

I Figur 3.2.8 vises sammenhængen mellem alkoholforbrug og rygevaner, opdelt på køn og aldersgrupper. For både mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, størst i gruppen, der ryger lejlighedsvist. I aldersgruppen 75 år eller derover er andelen derimod størst i gruppen, der ryger dagligt. I alle aldersgrupper er andelen mindst blandt personer, der aldrig har røget.

Figur 3.2.8 Andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, opdelt på rygevaner (traditionel tobak), blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
2. World Health Organization. Global status report on alcohol and health 2018. Genève: World Health Organization, 2018.
3. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave, 1. Oplag. København: Munksgaard. 2016.
4. Scoccianti C, Cecchini M, Anderson AS, et al. European Code against Cancer 4th Edition: Alcohol drinking and cancer. Cancer Epidemiol. 2016;45:181-8.
5. Rehm J, Baliunas D, Borges GL, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. Addiction. 2010;105:817-43.
6. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
7. Møller H, Damm M, Laursen B. Ulykker i Danmark 1990-2009. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.
8. Tolstrup J, Ekholm O, Becker U, Pisinger V. Antallet af børn af forældre med alkoholproblemer: Notat om børn af forældre med alkoholproblemer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.
9. Rehm J, Gmel GE, Sr., Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease-an update. Addiction. 2017;112:968-1001.
10. Hviid SS, Holst CA, Becker U, Tolstrup JS. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statetns Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.
11. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, et al. Sygdomsbyrdfen i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2016.
12. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, et al. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. Eur J Epidemiol. 2019;34:397-407.
13. Hjarnaa L, Hviid SS, Becker U, Laursen B, Tolstrup JS. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge - Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistret. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
14. ESPAD Group (European Union Drugs Agency, EUDA). ESPAD Report 2024. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2025.
15. Eurostat. Statistics explained: Alcohol consumption statistics. Tilgået d. 19/1-2026: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#General_overview
16. Tolstrup J, Demant J, Grønbæk M. Unges alkoholkultur - et bidrag til debatten. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2019.
17. World Health Organization. Data/GHO/Indicators - Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2). Tilgået d. 30/1-2026: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption
18. European Commission. Comparison between males and females in daily average alcohol intake. Tilgået d. 30/1-2026: https://knowledge4policy.ec.europa.eu/visualisation/alcoholic-beverages-comparison-males-females-daily-average-intake_en
19. European Parliamentary Research Service. Alcohol labelling: State of play. European Parliament, 2025.
20. Jensen HAR, Møller SR, Christensen AI, et al. Trends in social inequality in mortality in Denmark 1995-2019: the contribution of smoking- and alcohol-related deaths. J Epidemiol Community Health. 2023;78:18-24.
21. Danmarks Statistik. Statistikbanken: Forbrug og salg af alkohol og tobak pr. indbygger efter type. Tilgået d. 20/1-2026: www.statistikbanken.dk
22. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels--results from an international study. Eur J Public Health. 2013;23:332-9
23. Probst C, Roerecke M, Behrendt S, Rehm J. Socioeconomic differences in alcohol-attributable mortality compared with all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Int J Epidemiol. 2014;43:1314-27.
24. Probst C, Kilian C, Sanchez S, Lange S, Rehm J. The role of alcohol use and drinking patterns in socioeconomic inequalities in mortality: a systematic review. Lancet Public Health. 2020;5:e324-e332.

25. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol. Tilgået d. 20/1-2026: https://www.sst.dk/vidensbase/forebyggelse/alkohol/anbefalinger-om-alkohol
26. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, et al. Alcohol consumption during the covid-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. Addiction. 2021;116:3369-80.
27. Rossow I, Bartak M, Bloomfield K, et al. Changes in alcohol consumption during the covid-19 pandemic are dependent on initial consumption level: findings from eight European countries. Int J Environ Res Public Health. 2021;18:10547.
28. Robert A, Rogers J, Mason R, et al. Alcohol and other substance use during the covid-19 pandemic: a systematic review. Drug Alcohol Depend. 2021;229:109150.
29. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing JA, Tolstrup JS. Sammen hver for sig - Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.

3.3 Kost

Kosten har samlet set stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, da en sund og varieret kost kan bidrage til at fremme og bevare et godt helbred samt forebygge en række kostrelaterede sygdomme og tilstande (1). Usunde og ensidige kostvaner kan derimod være medvirkende årsag til udvikling af blandt andet forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere former for kræft (eksempelvis tyk- og endetarmskræft samt mavekræft), muskelskeletsygdomme samt overvægt og svær overvægt (2, 3). Kostvanerne har desuden en stor betydning for tandsundheden (4) og risikoen for udvikling af undervægt (5).

De officielle Kostråd i Danmark er udarbejdet af Fødevarestyrelsen på baggrund af *De Nordiske Næringsstofanbefalinge*r (6) og udkom i sin senest reviderede form i 2021 (7), hvor der blev tilføjet et klimaperspektiv til anbefalingerne. Efterlevelse af kostrådene sikrer, at kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer bliver dækket, og bidrager desuden til opretholdelse af en sund vægt, mens der samtidig tages hensyn til kostens klimabelastning. De officielle Kostråd omfatter følgende 7 anbefalinger[1] (7):

- Spis planterigt, varieret og ikke for meget
- Spis flere grøntsager og frugter
- Spis mindre kød – vælg bælgfrugter og fisk
- Spis mad med fuldkorn
- Vælg planteolier og magre mejeriprodukter
- Spis mindre af det søde, salte og fede
- Sluk tørsten i vand

Som anbefalingerne afspejler, består kosten af adskillige komponenter, der hver især bidrager til den samlede påvirkning af sundhedstilstanden. Denne kompleksitet gør det samtidigt vanskeligt at måle befolkningens kostindtag præcist i spørgeskemaundersøgelser. Imidlertid vil de generelle kostvaner over længere tid i højere grad end indtaget af enkelte kostkomponenter kunne belyse kostens samlede, ernæringsmæssige kvalitet, da det er frekvensen og sammensætningen af alle kostens komponenter, som samlet set påvirker en persons ernæringsmæssige sundhedstilstand.

Opgørelser af de generelle kostvaner viser, at der i Danmark årligt ses omtrent 1.400 ekstra dødsfald blandt personer med usunde kostvaner sammenlignet med personer med sunde eller mellemsunde kostvaner (8). Endvidere giver usunde kostvaner årligt anledning til 11.400 ekstra somatiske indlæggelser, 389.000 ekstra sygedage ved langvarigt sygefravær samt ekstra omkostninger i sundhedsvæsenet og ved tabt produktion på knap 5 milliarder kroner (8). En

[1] Kostrådene gælder ikke børn under 2 år, småtspisende ældre og personer, der har en sygdom, som stiller særlige krav til kosten. Endvidere forefindes supplerende kostråd til gravide, ammende, ældre over 65 år samt personer, der eksempelvis ikke spiser fisk, kød eller mejeriprodukter.

systematisk gennemgang af litteraturen viser, at der er social ulighed i kostvaner både blandt mænd og kvinder. Således stiger indtaget af frugt og grøntsager samt, dog i mindre udtalt omfang, kostfibre med højere socioøkonomisk position, uanset om forskellene opgøres på baggrund af uddannelse, erhvervsmæssig stilling eller indkomst (9). Også danske opgørelser dokumenterer denne sociale ulighed i kostvaner på tværs af byrdemål af betydning for folkesundheden (8).

Kostskalaen

I denne rapport opgøres svarpersonernes generelle kostvaner som et samlet mål for kostens sundhed og kvalitet. Opgørelserne tager udgangspunkt i det selvrapporterede indtag af fire separate kostkomponenter, som er frugt, grøntsager, fisk og fedt (10). Ud fra disse besvarelser er der beregnet en samlet kostscore for hver enkelt svarperson. Det var muligt at opnå en score i intervallet fra 0 til 8 point, hvor en højere score indikerer sundere kostvaner. Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostkomponenter samt konstruktionen af pointsystemet til beregning af kostscoren er udviklet af forskere fra det tidligere Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, nu Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, i Region Hovedstaden og er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udvikling af hjertekarsygdomme (10). På baggrund af svarpersonernes opnåede antal point på kostskalaen indplaceres de i én af følgende tre grupper:

- **Lav score på kostskalaen (0-2 point):** Svarpersoner i denne gruppe har typisk et lavt indtag af frugt, grøntsager og fisk samt et højt indtag af fedt, især mættet fedt. Gruppen, der opnår en lav score på kostskalaen, er kendetegnet ved, at der i høj grad er behov for og plads til forbedring af kostvanerne.

- **Middel score på kostskalaen (3-5 point):** Svarpersoner i denne gruppe har typisk et lavt til moderat indtag af frugt, grøntsager og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt, især mættet fedt. Der er stor variation i gruppens kostvaner, og kosten består dermed af både sunde og usunde elementer. Gruppen, der opnår en middel score på kostskalaen, er kendetegnet ved, at der i nogen grad er behov for og plads til forbedring af kostvanerne.

- **Høj score på kostskalaen (6-8 point):** Svarpersoner i denne gruppe har generelt set sundere kostvaner, end det er tilfældet i de to øvrige kostgrupper, og har typisk et moderat til højt indtag af frugt, grøntsager og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt, især mættet fedt. Gruppen, der opnår en høj score på kostskalaen, er kendetegnet ved, at der i nogen eller mindre grad er plads til forbedring af kosten.

Score på kostskalaen – køn og alder

Tabel 3.3.1 viser fordelingen af score på kostskalaen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det ses, at en større andel blandt mænd (22,5 %) end blandt kvinder (14,4 %) har en lav score på kostskalaen, mens en større andel blandt kvinder (15,2 %) end blandt mænd (11,0 %) har en høj score på kostskalaen. Blandt både mænd (25,7 %) og kvinder (20,2 %) ses den største andel med en lav score på kostskalaen i aldersgruppen 16-24 år, mens der ikke ses de

store variationer på tværs af de øvrige aldersgrupper. Blandt kvinder stiger andelen med en høj score på kostskalaen med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der ses et fald i aldersgruppen 75 år eller derover. Blandt mænd er andelen størst i aldersgruppen 65-74 år, men der ses ikke noget systematisk mønster i forhold til alder.

Tabel 3.3.1 Score på kostskalaen blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Lav score på kostskalaen	25,7	21,2	21,1	23,8	22,3	22,1	21,9	22,5
Middel score på kostskalaen	65,3	69,4	68,2	66,9	66,5	64,3	65,4	66,5
Høj score på kostskalaen	9,1	9,4	10,8	9,2	11,2	13,5	12,7	11,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.545	4.145	4.651	7.770	11.097	11.776	10.282	53.266
Kvinder								
Lav score på kostskalaen	20,2	15,7	14,1	13,5	13,2	12,3	14,4	14,5
Middel score på kostskalaen	70,4	74,2	72,8	71,5	69,8	66,3	68,0	70,3
Høj score på kostskalaen	9,4	10,1	13,2	15,0	17,1	21,4	17,6	15,2
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.125	6.335	7.367	10.698	13.674	13.051	11.372	67.622

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- har en lav score på kostskalaen
- har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt

Tabel 3.3.2 Lav score på kostskalaen. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	18,4			120.888
Mænd	16-24 år	25,7	1,11	(1,00;1,22)	3.545
	25-34 år	21,2	0,86	(0,78;0,95)	4.145
	35-44 år	21,1	0,86	(0,77;0,95)	4.651
	45-54 år	23,8	1		7.770
	55-64 år	22,3	0,92	(0,85;0,99)	11.097
	65-74 år	22,1	0,91	(0,84;0,98)	11.776
	≥75 år	21,9	0,90	(0,83;0,97)	10.282
	Alle mænd	22,5			53.266
Kvinder	16-24 år	20,2	1,62	(1,47;1,78)	5.125
	25-34 år	15,7	1,19	(1,08;1,31)	6.335
	35-44 år	14,1	1,05	(0,95;1,16)	7.367
	45-54 år	13,5	1		10.698
	55-64 år	13,2	0,97	(0,89;1,06)	13.674
	65-74 år	12,3	0,90	(0,82;0,98)	13.051
	≥75 år	14,4	1,07	(0,98;1,17)	11.372
	Alle kvinder	14,5			67.622
Uddannelse	Grundskole	28,7	3,04	(2,84;3,25)	10.516
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	22,6	2,13	(2,02;2,24)	35.313
	Kort videregående uddannelse	16,8	1,46	(1,36;1,58)	10.924
	Mellemlang videregående uddannelse	11,7	1		28.399
	Lang videregående uddannelse	7,1	0,50	(0,46;0,55)	16.687
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	16,9	1		54.759
	Arbejdsløse	24,7	1,72	(1,48;2,01)	1.406
	Førtidspensionister	30,1	2,45	(2,25;2,67)	4.452
	Andre uden for arbejdsmarkedet	24,3	1,59	(1,45;1,74)	5.263
	Alderspensionister	17,5			46.481

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Blandt voksne i Danmark har i alt 18,4 % en lav score på kostskalaen, og andelen er større blandt mænd (22,5 %) end blandt kvinder (14,5 %) (Tabel 3.3.2). En lignende kønsforskel ses i alle aldersgrupper. Både for mænd og kvinder ses den største andel med en lav score på kostskalaen i aldersgruppen 16-24 år med henholdsvis 25,7 % og 20,2 %. Der ses kun en beskeden variation i andelen på tværs af de øvrige aldersgrupper.

Uddannelse: Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har en lav score på kostskalaen. Således falder andelen fra 28,7 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 7,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (16,9 %) er andelen, der har en lav score på kostskalaen, større blandt arbejdsløse (24,7 %), førtidspensionister (30,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (24,3 %). Blandt alderspensionister er andelen 17,5 %.

Udvikling: Andelen, der har en lav score på kostskalaen, er steget støt fra 13,3 % i 2010 til 18,4 % i 2025 (Tabel 3.3.3). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder i de fleste aldersgrupper (Figur 3.3.1). Blandt mænd i aldersgrupperne 25-34 år, 35-44 år, 45-54 år og 55-64 år ses en stagnation eller et mindre fald i andelen mellem 2021 og 2025. Blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover er andelen stort set uændret i perioden fra 2013 til 2025. Både blandt mænd og kvinder ses en stigning i andelen, der har en lav score på kostskalaen, i alle uddannelsesgrupper i perioden fra 2010 til 2025 (Figur 3.3.2). Dog ses en uændret andel mellem 2021 og 2025 blandt mænd med henholdsvis grundskole og en videregående uddannelse som længst fuldførte uddannelse.

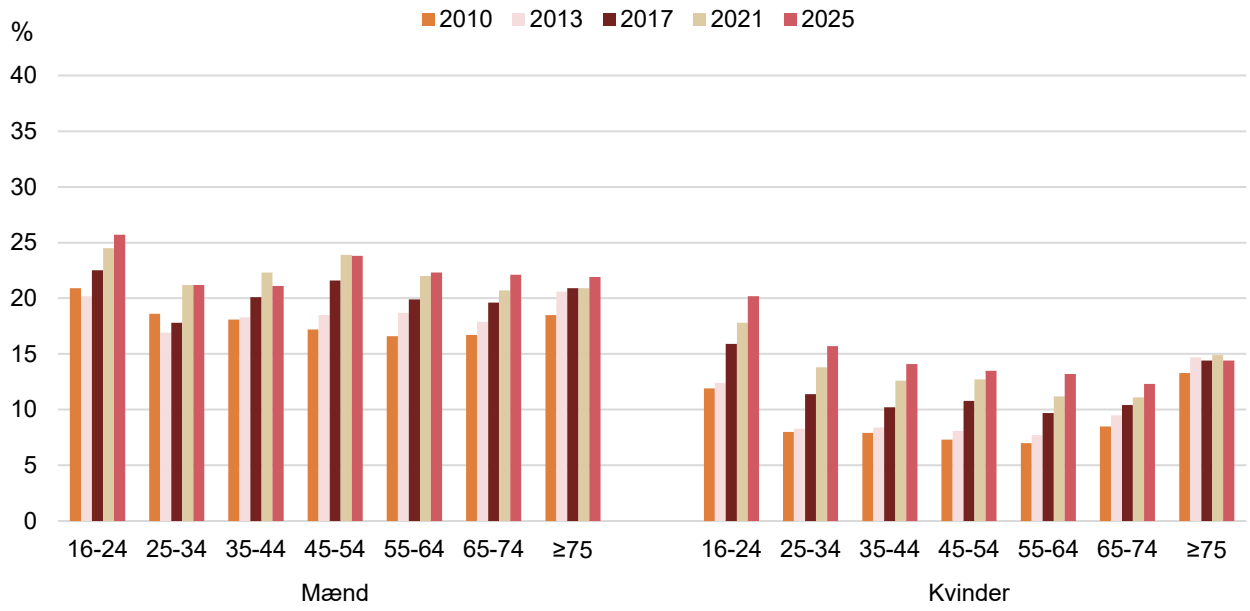
Tabel 3.3.3 Lav score på kostskalaen. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,3	1		169.645
	2013	13,9	1,06	(1,03;1,08)	153.277
	2017	15,9	1,24	(1,21;1,26)	167.813
	2021	17,7	1,41	(1,38;1,44)	168.224
	2025	18,4	1,49	(1,45;1,53)	120.888

[1]*Justeret for køn og alder*

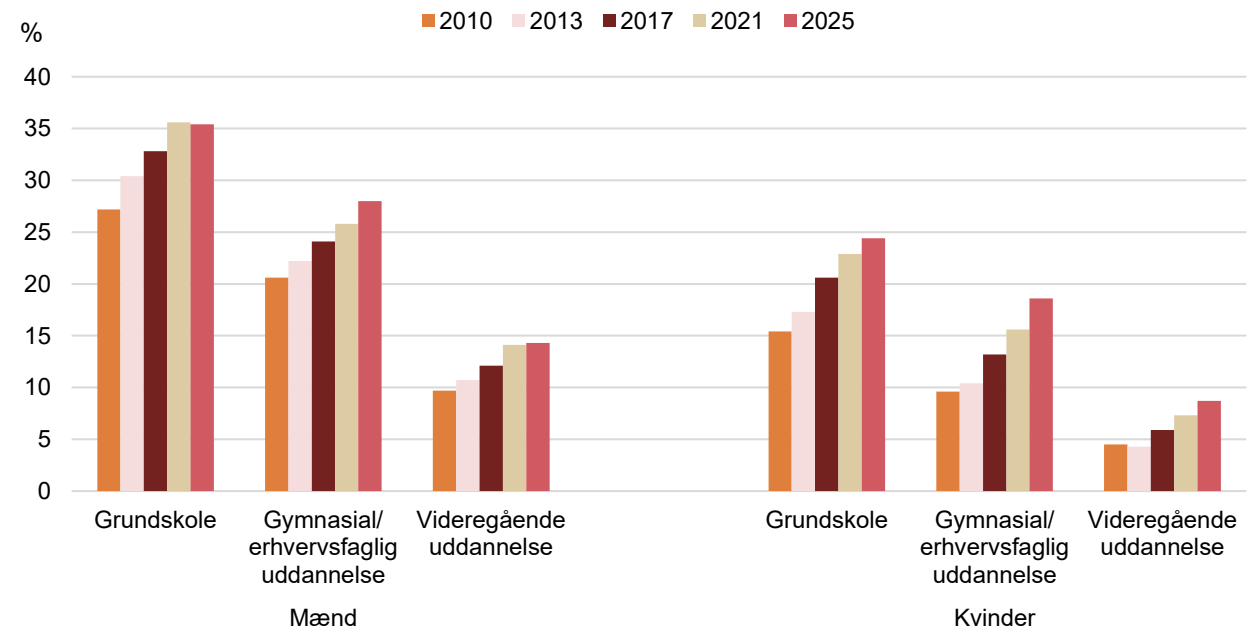
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.3.1 Andel, der har en lav score på kostskalaen, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.3.2 Andel, der har en lav score på kostskalaen, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Tabel 3.3.4 Har en lav score på kostskalaen og vil gerne spise mere sundt. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	60,7			20.823
Mænd	16-24 år	60,0	0,78	(0,65;0,93)	930
	25-34 år	68,5	1,13	(0,93;1,37)	872
	35-44 år	72,5	1,37	(1,12;1,67)	978
	45-54 år	65,8	1		1.830
	55-64 år	52,2	0,57	(0,49;0,66)	2.452
	65-74 år	41,8	0,37	(0,32;0,43)	2.433
	≥75 år	29,2	0,21	(0,18;0,25)	2.064
	Alle mænd	54,9			11.559
Kvinder	16-24 år	80,8	1,22	(0,98;1,52)	1.065
	25-34 år	86,1	1,81	(1,42;2,30)	993
	35-44 år	79,5	1,13	(0,90;1,42)	1.090
	45-54 år	77,5	1		1.461
	55-64 år	63,9	0,51	(0,43;0,62)	1.704
	65-74 år	55,2	0,36	(0,30;0,43)	1.491
	≥75 år	40,3	0,20	(0,16;0,24)	1.460
	Alle kvinder	69,2			9.264
Uddannelse	Grundskole	49,2	0,66	(0,58;0,75)	2.923
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	56,9	0,79	(0,71;0,88)	7.658
	Kort videregående uddannelse	61,1	0,92	(0,79;1,07)	1.731
	Mellemlang videregående uddannelse	65,7	1		3.173
	Lang videregående uddannelse	66,8	1,00	(0,84;1,20)	1.144
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	68,9	1		8.893
	Arbejdsløse	72,1	1,08	(0,79;1,47)	315
	Førtidspensionister	58,4	0,71	(0,61;0,82)	1.255
	Andre uden for arbejdsmarkedet	69,5	0,91	(0,76;1,09)	1.183
	Alderspensionister	40,9			7.448

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Blandt personer, der har en lav score på kostskalaen, angiver i alt 60,7 %, at de gerne vil spise mere sundt (Tabel 3.3.4). Denne andel er markant større blandt kvinder (69,2 %) end blandt mænd (54,9 %). Blandt mænd stiger andelen med stigende alder frem til og med aldersgruppen 35-44 år (72,5 %) og falder herefter kraftigt med stigende alder. Blandt kvinder er andelen størst i aldersgruppen 25-34 år (86,1 %) og falder herefter kraftigt med stigende alder. De mindste andele ses således for både mænd (29,2 %) og kvinder (40,3 %) i aldersgruppen 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt, hvor andelen stiger med længere uddannelse. Således stiger andelen fra 49,2 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 66,8 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt, er markant mindre blandt førtidspensionister (58,4 %) end blandt beskæftigede (68,9 %). Blandt alderspensionister er andelen 40,9 %.

Udvikling: I perioden fra 2010 (54,4 %) til 2025 (60,7 %) er der sket en stigning i andelen, der har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt (Tabel 3.3.5). Mellem 2010 og 2013 ses et mindre fald i andelen, hvorefter andelen stiger støt frem mod 2025. Udviklingen blandt både mænd og kvinder i aldersgrupperne 45-54 år, 55-64 år, 65-74 år og 75 år eller derover følger det overordnede mønster (Figur 3.3.3). I de øvrige aldersgrupper ses et mere usystematisk mønster. På tværs af uddannelsesgrupperne følger udviklingen overordnet set det overordnede mønster med et fald i andelen mellem 2010 og 2013, efterfulgt af en stigning (Figur 3.3.4).

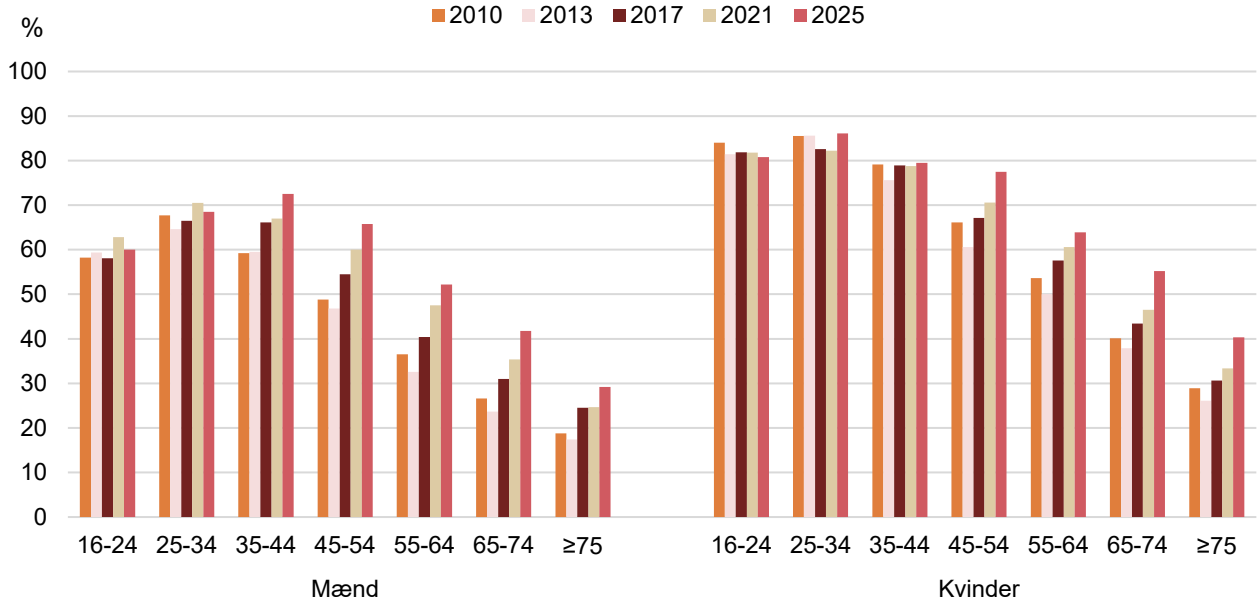
Tabel 3.3.5 Har en lav score på kostskalaen og vil gerne spise mere sundt. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	54,4	1		21.016
	2013	51,1	0,91	(0,86;0,95)	20.151
	2017	56,1	1,12	(1,07;1,17)	24.853
	2021	59,1	1,29	(1,24;1,35)	27.732
	2025	60,7	1,53	(1,46;1,61)	20.823

[1]*Justeret for køn og alder*

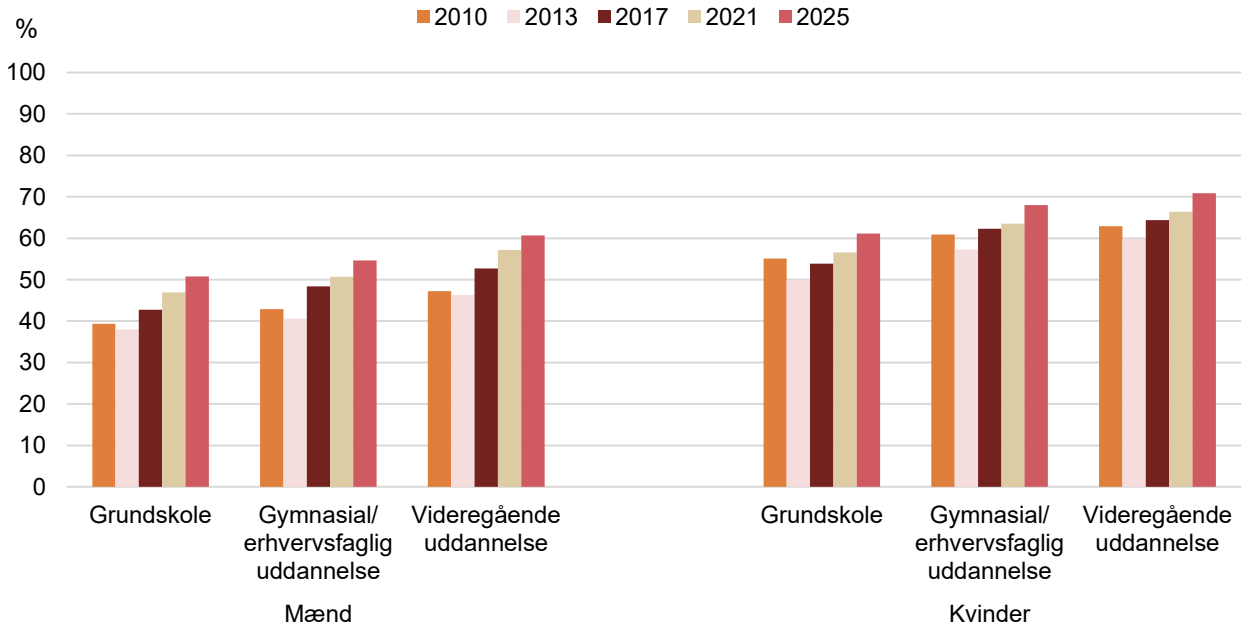
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.3.3 Andel, der har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.3.4 Andel, der har en lav score på kostskalaen og gerne vil spise mere sundt, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Råd om at ændre kostvaner fra sundhedspersonale i egen læge lægepraksis – køn og alder

Det fremgår af Tabel 3.3.6, at blandt personer, der har en lav score på kostskalaen og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, har 17,6 % blandt mænd og 15,4 % blandt kvinder modtaget råd fra sundhedspersonalet om at ændre kostvaner. Mens der ikke ses den store forskel i andelen blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 75 år eller derover, er andelen i de øvrige aldersgrupper større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd stiger andelen med stigende alder til og med aldersgrupperne 35-44 år og 45-54 år, hvor den er nogenlunde ens (24,1-24,9 %), for derefter at falde igen med stigende alder. Andelen blandt mænd er således mindst i aldersgruppen 75 år eller derover (8,2 %). Blandt kvinder er andelen størst i aldersgruppen 25-34 år og falder derefter med stigende alder. Dermed ses den mindste andel i aldersgruppen 75 år eller derover (6,5 %).

