

Hvordan
har  du det?



Sundhedsprofil 2025 for Region Østdanmark

Trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne

Titel:

Sundhedsprofil 2025 for Region Østdanmark – Trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne

Udgivere:

Rapporten er udgivet i samarbejde mellem Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden (sundhedsprofil@regionh.dk) og Data og Analyse, Koncern Digitalisering, Region Sjælland (sundhedsprofilen@regionsjaelland.dk).

Rapporten er udarbejdet af:

Marie Stjerne Grønkjær, Hanne Stald Poulsen, Anne Wingstrand, Ida Strøyer Hendriksen, Marie Holm Eliassen, Cecilie Goltermann Toxværd, Julie Hedensted, Cecilie Jøker-Jensen, Peter Elsborg og Anne Helms Andreasen.

Copyright © 2026

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og kort, er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Publikationen citeres således:

Grønkjær, MS; Poulsen, HS; Wingstrand, A; Hendriksen, IS; Eliassen, MH; Toxværd, CG; Hedensted, J; Jøker-Jensen, C; Elsborg, P; Andreasen, AH. *Sundhedsprofil 2025 for Region Østdanmark – Trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne*. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden og Data og Analyse, Region Sjælland; 2026.

Layout:

RegionH Design

Udgivelse:

1. udgave, oktober 2026.

ISBN:

978-87-93775-44-2 (Region Hovedstaden)

978-87-93639-36-2 (Region Sjælland)

Forord

Med denne rapport samler vi for første gang sundhedsprofildata fra Region Sjælland og Region Hovedstaden til en ny fælles sundhedsprofil for Region Østdanmark. Ved at samle data fra de to regioner får vi et samlet billede af sundhedstilstanden i vores nye region. Billedet viser os, hvilke sundhedsudfordringer, der fylder i befolkningen, og dermed hvilke opgaver, vi står overfor.

En af de helt store udfordringer er den mentale trivsel, som er særlig lav blandt vores unge borgere. På den anden side har vi en voksende ældre befolkning og deraf en stigende andel borgere, som lever med kronisk sygdom og andre helbredsudfordringer. Endelig ser vi, at de usunde vaner stadig fylder blandt borgerne på trods af fremgang på nogle områder, samtidigt med at andre udfordringer, såsom nye nikotinprodukter og et højt forbrug af bl.a. sociale medier, trænger sig på.

Derudover viser rapporten med stor tydelighed, at sundhed, trivsel og sygdom ikke er lige fordelt. Det gælder, når vi ser på forskellige aldersgrupper, køn, etnicitet og socioøkonomiske faktorer som uddannelsesbaggrund og erhvervstilknytning. Det gælder også i forhold til geografi, hvor vi i de seks nye sundhedsråd i fællesskab med kommunerne har en vigtig opgave i at nedbringe den geografiske ulighed.

Med sundhedsreformen har vi i regionerne, og herunder sundhedsrådene, fået til opgave at sikre en sammenhængende, nær og lige behandling på tværs af vores sundhedsvæsen. Vi skal tage ansvar for alle borgeres sundhed og forebygge sygdom - både fysisk og psykisk - og skabe mulighederne for gode, sunde og lange liv for alle.

I Region Østdanmark vil vi være frontløbere på den forebyggende dagsorden. Det gælder både i forhold til de generelle sundhedsfremmende indsatser og til de mere sygdomsspecifikke indsatser. Vi overtager ansvaret for den patientrettede forebyggelse. Det giver os en mulighed for at sikre mere ensartede patientrettede forebyggelsestilbud til alle borgere, uanset bopæl.

Der er brug for forebyggelsesindsatser på mange niveauer – fra det lokale til det nationale, og fra det individrettede til det strukturelle. Vores seks sundhedsråd får en afgørende rolle heri. Vi har med rapporten fået et godt fælles overblik og dermed et solidt udgangspunkt at begynde arbejdet på. Vi ser frem til det fortsatte samarbejde om vores fælles sundhed.

Tak til de i alt 61.359 borgere i Region Østdanmark, som har svaret på spørgeskemaet bag rapporten, og dermed bidraget ind til at give os et komplet billede af trivsel, sundhed og sygdom i regionen.

God læse- og arbejdslyst!



Lars Gaardhøj
Regionsrådsformand

Indholdsfortegnelse

1 Sammenfatning.....	5
2 Læsevejledning	11
3 Demografi og socio-økonomiske forhold	18
4 Rygning og nikotinprodukter	44
5 Alkohol.....	61
6 Kost.....	73
7 Fysisk aktivitet.....	80
8 Søvn	87
9 Sociale medier	94
10 Selvvurderet helbred.....	100
11 Fysisk smerte.....	107
12 Stress	114
13 Psykisk mistrivsel	121
14 Ensomhed	128
15 Sundhedskompetence	135
16 Svær overvægt.....	145
17 Langvarig sygdom.....	152
18 Multisygdom	159
19 Type 2-diabetes	166
20 Hjertesygdom.....	173
21 Kronisk obstruktiv lungesygdom.....	180
22 Kræft	187
23 Rygsygdom	194
24 Angst.....	201
25 Depression.....	208
26 Materiale og metode	215
Bilag	218

1 Sammenfatning

- Sundhedsprofil 2025 for Region Østdanmark giver et samlet overblik over trivsel, sundhed og sygdom blandt unge og voksne borgere i den nye region.
- Resultaterne varierer i høj grad i forhold til demografi, herunder køn, alder og etnicitet, ligesom der ses store forskelle i forhold til geografi og socioøkonomi.
- Overordnet ses det, at kvinder i højere grad har dårligt helbred, lav trivsel, søvnproblemer og kronisk sygdom, mens mænd i højere grad har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd.
- Generelt har yngre borgere i højere grad lav trivsel og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, mens ældre borgere i højere grad har dårligt helbred og kronisk sygdom.
- Generelt har borgere med ikke-vestlig baggrund i højere grad dårligt helbred, lav trivsel, lav sundhedskompetence og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, mens borgere med dansk baggrund i højere grad har et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, svær overvægt og kronisk sygdom.
- Der ses en tydelig social ulighed i trivsel, sundhed og sygdom, hvor borgere med færre socioøkonomiske ressourcer generelt har højere forekomst af dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, lav sundhedskompetence, svær overvægt og kronisk sygdom.
- Der ses markant geografisk ulighed i trivsel, sundhed og sygdom, herunder betydelige forskelle mellem sundhedsrådene i Region Østdanmark.
- Med undtagelse af enkelte indikatorer, der går i den positive retning, ses der overordnet en stigning i andelen af borgere med dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, svær overvægt og kronisk sygdom over tid.