Tabel 3.3.6 Andel, der har modtaget råd om at ændre kostvaner fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder, der har en lav score på kostskalaen og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	16,4	21,5	24,9	24,1	20,4	14,6	8,2	17,6	7.543
Kvinder	16,8	21,4	18,1	18,4	18,0	11,2	6,5	15,4	6.237

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genève: World Health Organization, 2003.
2. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.
3. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen. Forebyggelsespakke 'Mad & måltider'. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Gondivkar SM, Gadbail AR, Gondivkar RS, et al. Nutrition and oral health. Dis Mon. 2019;65:147-54.
5. White JV, Guenter P, Jensen G, Malone A, Schofield M, the Academy Malnutrition Work Group, the A.S.P.E.N. Malnutrition task Force, and the A.S.P.E.N. Board of Directors. Consensus statement: Academy of Nutrition and Dietetics and American Society for Parental and Enteral Nutrition: Characteristics recommended for identification and documentation of adult malnutrition (undernutrition). J Parenter Enteral Nutr. 2012;36:275-83.
6. Blomhoff R, Andersen R, Arnesen EK, et al. Nordic Nutrition Recommendations 2023. København: Nordisk Ministerråd, 2023.
7. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima. Glostrup: Fødevarestyrelsen, 2021.
8. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
9. Giskes K, Avendano M, Brug J, Kunst AE. A systematic review of studies on socioeconomic inequalities in dietary intakes associated with weight gain and overweight/obesity conducted among European adults. Obes Rev. 2010;11:413-29.
10. Toft U, Kristoffersen L, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007;61:270-8

3.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres som enhver form for kropslig bevægelse, der øger energi-omsætningen, og dækker dermed over et bredt spektrum af aktiviteter (1, 2). Både spontane aktiviteter i dagligdagen som havearbejde, leg og trappegang, mere planlagte aktiviteter som løbetræning, fitness og holdsport samt aktiv transport indgår således i definitionen af fysisk aktivitet (1, 2).

De positive effekter af fysisk aktivitet på både det fysiske og det mentale helbred er veldokumenterede. Eksempelvis viser studier, at fysisk aktivitet forebygger en række udbredte sygdomme og tilstande i befolkningen, herunder hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer (blandt andet brystkræft og kræft i tyktarmen), vægtøgning og overvægt, psykiske lidelser (angst og depression) samt tidlig død (3). Blandt yngre voksne viser studier yderligere, at fysisk aktivitet fremmer indlæring, mens der blandt ældre ses en forebyggende effekt af fysisk aktivitet i forhold til tab af kognitivt funktionsniveau samt faldulykker og knoglefakturer som følge af en øget muskelmasse, knoglesundhed og balanceevne (4, 5).

Den forebyggende betydning af fysisk aktivitet for befolkningens sundhedstilstand modsvares af dokumenterede, negative helbredskonsekvenser ved stillesiddende adfærd, som blandt andet omfatter en øget risiko for hjertekarsygdomme og diabetes samt tidlig død (6). Danske opgørelser estimerer, at der årligt er knap 4.700 ekstra dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet end blandt personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, hvilket svarer til 9 % af alle dødsfald herhjemme (5). Fysisk inaktive personer lever dermed gennemsnitligt 3,7 år kortere end fysisk aktive personer.

Opgørelser af fysisk aktivitet kan inddeles i både domæner (eksempelvis fritid, hjem, arbejde, transport) og dimensioner (eksempelvis varighed, frekvens, intensitet, type af aktivitet), hvilket er relevant i en sundhedsmæssig kontekst, da studier har vist, at fysisk krævende arbejde har en negativ indvirkning på helbredet, mens fysisk aktivitet i fritiden modsat har en positiv indvirkning (3, 7-10). Dette fænomen omtales også som *the physical activity paradox*.

I en systematisk gennemgang af litteraturen er det blevet vist, at der er social ulighed i fysisk aktivitet, som dog afhænger af domænet (11). Personer med højere socioøkonomisk position er således generelt set mere fysisk aktive i fritiden end personer med lavere position, mens fysisk krævende arbejde i hovedbeskæftigelsen omvendt er hyppigst blandt personer med lavere socioøkonomisk position (11). Litteraturgennemgangen finder ingen systematiske sociale forskelle, når der ses på fysisk aktivitet samlet set og på fysisk aktiv transport.

Anbefalinger for fysisk aktivitet

Verdenssundhedsorganisationen WHO anbefaler voksne på 18 år eller derover at være fysisk aktive mindst 150-300 minutter om ugen ved moderat intensitet eller mindst 75-150 minutter om ugen ved hård intensitet, alternativt en tilsvarende kombination af moderat og hård fysisk aktivitet (6). Yderligere fysisk aktivitet vil ifølge WHO medføre ekstra sundhedsmæssige fordele.

Opgørelserne af befolkningens fysiske aktivitet tager i denne rapport udgangspunkt i efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (og ikke Sundhedsstyrelsens anbefalinger om daglig fysisk aktivitet[1]). Til dette formål er svarpersonerne først blevet spurgt om, hvor mange timer og minutter de bruger på moderat og hård fysisk aktivitet i fritiden og ved transport til og fra arbejde, skole eller uddannelse i løbet af en typisk uge. Efterfølgende er de blevet bedt om at angive, hvor meget af denne tid de i alt bruger på hård fysisk aktivitet. Begge spørgsmål indgår således i opgørelserne og er valideret mod accelerometermålt fysisk aktivitet til brug for monitorering af efterlevelse af WHO's anbefalinger for fysisk aktivitet (14). Det skal dog bemærkes, at det generelt set er vanskeligt at opnå valide data om fysisk aktivitet i befolkningsundersøgelser, idet der er udfordringer ved at udvikle eller identificere de mest optimale spørgsmål om fysisk aktivitet, som afdækker alle domæner og dimensioner (15). Af denne grund er spørgsmålene om fysisk aktivitet flere gange enten blevet ændret eller erstattet af andre, ligesom anbefalingerne er blevet revideret, hvorfor det kun er muligt at følge udviklingen i efterlevelse af anbefalingerne for fysisk aktivitet i perioden fra 2021 til 2025.

Fysisk aktivitet i fritiden

Ud over spørgsmål om tid brugt på fysisk aktivitet ved en bestemt intensitet er svarpersonerne endvidere blevet spurgt mere generelt til deres fysiske aktivitet i fritiden på baggrund af følgende spørgsmål: 'Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?'. Svarmulighederne var: '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 (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' og 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'. Disse svarmuligheder kategoriseres i Tabel 3.4.1 som henholdsvis 'Konkurrenceidræt', 'Motionsidræt eller lignende, 'Lettere motion' og 'Stillesiddende fritidsaktivitet'.

Fysisk aktivitet i fritiden – køn og alder

Tabel 3.4.1 viser svarfordelingen for spørgsmålet om fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Det fremgår, at andelen, der dyrker konkurrenceidræt, er større

[1] Personer på 18-64 år anbefales at være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen ved moderat til høj intensitet, udføre muskelstyrkende aktiviteter mindst 2 gange om ugen og derudover begrænse tiden brugt på stillesiddende aktivitet (12). Personer på 65 år eller derover anbefales samme mængde fysisk aktivitet, dog bør de 30 minutters fysisk aktivitet om dagen være af moderat intensitet – og indimellem også af høj intensitet. Dertil anbefales personer på 65 år eller derover at træne balance og bevægelighed mindst 3 gange om ugen (13).

blandt mænd (8,1 %) end blandt kvinder (3,0 %), og det samme mønster ses for andelen, der dyrker motionsidræt (26,2 % blandt mænd og 18,8 % blandt kvinder). Modsat er andelen, der dyrker lettere motion, større blandt kvinder (60,2 %) end blandt mænd (48,9 %), mens der stort set ingen forskel er mellem mænd (16,7 %) og kvinder (17,9 %) i andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet. Blandt både mænd og kvinder falder andelen, der dyrker konkurrenceidræt med stigende alder. Andelen, der dyrker motionsidræt, er både blandt mænd og kvinder nogenlunde ens til og med aldersgruppen 45-54 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. For lettere motion stiger andelen med stigende alder til og med aldersgruppen 65-74 år, hvorefter der for kvinder ses et fald i aldersgruppen 75 år eller derover, mens andelen forbliver stort set uændret blandt mænd i aldersgruppen 75 år eller derover. Andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, falder blandt både mænd og kvinder med stigende alder fra aldersgruppen 35-44 år til og med aldersgruppen 65-74 år, men stiger så igen i aldersgruppen 75 år eller derover.

Tabel 3.4.1 Fysisk aktivitet i fritiden blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Konkurrenceidræt	25,0	13,9	8,7	6,8	3,8	1,9	1,1	8,1
Motionsidræt	30,5	29,6	28,9	31,0	26,7	23,0	15,5	26,2
Lettere motion	28,9	37,6	44,1	47,1	54,9	61,7	60,8	48,9
Stillesiddende	15,6	18,9	18,4	15,2	14,6	13,3	22,6	16,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.655	4.165	4.657	7.777	11.145	11.897	10.622	53.918
Kvinder								
Konkurrenceidræt	9,0	5,3	3,6	2,7	1,3	0,9	0,4	3,0
Motionsidræt	23,7	23,0	20,1	22,5	18,5	16,6	9,3	18,8
Lettere motion	47,3	53,8	57,3	58,9	66,1	69,6	62,9	60,2
Stillesiddende	20,0	17,9	18,9	15,9	14,2	12,9	27,4	17,9
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.246	6.338	7.367	10.704	13.703	13.119	11.669	68.146

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der:

- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv

Det skal bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var idræts- og svømmehaller samt fitnesscentre lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Dette kan have påvirket borgernes fysiske aktivitetsniveau (16, 17), og udviklingen over tid skal derfor fortolkes med udgangspunkt i denne viden.

Tabel 3.4.2 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	51,5			120.317
Mænd	16-24 år	33,9	0,61	(0,56;0,67)	3.548
	25-34 år	41,2	0,83	(0,77;0,91)	4.103
	35-44 år	44,8	0,97	(0,89;1,05)	4.598
	45-54 år	45,6	1		7.688
	55-64 år	49,4	1,16	(1,09;1,25)	11.002
	65-74 år	52,7	1,33	(1,24;1,42)	11.791
	≥75 år	62,9	2,02	(1,88;2,16)	10.411
	Alle mænd	47,7			53.141
Kvinder	16-24 år	49,5	0,93	(0,86;1,00)	5.164
	25-34 år	51,4	1,00	(0,94;1,08)	6.260
	35-44 år	56,5	1,23	(1,15;1,32)	7.316
	45-54 år	51,3	1		10.580
	55-64 år	55,5	1,19	(1,12;1,26)	13.596
	65-74 år	54,2	1,12	(1,06;1,19)	13.007
	≥75 år	66,2	1,86	(1,75;1,98)	11.253
	Alle kvinder	55,1			67.176
Uddannelse	Grundskole	67,1	2,12	(2,00;2,24)	10.470
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	57,4	1,43	(1,38;1,49)	35.279
	Kort videregående uddannelse	52,3	1,17	(1,11;1,24)	10.922
	Mellemlang videregående uddannelse	49,1	1		28.433
	Lang videregående uddannelse	42,0	0,78	(0,74;0,82)	16.703
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	46,6	1		54.482
	Arbejdsløse	56,9	1,43	(1,26;1,63)	1.400
	Førtidspensionister	67,9	2,27	(2,09;2,45)	4.417
	Andre uden for arbejdsmarkedet	58,4	1,63	(1,51;1,76)	5.266
	Alderspensionister	58,5			46.462

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Blandt voksne i Danmark opfylder godt halvdelen (51,5 %) ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (Tabel 3.4.2). Andelen, der ikke opfylder denne anbefaling, er større blandt kvinder (55,1 %) end blandt mænd (47,7 %). Mens andelen blandt mænd stiger med stigende alder, stiger andelen blandt kvinder ligeledes med stigende alder, men kun til og med aldersgruppen 35-44 år, hvorefter der ses et usystematisk mønster. Dog er andelen blandt kvinder også størst i aldersgruppen 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Andelen falder således fra 67,1 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 42,0 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, er større blandt arbejdsløse (56,9 %), førtidspensionister (67,9 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (58,4 %) end blandt beskæftigede (46,6 %). Blandt alderspensionister er andelen 58,5 %.

Udvikling: Mellem 2021 og 2025 er der sket et fald i andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, fra 58,3 % til 51,5 % (Tabel 3.4.3). Faldet ses i alle alders- og uddannelsesgrupper blandt både mænd og kvinder (Figur 3.4.1 og Figur 3.4.2). Blandt mænd er faldet særligt udtalt i aldersgrupperne 16-24 år (-13,0 procentpoint) og 25-34 år (-10,7 procentpoint), mens faldet er størst blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover (-11,0 procentpoint).

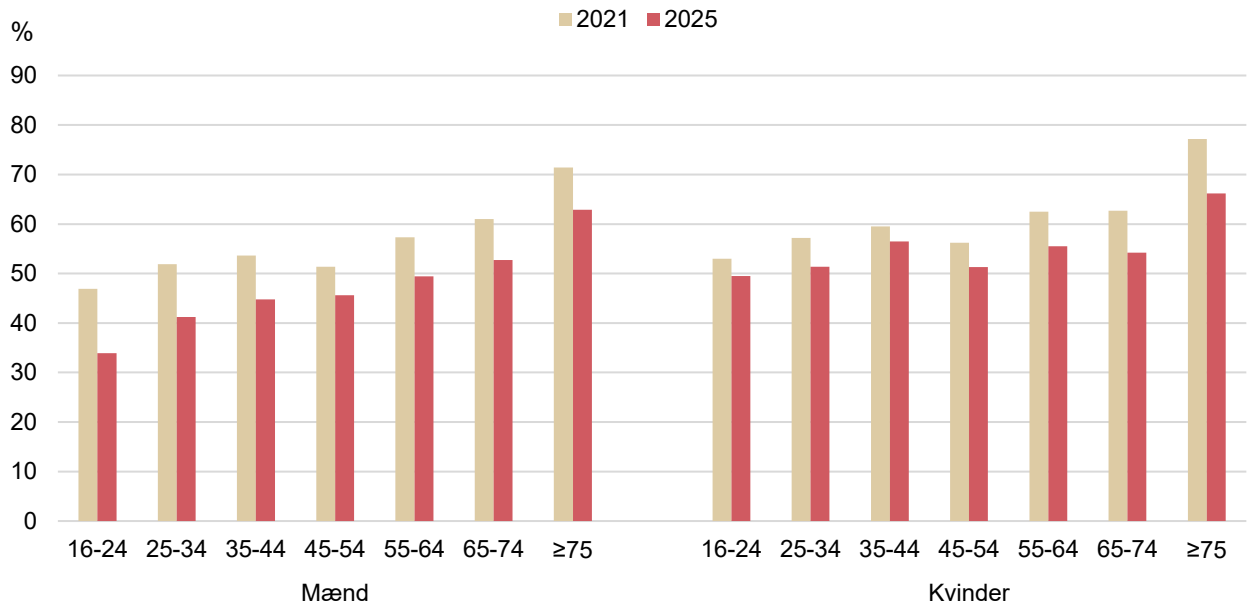
Tabel 3.4.3 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2021	58,3	1		167.196
	2025	51,5	0,73	(0,72;0,74)	120.317

[1]*Justeret for køn og alder*

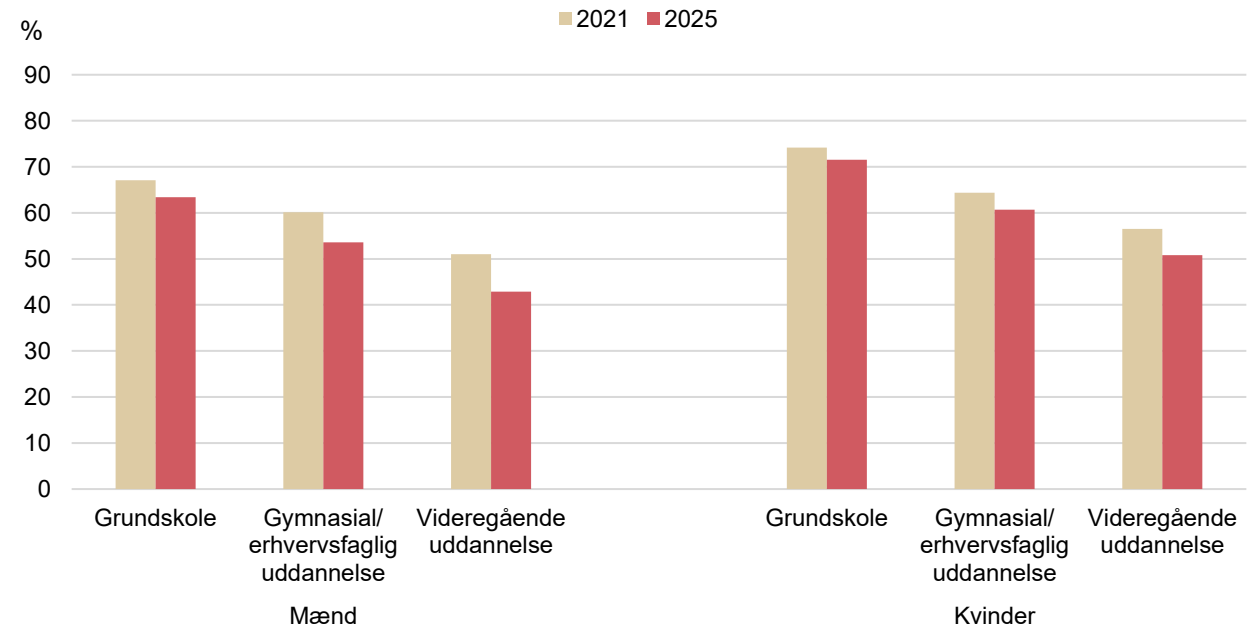
Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 3.4.1 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 3.4.2 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Tabel 3.4.4 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	69,3			62.145
Mænd	16-24 år	72,6	0,79	(0,67;0,94)	1.202
	25-34 år	82,8	1,44	(1,22;1,70)	1.683
	35-44 år	82,4	1,40	(1,19;1,65)	2.017
	45-54 år	77,0	1		3.470
	55-64 år	67,6	0,62	(0,55;0,70)	5.278
	65-74 år	54,0	0,35	(0,31;0,39)	6.037
	≥75 år	45,1	0,25	(0,22;0,27)	6.303
	Alle mænd	66,1			25.990
Kvinder	16-24 år	83,4	1,17	(1,01;1,35)	2.481
	25-34 år	88,0	1,70	(1,47;1,97)	3.200
	35-44 år	86,9	1,55	(1,35;1,78)	4.050
	45-54 år	81,1	1		5.267
	55-64 år	74,8	0,69	(0,62;0,77)	7.372
	65-74 år	58,6	0,33	(0,30;0,36)	6.752
	≥75 år	44,9	0,19	(0,17;0,21)	7.033
	Alle kvinder	72,0			36.155
Uddannelse	Grundskole	51,8	0,43	(0,40;0,46)	6.796
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	64,2	0,63	(0,60;0,67)	20.005
	Kort videregående uddannelse	71,4	0,88	(0,81;0,96)	5.643
	Mellemlang videregående uddannelse	75,2	1		13.996
	Lang videregående uddannelse	80,7	1,14	(1,04;1,24)	7.070
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	80,8	1		25.817
	Arbejdsløse	79,4	0,85	(0,68;1,05)	801
	Førtidspensionister	65,4	0,53	(0,47;0,58)	2.878
	Andre uden for arbejdsmarkedet	77,5	0,76	(0,68;0,86)	2.984
	Alderspensionister	50,7			26.125

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: Blandt personer, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, svarer i alt 69,3 %, at de gerne vil være mere fysisk aktive (Tabel 3.4.4). Andelen er større blandt kvinder (72,0 %) end blandt mænd (66,1 %), og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper på nær aldersgruppen 75 år eller derover, hvor andelen er stort set ens blandt mænd og kvinder. Både blandt mænd (82,8 %) og kvinder (88,0 %) er andelen størst i aldersgruppen 25-34 år og falder herefter med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger og gerne vil være mere fysisk aktiv. Således stiger andelen fra 51,8 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 80,7 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Sammenlignet med beskæftigede (80,8 %) er andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, mindre blandt førtidspensionister (65,4 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (77,5 %). Blandt alders-pensionister er andelen 50,7 %.

Udvikling: Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere aktiv, er stort set uændret mellem 2021 (70,7 %) og 2025 (69,3 %) (Tabel 3.4.5). Samme mønster ses blandt mænd og kvinder i de fleste aldersgrupper (Figur 3.4.3). Dog ses mindre ændringer i nogle aldersgrupper, eksempelvis en mindre stigning blandt mænd i aldersgruppen 45-54 år (+2,7 procentpoint) og blandt både mænd (+2,2 procentpoint) og kvinder (+3,7 procentpoint) i aldersgruppen 55-64 år. Modsat ses et mindre fald i andelen blandt både mænd (-2,3 procentpoint) og kvinder (-2,4 procentpoint) i aldersgruppen 16-24 år samt blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover (-2,5 procentpoint). I alle uddannelsesgrupper er andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, stort set uændret mellem 2021 og 2025 blandt både mænd og kvinder, dog med en let stigende andel blandt mænd med grundskole som længst fuldførte uddannelse (+2,6 procentpoint) (Figur 3.4.4).

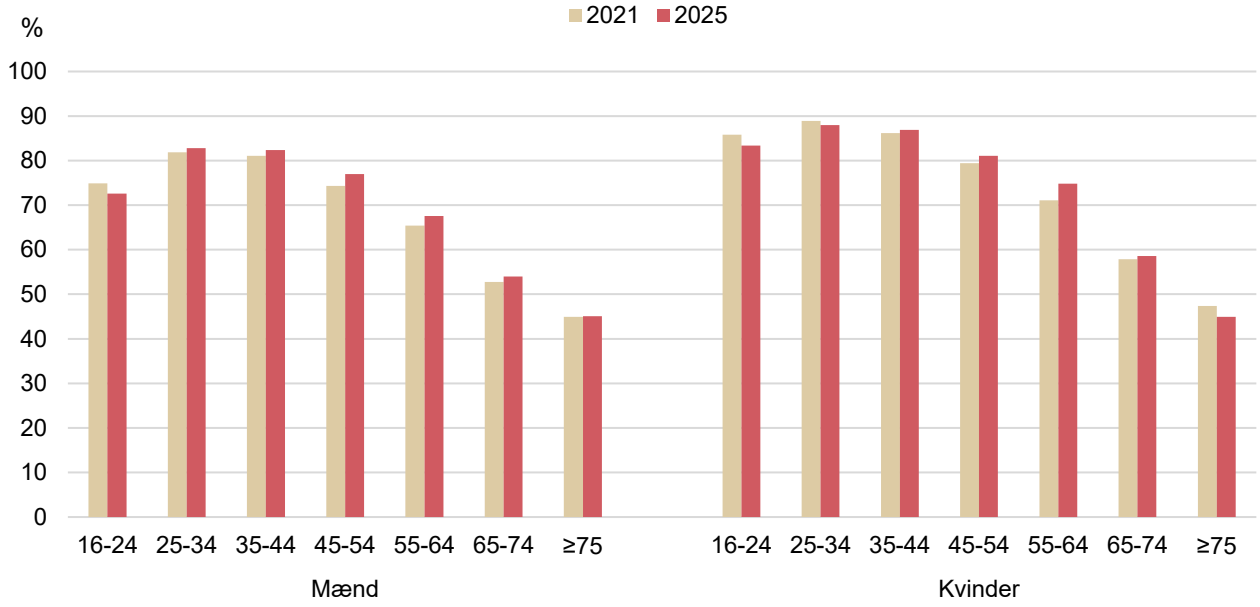
Tabel 3.4.5 Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv. 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2021	70,7	1		97.499
	2025	69,3	1,03	(1,01;1,06)	62.145

[1]*Justeret for køn og alder*

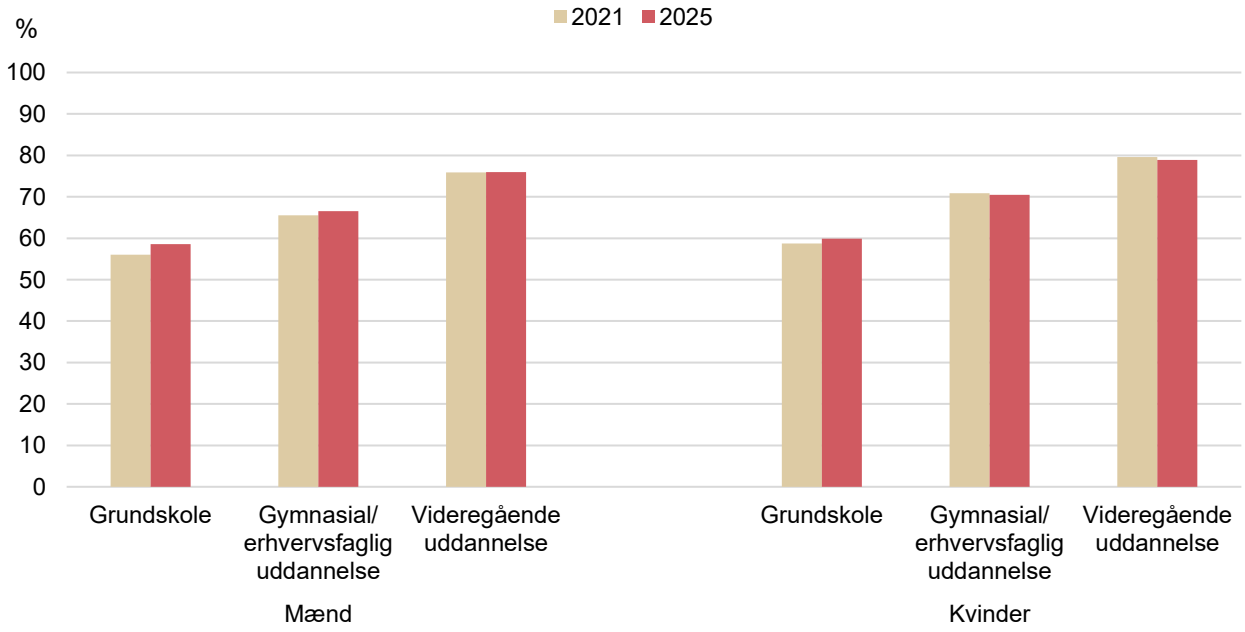
Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 3.4.3 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Figur 3.4.4 Andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2021 og 2025

Råd om at dyrke motion fra sundhedspersonale i egen lægepraksis – køn og alder

Af Tabel 3.4.6 ses det, at blandt mænd og kvinder, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet, har henholdsvis 34,3 % og 25,4 % modtaget råd fra sundhedspersonale i egen lægepraksis om at dyrke motion, blandt personer, der har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder. I alle aldersgrupper er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. For både mænd og kvinder er andelen størst i aldersgrupperne 35-44 år, 45-54 år og 55-64 år, hvor andelen er stort set ens, og falder herefter med stigende alder. Den mindste andel blandt kvinder ses i aldersgruppen 75 år eller derover (18,6 %), mens det for mænd gælder aldersgrupperne 16-24 år (28,4 %) og 75 år eller derover (28,6 %).