Formålet med denne rapport "Sundhedsprofil 2025 for Region Østdanmark" er at give et samlet og sammenligneligt overblik over trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere på 16 år og derover i den kommende Region Østdanmark. Ved at samle data fra Region Sjælland og Region Hovedstaden tydeliggør rapporten, hvor sundhedsudfordringerne er størst, og hvilke befolkningsgrupper, der er mest udsatte. Dette skal understøtte planlægning og prioritering i den nye region og i de seks sundhedsråd.

Rapporten bygger i høj grad på samme materiale og metode som Sundhedsprofil 2025 for hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland. Den er udarbejdet på baggrund af spørgeskemaet "Hvordan har du det?", der inkluderer spørgsmål om trivsel, sundhed og sygdom samt data fra nationale registre. Undersøgelsen er blevet gennemført i begge regioner i 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025. I 2025 blev i alt 147.779 borgere i Region Sjælland og Region Hovedstaden inviteret til spørgeskemaundersøgelsen, hvoraf 61.359 borgere deltog, hvilket giver en samlet svarprocent på 41,5 % for Region Østdanmark.

Trivsel, sundhed og sygdom i Region Østdanmark

I denne rapport indgår en række udvalgte indikatorer for trivsel, sundhed og sygdom i Region Østdanmark. Forekomsten af disse ses i Tabel 1.1 overordnet for Region Østdanmark samt på tværs af de seks sundhedsråd og de seks kommunesocialgrupper i Region Østdanmark.

For **uhensigtsmæssig sundhedsadfærd** ses det, at omkring hver sjette borger i Region Østdanmark drikker over 10 genstande om ugen (15,3 %), har en lav score på kostskalaen (15,9 %), har lav fysisk aktivitet i fritiden (16,6 %) eller er meget generet af søvnproblemer (16,6 %), mens omkring hver tiende borger ryger dagligt (10,6 %), rusdrikker ugentligt (9,6 %) eller har et højt forbrug af sociale medier (11,3 %). En mindre andel bruger dagligt e-cigaretter/vapes (3,6 %) eller snus, nikotinposer eller lignende (2,8 %).

Hvad angår **trivsel, helbred og overvægt**, ses det, at knap hver tredje borger i Region Østdanmark har en høj score på stressskalaen (31,0 %), mens omkring hver sjette har et mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred (17,6 %). Ligeledes har omkring hver sjette borger svær overvægt (16,5 %), og omkring hver niende borger oplever ensomhed (11,3 %) eller at smerter begrænser deres daglige arbejde (11,9 %).

I forhold til borgernes **sundhedskompetence** har hver femte borger en lav score på sundhedskompetenceskalaen (dvs. tegn på lav sundhedskompetence) om at samarbejde med sundhedsprofessionelle (21,1 %), mens hver niende borger har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed (11,5 %).

Endeligt er der **kronisk sygdom**, hvor mere end hver tredje borger i Region Østdanmark angiver at have langvarig sygdom (37,0 %), og hver niende borger har to eller flere kroniske sygdomme (multisygdom; baseret på registre) (11,5 %). Rygsygdom, som er baseret på spørgeskemaoplysninger, er den hyppigste af de opgjorte sygdomme (14,3 %), mens depression er den hyppigste af de registerbaserede sygdomme (6,9 %).

Sammenlignet med de øvrige regioner i Danmark ses det, at Region Østdanmark generelt har en lidt lavere forekomst af lav fysisk aktivitet i fritiden, lav score på kostskalaen, svær overvægt og langvarig sygdom, mens der generelt er en højere forekomst af uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og lav trivsel.

Forekomsterne varierer i høj grad i forhold til **demografi, socioøkonomi og geografi**, hvilket gennemgås i de følgende afsnit. Det er i den forbindelse vigtigt at holde sig for øje, at der generelt ses store forskelle i både demografi og socioøkonomi på tværs af regionens kommuner og sundhedsråd. Dette gennemgås nærmere i Kapitel 3.

Køn og alder

Kvinder har generelt en højere forekomst af dårligt helbred, lav trivsel og kronisk sygdom (undtagen type 2-diabetes og hjertesygdom). For sundhedsadfærd er billedet ikke helt så entydigt. Her har kvinder en højere forekomst af hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden, højt forbrug af sociale medier og søvnproblemer, mens **mænd** har en højere forekomst af hhv. daglig rygning, daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og en lav score på kostskalaen.

Generelt ses det, at **ynge borgere** (og især de 16-24-årige) i højere grad har uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, lav trivsel og lav sundhedskompetence, mens **ældre borgere** i højere grad har dårligt helbred og kronisk sygdom (undtagen angst). De ældre borgere drikker også i højere grad over 10 genstande om ugen, og blandt de ældste borgere (80+ år) ses derudover en højere forekomst af hhv. lav fysisk aktivitet i fritiden og lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed. De højeste forekomster af hhv. daglig rygning og svær overvægt ses i de **midterste aldersgrupper**.

Etnisk baggrund

Generelt har borgere med **ikke-vestlig baggrund** i højere grad dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (undtagen ift. alkohol og kost) og lav sundhedskompetence end borgerne i regionen som helhed. Derudover har de også højere forekomst af type 2-diabetes og rygsygdom. Borgere med **dansk baggrund** har derimod i højere grad et uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, lav score på kostskalaen, svær overvægt og de fleste af de opgjorte kroniske sygdomme.

Social ulighed

Der ses tydelig social ulighed i trivsel, sundhed og sygdom i Region Østjylland. Således har borgere med færre socioøkonomiske ressourcer generelt de højeste forekomster af dårligt helbred, lav trivsel, kronisk sygdom og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd – sidstnævnte dog med enkelte undtagelser. Tendensen ses generelt uanset om det undersøges på baggrund af uddannelsesniveau, erhvervstilknytning eller kommunesocialgruppe.

For **uddannelse** ses det således, at borgere med **grundskoleuddannelse** som højest fuldførte uddannelse generelt har højere forekomst af de fleste indikatorer for dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, lav sundhedskompetence, svær overvægt og kronisk sygdom end i regionen som helhed. Omvendt har borgere med **lang videregående uddannelse** lavere forekomst. Dette gælder dog ikke forekomsten af hhv. daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og højt forbrug af sociale medier, der generelt er højest blandt de yngste borgere samt studerende, som ikke indgår i opgørelsen af uddannelse.

For **erhvervstilknytning** ses tilsvarende, at **borgere udenfor arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder** – især førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere – generelt har en højere forekomst af de fleste indikatorer for dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, lav sundhedskompetence, svær overvægt og kronisk sygdom end borgerne i regionen som helhed. **Borgere under uddannelse** har generelt højere forekomst af indikatorer med høj forekomst blandt unge, især snus, nikotinposer eller lignende, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug og højt forbrug af sociale medier, mens **pensionister** har højere forekomst af indikatorer med høj forekomst blandt ældre borgere, især kronisk sygdom.

Den sociale ulighed bliver også synlig, når der ses på såkaldte **kommunesocialgrupper**, som er en inddeling af regionens kommuner og de københavnske bydele på baggrund af uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og husstandsindkomst blandt borgere i kommunen/bydelen (se Kapitel 3 for yderligere beskrivelse). Kort 1.1 viser fordelingen af kommunerne i Region Østjylland i de dannede seks kommunesocialgrupper, hvor mørkere farver indikerer færre socioøkonomiske ressourcer blandt borgerne i kommunen/bydelen (højere kommunesocialgruppe), og lysere farver indikerer flere socioøkonomiske ressourcer (lavere kommunesocialgruppe). For de fleste af indikatorerne i rapporten ses der en **social gradient** på tværs af kommunesocialgrupperne (Tabel 1.1), så jo færre socioøkonomiske ressourcer blandt borgerne i kommunen/bydelen, des højere forekomst af dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, lav sundhedskompetence, svær overvægt og kronisk sygdom. For uhensigtsmæssigt alkoholforbrug er gradienten dog omvendt, så forekomsten er højere, jo flere socioøkonomiske ressourcer der er blandt borgerne i kommunen/bydelen. For daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende ses ingen social gradient, mens forekomsten af kræft er højere end i regionen som helhed i både kommunesocialgruppe 1 og 6.

Sundhedsråd og geografisk ulighed

I forhold til regionen som helhed har sundhedsrådene **Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland** samt **Østsjælland og Øerne** generelt en højere forekomst af dårligt helbred, svær overvægt og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd, undtagen alkoholforbrug og brug af snus, nikotinposer eller

lignende (Tabel 1.1). Sundhedsråd Amager og Vestegnen har derudover også i højere grad lav trivsel, mens sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne har højere forekomster af hhv. lav sundhedskompetence og kronisk sygdom. Omvendt har **Sundhedsråd Københavns Omegn Nord** generelt bedre helbred, trivsel, sundhedsadfærd og sundhedskompetence samt mindre kronisk sygdom end regionen som helhed. Disse forskelle bør ses i lyset af de demografiske og socioøkonomiske forskelle mellem sundhedsrådene. Fx har borgerne i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne generelt færre socioøkonomiske ressourcer, mens borgerne i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord generelt har flere socioøkonomiske ressourcer. For yderligere beskrivelse heraf henvises til Kapitel 3.

I **Sundhedsråd Hovedstaden** ses der generelt højere forekomster af uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende, højt forbrug af sociale medier samt lav trivsel. Det er alle indikatorer, hvor der er højest forekomst blandt yngre borgere, som der er en stor andel af i Sundhedsråd Hovedstaden. Omvendt ses det, at **Sundhedsråd Nordsjælland** generelt har højere forekomster af kronisk sygdom og dårligt helbred, hvilket stemmer overens med en stor andel af ældre borgere i dette sundhedsråd.

Forskellene mellem sundhedsrådene viser også en **geografisk ulighed** i Region Østdanmark. Dette afspejles også i Kort 1.1, hvor det ses, at mange af de socioøkonomisk bedst stillede kommuner findes i regionens østlige og nordlige del, mens mange af de socioøkonomisk mest udfordrede kommuner generelt findes i kommunerne længst fra København og på den københavnske vestegn. Således ses der generelt en højere forekomst af dårligt helbred, svær overvægt, lav sundhedskompetence, kronisk sygdom samt flere indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i kommunerne længst fra København og på den københavnske vestegn.

Udvikling over tid

Der ses generelt en **stigning** fra 2010 til 2025 i forekomsten af langt de fleste indikatorer for dårligt helbred, lav trivsel, uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og kronisk sygdom i Region Østdanmark. For daglig rygning, uhensigtsmæssigt alkoholforbrug, hjertesygdom og depression ses dog et **fald** i forekomsten over årene.

For enkelte indikatorer er udviklingen mindre entydig. Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden er **faldet siden 2017**, men fortsat højere end i 2010. Forekomsten af hhv. psykisk mistrivsel, ensomhed, svær overvægt og kronisk obstruktiv lungesygdom er **faldet en anelse** fra 2021 til 2025 men er fortsat højere end tidligere år.

Overordnet ses en lignende udvikling på tværs af de seks sundhedsråd med enkelte undtagelser. I nogle tilfælde er udviklingen desuden ikke i samme størrelsesorden på tværs af sundhedsrådene, hvilket betyder, at det for flere indikatorer, især kronisk sygdom, ses, at forskellen mellem sundhedsrådene er øget over tid. Udviklingen i trivsel, sundhed og sygdom bør også ses i lyset af den demografiske og socioøkonomiske udvikling i regionen samlet set og i de enkelte sundhedsråd over tid (jf. Kapitel 3).