Tabel 3.4.6 Andel, der har modtaget råd om at dyrke motion fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd	28,4	36,1	39,0	38,9	38,8	33,1	28,6	34,3	18.190
Kvinder	23,2	30,8	28,0	28,5	28,2	24,0	18,6	25,4	25.831

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. World Health Organization. Kay facts: Physical activity. Tilgået d. 27/1-2026: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity
2. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and destinctions for health-related research. Public Health Rep. 1985;100:126-31.
3. Ahrensberg H, Toftager M, Nørgaard S, Petersen CB. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år). Viden om forebyggelse og sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2023.
4. Sherrington C, Fairhall N, Wallbank G, et al. Exercise for preventing falls in older people living in the community: an abridged Cochrane systematic review. Br J Sports Med. 2020;54:885-91.
5. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
6. World Health Organization. WHO Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Genève: World Health Organization, 2020.
7. Gupta N, Dencker-Larsen S, Rasmussen CL, et al. The physical activity paradox revisited: a prospective study on compositional accelerometer data and long-term sickness absence. Int J Behav Nutr Phys Act. 2020;17:93.
8. Coenen P, Huysmans MA, Holterman A, et al. Do highly physically active workers die early? A systemati review with meta-analysis of data from 193 696 participants. Br J Sports Med. 2018;52:1320-6.
9. Cillekens B, Lang M, Van Mechelen W, et al. How does occupational physical activity influence health? An umbrella review of 23 health outcomes across 158 observational studies. Br J Sports Med. 2020;54:1474-81.
10. Holterman A, Schnohr P, Nordestgaard BG, Marott JL. The physical activity paradox in cardiovascular disease and all-cause mortality: the contemporary Copenhagen General Population Study with 104 046 adults. Eur Heart S. 2021;42:1499-1511.
11. Beenackers MA, Kamphuis CBM, Giskes K, et al. Socioeconomic inequalities in occupational leisure-time, and transport-related physical activity among European adults: A systematic review. Int J Behav Nutr. 2012:9:116.
12. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesiddende tid. Voksne (18-64 år). København: Sundhedsstyrelsen, 2023.
13. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for fysisk aktivitet og stillesiddende tid. Ældre (65+ år). København: Sundhedsstyrelsen, 2023.
14. Danquah IH, Petersen CB, Skov SS, Tolstrup JS. Validation of the NPAQ-short – a brief questionnaire to monitor physical activity and compliance with the WHO recommendations. BMC Public Health. 2018:18:1-10.
15. Strath SJ, Kaminsky LA, Ainsworth BE, et al. Guide to the assessment of physical activity: clinical and research applications: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2013; 128: 2259-79.
16. Matthiessen J, Biltoft-Jensen A, Stockmarr A, Fagt S, Christensen T. Voksne danskeres kost- og aktivitetsvaner under den første nationale Covid-19 nedlukning i foråret 2020. E-artikel fra DTU fødevareinstituttet. 2021.
17. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Hvordan har Corona påvirket det fysiske aktivitetsniveau? Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Odense: Institut for Idræt og Biomekanik, Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, 2021.

3.5 Vægt

Ifølge Verdenssundhedsorganisationen WHO kan overvægt og svær overvægt beskrives som en fedtophobning i kroppen, der kan medføre en række alvorlige helbredskonsekvenser, og samlet set er en konsekvens af, at en person igennem længere tid indtager mere energi, end vedkommende forbrænder (1). Dette har medført, at mange såvel forebyggelses- som behandlingsinitiativer har fokuseret på individets egen adfærd. Imidlertid peger nyere forskning på, at årsagerne til udvikling af særligt svær overvægt er komplekse og sandsynligvis omfatter interaktioner mellem både genetiske, miljø-, samfunds- og adfærdsmæssige samt psykologiske faktorer (2, 3).

Svær overvægt er en betydelig risikofaktor for en række alvorlige sygdomme og tilstande, herunder hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, metabolisk syndrom, flere former for kræft, søvnapnø, belastningslidelser i bevægeapparatet og reproduktionsudfordringer samt tidlig død (4-9). Desuden kan svær overvægt blandt ældre resultere i reduceret muskelmasse med afledte konsekvenser i form af tab af funktionsevne og livskvalitet (2). Omvendt kan moderat overvægt have en beskyttende effekt i forhold til knoglefrakturer i den ældre del af befolkningen (10).

I tillæg til disse negative, somatiske helbredskonsekvenser viser studier, at personer med svær overvægt i høj grad udsættes for stigmatisering i samfundet, som kan komme til udtryk i form af negative holdninger, følelser og adfærd rettet mod personer, der adskiller sig fra de dominerende former for kropsvægt (11). Vægtstigmatiseringen kan i sig selv medvirke til mentale helbredsudfordringer, herunder forringet selvværd, stress og depression, og bør således anses som et isoleret folkesundhedsproblem med et klart forebyggelsespotentiale (11, 12).

Det estimeres, at der i Danmark årligt er omtrent 750 ekstra dødsfald, 550.000 ekstra hospitalskontakter og 1,4 millioner ekstra kontakter til alment praktiserende læge blandt personer med svær overvægt sammenlignet med personer uden svær overvægt (13). Blandt personer med svær overvægt ses ekstraomkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin samt ved tabt produktion på samlet set 8,9 milliarder kroner (13).

Svær overvægt udgør ikke kun et stigende folkesundhedsproblem i Danmark, men i store dele af verden. Siden 1990 er der ifølge WHO således globalt set sket en fordobling i andelen af voksne med svær overvægt, hvor andelen i dag er 16 % (1). En fremskrivning viser, at andelen af voksne med svær overvægt i Danmark forventes at stige fra 19 % i 2021 til 32 % i 2040 med den største forventede stigning i aldersgruppen 45-59 år (fra 23 % til 40 %) (14). Udviklingen og den stigende brug af vægttabsmedicin som Wegovy, Ozempic, Mounjaro og Saxenda har dog potentiale til at kunne bremse denne udvikling, både i Danmark og på verdensplan. Imidlertid giver den øgede anvendelse anledning til nye problemstillinger i forhold til blandt andet livslangt indtag for varigt vægttab (15), tab af muskelmasse (16), vægtøgning efter medicinstop (15), herunder især øget fedtmasse (17), øgede samfundsudgifter (18) og høje priser. Ud over den stigende andel, der lever med svær overvægt, ses en betydelig social ulighed, hvor andelen med svær overvægt falder med

længere uddannelse (19). Uligheden, som er særligt udtalt blandt kvinder (20), er dog uændret i Danmark i perioden fra 2013 til 2021 (19).

I denne rapport afgrænses vægtgrupper på baggrund af WHO's definition af BMI-grænser for henholdsvis undervægt, normalvægt, moderat overvægt og svær overvægt. Opgørelserne af svarpersonernes BMI er baseret på deres selvrapporterede oplysninger om højde og vægt og beregnes ved at dividere kropsvægten målt i kilogram med kvadratet på højden målt i meter. WHO definerer på denne baggrund vægtgrupperne ud fra BMI-grænserne (21), der ses i Tabel 3.5.1.

Tabel 3.5.1 Vægtgrupper inddelt efter BMI-kategorier ifølge WHO

Vægtgruppe	BMI-grænse
Undervægt	BMI<18,5
Normalvægt	18,5≤BMI<25,0
Moderat overvægt	25,0≤BMI<30,0
Svær overvægt	BMI≥30,0
Klasse I	30,0≤BMI<35,0
Klasse II	35,0≤BMI<40,0
Klasse III	BMI≥40,0

Vægtgrupper – køn og alder

Tabel 3.5.2 viser andelen af mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper opdelt på vægtgrupper. Det ses, at i alt 39,0 % blandt mænd og 50,1 % blandt kvinder har normalvægt, og samlet set har 44,7 % blandt voksne i Danmark normalvægt (data vist i Figur 3.5.1). I alle aldersgrupper er andelen med normalvægt større blandt kvinder end blandt mænd. På tværs af aldersgrupper ses den mindste forskel i procentpoint mellem mænd og kvinder i andelen med normalvægt i aldersgruppen 16-24 år, mens den største forskel ses i aldersgruppen 45-54 år.

Andelen med undervægt er 1,4 % blandt mænd og 3,4 % blandt kvinder, og på tværs af aldersgrupper ses tilsvarende en større andel blandt kvinder end blandt mænd. For begge køn ses den største andel med undervægt i aldersgruppen 16-24 år.

Samlet set er andelen med moderat overvægt 34,5 % (data vist i Figur 3.5.1), og andelen er væsentligt større blandt mænd (40,9 %) end blandt kvinder (28,4 %). Der ses et lignende mønster på tværs af aldersgrupper. Blandt både mænd og kvinder stiger andelen med moderat overvægt overordnet set med stigende alder til og med aldersgruppen 45-54 år for mænd og aldersgruppen 55-64 år for kvinder, hvorefter andelen forbliver nogenlunde uændret.

Andelen med svær overvægt er stort set ens blandt mænd (18,7 %) og kvinder (18,2 %) og stiger for begge køn til og med aldersgruppen 55-64 år, hvor knap hver fjerde har svær overvægt (24,0 % blandt mænd og 23,1 % blandt kvinder). Herefter falder andelen med svær overvægt med stigende alder.

Tabel 3.5.2 Vægtgrupper inddelt efter BMI-kategorier blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent*

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Undervægt	6,6	1,4	0,5	0,2	0,4	0,5	0,7	1,4
Normalvægt	65,9	45,0	37,4	30,9	29,1	33,0	38,4	39,0
Moderat overvægt	21,2	36,0	41,3	46,7	46,5	45,2	44,9	40,9
Moderat eller svær overvægt	*27,6*	*53,5*	*62,1*	*68,9*	*70,5*	*66,5*	*60,9*	*59,6*
Svær overvægt	6,4	17,5	20,7	22,2	24,0	21,4	16,0	18,7
Klasse I	*4,4*	*11,6*	*14,6*	*15,8*	*18,0*	*16,3*	*12,9*	*13,8*
Klasse II	*1,4*	*3,7*	*4,0*	*4,5*	*4,5*	*4,0*	*2,4*	*3,6*
Klasse III	*0,5*	*2,2*	*2,1*	*1,9*	*1,4*	*1,0*	*0,7*	*1,4*
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.575	4.103	4.599	7.681	11.048	11.770	10.525	53.301
Kvinder								
Undervægt	9,7	3,1	2,2	1,3	1,6	2,8	4,1	3,4
Normalvægt	68,0	55,9	49,8	45,2	42,4	44,9	49,6	50,1
Moderat overvægt	15,0	23,0	27,4	30,8	33,0	33,6	31,3	28,4
Moderat eller svær overvægt	*22,3*	*41,1*	*48,2*	*53,7*	*56,2*	*52,5*	*46,5*	*46,8*
Svær overvægt	7,3	17,9	20,6	22,8	23,0	18,6	15,0	18,2
Klasse I	*4,8*	*10,1*	*12,4*	*14,3*	*15,0*	*13,3*	*11,5*	*11,9*
Klasse II	*1,5*	*4,6*	*4,8*	*5,4*	*5,6*	*3,9*	*2,6*	*4,1*
Klasse III	*0,9*	*3,3*	*3,4*	*3,1*	*2,4*	*1,5*	*0,9*	*2,2*
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.070	6.195	7.202	10.514	13.494	12.918	11.426	66.819

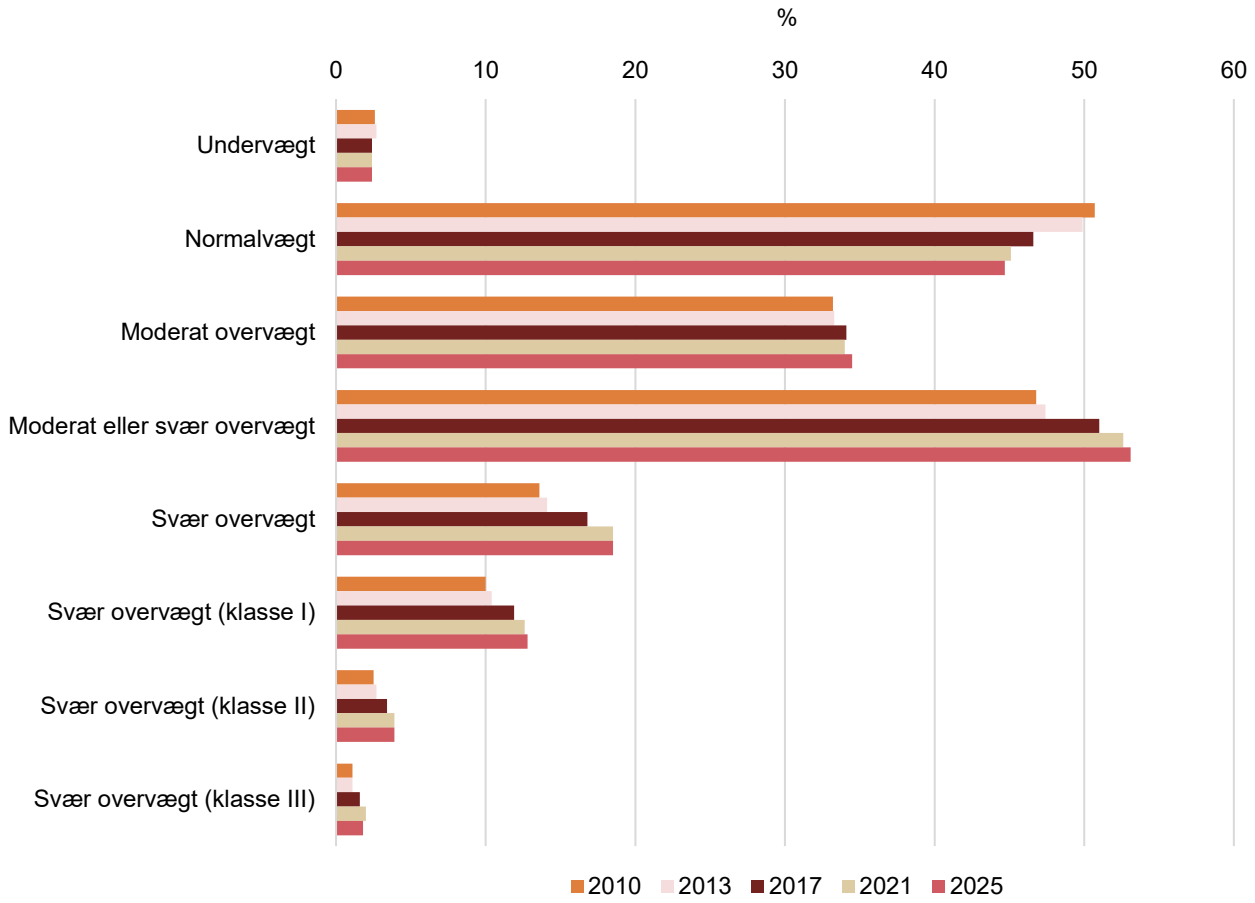
**Vægtgrupperne 'Moderat eller svær overvægt' samt svær overvægt 'Klasse I', 'Klasse II' og 'Klasse III' indgår ikke i beregningen af totaler. Disse vægtgrupper er medtaget for at vise mere detaljerede opgørelser af andelen med overvægt.*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Vægtgrupper – udvikling

I Figur 3.5.1 ses udviklingen i forskellige vægtgrupper i perioden fra 2010 til 2025. Det fremgår, at andelen med normalvægt er faldet fra 50,7 % i 2010 til 44,7 % i 2025. Det fremgår endvidere, at mens der ses en tendens til en lille stigning i andelen med moderat overvægt i perioden (fra 33,2 % i 2010 til 34,5 % i 2025), er andelen med svær overvægt overordnet set steget mellem 2010 (13,6 %) og 2025 (18,5 %), men uændret siden 2021 (18,5 %). Udviklingen inden for de tre klasser (I, II og III) af svær overvægt viser, at stagnationen mellem 2021 og 2025 ses i alle klasser.

Figur 3.5.1 Vægtgrupper inddelt efter BMI-kategorier. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent

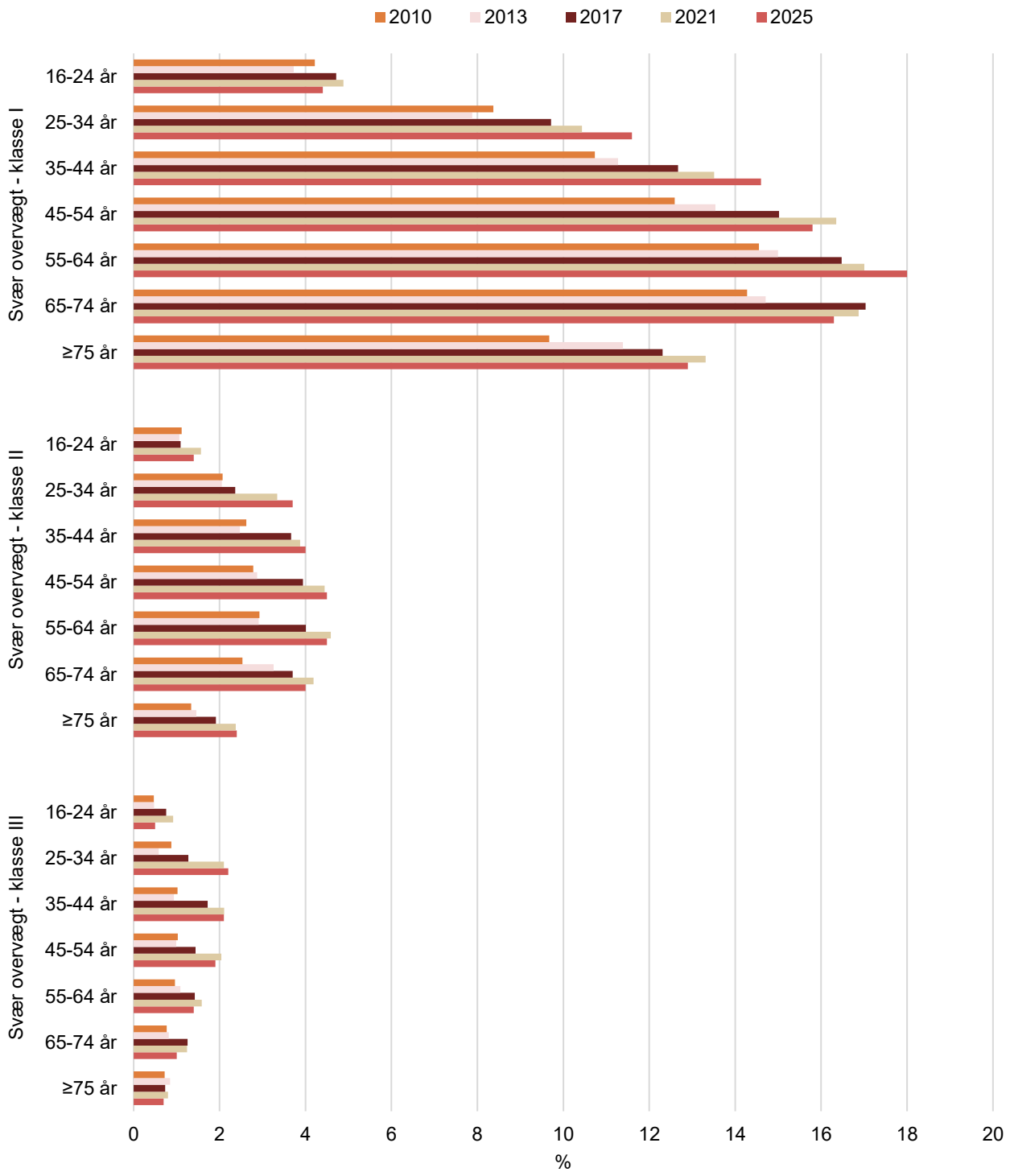


Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Svær overvægt klasse I, II og III – udvikling: køn og alder

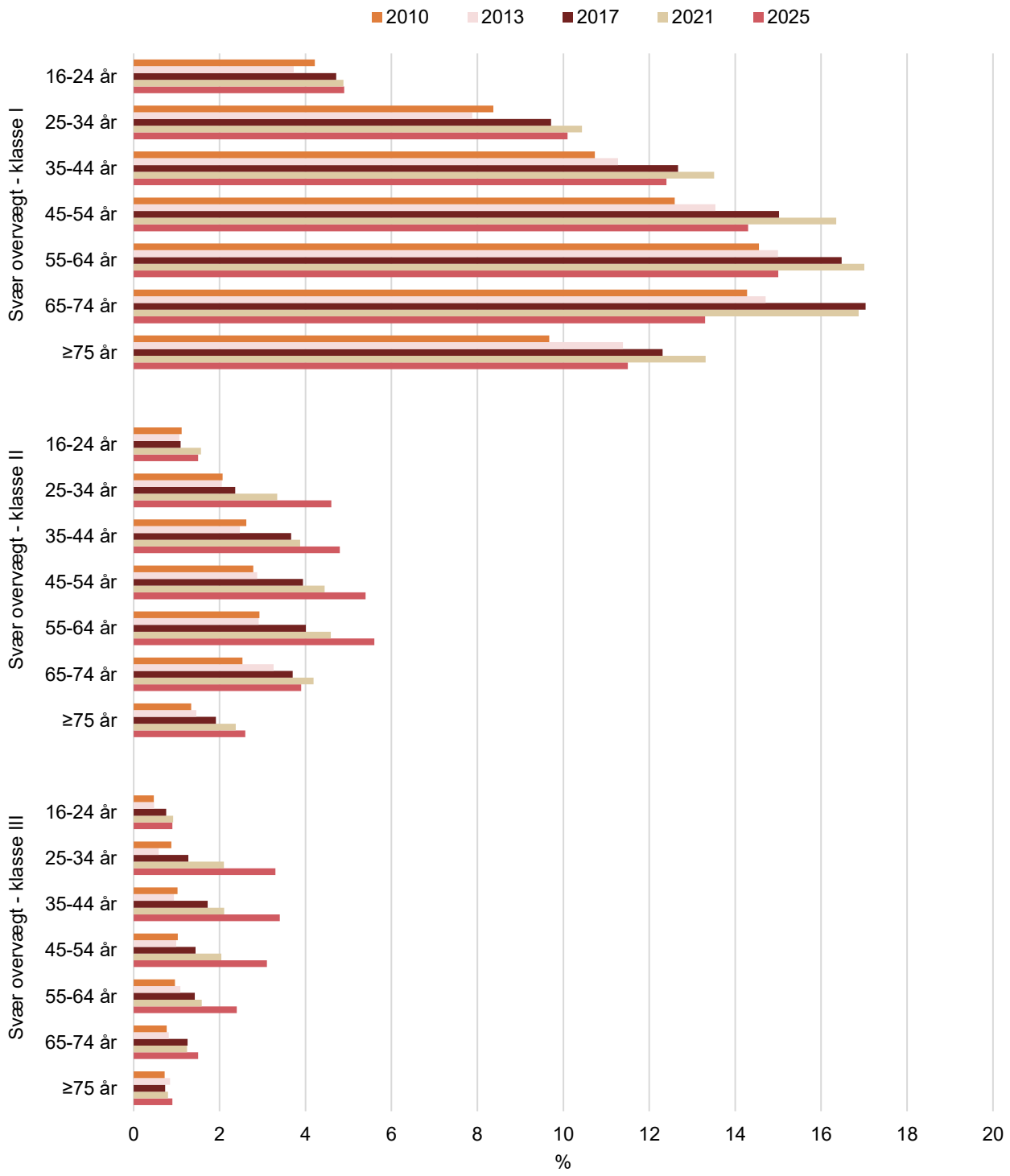
Figur 3.5.2 (mænd) og Figur 3.5.3 (kvinder) viser udviklingen i andelen med svær overvægt i henholdsvis klasse I, II og III i forskellige aldersgrupper i perioden fra 2010 til 2025. Af figurerne ses det, at stigningen i andelen med svær overvægt er sket i alle tre vægtklasser både blandt mænd og kvinder og i alle aldersgrupper, men at der overordnet set er sket en stagnation i udviklingen mellem 2021 og 2025. Blandt kvinder i aldersgrupperne 45-54 år, 55-64 år og 65-74 år med svær overvægt klasse I ses tilmed et mindre fald i andelen mellem 2021 og 2025.

Figur 3.5.2 Andel med svær overvægt (klasse I-III) blandt mænd i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.5.3 Andel med svær overvægt (klasse I-III) blandt kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

I de følgende opgørelser gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har svær overvægt (BMI≥30).