Tabel 1.1 Trivsel, sundhed og sygdom i Region Østjylland samlet set og på tværs af kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025 (%)

	Region Østjylland	Amager og Vestegnen	Hovedstaden	Københavns Omegn Nord	Midt- og Vestsjælland	Nordsjælland	Østsjælland og øerne	Kommunesocialgruppe 1	Kommunesocialgruppe 2	Kommunesocialgruppe 3	Kommunesocialgruppe 4	Kommunesocialgruppe 5	Kommunesocialgruppe 6
Daglig rygning	10,6	12,3	10,6	7,5	12,7	9,4	11,8	7,3	8,7	10,1	10,9	12,7	14,8
Daglig brug af e-cigaretter/vapes	3,6	4,1	2,8	2,7	4,7	3,2	4,7	2,1	2,8	3,4	4,0	4,6	4,9
Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende	2,8	3,0	4,1	2,5	2,2	2,2	1,9	3,0	3,0	3,0	3,3	2,7	2,0
Drikker over 10 genstande om ugen	15,3	12,4	17,6	15,2	12,8	16,7	14,5	18,9	16,2	14,9	14,5	13,8	13,0
Rusdrikker ugentligt	9,6	7,4	14,1	8,1	6,7	8,3	7,9	11,7	10,5	9,6	9,7	8,3	7,1
Lav score på kostskalaen	15,9	19,3	12,2	12,8	20,6	15,6	19,3	10,2	13,7	15,6	17,0	18,6	21,5
Lav fysisk aktivitet i fritiden	16,6	20,5	13,6	15,1	18,8	15,9	19,6	11,7	14,7	16,2	17,6	18,8	21,5
Meget generet af søvnproblemer	16,6	18,3	16,0	15,2	18,6	15,2	17,3	14,6	16,0	15,9	17,2	17,7	18,8
Højt forbrug af sociale medier	11,3	13,4	12,5	10,1	11,5	8,6	10,8	9,5	11,0	12,0	11,2	12,6	11,5
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred	17,6	19,6	14,9	15,4	20,5	18,5	20,3	13,7	15,0	17,4	18,6	19,3	22,8
Daglige arbejde begrænset af smerte	11,9	14,2	9,1	10,1	14,8	13,1	13,7	8,8	9,3	11,3	13,2	13,7	15,8
Høj score på stressskala	31,0	33,4	33,1	27,8	32,0	27,4	30,4	26,9	29,9	31,2	32,1	33,7	32,6
Psykisk mistrivsel	6,3	7,3	6,5	5,3	6,7	5,3	6,6	4,8	6,2	6,3	6,6	6,8	7,2
Ensomhed	11,3	12,3	12,4	9,5	11,4	9,7	11,3	9,1	11,1	11,4	11,4	12,7	12,2
Lav score på læse og forstå info. om sundhed*	11,5	12,3	9,8	8,8	15,8	10,4	14,0	7,2	10,5	10,9	12,1	13,3	16,3
Lav score på samarbejde med sundhedsprof.**	21,1	20,7	20,7	16,4	26,1	18,1	24,9	16,8	20,2	20,7	21,1	22,5	26,8
Svær overvægt	16,5	20,6	11,5	13,5	22,2	16,9	20,6	9,7	14,4	15,3	17,7	19,8	23,8
Langvarig sygdom	37,0	37,7	31,8	35,1	42,1	40,7	40,6	33,1	34,6	35,8	38,0	39,2	42,7
To eller flere samtidige sygdomme (multisygdom)	11,5	12,0	9,1	11,3	13,8	13,0	12,9	9,9	10,1	11,1	11,7	12,4	14,8
Type 2-diabetes	5,5	7,2	3,7	4,7	7,0	5,9	6,6	3,4	4,3	5,3	5,8	6,6	8,0
Hjertesygdom	3,9	3,9	2,5	3,7	5,2	4,3	5,0	3,3	3,1	3,6	3,7	4,3	5,6
KOL	2,9	3,0	2,0	2,5	3,9	3,4	3,7	2,0	2,3	2,8	3,0	3,3	4,4
Kræft	4,0	3,9	2,8	4,3	4,6	5,1	4,6	4,2	3,6	3,9	3,7	4,0	4,7
Rygsygdom	14,3	15,8	11,0	13,4	17,1	16,9	15,8	11,7	12,7	14,4	15,0	15,4	17,6
Angst	4,7	4,5	4,9	4,2	5,1	4,7	4,9	4,0	4,6	4,6	4,9	5,0	5,4
Depression	6,9	6,6	6,5	6,7	7,6	7,3	7,1	6,2	6,4	6,6	7,2	7,3	8,0

* Lav score på sundhedskompetenceskala om at læse og forstå information om sundhed.