Tabel 3.5.3 Svær overvægt (BMI≥30). 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	18,5			120.120
Mænd	16-24 år	6,4	0,24	(0,20;0,28)	3.575
	25-34 år	17,5	0,74	(0,67;0,83)	4.103
	35-44 år	20,7	0,92	(0,83;1,02)	4.599
	45-54 år	22,2	1		7.681
	55-64 år	24,0	1,11	(1,02;1,20)	11.048
	65-74 år	21,4	0,95	(0,88;1,03)	11.770
	≥75 år	16,0	0,67	(0,61;0,73)	10.525
	Alle mænd	18,7			53.301
Kvinder	16-24 år	7,3	0,27	(0,23;0,30)	5.070
	25-34 år	17,9	0,74	(0,68;0,81)	6.195
	35-44 år	20,6	0,88	(0,81;0,96)	7.202
	45-54 år	22,8	1		10.514
	55-64 år	23,0	1,02	(0,95;1,09)	13.494
	65-74 år	18,6	0,78	(0,72;0,83)	12.918
	≥75 år	15,0	0,60	(0,55;0,65)	11.426
	Alle kvinder	18,2			66.819
Uddannelse	Grundskole	28,4	2,02	(1,89;2,14)	10.546
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	24,4	1,54	(1,47;1,61)	35.419
	Kort videregående uddannelse	19,9	1,17	(1,10;1,25)	10.925
	Mellemlang videregående uddannelse	17,7	1		28.455
	Lang videregående uddannelse	11,1	0,55	(0,51;0,58)	16.739
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	19,2	1		54.673
	Arbejdsløse	23,3	1,28	(1,10;1,48)	1.404
	Førtidspensionister	35,2	2,13	(1,96;2,30)	4.395
	Andre uden for arbejdsmarkedet	22,3	1,36	(1,25;1,48)	5.267
	Alderspensionister	17,9			46.639

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt har 18,5 % blandt voksne i Danmark svær overvægt, og andelen er stort set ens blandt mænd (18,7 %) og kvinder (18,5 %) (Tabel 3.5.3). Et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper, på nær aldersgruppen 65-74 år, hvor andelen er lidt større blandt mænd end blandt kvinder. For både mænd (6,4 %) og kvinder (7,3 %) ses den mindste andel i aldersgruppen 16-24 år, og andelen stiger herefter med stigende alder til og med aldersgruppen 55-64 år, hvorefter andelen falder med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med svær overvægt. Således falder andelen fra 28,4 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 11,1 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: I forhold til beskæftigede (19,2 %) ses en større andel med svær overvægt blandt arbejdsløse (23,3 %), førtidspensionister (35,2 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (22,3 %). Andelen med svær overvægt er 17,9 % blandt alderspensionister.

Udvikling: I perioden fra 2010 til 2025 er der sket en stigning i andelen med svær overvægt, fra 13,6 % til 18,5 % (Tabel 3.5.4). Dog er andelen helt uændret mellem 2021 og 2025. Der ses ikke noget systematisk mønster i udviklingen på tværs af aldersgrupper blandt mænd og kvinder, men overordnet set er der sket en stigning i perioden fra 2010 til 2025 i alle aldersgrupper, dog med en stagnation fra 2021 og frem mod 2025 (Figur 3.5.4). I alle uddannelsesgrupper er der både blandt mænd og kvinder sket en stigning i andelen med svær overvægt i perioden fra 2010 til 2025, dog med en tendens til en stagnation mellem 2021 og 2025 blandt mænd i alle uddannelsesgrupper og blandt kvinder med en lang videregående uddannelse (Figur 3.5.5).

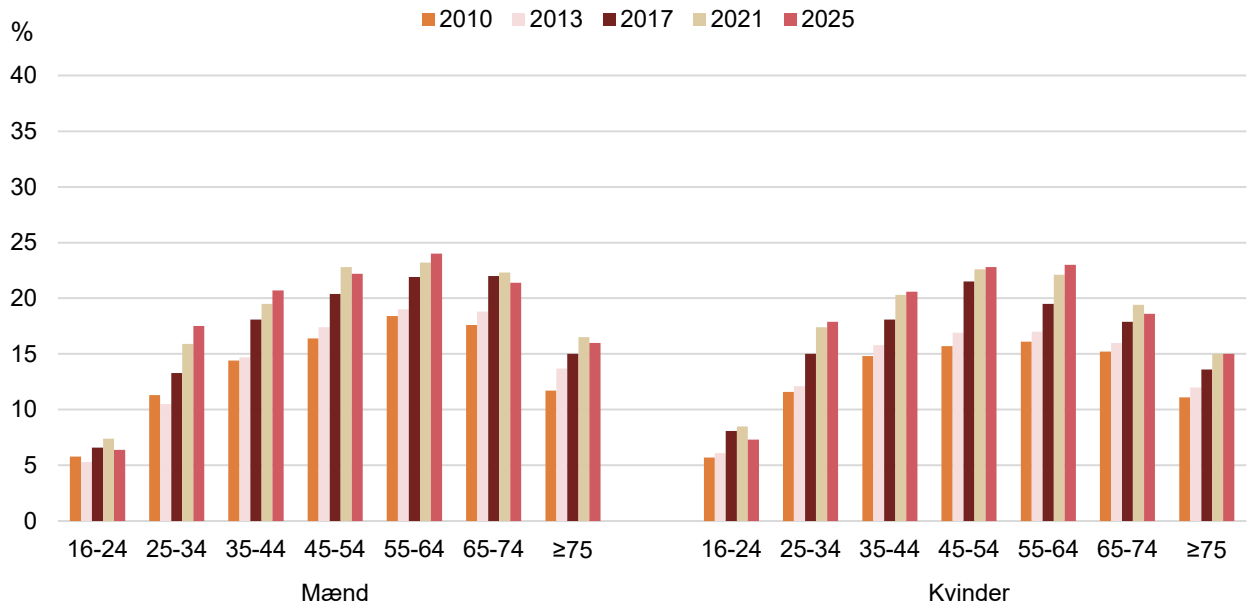
Tabel 3.5.4 Svær overvægt (BMI≥30). 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	13,6	1		172.515
	2013	14,1	1,06	(1,03;1,08)	156.143
	2017	16,8	1,30	(1,27;1,33)	171.126
	2021	18,5	1,45	(1,42;1,48)	167.573
	2025	18,5	1,45	(1,42;1,49)	120.120

[1]*Justeret for køn og alder*

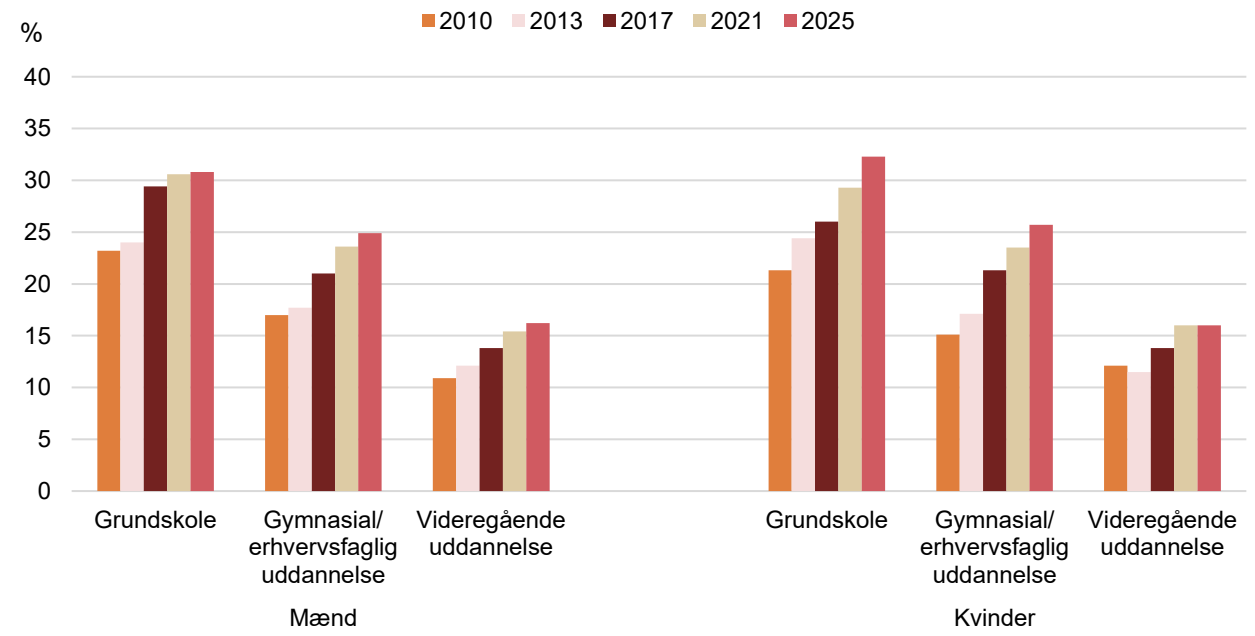
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.5.4 Andel med svær overvægt (BMI≥30) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 3.5.5 Andel med svær overvægt (BMI≥30) blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Ønske om adfærdsændring – køn og alder

Tabel 3.5.5 viser andelen blandt mænd og kvinder med svær overvægt, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktivt og i høj grad gerne vil tabe sig, i forskellige aldersgrupper. Det ses, at en større andel blandt kvinder end mænd med svær overvægt ønsker disse typer adfærdsændringer, og et tilsvarende mønster genfindes i alle aldersgrupper. Samlet set vil i alt 73,7 % blandt kvinder med svær overvægt gerne spise mere sundt mod i alt 63,8 % blandt mænd med svær overvægt, mens henholdsvis 74,2 % og 67,6 % blandt kvinder og mænd med svær overvægt gerne vil være mere fysisk aktive. Andelen med svær overvægt, der i høj grad gerne vil tabe sig, er i alt 61,0 % blandt kvinder og 45,1 % blandt mænd. Overordnet set gælder det, at den største andel, der ønsker de forskellige typer adfærdsændringer, ses blandt mænd og kvinder med svær overvægt i aldersgruppen 25-34 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. Blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år er andelen dog på samme niveau som i aldersgruppen 25-34 år i forhold til gerne at ville spise mere sundt samt i høj grad gerne at ville tabe sig.

Tabel 3.5.5 Andel, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktiv og i høj grad gerne vil tabe sig, blandt mænd og kvinder med svær overvægt (BMI≥30), i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	74,6	80,7	76,8	72,5	63,2	51,5	36,2	63,8
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	67,6	79,8	78,8	74,8	69,7	57,2	45,5	67,6
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	52,1	58,3	54,3	52,0	48,0	34,3	20,5	45,1
Kvinder								
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	89,4	88,7	86,6	82,1	73,6	59,4	44,2	73,7
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	84,4	87,0	85,3	80,1	75,1	62,8	48,5	74,2
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	73,4	73,7	72,5	69,9	63,3	49,4	28,9	61,0

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Ønske om adfærdsændring – køn og uddannelse

I Tabel 3.5.6 ses andelen blandt mænd og kvinder med svær overvægt, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktivt og i høj grad gerne vil tabe sig, i forskellige uddannelsesgrupper. For både mænd og kvinder med svær overvægt ses en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen, der gerne vil være mere fysisk aktiv, hvor andelen stiger med længere uddannelse. Eksempelvis stiger andelen, der gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt mænd med svær overvægt fra 61,7 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 74,5 % i gruppen med en videregående uddannelse. Et tilsvarende mønster ses blandt mænd med svær overvægt i forhold til gerne at ville spise sundt, hvor andelen stiger fra

60,8 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 68,0 % i gruppen med en videregående uddannelse. Dette mønster ses ligeledes blandt kvinder i forhold til i høj grad gerne at ville tabe sig, hvor andelen stiger fra 57,0 % i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 63,5 % i gruppen med en videregående uddannelse. Blandt mænd med svær overvægt, som i høj grad gerne vil tabe sig, er andelen stort set ens i gruppen med henholdsvis grundskole og en gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse som længst fuldførte uddannelse, mens andelen er størst i gruppen med en videregående uddannelse. Blandt kvinder med svær overvægt, der gerne vil spise mere sundt, ses den mindste andel i gruppen med grundskole som længst fuldførte uddannelse, mens andelen er stort set ens i gruppen med henholdsvis en gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse og en videregående uddannelse.

Tabel 3.5.6 Andel, der henholdsvis gerne vil spise mere sundt, være mere fysisk aktiv og i høj grad gerne vil tabe sig, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) med svær overvægt (BMI≥30), i forskellige uddannelsesgrupper. 2025. Aldersjusteret procent

	Grundskole	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	Videregående uddannelse
Mænd			
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	60,8	63,5	68,0
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	61,7	67,8	74,5
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	44,4	44,6	48,3
Kvinder			
Vil gerne spise mere sundt blandt personer med svær overvægt	69,3	73,4	74,9
Vil gerne være mere fysisk aktiv blandt personer med svær overvægt	62,8	72,7	80,3
Vil i høj grad gerne tabe sig blandt personer med svær overvægt	57,0	61,4	63,5

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Råd om adfærdsændring fra sundhedspersonale i egen lægepraksis – køn og alder

Det fremgår af Tabel 3.5.7, at en større andel blandt mænd end blandt kvinder med svær overvægt har modtaget råd fra sundhedspersonale i egen lægepraksis om henholdsvis at ændre kostvaner (henholdsvis 30,4 % og 26,8 %), at dyrke motion (henholdsvis 45,7 % og 38,5 %) og at tabe sig (henholdsvis 45,7 % og 36,2 %) blandt personer, der har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder. Et tilsvarende mønster ses i størstedelen af aldersgrupperne. Eneste undtagelser ses for aldersgruppen 16-24 år, hvor andelen, der har fået råd om henholdsvis at ændre kostvaner (henholdsvis 41,0 % og 31,8 %) og at dyrke motion (46,9 % og 38,8 %), er større blandt kvinder end blandt mænd. Desuden er andelen stort set ens blandt mænd og kvinder, hvad angår andelen med svær overvægt, der har fået råd om at tabe sig, i aldersgruppen 16-24 år samt andelen med svær overvægt, der har fået råd om at dyrke motion, i aldersgruppen 25-34 år.

Tabel 3.5.7 Andel, der har modtaget råd om henholdsvis at ændre kostvaner, at dyrke motion og at tabe sig fra sundhedspersonale i egen lægepraksis, blandt mænd og kvinder med svær overvægt (BMI≥30), som har haft en konsultation i eget lægehus/egen lægepraksis i løbet af de seneste 12 måneder, i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle	Antal svarpersoner
Mænd									
Ændre kostvaner	31,8	38,9	38,1	37,2	35,2	23,8	15,3	30,4	7.593
Dyrke motion	38,8	49,3	48,6	49,0	47,9	44,0	38,4	45,7	7.604
Tabe sig	39,3	45,8	47,3	50,8	52,9	43,8	31,0	45,7	7.643
Kvinder									
Ændre kostvaner	41,0	36,3	34,7	30,2	29,3	19,5	10,2	26,8	9.263
Dyrke motion	46,9	49,0	43,5	38,2	39,8	35,2	26,5	38,5	9.264
Tabe sig	38,7	41,1	44,6	40,6	40,2	32,5	17,8	36,2	9.318

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. World Health Organization. Obesity and overweight. Tilgået d. 27/1-2026: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
2. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Overvægt. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
3. Safaei M, Sundararajan EA, Driss M, Boulila W, Shapi A. A systematic literature review on obesity: understanding the causes & consequences of obesity and reviewing various machine learning approaches used to predict obesity. Comput Biol Med. 2021;136:104754.
4. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, et al. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. PLoS Med. 2020;17:e1003198.
5. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: Epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. 2004;4:579-91. Rev Cancer. 2004;4:579-91.
6. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: A cohort study. PLoS Med. 2018;15:e1002571.
7. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and emerging lifestyle risk behaviours and all-cause mortality in middle-aged and older adults: evidence from a large population-based Australian cohort. PLoS Med. 2015:12:e1001917.
8. Flegal KM, Kit BK, Orpana H, Graubard BI. Associations of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories. JAMA. 2013:309:71-82.
9. Freisling H, Viallon V, Lennon H, et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. BMC Med. 2020:18:5.
10. Gandham A, Zengin A, Bonham MP, et al. Incidence and predictors of fractures in older adults with and without obesity defined by body mass index versus body fat percentage. Bone. 2020;140:115546.
11. Tolstrup J, Andreassen P, Bramming M, et al. Vægtstigmatisering – forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2024.
12. Puhl RM, Heuer CA. Obesity stigma: important considerations for public health. Am J Public Health. 2010;100:1019-28.
13. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
14. Tolstrup JS, Curtis AB, Petersen CB. Andelen af danskere med overvægt, fremskrevet til 2040. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2024.
15. West S, Scragg J, Aveyard P, et al. Weight regain after cessation of medication for weight management: systematic review and meta-analysis. BMJ. 2026;e085304.
16. Karakasis P, Patoulias D, Fragakis N, Mantzoros CS. Effect of glucagon-like peptide-1 receptor agonists and co-agonists on body composition: systematic review and network meta-analysis. Metabolism. 2025;164:156113.
17. Prokopidis K, Daly RM, Suetta C. Weighting the risk of GLP-1 treatment in older adults: Should we be concerned about sarcopenic obesity? J Nutr Health Aging. 2025;29:100652.
18. Sundhedsdatabanken. Medicintyper: Vægttabs- og diabetesmedicin. Tilgået d. 2/2-2026: https://sundhedsdatabank.dk/medicin/medicintyper
19. Kjærulff TM, Nielsen MB, Davidsen M, Ersbøll AK. Social ulighed i sundhed og sygdom. Udviklingen i Danmark i perioden 2013-2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2024.
20. Newton S, Braithwaite D, Akinyemiju TF. Socio-economic status over the life course and obesity: Systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2017;12:e0177151.
21. World Health Organization. Obesity. Preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. Genève: WHO, 2000.

3.6 Flere samtidige risikofaktorer

Forebyggelige risikofaktorer, såsom rygning, et højt alkoholforbrug, fysisk inaktivitet, et usundt kostmønster og svær overvægt, har en negativ indvirkning på sundheden, både isoleret set, og når de optræder samtidigt (1). Det er veldokumenteret, at jo flere samtidige risikofaktorer, en person har, jo større er risikoen for at udvikle sygdomme som hjertekarsygdomme og kræft samt for at dø tidligt (1-8). Ophobningen af risikofaktorer ses ofte i bestemte grupper i befolkningen, hvilket betyder, at der i disse grupper ses en forhøjet risiko for negative helbredsudfald. Risikofaktorernes samtidige tilstedeværelse hænger typisk sammen med faktorer som køn, alder og uddannelses-længde. Det betyder eksempelvis, at der ses en tendens til, at antallet af samtidige risikofaktorer stiger med kortere uddannelseslængde, hvilket er forbundet med en forhøjet risiko for negative helbredsudfald blandt personer med kortest uddannelse (9, 10). Den socialt skæve fordeling i både forekomsten og ophobningen af sundhedsrelaterede risikofaktorer er således en medvirkende årsag til den generelle sociale ulighed i sundhed.

Udvikling af negative helbredsudfald, såsom sygdom, funktionsnedsættelse og død, sker ofte i et komplekst samspil mellem flere sundhedsrelaterede risikofaktorer, hvorfor det er relevant at belyse betydningen af den samtidige tilstedeværelse af risikofaktorerne og ikke kun på betydningen af de enkelte risikofaktorer hver for sig. En metaanalyse viser således, at risikoen for tidlig død reduceres med 66 % ved en samtidig tilstedeværelse af flere beskyttende faktorer, såsom fravær af rygning, et moderat alkoholforbrug, sunde kostvaner, regelmæssig fysisk aktivitet og opretholdelse af normalvægt (1).

I dette kapitel præsenteres opgørelser af ophobningen af risikofaktorer, hvor der tages udgangspunkt i en score, som beregnes ved at summere antallet af samtidige risikofaktorer blandt svarpersonerne. Det skal understreges, at adskillige faktorer har betydning for helbredet, og at de valgte risikofaktorer dermed ikke skal betragtes som de eneste af betydning for risikoen for negative helbredsudfald. Scoren skal derfor ses som et simpelt mål til at illustrere ophobningen af risikofaktorer og sammenhængen med køn, alder, uddannelse og andre helbredsudfald. Til beregning af scoren er følgende risikofaktorer udvalgt:

- Ryger dagligt
- Drikker >10 genstande i løbet af en typisk uge
- Lav score på kostskalaen
- Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet
- Svær overvægt (BMI≥30)

For en nærmere beskrivelse af de enkelte risikofaktorer henvises til de respektive kapitler (henholdsvis '3.1 Tobaks- og nikotinprodukter', '3.2 Alkohol', '3.3 Kost', '3.4 Fysisk aktivitet' og '3.5 Vægt').

For hver tilstedeværende risikofaktor gives en score på 1, og en score på 5 betyder således, at alle risikofaktorer er til stede hos svarpersonen, som dermed både ryger dagligt, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, har en lav score på kostskalaen, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet og har svær overvægt. Omvendt betyder en score på 0, at svarpersonen ikke har nogen af de nævnte risikofaktorer. Hver af de 5 risikofaktorer øger separat risikoen for negative helbredsudfald, og jo flere samtidige risikofaktorer, jo større vil risikoen være.

Antal samtidige risikofaktorer – køn og alder

Det fremgår af Tabel 3.6.1, at andelen, der har 0 risikofaktorer, er lidt større blandt kvinder (31,9 %) end blandt mænd (29,3 %). Tilsvarende er der en større andel blandt kvinder (40,1 %) end blandt mænd (35,7 %), som har 1 risikofaktor. Både overordnet set og på tværs af aldersgrupper har mænd generelt set flere samtidige risikofaktorer end kvinder. Blandt mænd har 11,5 % 3-5 samtidige risikofaktorer, mens andelen er 7,1 % blandt kvinder.

Tabel 3.6.1 Antal samtidige risikofaktorer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
0	36,7	36,2	33,8	30,0	27,5	24,0	20,2	29,3
1	38,2	34,5	35,9	34,8	33,9	35,0	39,0	35,7
2	18,8	20,4	20,4	22,4	24,9	26,4	28,3	23,4
3	5,3	7,6	8,1	10,0	10,2	11,2	10,0	9,1
4-5	0,9	1,3	1,8	2,7	3,6	3,4	2,4	2,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.183	3.852	4.299	7.311	10.457	11.052	9.092	49.246
Kvinder								
0	33,6	35,0	32,6	34,0	31,1	31,8	25,0	31,9
1	41,3	40,0	40,4	37,8	37,3	38,9	46,3	40,1
2	19,3	18,2	19,9	20,7	22,8	22,1	23,1	21,0
3	5,0	5,7	6,0	6,4	7,4	5,9	5,1	6,0
4-5	0,8	1,1	1,1	1,1	1,4	1,2	0,5	1,1
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.665	5.857	6.888	10.003	12.897	12.116	9.425	61.851

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Antal samtidige risikofaktorer – køn og uddannelse

Tabel 3.6.2 viser, at der er en tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og antallet af samtidige risikofaktorer. Således stiger andelen, der har 0 risikofaktorer, gradvist med længere uddannelse for både mænd og kvinder, fra 15,0 % blandt mænd og 14,5 % blandt kvinder med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 41,4 % blandt mænd og 44,0 % blandt kvinder med en lang videregående uddannelse. Andelen med 3-5 samtidige risikofaktorer gradvist med længere uddannelse, fra 23,9 % blandt mænd og 17,5 % blandt kvinder med grundskole som

længst fuldførte uddannelse til 4,4 % blandt mænd og 2,6 % blandt kvinder med en lang videregående uddannelse.

Tabel 3.6.2 Antal samtidige risikofaktorer blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2025. Aldersjusteret procent

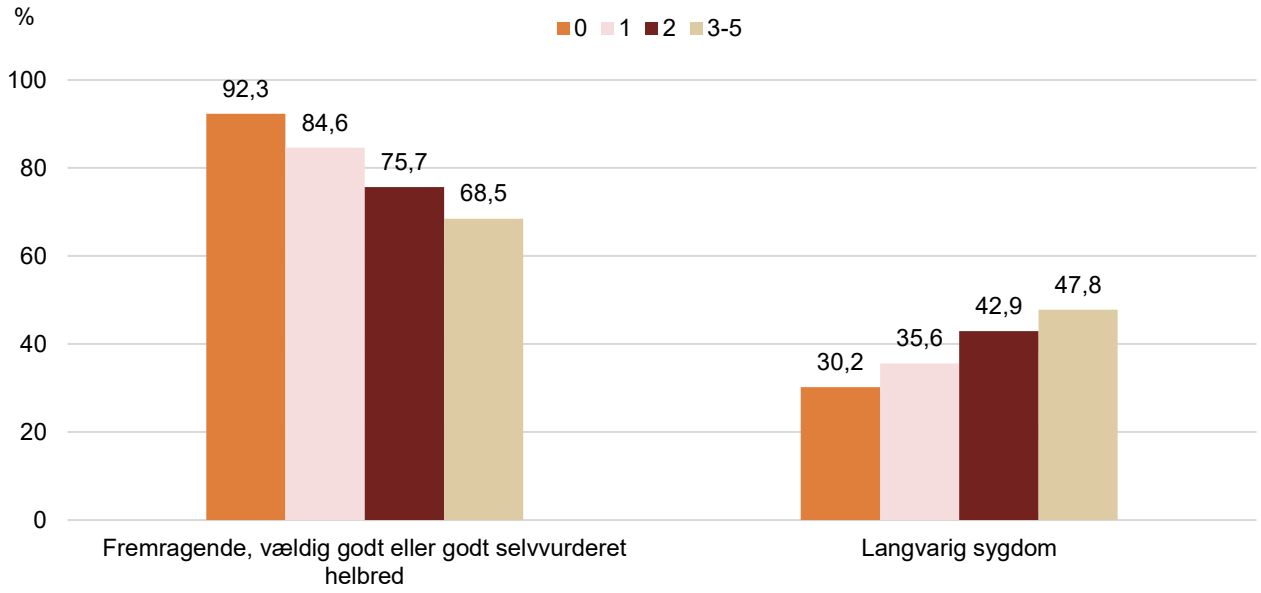
	Grundskole	Gymnasial/ erhvervsfaglig uddannelse	Kort videregående uddannelse	Mellemlang videregående uddannelse	Lang videregående uddannelse
Mænd					
0	15,0	22,5	28,2	33,9	41,4
1	30,1	33,9	36,4	36,2	37,6
2	31,1	27,7	23,6	21,2	16,6
3-5	23,9	15,8	11,8	8,7	4,4
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.746	16.037	4.810	9.503	7.783
Kvinder					
0	14,5	24,7	31,0	35,4	44,0
1	34,7	38,5	39,9	41,0	41,3
2	33,4	26,1	22,2	18,6	12,1
3-5	17,5	10,7	6,8	5,0	2,6
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	4.579	16.822	5.499	17.486	8.146

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Antal samtidige risikofaktorer – helbred og trivsel

I Figur 3.6.1 vises sammenhængen mellem antallet af samtidige risikofaktorer og udvalgte indikatorer for helbred og trivsel. Det ses, at andelen, der har et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, falder gradvist med stigende antal samtidige risikofaktorer, fra 92,3 % i gruppen, der har 0 risikofaktorer, til 68,5 % i gruppen med 3-5 samtidige risikofaktorer. Tilsvarende stiger andelen med langvarig sygdom fra 30,2 % i gruppen med 0 risikofaktorer til 47,8 % i gruppen, der har 3-5 samtidige risikofaktorer. Mønstret er det samme for både mænd og kvinder (data ikke vist).

Figur 3.6.1 Andel med henholdsvis et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred og med langvarig sygdom, opdelt på antal samtidige risikofaktorer. 2025. Aldersjusteret procent

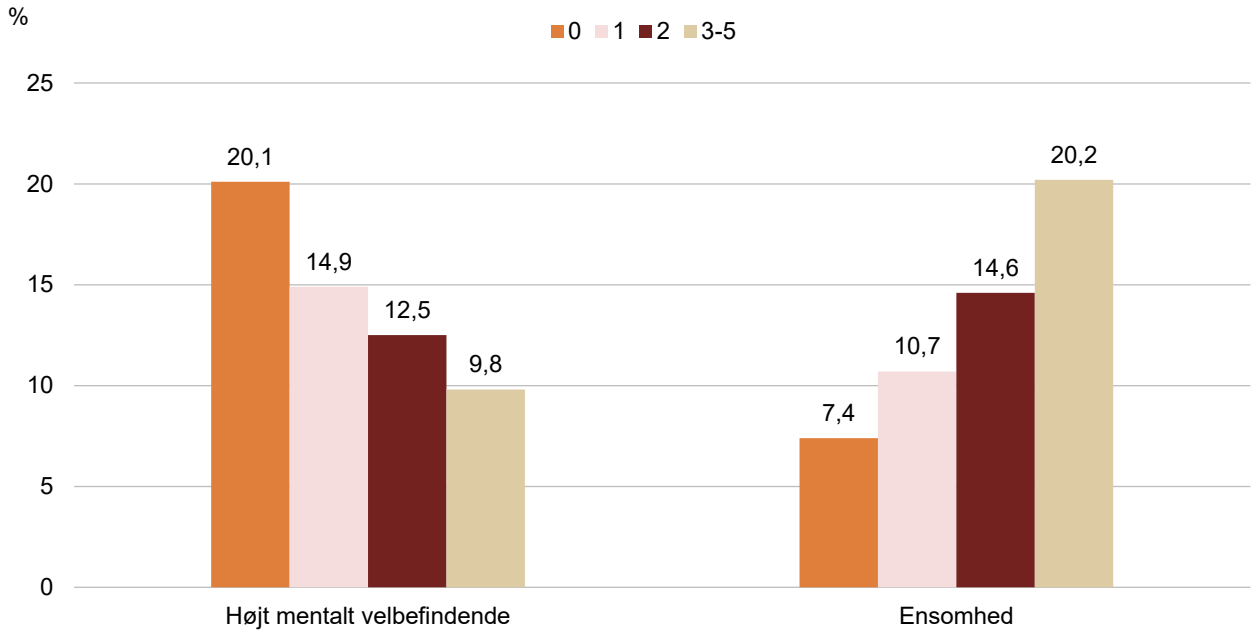


Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Antal samtidige risikofaktorer – mentalt helbred

Sammenhængen mellem antal samtidige risikofaktorer og andelen, der henholdsvis har et højt mentalt velbefindende og føler sig ensomme, vises i Figur 3.6.2. Det ses, at andelen med et højt mentalt velbefindende gradvist falder med stigende antal samtidige risikofaktorer, fra 20,1 % i gruppen, der har 0 risikofaktorer, til 9,8 % i gruppen med 3-5 samtidige risikofaktorer. Et tilsvarende mønster ses for andelen, der føler sig ensomme, som stiger fra 7,4 % i gruppen med 0 risikofaktorer til 20,2 % i gruppen, som har 3-5 samtidige risikofaktorer. Mønstret er det samme for både mænd og kvinder (data ikke vist).

Figur 3.6.2 Andel med henholdsvis et højt mentalt velbefindende og ensomhed, opdelt på antal samtidige risikofaktorer. 2025. Aldersjusteret procent

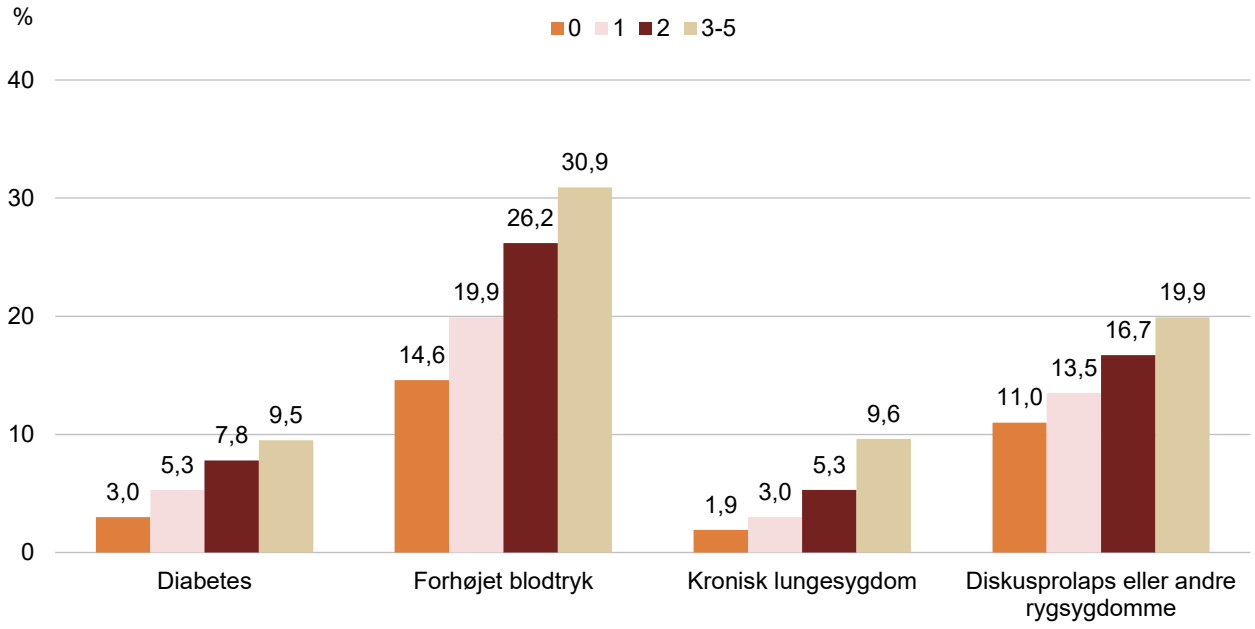


Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Antal samtidige risikofaktorer – sygelighed

Der ses en tydelig sammenhæng mellem antallet af samtidige risikofaktorer og udvalgte indikatorer for sygelighed, som både omfatter aktuel sygdom og eftervirkninger af tidligere sygdom (Figur 3.6.3). Således stiger andelen med henholdsvis diabetes, forhøjet blodtryk, kronisk lungesygdom og diskusprolaps eller andre rygsygdomme gradvist med stigende antal samtidige risikofaktorer. Eksempelvis stiger andelen med forhøjet blodtryk fra 14,6 % i gruppen, har 0 risikofaktorer, til 30,9 % i gruppen med 3-5 samtidige risikofaktorer. Mønstret er det samme for både mænd og kvinder (data ikke vist).

Figur 3.6.3 Andel med udvalgte indikatorer for sygelighed (både aktuel sygdom og eftervirkninger af tidligere sygdom), opdelt på antal samtidige risikofaktorer. 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Loef M, Walach H. The combined effects of healthy lifestyle behaviors on all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis. Prev Med. 2012;55:163-70.
2. Foraker RE, Abdel-Rasoul M, Kuller LH, et al. Cardiovascular Health and Incident Cardiovascular Disease and Cancer: The Women's Health Initiative. Am J Prev Med. 2016;50:236-40.
3. Zhang YB, Pan XF, Chen J, et al. Combined lifestyle factors, all-cause mortality and cardiovascular disease: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. J Epidemiol Community Health. 2021;75:92-99.
4. Petersen KE, Johnsen NF, Olsen A, et al. The combined impact of adherence to five lifestyle factors on all-cause, cancer and cardiovascular mortality: a prospective cohort study among Danish men and women. Br J Nutr. 2015;113:849-58.
5. Ding D, Rogers K, van der Ploeg H, Stamatakis E, Bauman AE. Traditional and emerging lifestyle risk behaviors and all-cause mortality in middle-aged and older adults: evidence from a large population-based Australian cohort. PLoS Med. 2015;12:e1001917.
6. Ford ES, Bergmann MM, Boeing H, Li C, Capewell S. Healthy lifestyle behaviors and all-cause mortality among adults in the United States. Prev Med. 2012;55:23-7.
7. McCullough ML, Patel AV, Kushi LH, et al. Following cancer prevention guidelines reduces risk of cancer, cardiovascular disease, and all-cause mortality. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev. 2011;20:1089-97.
8. Barbaresko J, Rienks J, Nöthlings U. Lifestyle indices and cardiovascular disease risk: a meta-analysis. Am J Prev Med. 2018;55:555-64.
9. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
10. Meader N, King K, Moe-Byrne T, et al. A systematic review on the clustering and co-occurrence of multiple risk behaviours. BMC Public Health. 2016;16:657.

4 Sygelighed

4.1 Langvarig sygdom
4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer
4.3 Smerter eller ubehag

4.1 Langvarig sygdom

En stigende andel af befolkningen må i dag forvente at komme til at leve en del af deres liv med 1 eller flere langvarige sygdomme, også kaldet kroniske sygdomme (1, 2). Denne udvikling skyldes blandt andet forbedrede levevilkår, hvilket har resulteret i en højere middellevetid. Med en stigende middellevetid følger en voksende andel af ældre i befolkningen, og da ældre oftere rammes af kroniske sygdomme, vil en sådan ændring i befolkningens demografiske sammensætning have en betydning for forekomsten af kroniske sygdomme. Forbedrede behandlingsmuligheder fører også til, at flere lever længere med en kronisk sygdom. Kroniske sygdomme kan medføre tab af livskvalitet for den enkelte, men kan også medføre store samfundsmæssige omkostninger (3). Til brug for planlægning af sundhedsfremmende og forebyggende initiativer er det af afgørende betydning at kende forekomsten og fordelingen af langvarige sygdomme i befolkningen. Denne viden er samtidig central for at kunne planlægge og tilrettelægge behandling og omsorg for personer med langvarig sygdom. Samtidig er det vigtigt at understrege, at mange mennesker med kroniske sygdomme har en god livskvalitet og en god funktionsevne i hverdagen.

Andelen, der har 1 eller flere langvarige sygdomme, er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder'. Der var mulighed for at svare: 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke være muligt at angive, hvilke sygdomme det drejede sig om. Forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer er i denne rapport belyst ved et andet spørgsmål (se Kapitel 4.2).

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der har 1 eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse.

Tabel 4.1.1 Langvarig sygdom. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	38,3			124.740
Mænd	16-24 år	20,0	0,51	(0,46;0,56)	3.851
	25-34 år	25,4	0,69	(0,63;0,76)	4.358
	35-44 år	27,7	0,78	(0,71;0,85)	4.898
	45-54 år	33,0	1		7.997
	55-64 år	42,0	1,47	(1,37;1,57)	11.385
	65-74 år	47,6	1,85	(1,73;1,98)	12.071
	≥75 år	51,1	2,12	(1,98;2,27)	10.704
	Alle mænd	36,2			55.264
Kvinder	16-24 år	23,9	0,46	(0,43;0,50)	5.449
	25-34 år	29,5	0,62	(0,57;0,66)	6.592
	35-44 år	32,8	0,72	(0,67;0,77)	7.612
	45-54 år	40,5	1		10.955
	55-64 år	47,8	1,35	(1,27;1,43)	13.933
	65-74 år	49,7	1,45	(1,37;1,54)	13.253
	≥75 år	51,3	1,55	(1,46;1,65)	11.682
	Alle kvinder	40,4			69.476
Uddannelse	Grundskole	52,3	1,45	(1,38;1,53)	10.616
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	44,3	1,11	(1,07;1,16)	35.521
	Kort videregående uddannelse	41,1	0,99	(0,94;1,04)	10.992
	Mellemlang videregående uddannelse	41,0	1		28.589
	Lang videregående uddannelse	31,5	0,77	(0,73;0,81)	16.812
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	29,7	1		55.054
	Arbejdsløse	43,1	1,89	(1,66;2,14)	1.420
	Førtidspensionister	84,9	11,40	(10,2;12,7)	4.611
	Andre uden for arbejdsmarkedet	48,9	2,69	(2,49;2,90)	5.341
	Alderspensionister	49,8			47.710

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt oplyser 38,3 % af den voksne befolkning i Danmark, at de har 1 eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (Tabel 4.1.1). Andelen er større blandt kvinder (40,4 %) end blandt mænd (36,2 %). Blandt begge køn stiger andelen med stigende alder.

Uddannelse: Der ses en meget tydelig sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og andelen med langvarig sygdom. Således falder andelen fra 52,3 % blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse til 31,5 % blandt personer med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen med langvarig sygdom er størst blandt førtidspensionister (84,9 %) og mindst blandt beskæftigede (29,7 %). Andelen er desuden større blandt arbejdsløse (43,1 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (48,9 %) and blandt beskæftigede. Blandt alders-pensionister er andelen 49,8 %.

Udvikling: Samlet set er der sket en jævn stigning i andelen af personer, der angiver at have 1 eller flere langvarige sygdomme, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse, fra 33,4 % i 2010 til 38,3 % i 2025 (Tabel 4.1.2). Blandt begge køn ses på tværs af aldersgrupper et noget usystematisk mønster i udviklingen mellem 2010 og 2025, hvad angår andelen med langvarig sygdom (Figur 4.1.1). Overordnet set er andelen med langvarig sygdom steget i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2025 med undtagelse af blandt mænd med en lang videregående uddannelse, hvor andelen stort set er uændret i perioden (Figur 4.1.2).

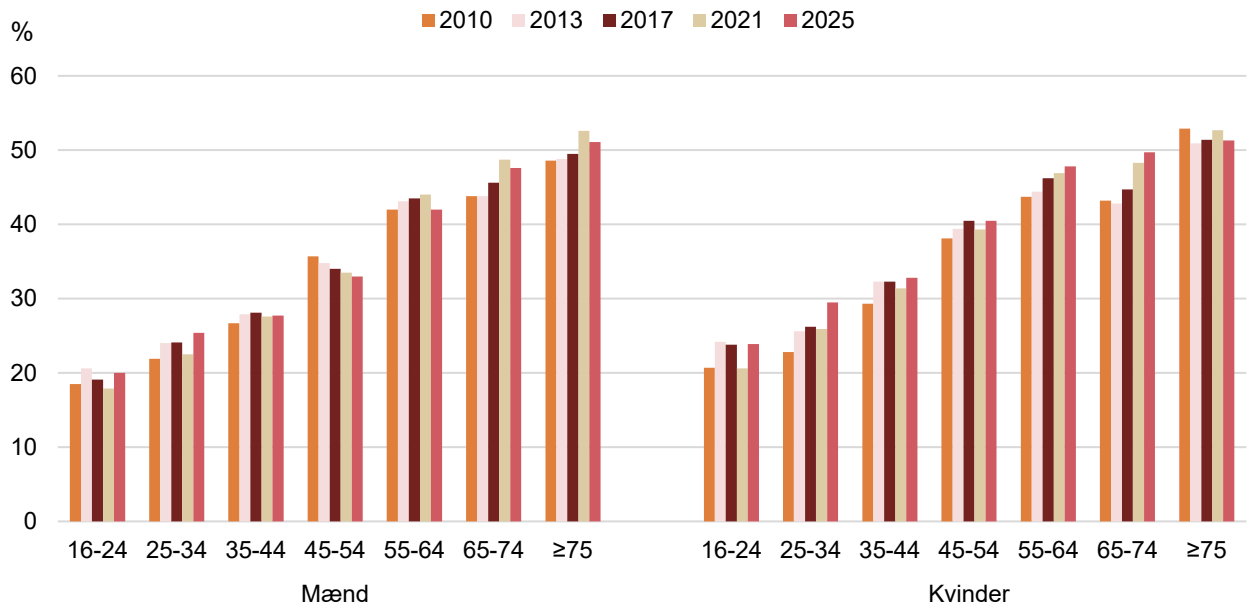
Tabel 4.1.2 Langvarig sygdom. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	33,4	1		170.020
	2013	34,9	1,06	(1,04;1,07)	155.569
	2017	35,6	1,07	(1,06;1,09)	173.597
	2021	36,2	1,08	(1,06;1,10)	172.189
	2025	38,3	1,12	(1,10;1,14)	124.740

[1]*Justeret for køn og alder*

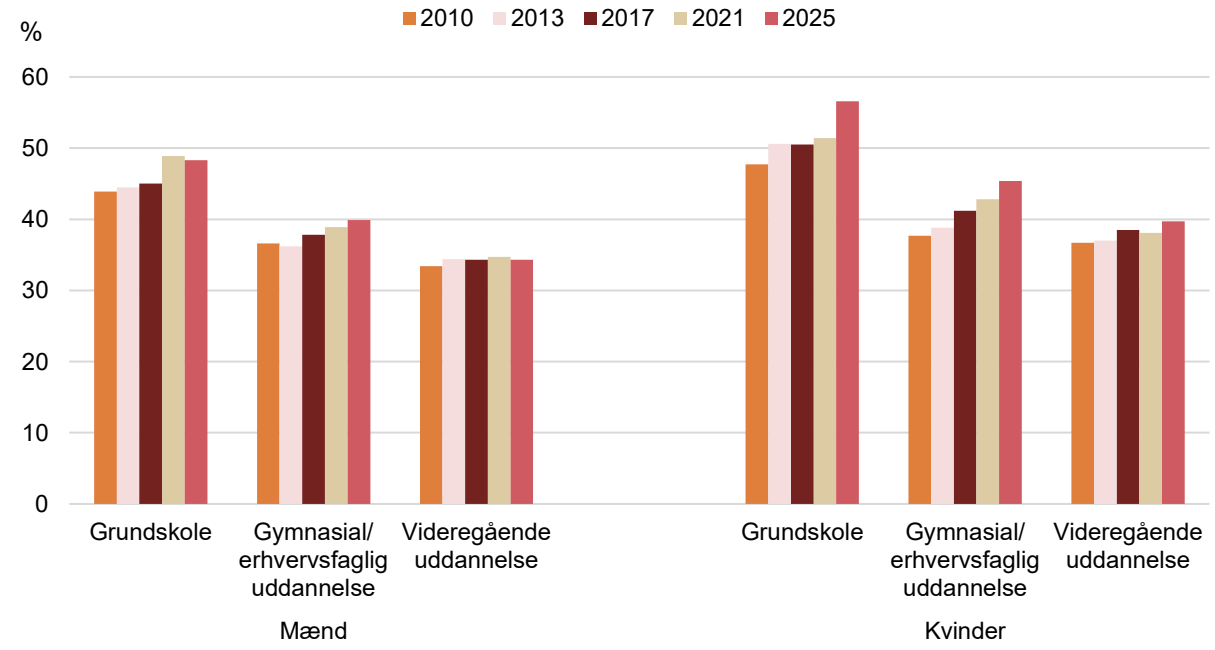
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 4.1.1 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 4.1.2 Andel med langvarig sygdom blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Langvarig sygdom og sundhedsadfærd

Ud over betydningen af den beskrevne ændring i befolkningssammensætningen for forekomsten af langvarige sygdomme påvirkes risikoen for at udvikle flere langvarige sygdomme også af sundhedsadfærden (4). Samtidig spiller sundhedsadfærd en central rolle i behandlingen af mange langvarige sygdomme. En positiv/gavnlig sundhedsadfærd kan være afgørende for prognosen, idet det øger effekten af behandlingen og mindsker risikoen for komplikationer og nye sygdomme (5).

Det fremgår af Tabel 4.1.3, at der blandt personer med langvarig sygdom er en større andel, der henholdsvis ryger dagligt, ikke opfylder WHO's minimums anbefaling for fysisk aktivitet, har et usundt kostmønster og har svær overvægt (BMI≥30), sammenlignet med personer, der ikke har en langvarig sygdom. Dog er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, lidt mindre blandt personer med langvarig sygdom end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom. De samme forskelle ses i stort set hvert undersøgelsesår. Eksempelvis er andelen, der ryger dagligt, omtrent 5 procentpoint større blandt personer, der har en langvarig sygdom, end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom i både 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025, selvom der ses et markant fald i andelen, der ryger dagligt, i perioden.

Tabel 4.1.3 Udvalgte indikatorer for sundhedsadfærd samt svær overvægt, opdelt på langvarig sygdom. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent

	2010		2013		2017		2021		2025	
	Langvarig sygdom		Langvarig sygdom		Langvarig sygdom		Langvarig sygdom		Langvarig sygdom	
	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej	Ja	Nej
Ryger dagligt	25,2	19,2	20,6	15,4	20,1	15,2	16,9	12,3	13,2	9,0
Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge	23,8	25,3	20,5	21,4	16,9	18,4	14,8	16,1	12,6	14,3
Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet	-	-	-	-	-	-	62,9	54,6	56,4	46,8
Usundt kostmønster	15,0	12,5	15,4	13,0	17,9	14,7	20,3	16,3	21,4	17,0
Svær overvægt (BMI≥30)	18,1	11,2	18,5	11,7	21,8	14,0	23,9	15,3	23,8	15,3

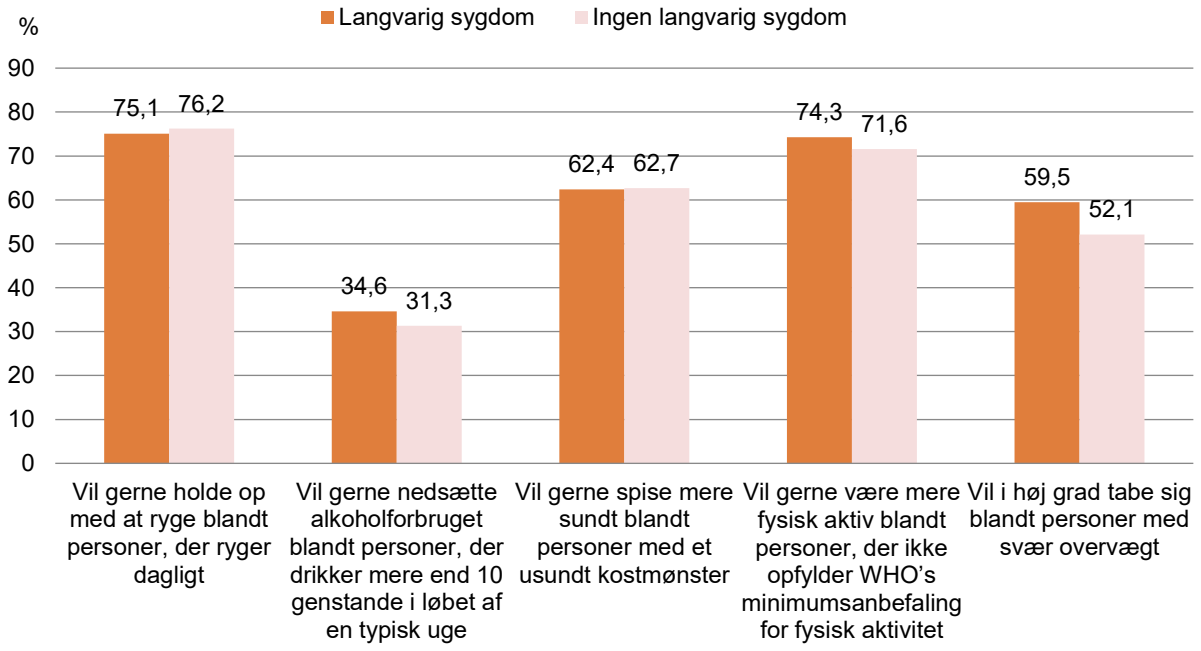
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Ønske om adfærdsændring og langvarig sygdom

Personer, der har en langvarig sygdom, vil ofte have gavn af at foretage 1 eller flere livsstilsændringer for at forebygge forværring af sygdom samt at forebygge andre sygdomme (6). Eksempelvis indeholder mange forløbsprogrammer og patientuddannelser anbefalinger om, at personer med en langvarig sygdom skal tilegne sig handlekompetencer, der gør dem i stand til at håndtere deres sygdom bedre, herunder at de skal motiveres og have hjælp til at ændre sundhedsadfærd (7, 8). En væsentlig forudsætning er dog, at personer med en langvarig sygdom har viljen til og ønsket om at ændre adfærd. Ud fra et forebyggelsesperspektiv er det derfor vigtigt at have kendskab til borgernes ønske om adfærdsændring i forbindelse med eksempelvis rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og vægt.

I Figur 4.1.3 ses andelen, der ønsker at ændre sundhedsadfærd, blandt personer, der henholdsvis ryger dagligt, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, har et usundt kostmønster, ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet samt har svært overvægt, opdelt på, hvorvidt de har en langvarig sygdom eller ej. Overordnet ses der ingen væsentlige forskelle mellem de to grupper i forhold til ønsket om at ville ændre adfærd. Den eneste undtagelse ses for andelen af personer med svær overvægt, der i høj grad ønsker at tabe sig. Her er andelen lidt større blandt personer, der har en langvarig sygdom (59,5 %), end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (52,1 %).

Figur 4.1.3 Ønske om adfærdsændring opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent

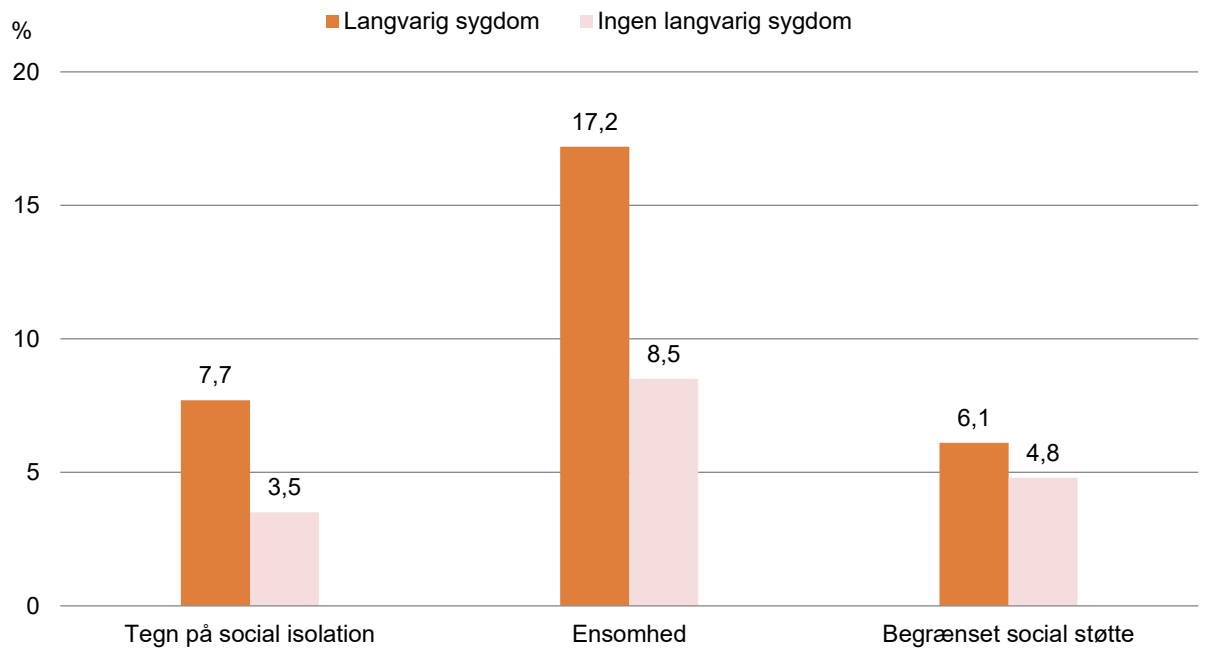


Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Langvarig sygdom og sociale relationer

At leve med en langvarig sygdom kan have en række konsekvenser for den enkelte. En konsekvens kan være manglende kontakt til sociale netværk. Det ses af Figur 4.1.4, at en større andel føler sig ensomme blandt personer med langvarig sygdom (12,5 %) end blandt personer, der ikke har en langvarig sygdom (7,1 %). Endvidere er andelen med henholdsvis tegn på social isolation og med begrænset social støtte større i gruppen af personer, der har en langvarig sygdom.