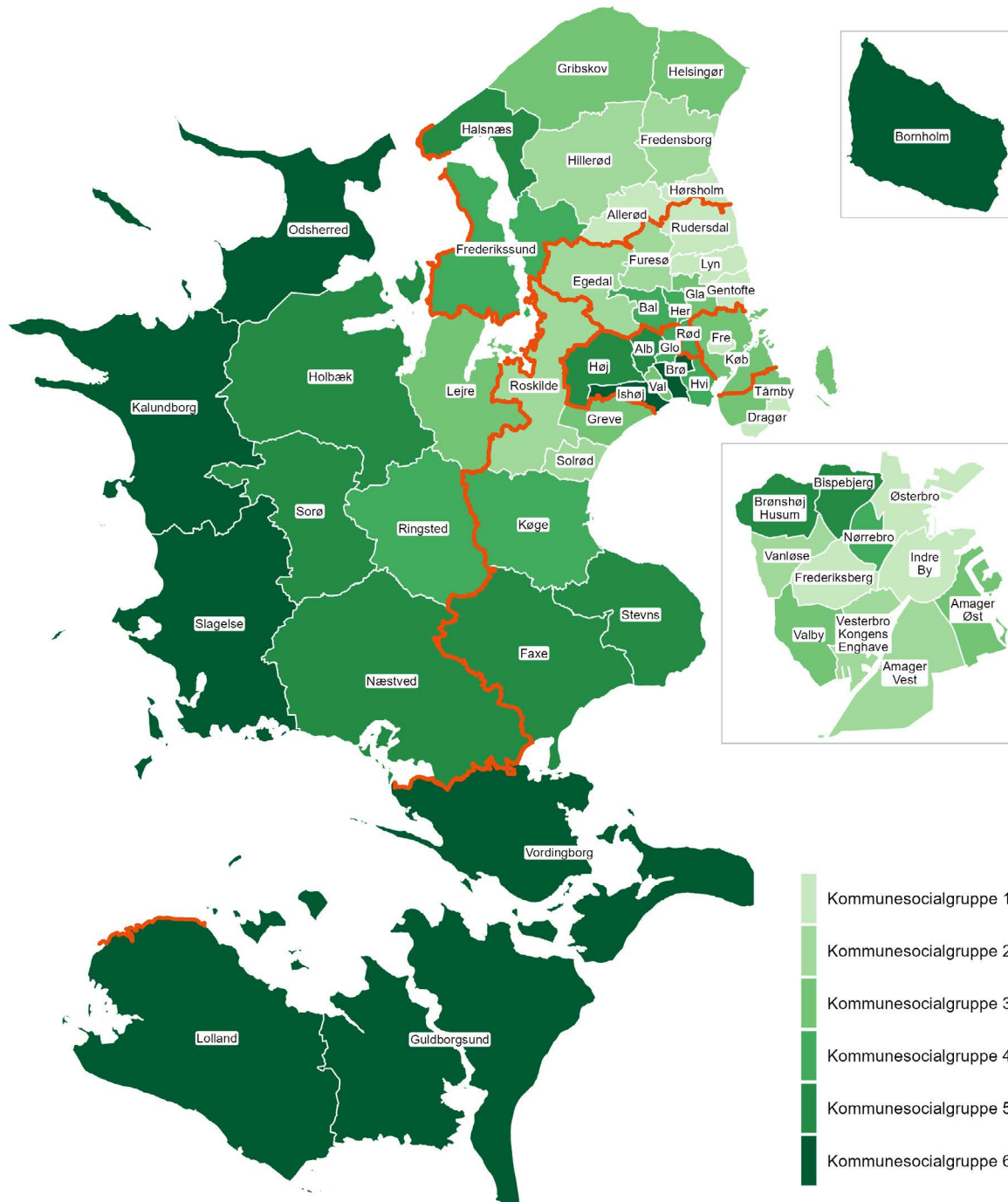
** Lav score på sundhedskompetenceskala om at samarbejde med sundhedsprofessionelle.

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 1.1 Fordeling af kommunerne i Region Østdanmark i kommunesocialgrupper i 2025



Note:

Kommunesocialgrupperne er dannet på baggrund af uddannelse, arbejdsmarkedstilknytning og husstandsindkomst blandt borgere i kommunen/bydelen (se evt. Kapitel 3). Jo mørkere grøn, des højere kommunesocialgruppe dvs. des færre socioøkonomiske ressourcer blandt borgerne i kommunen/bydelen.

2 Læsevejledning

Denne rapport er bygget op omkring tabeller, figurer og kort, der viser forekomsten af mål for trivsel, sundhed og sygdom blandt borgere i Region Østdanmark. I det følgende introduceres disse tabeller, kort og figurer, inklusive hvordan de skal læses. En mere grundig introduktion til materiale og statistiske metoder beskrives i et selvstændigt kapitel herom (Kapitel 26: Materiale og metode).