Figur 4.1.4 Andel med forskellige indikatorer for sociale relationer, opdelt på langvarig sygdom. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Mairey IP, Toftholm MH, Algren MH, Thygesen LC. Fremskrivning af syv udbredte folkesygdomme til 2025, 2030, 2035 og 2040. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet, 2025.
2. Kleist BH. Kronisk sygdom i befolkningen. København: KL, 2023.
3. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
4. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsestilbud til borgere med kronisk sygdom. Kvalitetsstandarder. København: Sundhedsstyrelsen, 2024.
6. Rahelic V, Perkovic T, Romic L, et al. The role of behavioral factors on chronic diseases – practice and knowledge gaps. Healthcare 2024;12:2520.
7. Sundhedsstyrelsen. Patientuddannelse – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2009.
8. Sundhedsstyrelsen. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – den generiske model. København: Sundhedsstyrelsen, 2012.

4.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

For at belyse forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen er svarpersonerne i denne undersøgelse blevet bedt om at angive, om de på nuværende tidspunkt har eller tidligere har haft 18 specifikke sygdomme og helbredsproblemer. De 18 sygdomme og helbredsproblemer er udvalgt, fordi de hver især bidrager til den samlede sygdomsbyrde i befolkningen, enten fordi de forårsager mange dødsfald, eller fordi de fører til nedsat livskvalitet og funktionsevne i store grupper af befolkningen og dermed færre gode leveår. Desuden er flere af sygdommene eller helbredsproblemerne ikke mulige at identificere på baggrund af registerdata.

De specifikke sygdomme og helbredsproblemer er belyst ved følgende spørgsmål: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Hvis en svarperson aktuelt har den pågældende sygdom eller fortsat oplever eftervirkninger heraf, klassificeres vedkommende i de følgende opgørelser som havende sygdommen. Begrundelsen for dette valg er, at det for visse sygdomme og helbredsproblemer kan være vanskeligt at skelne mellem selve tilstanden og eftervirkningerne. Derudover er det relevant at kende antallet af personer, der er påvirket af en bestemt sygdom – uanset om der er tale om aktuel sygdom eller eftervirkninger af sygdommen.

Sygdomme og estimeret antal borgere

Forekomsten af hver enkelt af de 18 sygdomme og helbredsproblemer i 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025 fremgår af Tabel 4.2.1. Desuden præsenteres det estimerede antal personer i befolkningen, som er beregnet på baggrund af andelen af personer, der i 2025 angiver at have den pågældende sygdom eller helbredsproblem. Tabellen er opbygget sådan, at forekomsterne præsenteres efter faldende forekomst i 2025.

Det fremgår af tabellen, at allergi (24,8 %), forhøjet blodtryk (24,2 %) og slidgigt (23,8 %) er de hyppigst forekommende af de adspurgte tilstande. Forekomsten af de enkelte sygdomme og helbredsproblemer er generelt set stigende i perioden fra 2010 til 2025.

En direkte sammenligning af belastningen mellem forskellige sygdomme og helbredsproblemer er ikke mulig. For at få en indikation på, hvor belastet svarpersonerne er af en given sygdom, er der derfor lavet en opgørelse af andelen, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, blandt dem, som har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger heraf (Tabel 4.2.1). Således angiver omtrent halvdelen af de personer, som lider af hjertekrampe (50,0 %), kronisk lungesygdom (48,3 %), blodprop i hjertet (45,5 %), depression (44,2 %) eller hjerneblødning (44,0 %), at de har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred. Den mindste andel ses blandt

personer med allergi (20,4 %). For alle sygdomme og helbredsproblemer er der en større andel, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, end i befolkningen generelt set (17,9 %).

Tabel 4.2.1 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen). 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent og estimeret antal i befolkningen

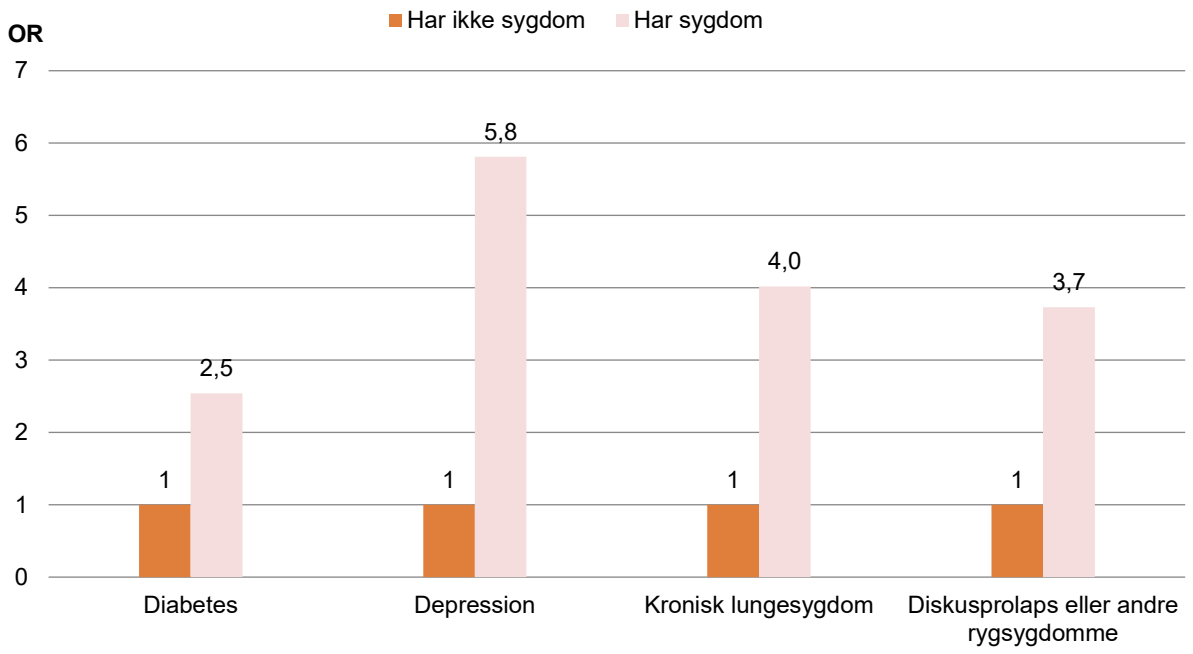
	Andel med sygdom					Estimeret antal borgere i 2025 (i 1.000)	Andelen af syge, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt
	2010	2013	2017	2021	2025		
Allergi	21,9	22,7	21,9	23,6	24,8	1.238	20,4
Forhøjet blodtryk	18,0	18,4	18,9	20,5	24,2	1.210	29,4
Slidgigt	19,7	19,7	20,9	22,5	23,8	1.190	32,3
Tinnitus	10,1	12,1	12,7	16,1	19,6	980	25,7
Migræne eller hyppig hovedpine	15,7	14,5	16,3	17,9	17,3	863	32,3
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	13,6	13,3	13,7	14,8	15,1	753	39,6
Depression	-	-	-	13,2	14,0	698	44,2
Angst	-	-	-	12,3	13,5	673	36,9
Astma	7,6	7,5	7,6	8,5	8,8	439	30,9
Leddegigt	6,0	6,0	6,8	7,9	7,9	395	40,9
Diabetes	4,9	5,2	5,5	5,8	6,8	339	37,1
Grå stær	3,8	4,1	4,4	5,1	6,2	307	32,0
Osteoporose (knogleskørhed)	3,2	3,4	3,9	4,5	5,5	277	38,6
Kronisk lungesygdom	4,6	4,4	4,3	5,2	4,8	240	48,3
Kræft	2,3	2,6	3,2	3,7	4,8	239	39,8
Hjertekrampe	2,1	1,8	1,9	2,2	2,2	110	50,0
Hjerneblødning	1,5	1,5	1,7	2,0	2,2	109	44,0
Blodprop i hjertet	1,2	1,1	1,2	1,3	1,5	73	45,5

Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Sygdomme og selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred hænger sammen med sygdom og helbredsproblemer, men også med køn, alder og uddannelseslængde. Andelen med eksempelvis kronisk lungesygdom er relativt stor blandt ældre og personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (data ikke vist). For at belyse, hvorvidt den forskel, der ses i andelen med mindre godt eller dårligt helbred, kan forklares ved køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne med og uden en given sygdom, er der i Figur 4.2.1 foretaget analyser, der tager højde for dette for fire udvalgte sygdomme. Figuren viser, at når der tages højde for eventuelle køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem grupperne, så er der for samtlige fire udvalgte sygdomme en markant højere forekomst af personer, der vurderer eget helbred som mindre godt eller dårligt, i gruppen med den pågældende sygdom end i gruppen uden den pågældende sygdom. Eksempelvis har personer med kronisk lungesygdom 4 gange større odds (OR=4,0) for at vurdere eget helbred som mindre godt eller dårligt sammenlignet med personer, der ikke har en kronisk lungesygdom, når der tages højde for køns-, alders- og uddannelsesforskelle mellem de to grupper (OR=1).

Figur 4.2.1 Forekomsten af personer (30 år eller derover) med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred opdelt på udvalgte sygdomme og helbredsproblemer. 2025. Køns-, alders- og uddannelsesjusteret odds ratio (OR)



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Sygdomme – køn og alder

I Tabel 4.2.2 ses andelen med de specifikke sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. Andelen af flere af de specifikke sygdomme er stærkt afhængig af alder. Således stiger andelen med slidgigt, forhøjet blodtryk, leddegigt, diabetes, osteoporose og grå stær markant med stigende alder. Derimod er andelen med eksempelvis allergi, depression og angst større i de yngre aldersgrupper end i de ældre. Dette mønster ses blandt begge køn.

Sygdomme – aktuel sygdom eller eftervirkninger

Tabel 4.2.3 viser andelen, som henholdsvis har den pågældende sygdom nu, og som har eftervirkninger af sygdommen. Det fremgår af tabellen, at 7,2 % af den voksne befolkning angiver at have depression nu, mens en omtrent lige så stor andel (6,8 %) angiver at have eftervirkninger af depression. Endvidere viser tabellen, at 9,5 % angiver at have angst nu, mens 4,0 % angiver at have eftervirkninger af angst. Endelig viser tabellen, at eftervirkninger udgør en væsentlig del af den samlede forekomst for eksempelvis diskusprolaps eller andre rygsygdomme, kræft, hjertekrampe, hjerneblødning og blodprop i hjertet.

Tabel 4.2.2 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen) blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Allergi	27,4	30,3	26,6	25,9	20,5	16,0	11,6	22,3
Forhøjet blodtryk	2,3	4,8	9,2	19,2	33,9	45,6	51,2	25,4
Slidgigt	1,1	2,3	7,2	15,7	28,1	36,6	38,7	19,8
Tinnitus	10,2	13,6	13,8	20,8	29,8	33,4	29,9	22,7
Migræne eller hyppig hovedpine	10,9	13,4	13,4	13,7	11,8	7,6	6,2	10,9
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	3,5	7,0	12,6	17,0	20,5	19,9	19,3	14,7
Depression	12,8	18,4	15,8	12,1	11,1	7,9	7,3	12,0
Angst	13,3	17,9	13,1	9,3	7,4	4,7	3,5	9,6
Astma	7,1	8,0	7,1	7,8	8,4	8,1	7,3	7,8
Leddegigt	1,4	1,7	3,9	6,8	12,2	15,2	16,2	8,7
Diabetes	1,2	1,6	3,1	5,4	10,2	15,3	17,3	8,2
Grå stær	0,9	0,5	1,3	1,4	3,2	9,9	20,3	5,5
Osteoporose (knogleskørhed)	0,7	0,3	1,1	1,5	2,3	3,9	6,0	2,3
Kronisk lungesygdom	1,2	1,1	2,0	2,8	5,4	8,9	11,6	4,9
Kræft	0,7	0,6	1,4	1,8	4,2	9,1	14,2	4,8
Hjertekrampe	1,1	0,8	1,6	1,6	2,7	4,0	5,4	2,5
Hjerneblødning	0,7	0,5	0,9	1,5	2,7	4,3	6,4	2,5
Blodprop i hjertet	0,6	0,4	0,9	1,3	2,4	3,7	4,9	2,1
Kvinder								
Allergi	30,8	30,5	30,9	32,0	27,1	23,5	17,7	27,2
Forhøjet blodtryk	1,9	3,2	5,8	15,0	29,0	40,8	55,2	23,2
Slidgigt	1,0	2,9	7,9	22,0	40,0	50,1	55,4	27,6
Tinnitus	9,2	11,4	11,5	15,6	22,7	23,1	19,0	16,7
Migræne eller hyppig hovedpine	29,5	31,2	32,7	31,2	22,0	13,3	8,8	23,4
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	4,1	8,0	13,3	17,9	20,0	19,6	21,7	15,4
Depression	22,3	23,3	19,2	15,9	14,0	10,4	8,7	15,9
Angst	33,6	30,4	20,4	15,4	12,0	7,9	5,6	17,2
Astma	9,2	9,1	8,6	9,7	10,4	11,1	9,7	9,8
Leddegigt	1,2	1,8	3,5	6,6	10,1	11,2	13,6	7,2
Diabetes	0,7	1,3	1,9	3,8	6,6	9,4	12,0	5,4
Grå stær	0,4	0,5	0,6	1,3	4,4	13,9	23,5	6,8
Osteoporose (knogleskørhed)	0,3	0,5	0,9	2,8	9,1	17,1	25,2	8,6
Kronisk lungesygdom	0,8	1,0	1,0	2,2	5,3	9,7	10,5	4,7
Kræft	0,5	0,6	1,3	4,0	5,8	8,6	10,4	4,8
Hjertekrampe	0,9	0,7	0,9	1,2	1,7	2,6	5,0	1,9
Hjerneblødning	0,3	0,4	0,3	1,1	2,0	3,3	4,7	1,8
Blodprop i hjertet	0,2	0,3	0,2	0,4	0,8	1,3	2,4	0,8

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Tabel 4.2.3 Andel med specifikke sygdomme og helbredsproblemer opdelt på, om man har den pågældende sygdom nu, eller om man har eftervirkninger af sygdommen. 2025. Procent

	Har den pågældende sygdom nu	Har eftervirkninger af sygdommen	I alt
Allergi	22,4	2,4	24,8
Forhøjet blodtryk	22,8	1,4	24,2
Slidgigt	22,9	0,9	23,8
Tinnitus	17,7	1,9	19,6
Migræne eller hyppig hovedpine	13,5	3,8	17,3
Diskusprolaps eller andre rygsygdomme	9,9	5,2	15,1
Depression	7,2	6,8	14,0
Angst	9,5	4,0	13,5
Astma	7,1	1,7	8,8
Leddegigt	7,4	0,5	7,9
Diabetes	6,5	0,3	6,8
Grå stær	4,7	1,5	6,2
Osteoporose (knogleskørhed)	5,3	0,2	5,5
Kronisk lungesygdom	4,3	0,5	4,8
Kræft	2,2	2,6	4,8
Hjertekrampe	1,4	0,8	2,2
Hjerneblødning	0,5	1,7	2,2
Blodprop i hjertet	0,6	0,9	1,5

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Multisygdom – køn og alder

At leve med multisygdom – 2 eller flere samtidige sygdomme – er en stigende udfordring både for den enkelte og for sundhedsvæsenet (1, 2). Undersøgelser viser, at multisygdom er forbundet med dårlig livskvalitet og nedsat fysisk funktionsevne (3-6). Desuden har personer med multisygdom øget risiko for at blive indlagt, at indlæggelsen bliver af længere varighed, og at få flere komplikationer efter operation samt for tidlig død (5, 7). Ud over konsekvenserne for den enkelte person er multisygdom således også forbundet med store økonomiske udgifter for sundhedsvæsenet og samfundet (8, 9).

Opgørelsen af antal personer med multisygdom påvirkes af, hvilke og hvor mange sygdomme der tages med i opgørelsen, og om man kun medregner personer, der aktuelt har en sygdom, eller om man også medregner personer med eftervirkninger af sygdom. I denne rapport opgøres antallet af sygdomme hos hver enkelt svarperson ved en optælling af forekomsten af følgende 14 sygdomme eller helbredsproblemer, som hver enkelt svarperson angiver at have eller have eftervirkninger af: astma, allergi, diabetes, blodprop i hjertet, hjertekrampe, hjerneblødning, kronisk lungesygdom, slidgigt, leddegigt, osteoporose, kræft, depression, angst, og diskusprolaps eller andre rygsygdomme. De inkluderede sygdomme i denne optælling afviger fra den tilsvarende optælling i rapporten i 2021. Det er således ikke muligt at direkte sammenligne resultaterne for multisygdom i nærværende rapport med resultaterne fra rapporten i 2021.

Tabel 4.2.4 viser, at der er en større andel med multisygdom (2 eller flere sygdomme) blandt kvinder (38,9 %) end blandt mænd (30,2 %). Dette gælder i alle aldersgrupper. Andelen med multisygdom stiger overordnet set med stigende alder blandt både mænd og kvinder.

Tabel 4.2.4 Antal sygdomme og helbredsproblemer blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

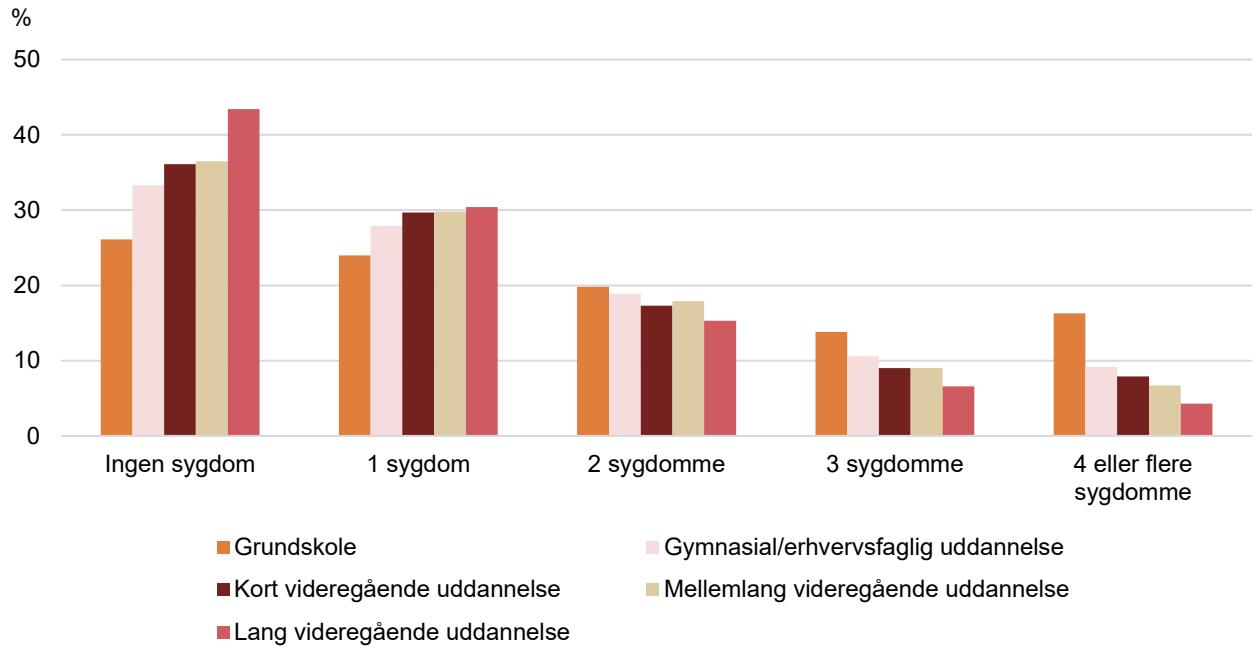
	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Ingen sygdom	55,5	47,3	48,6	44,7	37,4	31,4	28,3	41,3
1 sygdom	28,5	29,5	28,3	27,8	28,3	28,7	28,1	28,5
2 sygdomme	11,0	14,5	13,3	15,0	16,2	18,7	20,0	15,7
3 sygdomme	3,0	5,8	5,8	6,9	9,2	10,7	12,2	7,8
4 eller flere sygdomme	1,9	2,7	4,0	5,6	8,9	10,5	11,4	6,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	3.742	4.257	4.750	7.664	10.794	11.213	9.452	51.872
Kvinder								
Ingen sygdom	40,9	40,2	42,5	36,0	28,7	23,1	20,8	32,7
1 sygdom	27,9	28,7	28,5	29,1	28,6	28,3	27,3	28,4
2 sygdomme	20,3	19,0	15,8	17,7	19,6	21,6	23,2	19,7
3 sygdomme	8,3	7,6	7,8	8,8	11,7	13,5	14,7	10,5
4 eller flere sygdomme	2,5	4,4	5,4	8,5	11,4	13,4	14,0	8,7
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Antal svarpersoner	5.347	6.442	7.315	10.430	13.087	12.096	9.688	64.405

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Multisygdom – uddannelse

Af Figur 4.2.2 fremgår det, at der er en klar sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og antal sygdomme. Andelen med multisygdom (2 eller flere kroniske sygdomme) er størst blandt personer med grundskole som længst fuldførte uddannelse (49,9 %) og mindst blandt personer med en lang videregående uddannelse (26,2 %)

Figur 4.2.2 Antal sygdomme og helbredsproblemer i forskellige uddannelsesgrupper (30 år eller derover). 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Multisygdom og antal samtidige risikofaktorer

Tabel 4.2.5 viser sammenhængen mellem antal sygdomme og antal livsstilsrelaterede risikofaktorer (jævnfør Kapitel 3.6). I denne undersøgelse er følgende fem livsstilsrelaterede risikofaktorer valgt: daglig rygning, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, usundt kostmønster, opfylder ikke WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet og svær overvægt. Det ses, at blandt personer, der har 0 risikofaktorer, er der en mindre andel med multisygdom (2 eller flere kroniske sygdomme) (26,1 %) end blandt personer, der har 3-5 risikofaktorer (47,0 %).

Tabel 4.2.5 Antal sygdomme og helbredsproblemer, opdelt på antal samtidige livsstilsrelaterede risikofaktorer. 2025. Aldersjusteret procent

Antal sygdomme	Antal risikofaktorer			
	0	1	2	3-5
Ingen sygdom	44,0	38,8	32,0	28,0
1 sygdom	29,9	29,5	27,6	25,0
2 sygdomme	15,7	17,3	19,6	20,1
3 sygdomme	6,6	8,4	11,0	12,9
4 eller flere sygdomme	3,8	6,1	9,8	14,0
I alt	100,0	100,0	100,0	100,0

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Brostrøm S. Multisygdom er en udfordring for både borger, sundhedsvæsen, og samfund. I: Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om multisygdom. Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng. Fjerritslev: Fjerritslev Tryk A/S, 2017
2. Frølich A, Stockmarr A. Multisygdom i Danmark. Beskrivelse af sygdomme og social ulighed. Region Sjælland: Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, NSR Sygehus, 2022.
3. Larsen FB, Pedersen MH, Friis K, Glümer C, Lasgaard M. A latent class analysis of multimorbidity and the relationship to socio-demographic factors and health-related quality of life. A national population-based study of 162,283 Danish adults. PloS One. 2017;12:e0169426.
4. Makovski TT, Schmitz S, Zeegers MP, Strangers S, van den Akker M. Multimorbidity and quality of life: Systematic literature review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2019;53:100903.
5. Frølich A, Ghith N, Schiøtz M, Jacobsen R, Stockmarr A. Multimorbidity, healthcare utilization and socioeconomic status: A register-based study in Denmark. PLoS One. 2019:14:e0214183.
6. Pedersen MH, Larsen FB. Multisygdom i den danske befolkning. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022.
7. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, Garmen A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. Ageing Res Rev. 2011;10:430-9.
8. Statens Serum Institut. Store udgifter forbundet med multisygdom. København: Statens Serum Institut, 2015.
9. Saaby M, Kongstad LP, Lydiksen NV, Engel-Andreasen C, Olsen KR. Sundhedsøkonomiske omkostninger for multisyge og komplekst multisyge patienter. Odense: Syddansk Universitet, 2017.

4.3 Smerter eller ubehag

Smerter og ubehag kan anvendes som et overordnet begreb for en række tilstande, herunder muskuloskeletale smerter, hovedpine, træthed, søvnforstyrrelser samt psykisk ubehag såsom nedtrykthed og ængstelse. Disse tilstande kendes af sundhedsvæsenet i varierende grad, da de påvirker borgernes hverdag forskelligt. Samtidig varierer det, hvornår smerter eller ubehag opleves som bekymrende eller behandlingskrævende. Oplysninger om, hvorledes smerter eller ubehag præger befolkningens hverdagsliv, udgør således en væsentlig del af beskrivelsen af sundheds-tilstanden i befolkningen.

Smerter og ubehag kan have stor indvirkning på livskvaliteten og resultere i reduceret funktionsevne. Derudover kan disse tilstande medføre væsentlige økonomiske konsekvenser for samfundet i form af nedsat arbejdsevne, øget sygefravær, højere udgifter til overførselsindkomster samt omkostninger forbundet med diagnostik og behandling i sundhedsvæsenet og med øgede kommunale udgifter til pleje og hjælp. Eksempelvis er det blevet estimeret, at muskel- og skeletlidelser medfører ekstra omkostninger i form af produktionstab på grund af fravær på arbejdsmarkedet på omkring 58,0 milliarder kroner årligt (1). Herudover er det estimeret, at søvnbesvær og mental mistrivsel er forbundet med samlede årlige ekstraomkostninger på henholdsvis 4,8 milliarder kroner og 7,7 milliarder kroner til pleje og behandling i sundhedsvæsnet (2). Søvnbesvær og mental mistrivsel blandt personer i den erhvervsaktive alder medfører desuden et årligt produktionstab på henholdsvis 17,4 milliarder kroner og 20,2 milliarder kroner grundet sygefravær, førtidspension og tidlig død (2). Desuden er det blevet vist, at erhvervsaktive danskere med angst har knap 900.000 ekstra sygedage årligt end personer uden angst, mens erhvervsaktive danskere med depression samlet har 3,1 millioner flere sygedage årligt end personer uden depression (3). Smerter og ubehag medfører således betydelige økonomiske omkostninger for det danske samfund.

Forekomsten af smerter eller ubehag er i denne undersøgelse belyst ved spørgsmålet: ’Har du inden for de seneste 14 dage været generet af nogle af de her nævnte former for smerter eller ubehag?’. For hver af de otte nævnte former for smerter eller ubehag i Tabel 4.3.1 var det muligt at svare: ’Ja, meget generet’, ’Ja, lidt generet’ eller ’Nej’. De forskellige former for smerter eller ubehag, der er oplistet i tabellen, præsenteres efter faldende forekomst.

Smerter eller ubehag – grad af gener

Tabel 4.3.1 viser forekomsten af de otte former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, opdelt på hvorvidt personen har været meget eller lidt generet. De største andele ses for træthed (21,9 %), smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led (18,4 %), smerter eller ubehag i ryg eller lænd (16,3 %), søvnbesvær og søvnproblemer (16,3 %) samt smerter eller ubehag i skulder eller nakke (14,8 %).