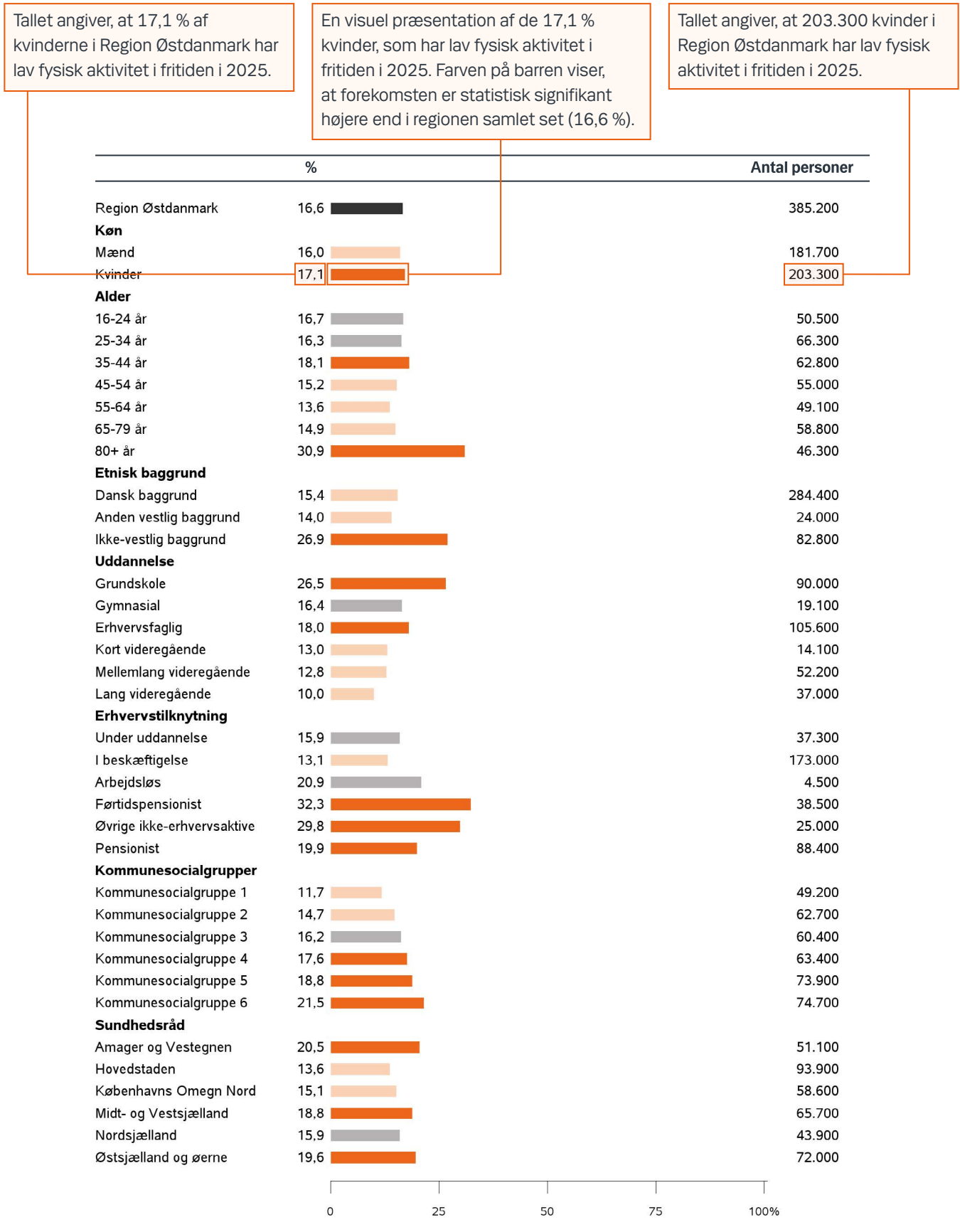
Regionstabel

I rapporten vises en regionstabel for hver indikator for trivsel, sundhed og sygdom. Tabellen præsenterer forekomsten af indikatoren i Region Østdanmark i 2025 samt fordelt på køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning, kommunesocialgrupper og sundhedsråd. Derudover vises det estimerede antal personer med indikatoren, afrundet til nærmeste 100, for at øge læsevenligheden. I tabellen præsenteres forekomsten også i farvede, liggende barer, hvor farven angiver, om forekomsten er statistisk signifikant højere (mørkeorange), lavere (lysorange) eller på niveau (grå) med forekomsten i Region Østdanmark (mørkeblå). Kun forskelle, der er statistisk signifikant forskellige vurderet på et 5 %-niveau, omtales som egentlige forskelle. Det skal bemærkes, at forekomsterne i de enkelte grupper testes mod forekomsten i hele Region Østdanmark. Dette betyder, at der for fx uddannelse, hvor der kun vises forekomster blandt de 25+ årige borgere, som ikke er under uddannelse, vil være tilfælde, hvor alle de viste forekomster fx vil være lavere end samlet i Region Østdanmark, hvis forekomsten er meget aldersafhængig.

Tabel 2.1 viser et eksempel på en regionstabel fra Kapitel 7: Fysisk aktivitet, og hvordan denne skal læses.

Tabel 2.1 Læsevejledning for regionstabel

Eksempel: Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025 (Tabel 7.1)