Tabel 4.3.1 Andel, der har været meget eller lidt generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2025. Procent

	Meget generet	Lidt generet	I alt	Antal svarpersoner
Træthed	21,9	48,1	70,0	125.883
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	18,4	42,3	60,7	125.885
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	16,3	39,7	55,9	125.850
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	14,8	39,6	54,5	125.708
Søvnbesvær, søvnproblemer	16,3	36,6	52,9	125.927
Hovedpine	7,7	29,2	36,9	125.579
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	8,5	27,8	36,2	125.966
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	7,4	26,7	34,1	125.865

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Smerter eller ubehag – køn og alder

Forekomsten af de forskellige former for smerter eller ubehag afhænger af køn og alder. Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag, er større blandt kvinder end blandt mænd for alle de nævnte former for smerter eller ubehag (Tabel 4.3.2). Andelen, der har været meget generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led samt i ryg eller lænd, er overordnet set stigende med alderen blandt både mænd og kvinder. Blandt både mænd og kvinder er andelen, der har været meget generet af hovedpine, mindst i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover. Den største andel ses blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år (18,7 %). Andelen, der rapporterer mental mistrivsel, er størst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år, hvor 14,8 % har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, mens 22,0 % har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro og angst.

Tabel 4.3.2 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2025. Procent

	16-24 år	25-34 år	35-44 år	45-54 år	55-64 år	65-74 år	≥75 år	Alle
Mænd								
Træthed	21,8	21,2	19,1	16,1	16,2	12,1	15,1	17,1
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	7,5	8,4	12,5	15,7	20,0	19,4	22,5	15,5
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	8,6	11,7	13,8	14,0	15,5	14,5	17,0	13,7
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	7,7	10,4	12,4	13,7	14,3	11.3	10,7	11,6
Søvnbesvær, søvnproblemer	16,1	15,7	14,5	12,6	13,3	9,9	9,3	12,9
Hovedpine	5,3	6,0	6,3	5,8	4,7	2,9	2,2	4,6
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	9,9	11,7	8,1	5,4	4,8	2,7	2,7	6,3
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	9,3	11,3	9,0	6,5	5,5	3,1	3,1	6,6
Kvinder								
Træthed	40,0	33,6	31,3	28,3	23,8	15,0	19,3	26,5
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	10,0	11,4	16,5	23,4	27,6	23,9	30,5	21,1
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	15,2	15,6	17,0	18,5	19,9	18,4	24,7	18,7
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	15,9	17,6	20,3	22,1	20,2	14,7	15,3	17,9
Søvnbesvær, søvnproblemer	23,3	19,0	17,9	22,6	22,1	15,8	16,8	19,6
Hovedpine	18,7	14,1	14,7	13,1	8,6	4,9	3,4	10,5
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	22,0	16,2	11,9	8,8	7,6	5,3	5,2	10,5
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	14,8	11,8	9,7	7,9	6,8	4,3	4,5	8,2

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Smerter eller ubehag - udvikling

Forekomsten af borgere, der har været meget generet af smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage, i henholdsvis 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025 fremgår af Tabel 4.3.3. Der ses overordnet en stigning i forekomsten af alle former for smerter og ubehag i perioden fra 2010 til 2025.

Tabel 4.3.3 Andel, der har været meget generet af forskellige former for smerter eller ubehag inden for de seneste 14 dage. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent

	2010	2013	2017	2021	2025
Træthed	15,1	15,8	18,8	19,7	21,9
Smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led	14,9	15,3	16,9	17,6	18,4
Smerter eller ubehag i ryg eller lænd	14,0	13,9	15,7	16,6	16,3
Smerter eller ubehag i skulder eller nakke	13,3	13,4	14,8	16,0	14,8
Søvnbesvær, søvnproblemer	10,2	11,0	13,6	15,0	16,3
Hovedpine	6,6	6,9	7,5	8,4	7,7
Ængstelse, nervøsitet, uro og angst	4,7	4,9	6,6	7,8	8,5
Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig	5,6	5,9	7,0	8,3	7,4

Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

I det følgende gives en mere detaljeret beskrivelse af forekomsten af personer, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig.

Det skal bemærkes, at data i 2021 blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Eksempelvis var skoler, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, caféer og barer lukket ned i længere perioder i både 2020 og 2021. Endvidere var mange arbejdspladser lukket ned, og medarbejderne var hjemsendt. Yderligere var der en række andre restriktioner, herunder afstandskrav og forsamlingsforbud. Dette kan med stor sandsynlighed have påvirket borgernes mentale helbredstilstand, og udviklingen over tid for forekomsten af personer, der inden for de seneste 14 dage har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, skal derfor fortolkes med udgangspunkt i denne viden.

Tabel 4.3.4 Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Total	2025	7,4			125.865
Mænd	16-24 år	9,3	1,48	(1,26;1,73)	3.875
	25-34 år	11,3	1,83	(1,58;2,12)	4.381
	35-44 år	9,0	1,42	(1,21;1,67)	4.923
	45-54 år	6,5	1		8.032
	55-64 år	5,5	0,83	(0,72;0,96)	11.457
	65-74 år	3,1	0,46	(0,40;0,55)	12.195
	≥75 år	3,1	0,45	(0,38;0,53)	10.933
	Alle mænd	6,6			55.796
Kvinder	16-24 år	14,8	2,04	(1,81;2,29)	5.479
	25-34 år	11,8	1,57	(1,39;1,76)	6.627
	35-44 år	9,7	1,25	(1,10;1,42)	7.633
	45-54 år	7,9	1		10.990
	55-64 år	6,8	0,86	(0,77;0,96)	14.012
	65-74 år	4,3	0,53	(0,47;0,61)	13.348
	≥75 år	4,5	0,55	(0,48;0,62)	11.980
	Alle kvinder	8,2			70.069
Uddannelse	Grundskole	8,9	2,29	(2,06;2,56)	10.764
	Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse	6,3	1,39	(1,27;1,51)	35.845
	Kort videregående uddannelse	5,5	1,17	(1,03;1,32)	11.038
	Mellemlang videregående uddannelse	5,2	1		28.705
	Lang videregående uddannelse	5,3	0,87	(0,77;0,97)	16.837
Erhvervs-mæssig stilling	Beskæftigede	6,0	1		55.142
	Arbejdsløse	22,8	4,42	(3,75;5,21)	1.419
	Førtidspensionister	18,8	4,84	(4,35;5,38)	4.645
	Andre uden for arbejdsmarkedet	21,3	4,27	(3,85;4,73)	5.355
	Alderspensionister	3,8			48.456

[1]*Justeret for køn og alder*

Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Køn og alder: I alt oplyser 7,4 % af den voksne befolkning i Danmark, at de har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage (Tabel 4.3.4). Andelen er lidt større blandt kvinder (8,2 %) end blandt mænd (6,6 %). Blandt begge køn er andelene størst i aldersgrupperne 16-24 år og 25-34 år og mindst i aldersgrupperne 65-74 år og 75 år eller derover.

Uddannelse: Der ses en klar sammenhæng mellem længst fuldførte uddannelse og forekomsten af borgere, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne. Blandt borgere med grundskole som længst fuldførte uddannelse er der således en højere forekomst end blandt borgere med en lang videregående uddannelse.

Erhvervsmæssig stilling: Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, er markant større blandt arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (18,8 %) og andre uden for arbejdsmarkedet (21,3 %) end blandt beskæftigede (6,0 %).

Udvikling: Der er i perioden fra 2010 til 2021 sket en stigning fra 5,6 % til 8,3 % i andelen af borgere, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, hvorefter der ses et mindre fald i andelen frem mod 2025 (Tabel 4.3.5). Blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år ses en stor stigning i andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, i perioden fra 2010 til 2021, hvorefter der ses et fald i perioden fra 2021 til 2025 (Figur 4.3.1). Der ses i hele perioden en støt stigning i andelen blandt mænd i aldersgruppen 25-64 år, mens andelen stort set er uændret i perioden blandt mænd i aldersgruppen 65 år eller derover. Der er generelt set sket en stigning i perioden fra 2010 til 2025 blandt kvinder i aldersgruppen 25-44 år. Blandt kvinder i aldersgruppen 45-74 år er andelen stort set uændret i perioden, mens der ses et fald blandt kvinder i aldersgruppen 75 år eller derover. Overordnet set er andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, steget i alle uddannelsesgrupper i perioden 2010 til 2025 (Figur 4.3.2).

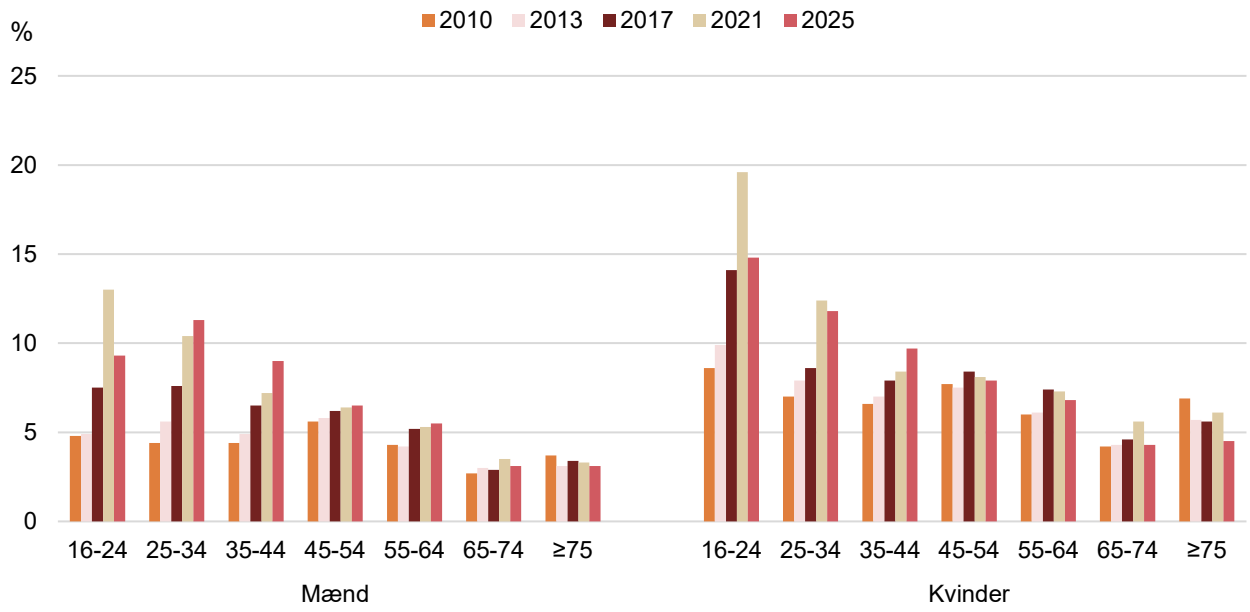
Tabel 4.3.5 Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Procent	OR[1]	95 % sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
År	2010	5,6	1		173.406
	2013	5,9	1,05	(1,02;1,09)	157.771
	2017	7,0	1,28	(1,24;1,33)	175.261
	2021	8,3	1,58	(1,53;1,63)	173.738
	2025	7,4	1,44	(1,39;1,50)	125.865

[1]*Justeret for køn og alder*

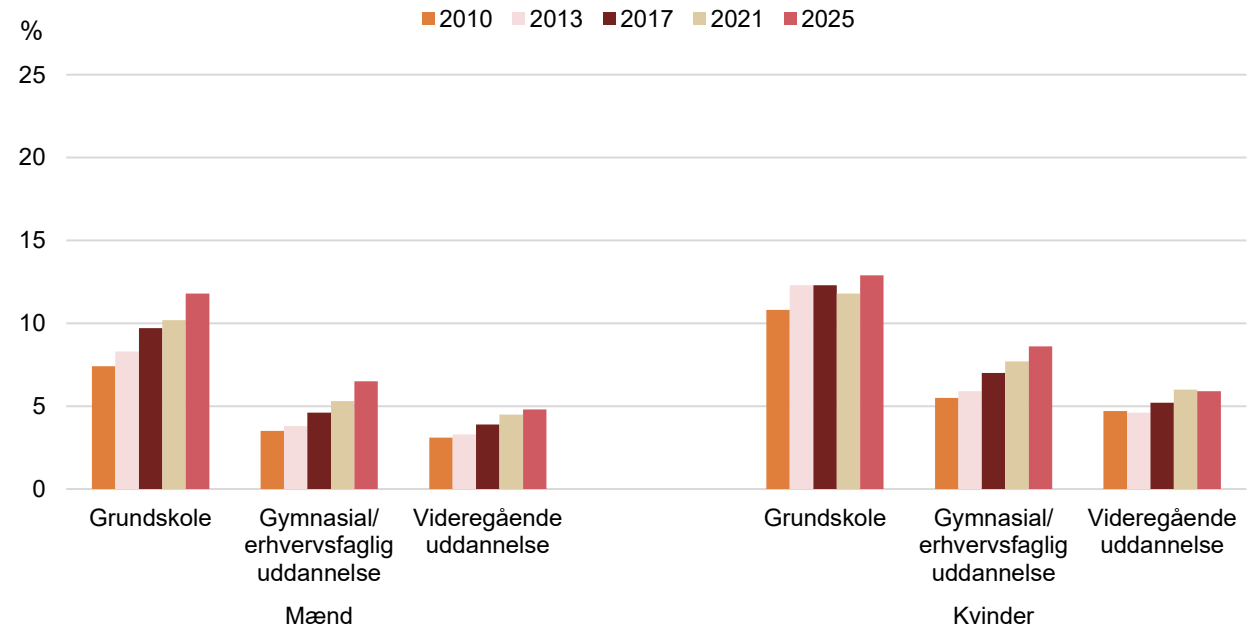
Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 4.3.1 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder i forskellige aldersgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Figur 4.3.2 Andel, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, blandt mænd og kvinder (30 år eller derover) i forskellige uddannelsesgrupper. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. Aldersjusteret procent



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Referencer

1. Mairey IP. Fravær fra arbejdsmarkedet og produktionstab ved muskel-skelet smerter i Danmark. Notat baseret på Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2026.
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
3. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.

5 Middellevetid og gode leveår

5 Middellevetid og gode leveår

Middellevetid

Middellevetid, eller den forventede restlevetid for 0-årige, er et simpelt og hyppigt anvendt mål for befolkningens helbred og dødelighed og angiver det gennemsnitlige antal år, som en nyfødt født et givent kalenderår kan forvente at leve, hvis den aktuelle dødelighed i alle aldersgrupper forbliver uændret (1). På et mere overordnet plan anses middellevetiden også som et basalt mål for et lands sundhedsstatus og sociale udvikling (2). Opgørelser af middellevetiden er ikke påvirkelige over for variationer i befolkningens størrelse eller sammensætning, hvilket er en fordel i forbindelse med internationale sammenligninger og belysning af udviklingen over tid.

Tabel 5.1 viser middellevetiden for 0-årige i Danmark i 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025, opdelt på køn og region. Det ses af tabellen, at middellevetiden i Danmark er steget støt fra 76,5 år i 2010 til 79,6 år i 2025 for mænd og fra 80,8 år til 83,4 år for kvinder i samme periode. Stigningen ses i alle regioner, dog med en tendens til en stagnation mellem 2021 og 2025 i nogle regioner. I alle år og regioner er middellevetiden længere blandt kvinder end blandt mænd. Den længste middellevetid i 2025 ses i Region Midtjylland for både mænd og kvinder, mens den korteste middellevetid ses i Region Sjælland for både mænd og kvinder samt i Region Nordjylland for kvinder.

Tabel 5.1 Middellevetid (antal år) for 0-årige blandt mænd og kvinder, opdelt på region. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

	Mænd					Kvinder				
	2010	2013	2017	2021	2025	2010	2013	2017	2021	2025
Hovedstaden	76,2	77,5	78,2	79,0	79,9	80,6	81,7	82,3	83,2	83,6
Sjælland	75,6	76,9	77,8	78,4	78,9	80,2	81,2	81,7	82,3	83,0
Syddanmark	76,6	77,8	78,8	79,2	79,3	80,8	82,0	82,6	83,2	83,4
Midtjylland	77,4	78,8	79,1	79,7	80,0	81,4	82,5	82,9	83,6	83,7
Nordjylland	76,6	78,4	78,2	79,3	79,4	80,5	81,7	82,2	82,9	83,0
Danmark	76,5	77,9	78,5	79,2	79,6	80,8	81,9	82,4	83,2	83,4

Danmarks Statistik[1]

Som følge af forbedringer i sundhed, levevilkår og medicinsk behandling er middellevetiden steget støt i de fleste højindkomstlande, herunder Danmark, hvilket i løbet af især de seneste årtier har medført demografiske ændringer med et stigende antal og en stigende andel ældre i befolkningen (3-5). Ifølge befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik vil denne udvikling fortsætte, og det estimeres, at antallet af personer på 65 år eller derover vil stige fra cirka 1,2 millioner i 2021 til cirka 1,6 millioner i 2060, svarende til en stigning fra 20 % til 25 % af befolkningen (6). En

[1] Opgørelser af middellevetid er baseret på oplysninger fra Danmarks Statistik om antal indbyggere og antal dødsfald i hver region. Denne fremgangsmåde er valgt for at kunne beregne dødshyppigheder, som i kapitlets opgørelser af gode leveår kombineres med regionsspecifikke forekomster af de udvalgte helbredsindikatorer. Af denne grund vil der være uoverensstemmelser mellem opgørelser af middellevetid henholdsvis i denne rapport og hos Danmarks Statistik.

fremskrivning viser desuden, at det er blandt de ældste borgere, den største stigning i andelen vil ske, mens der kun vil ske mindre ændringer i andelene i de øvrige aldersgrupper (7). For de ældste borgere på 80 år eller derover forventes andelen eksempelvis at stige fra 5,7 % af befolkningen i 2025 til mere end 8 % i 2039 (7). Disse demografiske ændringer har medført et øget fokus på at belyse, om de ekstra leveår, der føjes til livet, leves med godt eller mindre godt helbred (8). Studier argumenterer for, at egentlige forbedringer på både samfunds- og individniveau først kan siges at være opnået, når stigningen i middellevetiden også afspejles i flere gode leveår i befolkningen (9).

Gode leveår

Restlevetid udtrykker det gennemsnitlige resterende antal år, som en person ved en given alder forventes at have tilbage at leve i, og kan opdeles i restlevetid med henholdsvis godt og dårligt helbred. Mens gode leveår beskriver den del af restlevetiden, som leves med godt helbred, henviser tabte gode leveår til restlevetiden med dårligt helbred (10, 11). Da en persons helbreds-tilstand omfatter adskillige aspekter, herunder eksempelvis selvvurderet fysisk og mentalt helbred samt forekomsten af sygdomme, kan gode leveår og tabte gode leveår belyses ud fra flere forskellige helbredsindikatorer.

I opgørelser af gode leveår kombineres oplysninger om dødelighed med helbredsoplysninger og anses derfor som et mere nuanceret mål for helbredstilstanden i befolkningen end middellevetiden alene. En fordel ved at anvende opgørelser af gode leveår er desuden, at metoden ikke er påvirkelig over for variationer i befolkningsstørrelsen eller -sammensætningen. Det vil derfor være muligt at sammenligne resultater på tværs af lande, regioner og over tid, hvorfor gode leveår ofte er en central helbredsindikator i internationale studier og sammenligninger samt danner grundlag for sundhedspolitiske prioriteringer og beslutninger.

Den hyppigst anvendte metode til at beregne gode leveår er Sullivans metode (12), som kombinerer registerdata om befolkningens dødelighed med spørgeskemaoplysninger om befolkningens helbredstilstand. I denne rapport beregnes restlevetiden i forskellige aldersgrupper på baggrund af registerdata om dødelighed fra Danmarks Statistik, mens der anvendes selvrapporterede helbredsoplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. I denne rapport er følgende tre indikatorer valgt til at belyse gode leveår, da de tilsammen giver et bredt billede af befolkningens samlede helbredstilstand:

- Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred
- Ingen langvarig sygdom
- Højt mentalt velbefindende[2]

For en nærmere beskrivelse af disse indikatorer henvises til de respektive kapitler (henholdsvis ’2.1 Selvvurderet helbred’, ’4.1 Langvarig sygdom’ og ’2.2 Fysisk og mentalt helbred’).

[2] Data om mentalt velbefindende i 2021 stammer fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen, som er én ud af seks delstikprøver i Den Nationale Sundhedsprofil.

Den Nationale Sundhedsprofil er gennemført blandt personer på 16 år eller derover, og resultaterne for gode leveår vil derfor blive opgjort for 16-årige mænd og kvinder. For yderligere at belyse gode leveår i den ældre del af befolkningen opgøres resultaterne ligeledes for 65-årige mænd og kvinder.

Gode leveår og selvvurderet helbred

I Tabel 5.2 ses antal gode leveår for indikatoren ’Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred’ for 16- og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden fra 2010 til 2025. I det følgende vil betegnelserne ’antal’ og ’andel’ gode leveår blive anvendt til at beskrive resultaterne.

Det fremgår af tabellen, at 16-årige mænd i Danmark i 2010 kunne forvente at have 52,5 gode leveår, svarende til 86,5 % af restlevetiden. I 2013 steg antallet af gode leveår til 53,7 år (86,7 %), faldt så til 53,4 år (84,8 %) i 2017 for herefter at stige til 53,9 år (84,9 %) i 2021 og derpå at forblive uændret i 2025 med 53,9 gode leveår (84,1 %). For 16-årige kvinder i Danmark er antallet af gode leveår steget fra 53,7 år (82,5 %) i 2010 til 54,6 år (82,6 %) i 2013 for derefter at falde til 53,9 år (80,6 %) i 2017, efterfulgt af først en stigning til 54,6 år (80,9 %) i 2021 og så et fald til 54,3 år (80,0 %) i 2025.

Antallet af gode leveår er således overordnet set steget med henholdsvis 1,4 år og 0,6 år for 16-årige mænd og kvinder i perioden fra 2010 til 2025, dog med et uændret (mænd) eller et svagt faldende (kvinder) antal gode leveår mellem 2021 og 2025. I hele perioden ses et fald i andelen af gode leveår på henholdsvis 2,4 procentpoint og 2,5 procentpoint blandt 16-årige mænd og kvinder. Der ses en samlet stigning i antal gode leveår på tværs af regionerne i perioden fra 2010 til 2025, dog er antallet stort set det samme i 2025 som i 2010 i Region Sjælland og Region Nordjylland blandt mænd, mens der ses et lille fald i antal gode leveår blandt kvinder i både Region Midtjylland og Region Nordjylland. I alle regioner er andelen af gode leveår faldet i perioden.

Forklaringen på, at der overordnet set er sket et fald i andelen af gode leveår blandt 16-årige i perioden fra 2010 til 2025, selvom det absolutte antal af gode leveår er steget, er, at den samlede forventede restlevetid er steget i samme periode. Dette kan ses af Figur 5.1, hvor det fremgår, at en 16-årig mand i 2010 havde en forventet restlevetid på 60,7 år, heraf 52,5 år (86,5 %) gode leveår og 8,2 år (13,5 %) tabte gode leveår. I 2025 ses en restlevetid på 64,1 år, hvoraf 53,9 år (84,1 %) er gode leveår og 10,2 år (15,9 %) er tabte gode leveår. Disse resultater peger dermed på, at stigningshastigheden i gode leveår ikke har kunnet følge med stigningshastigheden i den forventede restlevetid.

Tabel 5.2 Antal gode leveår (restlevetid med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår blandt 16-årige og 65-årige mænd og kvinder, opdelt på regioner. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Antal gode leveår					Andel af restlevetid med gode leveår (%)				
		2010	2013	2017	2021	2025	2010	2013	2017	2021	2025
16-årige	**Mænd**										
	Hovedstaden	52,3	53,8	53,9	54,2	54,7	86,6	87,4	86,0	85,5	85,1
	Sjælland	51,3	52,8	52,5	52,7	51,4	85,7	86,5	84,4	84,0	81,1
	Syddanmark	51,9	52,9	52,3	53,5	53,5	85,4	85,3	82,8	84,1	84,1
	Midtjylland	53,8	54,4	54,6	54,9	54,5	87,6	86,8	85,9	85,7	84,6
	Nordjylland	53,1	54,1	52,1	53,5	53,2	87,1	87,0	83,4	84,1	83,6
	Danmark	52,5	53,7	53,4	53,9	53,9	86,5	86,7	84,8	84,9	84,1
	Kvinder										
	Hovedstaden	54,0	55,4	54,9	54,9	55,2	83,3	84,1	82,3	81,4	81,1
	Sjælland	52,6	53,4	52,1	52,8	53,1	81,7	81,8	78,9	79,2	78,8
	Syddanmark	52,6	53,6	52,5	54,6	53,6	80,6	81,0	78,4	80,9	79,1
	Midtjylland	54,9	54,9	54,5	54,9	54,5	83,7	82,7	81,2	80,9	80,0
	Nordjylland	53,4	54,2	53,5	54,4	53,0	82,4	82,2	80,4	81,1	78,7
	Danmark	53,7	54,6	53,9	54,6	54,3	82,5	82,6	80,6	80,9	80,0
65-årige	**Mænd**										
	Hovedstaden	12,2	13,0	13,4	13,4	14,1	76,6	77,9	78,1	76,5	78,1
	Sjælland	12,3	13,1	13,5	13,3	13,5	77,7	79,8	78,5	75,7	75,6
	Syddanmark	12,5	13,4	13,7	14,0	14,1	75,8	78,3	76,4	77,3	77,6
	Midtjylland	13,3	13,7	14,4	14,6	14,8	79,7	78,4	79,7	79,7	80,0
	Nordjylland	12,9	13,6	13,6	14,2	14,4	78,4	79,2	76,9	78,4	78,9
	Danmark	12,6	13,3	13,8	13,9	14,2	77,5	78,6	78,0	77,5	78,1
	Kvinder										
	Hovedstaden	13,5	14,4	14,8	14,7	15,3	71,6	73,4	73,3	71,9	73,3
	Sjælland	12,8	13,7	14,7	14,6	15,1	68,8	71,4	73,4	72,4	73,7
	Syddanmark	13,5	14,5	14,6	15,6	15,7	70,1	72,6	71,4	74,7	75,1
	Midtjylland	14,2	14,3	15,0	15,4	15,7	72,6	71,9	72,9	73,2	74,5
	Nordjylland	13,5	14,2	15,0	15,6	15,4	71,2	72,5	73,8	75,6	74,2
	Danmark	13,6	14,3	14,8	15,2	15,5	70,9	72,4	72,8	73,3	74,1

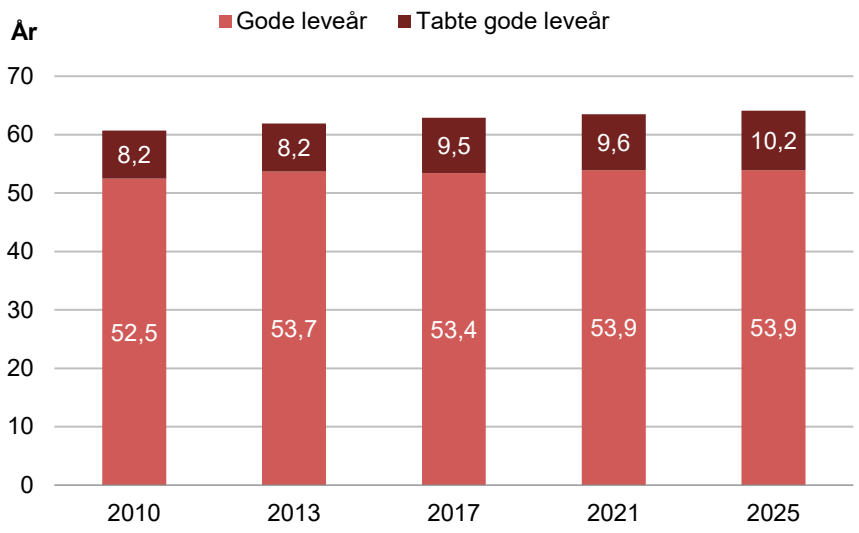
Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Det fremgår yderligere af Tabel 5.2, at antallet af gode leveår for 65-årige mænd samlet set er steget støt fra 12,6 år (77,5 %) i 2010 til 14,2 år (78,1 %) i 2025. Mens antallet af gode leveår således er steget blandt 65-årige mænd i Danmark, ses samtidig et fald i andelen mellem 2013 og 2021, hvorefter andelen stiger en smule igen i 2025. Der ses en stigning i antal gode leveår i alle regioner i perioden, dog med en vis stagnation mellem 2021 og 2025 i alle regioner på nær Region Hovedstaden.

Blandt 65-årige kvinder i Danmark er både antallet og andelen af gode leveår samlet set steget støt fra 13,6 år (70,9 %) i 2010 til 15,5 år (74,1 %) i 2025. Stigningen i antal gode leveår i perioden

fra 2010 til 2025 ses i alle regioner, dog med en stagnation mellem 2021 og 2025 i Region Nordjylland og Region Syddanmark. Det skal bemærkes, at den mindre andel af restlevetiden med gode leveår blandt kvinder end blandt mænd dels skyldes, at andelen med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred er mindre blandt kvinder end blandt mænd, dels at middellevetiden i Danmark er længere blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 5.1 Antal gode leveår (restlevetid med et fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred) og antal tabte gode leveår (restlevetid med et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred) blandt 16-årige mænd. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025



Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Gode leveår og langvarig sygdom

I Tabel 5.3 vises antal gode leveår for indikatoren ’Ingen langvarig sygdom’ for 16- og 65-årige mænd og kvinder i Danmark samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden fra 2010 til 2025. I det følgende vil betegnelserne ’antal’ og ’andel’ gode leveår blive anvendt til at beskrive resultaterne.

I 2010 kunne en 16-årig mand forvente at leve 40,9 år uden langvarig sygdom, svarende til 67,3 % af den forventede restlevetid, efterfulgt af en lille, men jævn stigning til 41,9 år (65,4 %) frem mod 2025. I samme periode er andelen af gode leveår faldet en smule. Der ses et usystematisk mønster i udviklingen på tværs af regionerne.

For 16-årige kvinder i Danmark er antallet af gode leveår faldet svagt fra 42,0 år (64,5 %) i 2010, over 41,6 år (63,0 %) i 2013 til 41,5 år (62,1 %) i 2017, efterfulgt af først en svag stigning til 41,8 år (61,9 %) i 2021 og så et mindre fald til 41,0 år (60,4 %) frem mod 2025. Samlet set er der dermed sket et fald i både antallet og andelen af gode leveår i perioden fra 2010 til 2025. Der ses et usystematisk mønster på tværs af regionerne, dog er andelen faldet i alle regioner i perioden.

Det forventede antal gode leveår for en 65-årig mand er samlet set steget svagt fra 8,8 år (54,0 %) i 2010 til 9,2 (50,5 %) i 2025, mens den mellemliggende periode ikke viser et systematisk mønster (2013: 9,1 år (53,8 %), 2017: 9,2 år (52,2 %), 2021: 8,8 år (49,3 %)). Der ses ikke noget systematisk mønster i udviklingen på tværs af regionerne.

Antallet af gode leveår er for 65-årige kvinder steget fra 9,9 år (51,7 %) over 10,4 år (52,7 %) i 2013 og til 10,5 år (51,4 %) 2017, efterfulgt af et lille fald til 10,1 år (48,8 %) i 2021 og 10,2 år (49,1 %) i 2025. Mens antallet af gode leveår således er steget en smule i perioden fra 2010 til 2025, ses samtidig et mindre fald i andelen med gode leveår, primært mellem 2017 og 2021. Der ses et usystematisk mønster i udviklingen på tværs af regionerne.

Tabel 5.3 Antal gode leveår (restlevetid uden langvarig sygdom) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår blandt 16-årige og 65-årige mænd og kvinder, opdelt på regioner. 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

		Antal gode leveår					Andel af restlevetid med gode leveår (%)				
		2010	2013	2017	2021	2025	2010	2013	2017	2021	2025
16-årige	**Mænd**										
	Hovedstaden	40,9	40,6	41,4	42,9	43,1	67,8	65,9	66,1	67,6	67,0
	Sjælland	40,5	41,4	40,5	40,1	39,8	67,7	67,9	65,2	63,9	62,8
	Syddanmark	40,7	41,0	41,8	40,7	42,0	66,9	66,2	66,2	64,0	66,0
	Midtjylland	40,4	40,7	42,4	42,4	42,2	65,7	64,9	66,7	66,1	65,4
	Nordjylland	42,3	41,9	39,6	40,4	39,1	69,5	67,3	63,5	63,6	61,3
	Danmark	40,9	41,0	41,5	41,7	41,9	67,3	66,3	66,0	65,6	65,4
	Kvinder										
	Hovedstaden	42,6	42,4	41,8	43,2	42,9	65,7	64,4	62,6	64,1	63,0
	Sjælland	40,8	41,5	40,6	40,1	39,8	63,4	63,5	61,4	60,2	59,0
	Syddanmark	41,8	41,1	41,3	40,5	40,3	64,0	62,0	61,7	60,1	59,5
	Midtjylland	41,3	40,8	41,2	42,1	40,7	62,9	61,5	61,5	62,1	59,7
	Nordjylland	43,0	41,4	40,9	40,2	37,7	66,3	62,9	61,5	59,8	56,0
	Danmark	42,0	41,6	41,5	41,8	41,0	64,5	63,0	62,1	61,9	60,4
65-årige	**Mænd**										
	Hovedstaden	8,3	8,8	8,7	8,6	9,1	52,0	53,0	50,6	49,0	50,5
	Sjælland	9,1	9,5	9,0	8,3	8,5	57,7	57,8	52,0	47,1	47,9
	Syddanmark	8,8	9,2	9,8	9,1	9,6	53,2	54,0	54,7	50,2	52,9
	Midtjylland	8,8	9,0	9,6	9,4	9,5	52,7	51,4	53,3	51,1	51,5
	Nordjylland	9,4	9,2	8,8	8,8	8,7	57,3	53,5	50,0	48,3	47,4
	Danmark	8,8	9,1	9,2	8,8	9,2	54,0	53,8	52,2	49,3	50,5
	Kvinder										
	Hovedstaden	9,6	10,5	9,8	9,9	10,1	50,7	53,7	48,4	48,1	48,2
	Sjælland	9,8	10,3	10,7	9,8	10,0	52,3	53,5	53,5	48,6	48,9
	Syddanmark	10,1	10,6	11,1	10,3	10,7	52,2	52,9	54,0	49,0	51,1
	Midtjylland	9,8	10,2	10,4	10,2	10,5	50,5	51,1	50,7	48,6	49,8
	Nordjylland	10,4	10,1	10,5	10,4	9,4	54,9	51,5	51,8	50,2	45,5
	Danmark	9,9	10,4	10,5	10,1	10,2	51,7	52,7	51,4	48,8	49,1

Danmarks Statistik og Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Gode leveår og mentalt velbefindende

I Tabel 5.4 ses antal gode leveår for indikatoren 'Højt mentalt velbefindende' for 16- og 65-årige mænd og kvinder samt den procentvise andel af restlevetiden med gode leveår i perioden fra 2021 til 2025[3]. I det følgende vil betegnelserne 'antal' og 'andel' gode leveår blive anvendt til at beskrive resultaterne.

I 2021 kunne 16-årige mænd i Danmark forvente at have 9,7 gode leveår, svarende til 15,3 % af restlevetiden, mens antallet og andelen i 2025 var steget til henholdsvis 10,4 år og 16,2 %. Blandt 16-årige kvinder er antallet af gode leveår steget fra 8,3 år (12,3 %) i 2021 til 9,7 år (14,2 %) i 2025. Der ses en stigning i både antal og andel i alle regioner med undtagelse af 16-årige mænd i Region Hovedstaden, hvor der ses et fald i perioden.

Antallet af gode leveår for 65-årige mænd i Danmark er steget fra 3,7 år (20,4 %) i 2021 til 4,5 år (24,9 %) i 2025. For 65-årige kvinder ses tilsvarende en stigning fra 3,8 år (18,2 %) til 4,8 år (22,9 %). Stigningen ses i alle regioner på nær blandt 65-årige mænd i Region Hovedstaden, hvor både antallet og andelen af gode leveår er uændret eller stort set uændret mellem 2021 og 2025.

Det skal bemærkes, at den mindre andel af restlevetiden med gode leveår blandt 16-årige end blandt 65-årige skyldes, at andelen med et højt mentalt velbefindende overordnet set stiger med stigende alder som vist i Kapitel '2.2 Fysisk og mentalt helbred' og således er markant mindre i den yngre end i den ældre del af befolkningen. Den anvendte opgørelsesmetode tager ikke højde for, at de enkelte individers mentale helbred dermed generelt set forventes at være mest udfordret i de yngre aldersgrupper for herefter at forbedres med alderen, da det i metoden antages, at alle individer beholder samme mentale helbred gennem livet.

[3] Spørgsmålene, der ligger til grund for opgørelser af mentalt velbefindende, indgik for første gang i Sundheds- og sygeligheds-undersøgelsen i 2021. Data til dén undersøgelse blev indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Dette kan med stor sandsynlighed have påvirket borgernes mentale helbredstilstand, hvorfor udviklingen mellem 2021 og 2025 i gode leveår for mentalt velbefindende bør fortolkes med udgangspunkt i denne viden.

Tabel 5.4 Antal gode leveår (restlevetid med et højt mentalt velbefindende) samt andelen af den forventede restlevetid med gode leveår blandt 16-årige og 65-årige mænd og kvinder, opdelt på regioner. 2021 og 2025

		Antal gode leveår		Andel af restlevetid med gode leveår (%)	
		2021	2025	2021	2025
16-årige	**Mænd**				
	Hovedstaden	11,0	9,9	17,3	15,4
	Sjælland	8,7	10,5	13,8	16,6
	Syddanmark	9,2	10,9	14,4	17,2
	Midtjylland	9,6	10,3	14,9	16,0
	Nordjylland	9,2	10,6	14,4	16,6
	Danmark	9,7	10,4	15,3	16,2
	Kvinder				
	Hovedstaden	7,3	9,0	10,8	13,2
	Sjælland	7,3	10,2	11,0	15,1
	Syddanmark	9,7	10,5	14,4	15,5
	Midtjylland	8,4	9,4	12,3	13,8
	Nordjylland	9,2	9,6	13,7	14,3
	Danmark	8,3	9,7	12,3	14,2
65-årige	**Mænd**				
	Hovedstaden	4,3	4,3	24,6	23,9
	Sjælland	3,3	4,0	19,1	22,7
	Syddanmark	3,5	4,9	19,3	26,8
	Midtjylland	3,3	4,8	18,2	26,0
	Nordjylland	3,3	4,5	18,3	24,5
	Danmark	3,7	4,5	20,4	24,9
	Kvinder				
	Hovedstaden	3,4	4,4	16,4	20,9
	Sjælland	3,2	4,7	15,9	23,0
	Syddanmark	4,2	5,4	20,2	25,8
	Midtjylland	4,0	4,7	19,2	22,2
	Nordjylland	3,8	4,9	18,5	23,6
	Danmark	3,8	4,8	18,2	22,9

Danmarks Statistik, Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 og Den Nationale Sundhedsprofil 2025

Referencer

1. Danmarks Statistik. Middellevetid. Tilgået d. 16/1-2026: https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/middellevetid
2. Saito Y, Robine JM, Crimmins EM. The methods and materials of health expectancy. Stat J IAOS. 2014;30:209-23.
3. GBD 2019 Collaborators. Global age-sex-specific fertility, mortality, healthy life expectancy (HALE), and population estimates in 204 countries and territories, 1950-2019: a comprehensive demographic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396:1160-203.
4. World Health Organization. Decade of Healthy Ageing 2020-2030 strategy. 2020.
5. GBD 2019 Ageing Collaborators. Global, regional, and national burden of diseases and injuries for adults 70 years and older: systematic analysis for the Global Burden of Disease 2019 Study. BMJ 2022;376:e068208.
6. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivning 2019 for hele landet efter herkomst, køn og alder. Statistikbanken. Tilgået 01-12-2021: http://statistikbanken.dk/
7. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivninger 2025-2070: Befolkningstilvækst fortsat i de ældste aldersgrupper. Nyt fra Danmarks Statistik, 4. juni 2025, nr. 158. Tilgået d. 16/1-2026: https://www.dst.dk/Site/Dst/Udgivelser/nyt/GetPdf.aspx?cid=51293
8. Jensen HAR, Kyvsgaard I, Christensen K, Christensen AI. Sund aldring – udvikling i Danmark i løbet af de seneste årtier. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2021.
9. Jensen HAR, Davidsen M, Brønnum-Hansen H, Eliasen MH, Christensen AI. Trends in educational inequality in healthy life expectancy in Denmark between 2010 and 2021: a population-based study. BMJ Open. 2025;15:e100851.
10. Jagger C, Oyen HV, Robine J-M. Health expectancy calculation by the Sullivan method: a practical guide. EHLEIS, 2014.
11. Brønnum-Hansen H. Health expectancy in Denmark, 1987-2000. Eur J Public Health. 2005; 15: 20-5.
12. Sullivan DF. A single index of mortality and morbidity. HSMHA Health Rep. 1971;86:347-54.

Bilag

Bilag A. Materiale og metode
Bilag B. Klassifikation af udvalgte variable

Bilag A. Materiale og metode

Metode

Til Den Nationale Sundhedsprofil er der udtrukket en stikprøve i hver af landets fem regioner og én national stikprøve, der omfatter hele Danmark, af borgere i alder 16 år eller derover. Stikprøverne er som ved tidligere de undersøgelsesrunder (1-4) gensidigt udelukkende. For at sikre repræsentative opgørelser på kommunalt niveau er der i hver kommune i de regionale stikprøver inviteret mindst 2.000 borgere, dog højst halvdelen af de relevante borgere.

De fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, har alle udsendt et spørgeskema med 55 fælles kernespørgsmål til undersøgelsen *Hvordan har du det?*. De fælles spørgsmål er i vid udstrækning de samme, som indgik i undersøgelserne i 2010, 2013, 2017 og 2021.

Dataindsamlingen foregik ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. Alle personer i stikprøven fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Invitation og link til et elektronisk spørgeskema blev sendt med Digital Post til alle, der var tilmeldt Digital Post. Personer, der ikke var tilmeldt Digital Post, fik tilsendt et fysisk papirspørgeskema samt en frankeret svarkuvert. Personer, der ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema efter henvendelse med Digital Post, fik tilsendt et papirspørgeskema. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet elektronisk. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at besvarelserne bliver behandlet fortroligt.

I alt er der i 2025 udsendt spørgeskemaer til 314.550 personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark per 1. januar 2025. I den nationale stikprøve blev der udsendt 30.000 spørgeskemaer, i Region Hovedstaden 100.050, i Region Sjælland 34.000, i Region Syddanmark 63.800, i Region Midtjylland 52.000 og i Region Nordjylland 34.700.

Deltagelse

I alt har 135.293 borgere (43,0 %) helt eller delvist besvaret spørgeskemaet. I Tabel A1 er deltagelsen opgjort efter køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og bopælsregion. Det fremgår, at svarprocenten er højere blandt kvinder (47,1 %) end blandt mænd (38,9 %). Blandt både mænd og kvinder ses de laveste svarprocenter i aldersgrupperne 16-24 år, 25-34 år og 35-44 år. Det ses desuden, at svarprocenten er lavere blandt ugifte (30,5 %) end blandt eksempelvis gifte (51,4 %) samt blandt borgere med anden vestlig (29,4 %) og ikke-vestlig baggrund (23,6 %) end blandt borgere med dansk baggrund (46,3 %). Der ses forholdsvist små regionale forskelle i svarprocenterne i 2025. Den laveste svarprocent ses i Region Nordjylland (40,9 %), og den højeste ses i Region Midtjylland (45,5 %).

Overordnet set ligger svarprocenten i 2025 (43,0 %) væsentlig lavere end i 2021 (56,7 %), 2017 (58,7 %), 2013 (54,0 %) og 2010 (59,5 %). Dette mønster ses i alle grupper, opdelt på køn og alder, civilstand, etnisk baggrund og region.

Tabel A1. Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent i Den Nationale Sundhedsprofil i 2025 samt svarprocent i 2021, 2017, 2013 og 2010

	2025			Svarprocent			
	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent	2021	2017	2013	2010
Danmark	314.550	135.293	43,0	56,7	58,7	54,0	59,5
Mænd							
16-24 år	20.570	4.753	23,1	37,0	39,0	34,3	42,4
25-34 år	23.776	5.043	21,2	32,0	38,4	36,3	44,9
35-44 år	21.717	5.583	25,7	41,0	46,3	44,3	51,1
45-54 år	24.224	8.738	36,1	51,6	55,9	50,8	56,3
55-64 år	25.728	12.116	47,1	62,1	66,0	59,8	63,5
65-74 år	20.518	12.665	61,7	74,0	74,2	67,1	69,9
≥75 år	18.805	11.452	60,9	70,9	60,3	60,3	60,1
Alle mænd	155.338	60.350	38,9	52,0	54,1	50,4	55,5
Kvinder							
16-24 år	18.953	6.435	34,0	52,0	51,9	48,1	57,0
25-34 år	22.594	7.503	33,2	46,3	52,2	49,3	59,2
35-44 år	21.511	8.308	38,6	54,2	59,6	55,4	64,6
45-54 år	24.257	11.609	47,9	63,1	66,8	61,1	67,2
55-64 år	25.971	14.571	56,1	71,3	72,4	65,6	70,3
65-74 år	21.796	13.814	63,4	76,1	73,7	66,4	69,3
≥75 år	24.130	12.703	52,6	62,2	56,2	50,3	49,4
Alle kvinder	159.212	74.943	47,1	61,2	62,6	57,5	63,4
Civilstand							
Gift	142.533	73.306	51,4	65,5	67,6	62,6	67,0
Fraskilt	19.631	9.916	50,5	61,4	58,7	50,8	55,6
Enke/enkemand	35.928	16.521	46,0	58,2	59,0	52,8	54,3
Ugift	116.458	35.550	30,5	44,0	46,4	41,7	49,2
Etnisk baggrund							
Dansk	264.023	122.268	46,3	59,8	62,0	57,1	62,1
Anden vestlig	19.166	5.630	29,4	42,0	40,6	35,8	43,0
Ikke-vestlig	31.361	7.395	23,6	34,2	33,3	25,8	31,8
Region							
Hovedstaden	109.515	45.207	41,3	54,1	52,6	44,3	52,7
Sjælland	38.264	16.152	42,2	55,6	56,2	49,4	55,6
Syddanmark	70.130	31.697	45,2	61,7	67,4	64,4	64,4
Midtjylland	58.912	26.789	45,5	58,8	61,8	61,1	65,0
Nordjylland	37.729	15.448	40,9	52,9	59,9	56,6	65,2

Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025

Vægtning

I spørgeskemaundersøgelser som denne er det af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning så meget som muligt med hensyn til køn, alder, uddannelse og andre sociodemografiske karakteristika. En afvigelse fra dette svækker undersøgelsens konklusioner. Som det fremgår af Tabel A1, er der stor forskel på svarprocenten i de forskellige befolkningsgrupper. Befolkningssammensætningen blandt personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger derfor på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet. I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning foretaget af Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for non-response (5). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg, indlæggelse på sygehus samt ejer/lejer-forhold. Formålet er at imødegå de udfordringer, der er i forbindelse med bortfaldet. For at sikre nationalt og regionalt repræsentative resultater er der i vægtningen derudover taget højde for, at den kommunale fordeling blandt inviterede borgere afviger fra den kommunale fordeling blandt borgere på 16 eller derover i hele Danmark. Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, er alene fagligt ansvarlig for opregningen. Denne opregning er anvendt både ved nationale og regionale opgørelser. Der blev anvendt samme vægtnings-procedure i undersøgelsen i 2025 som i undersøgelserne i 2010, 2013, 2017 og 2021.

Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Holst M, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, Ekholm O. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
5. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. Metode & Data 2007;93:14-26.

Bilag B. Klassifikation af udvalgte variable

Klassifikation af uddannelse

Den anvendte klassifikation af uddannelse er baseret på DISCED15-klassifikationen (Dansk version af den internationale klassifikation af uddannelse ISCED) (1). I denne rapport anvendes en opdeling i fem uddannelsesgrupper: Grundskole, gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse, kort videregående uddannelse, mellemlang videregående uddannelse og lang videregående uddannelse. Inddelingen er baseret på svarpersonens oplysninger ud fra spørgsmålet ’Hvad er den højeste uddannelse, du har fuldført?’, med følgende svarkategorier:

1) Jeg går stadig i grundskole (f.eks. i folkeskole, privatskole, efterskole)
2) Grundskole (11 år eller færre f.eks. i folkeskole, privatskole, efterskole)
3) Studenter-, HF-eksamen (f.eks. HF, STX, HHX, HTX)
4) Et eller flere kortere kurser (f.eks. specialarbejderkurser, arbejdsmarkedskurser m.v.)
5) Erhvervsfaglig uddannelse/faglært (f.eks. kontor- eller butiksassistent, frisør, murer, social- og sundhedshjælper/assistent, landmand)
6) Kort videregående uddannelse, 2-3 år (f.eks. markedsøkonom, laborant, maskintekniker, datamatiker, multimediedesigner, økonoma, tandplejer)
7) Mellemlang videregående uddannelse, 3-4 år (f.eks. folkeskolelærer, socialrådgiver, bygningskonstruktør, sygeplejerske, fysioterapeut, diplomingeniør, pædagog, bachelor)
8) Lang videregående uddannelse, mere end 4 år (f.eks. civilingeniør, cand.mag., læge, psykolog, ph.d.).

Det har i spørgeskemaet været muligt at sætte kryds ved hver enkelt af disse svarkategorier. Klassifikation af uddannelse foregår herefter i følgende trin:

a) Først ombyttes rækkefølgen på kategorierne ’Et eller flere kortere kurser’ og ’Studenter-, HF-eksamen’
b) Hvis der er sat 1 kryds, bruges den afkrydsede kategori
c) Er der sat kryds i 2 eller flere kategorier, vælges højeste værdi i den nye rækkefølge (jævnfør punkt a), svarende til længste skolegang/uddannelse.

Baseret på denne klassifikation af uddannelse defineres fem uddannelsesgrupper: Grundskole’, som dækker over kategorierne ’Jeg går stadig i grundskole’, ’Grundskole’ samt ’Et eller flere kortere kurser’; ’Gymnasial/erhvervsfaglig uddannelse’, som dækker over kategorierne ’Studenter-, HF-eksamen’ og ’Erhvervsfaglig uddannelse/faglært’ samt de tre øvrige uddannelsesgrupper (’Kort videregående uddannelse’, ’Mellemlang videregående uddannelse’ og ’Lang videregående

uddannelse'), som svarer til kategorierne i klassifikationen af uddannelse. Alle opgørelser i rapporten, der inkluderer uddannelse, er baseret på personer i alderen 30 år og derover.

Klassifikation af erhvervsmæssig stilling

Klassifikationen af erhvervsmæssig stilling i denne rapport er baseret på en kombination af svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling og registerbaserede oplysninger fra Styrelsen for Arbejdsmarked og Rekrutterings register over sociale ydelser i Danmark i 2024 (DREAM-registeret). Nedenstående definition er benyttet til klassifikation af erhvervsmæssig stilling.

Fra spørgeskemaet i 2025 anvendes oplysninger fra spørgsmålene: 'Er du i arbejde?' og 'Er du under uddannelse?'. Begge spørgsmål har svarmulighederne: 'Ja' og 'Nej'. Fra DREAM anvendes oplysninger om ydelser i forbindelse med førtidspension, efterløn samt ledighed i løbet af 2024. Der er anvendt følgende hierarki til definitionen af erhvervsmæssig stilling:

1) Personer, der er 65 år eller derover per 1. januar 2025, er defineret som alders-pensionister.
2) Personer i aldersgruppen 16-64 år, der ifølge DREAM har modtaget førtidspension i mindst 1 uge i 2024, er defineret som førtidspensionister.
3) Personer i aldersgruppen 60-64 år, der ifølge DREAM har modtaget efterløn i mindst 1 uge i 2024, er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
4) Personer i aldersgruppen 16-24 år, der har svaret:
    i. 'Ja' på spørgsmålet: 'Er du under uddannelse?', er defineret som værende under uddannelse.
    ii. 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du under uddannelse?' og 'Ja' på spørgsmålet: 'Er du i arbejde?', er defineret som værende beskæftigede.
    iii. 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du under uddannelse?' og 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du i arbejde?', er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
5) Personer i aldersgruppen 25-64 år, der har svaret:
    i. 'Ja' på spørgsmålet 'Er du i arbejde?', er defineret som beskæftigede.
    ii. 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du i arbejde?' og 'Ja' på spørgsmålet: 'Er du under uddannelse?', er defineret som værende under uddannelse.
    iii. 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du under uddannelse?' og 'Nej' på spørgsmålet: 'Er du i arbejde?', er defineret som værende uden for arbejdsmarkedet.
6) Hvis man ifølge punkt 4iii) eller 5iii) er uden for arbejdsmarkedet, opdeles man på følgende måde ud fra DREAM:
    i. Personer, der ifølge de i DREAM angivne koder er arbejdsløse, defineres som arbejdsløse.
    ii. Personer, der ikke opfylder punkt 6i), defineres som værende uden for arbejdsmarkedet.

For personer, der opfylder punkt 4) eller 5) klassificeres disse som uoplyst, hvis enten oplysningen om at være under uddannelse eller i arbejde er uoplyst. Dog klassificeres personer, der opfylder punkt 4a som værende under uddannelse uanset om der findes oplysning om at være i arbejde eller ej. Tilsvarende klassificeres personer, der opfylder punkt 5a, som værende i arbejde uanset om der findes oplysning om uddannelse eller ej.

Nedenfor ses de forskellige grupper af erhvervsmæssig stilling, som de optræder i opslagstabellerne:

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

Personer under uddannelse indgår ikke i opgørelserne af erhvervsmæssig stilling.

I 2010 blev inddelingen udelukkende baseret på svarpersonernes selvrapporterede oplysninger om erhvervsmæssig stilling. Definitionen i 2010 er således ikke sammenlignelig med ovenstående. Det er derfor kun muligt at belyse udviklingen i perioden fra 2013 til 2025 i de anvendte grupper af erhvervsmæssig stilling.

Nærværende definition er den samme som i Den Nationale Sundhedsprofil i 2013 (2), 2017 (3) og 2021 (4). Den eneste undtagelse er, at gruppen af efterlønsmodtagere i 2025 er blevet indplaceret i gruppen af andre uden for arbejdsmarkedet som følge af et meget lille datagrundlag for efterlønsmodtagere blandt svarpersonerne.

Referencer

1. Danmarks Statistik. Uddannelsesklassifikation (DISCED-15), afsluttede uddannelser, v1:2025. Tilgået d. 9/1-2026. https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/disced15-audd
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, Ekholm O. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.