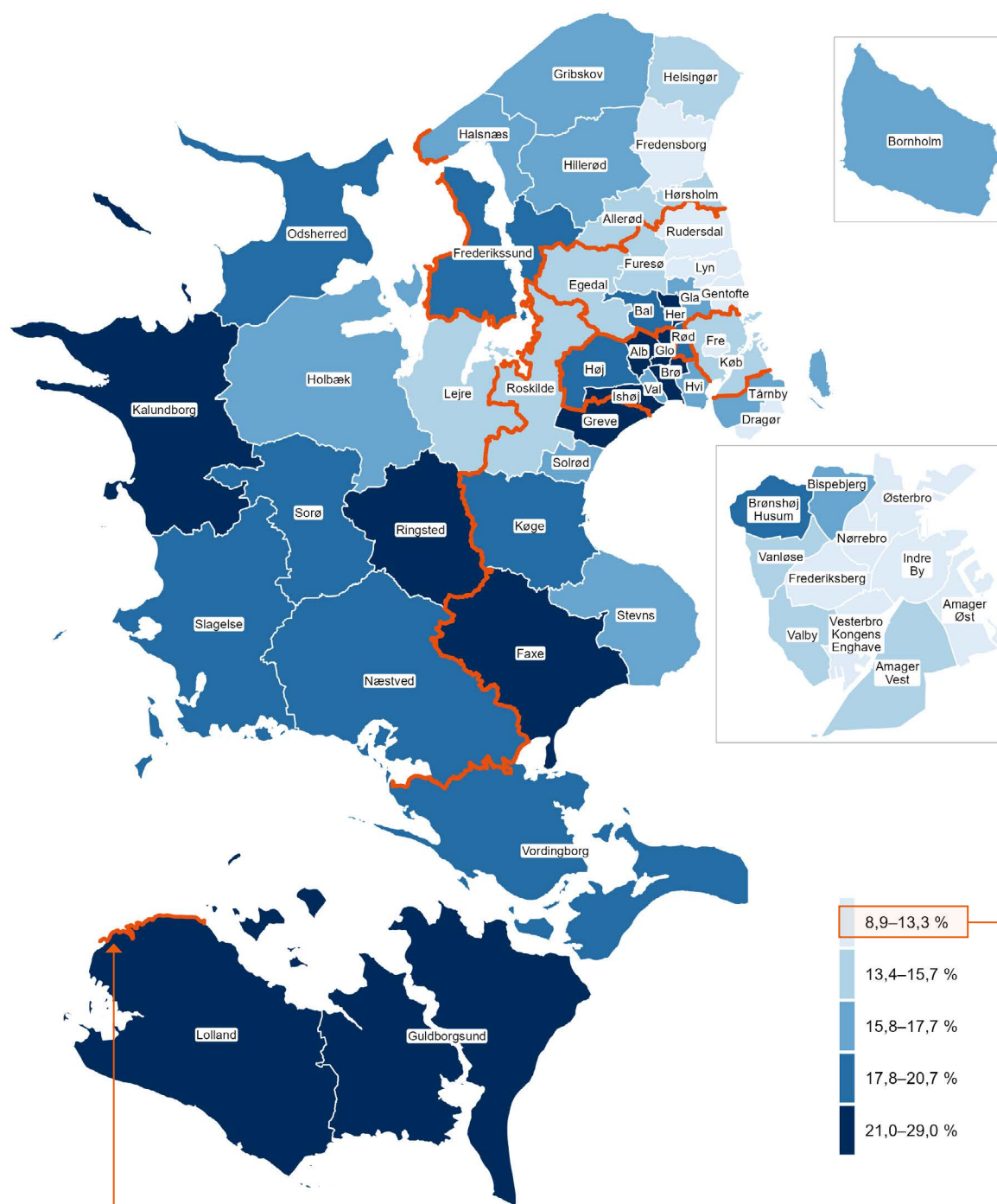
Geografiske kort

For hver indikator for trivsel, sundhed og sygdom i rapporten er variationen i forekomsten mellem kommuner og de københavnske bydele illustreret i geografiske kort over Region Østdanmark. Kommunerne og bydelene farves i fem forskellige nuancer af blå ud fra deres forekomst af indikatoren, hvor mørkere farver indikerer højere forekomster. Kortene bruges derfor også til at illustrere geografiske forskelle i Region Østdanmark. Sundhedsrådene er ligeledes illustreret på kortene, hvor grænserne er indtegnet med orange streger. Det skal bemærkes, at kortene ikke viser, om forekomsten i den enkelte kommune/bydel afviger signifikant fra regionsforekomsten eller de øvrige kommuner/bydele. Der kan således godt være forskel i forekomsten mellem kommuner/bydele med samme farve, ligesom forekomsten i kommuner/bydele med forskellig farve ikke nødvendigvis er signifikant forskellige. Kortene viser heller ikke den præcise forekomst i hver kommune, men kun et interval. For de præcise forekomster i kommuner/bydele henvises til de to sundhedsprofilrapporter for hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland for de fleste indikatorer (1,2). Alternativt kan tallene rekvireres hos Sundhedsprofilteamet i de to regioner.

Kort 2.1 viser et eksempel på et kort fra Kapitel 7: Fysisk aktivitet, og hvordan dette skal læses. Tabel 2.2 viser hvilke kommuner, der hører til de enkelte sundhedsråd, samt forkortelser brugt i kortet.

Kort 2.1 Læsevejledning for kort

Eksempel: Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmarks kommuner i 2025 (Kort 7.1)



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Angiver, at forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden er mellem 8,9 % og 13,3 % i de kommuner/bydele med denne blå farve, og at forekomsten i disse kommuner/bydele er blandt den laveste femtedel.

Tabel 2.2 Oversigt over kommuner i de seks sundhedsråd samt forkortelser benyttet i kortene (i parentes hvor det er relevant)

Amager og Vestegnen	Hovedstaden	Københavns Omegn Nord
Albertslund (Alb) Brøndby (Brø) Dragør (Dra) Glostrup (Glo) Hvidovre (Hvi) Høje-Taastrup (Høj) Ishøj Tårnby Vallensbæk (Val)	Bornholms Regionskommune (Bornholm) Frederiksberg (Fre) København (Køb)	Ballerup (Bal) Egedal Furesø Gentofte Gladsaxe (Gla) Herlev (Her) Lyngby-Taarbæk (Lyn) Rudersdal Rødovre (Rød)
Midt- og Vestsjælland	Nordsjælland	Østsjælland og Øerne
Holbæk Kalundborg Lejre Næstved Odsherred Ringsted Slagelse Sorø	Allerød Fredensborg Frederikssund Gribskov Halsnæs Helsingør Hillerød Hørsholm	Faxe Greve Guldborgsund Køge Lolland Roskilde Solrød Stevns Vordingborg

Udviklingsfigurer

I rapporten præsenteres udviklingen over tid i forekomsten af indikatorer for trivsel, sundhed og sygdom i Region Østjylland samt i de seks sundhedsråd i figurer. Udviklingen vises fra 2010 – eller første gang indikatoren er målt – til 2025. Ved fortolkning af udviklingen bør det tages i betragtning, at data fra 2021 er indsamlet under en af COVID-19-pandemiens nedlukninger. Dette kan have påvirket forekomsten af særligt nogle af indikatorerne, fx ensomhed og rusdrikning. I udviklingsfiguren er forekomsten i de enkelte år markeret som punkter og forbundet med linjer: En fuldt optrukken linje betyder, at der er statistisk signifikant forskel mellem de to år, den forbinder, mens en stiplet linje betyder, at forekomsten i de to år ikke er signifikant forskellig. Derudover illustrerer figuren, om der er forskel i forekomsten mellem det første målte år og 2025. Formålet med figurerne er at give et visuelt overblik over ændringer over tid på tværs af sundhedsrådene og i hele regionen. Hermed kan man identificere, om der er sundhedsråd, der adskiller sig fra hinanden i forhold til udviklingen, og hvilke sundhedsråd der har de største ændringer over tid. De specifikke forekomster i de enkelte år fremgår af rapportens bilag.

For de indikatorer, hvor det ikke er muligt at vise udvikling over tid, fx fordi de er målt for første gang i 2025, vises der ikke en udviklingsfigur. Figur 2.1 viser et eksempel på en udviklingsfigur fra Kapitel 7: Fysisk aktivitet.

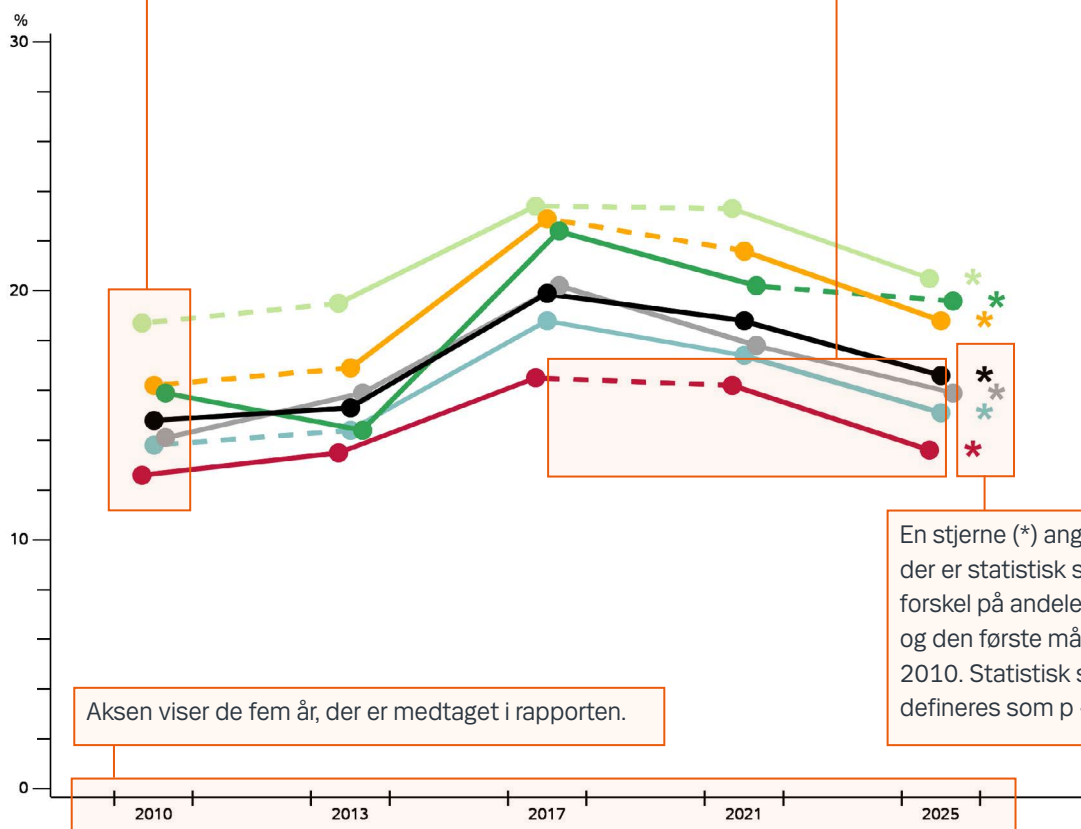
Kort 2.1 Læsevejledning for udviklingsfigur

Eksempel: Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid (Figur 7.1)

Punkterne viser forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden i procent (%) i de forskellige sundhedsråd og Region Østdanmark – her i 2010. Punkterne er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når forekomsten er ens på tværs af sundhedsråd.

En fuldt optrukken linje viser, at der er statistisk signifikant forskel i forekomsten mellem årene, linjen forbinder.

En stiptet linje viser, at der ikke er statistisk signifikant forskel i forekomsten mellem årene, linjen forbinder. Her ses det fx, at der ikke er signifikant forskel i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden mellem 2017 og 2021 i Sundhedsråd Hovedstaden, mens forekomsten er signifikant lavere i 2025 end i 2021.



Amager og Vestegnen Midt- og Vestsjælland Region Østdanmark
Hovedstaden Nordsjælland
Københavns Omegn Nord Østsjælland og øerne

Specifikation af farverne for sundhedsrådene og Region Østdanmark. Fx indikerer gul farve forekomsten for Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland.

Kontakt ved spørgsmål

Spørgsmål til rapportens resultater kan rettes til Sundhedsprofilteamet i Region Hovedstaden eller Region Sjælland.

Referencer

1. Elsborg PJ, Eliassen MH, Andreasen AH, Toxværd CG, Virenfelt GM, Holflod JF, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos:
https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil_2025_Web.pdf
2. Poulsen, HS, Christiansen, ASJ, Christensen BS, Boss S, Elmer TS, Hallund LC, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?«. Region Sjælland, Koncern Digitalisering; 2026. Tilgængelig hos:
https://www.regionsjaelland.dk/media/icmn5un4/sundhedsprofilen25_opt-a_2udgave-juli-2026-1.pdf

3 Demografi og socio-økonomiske forhold

- Der ses markante demografiske og socioøkonomiske forskelle på tværs af Region Østdanmark – både mellem kommuner/bydele og sundhedsråd – og disse forskelle kan have betydning for forekomsten af trivsel, sundhed og sygdom blandt borgerne.
- Unge borgere er i højere grad bosat i København og omegn, mens ældre borgere i højere grad er bosat i kommuner længere væk fra København.
- Omkring hver femte borger i Region Østdanmark har en anden etnisk baggrund end dansk, og andelen er steget gradvist siden 2010. Der ses store geografiske forskelle, og de største andele ses især på den københavnske vestegn.
- Der ses markante geografiske forskelle i uddannelsesniveaue, hvor andelen med lang videregående uddannelse især er stor i København, omegnskommunerne og Nordsjælland, mens andelen med grundskoleuddannelse især er stor i kommuner længst væk fra København samt på den københavnske vestegn. Siden 2010 er andelen med lang videregående uddannelse steget, mens andelen med grundskoleuddannelse er faldet.
- Omkring seks ud af ti borgere i Region Østdanmark er i beskæftigelse, og andelen er steget siden 2021. Der ses betydelige geografiske forskelle med højere beskæftigelse i og omkring København, mens lavere beskæftigelse især ses i kommunerne længst væk fra København.
- Over tid er forskellen mellem sundhedsrådene øget på flere parametre, især andelen med ikke-vestlig baggrund, andelen i beskæftigelse og andelen med lang videregående uddannelse. Denne udvikling kan bidrage til øget social ulighed i sundhed.

En lang række demografiske og socioøkonomiske forhold har betydning for borgernes sundhed og sygdom (1–4). Sundhedstilstanden er ofte ulige fordelt mellem forskellige befolkningsgrupper, ligesom der ses geografiske forskelle på tværs af regionen. Forskelle i forekomsten af trivsel, sundhed og sygdom mellem fx sundhedsråd skal derfor ses i lyset af forskelle i befolkningssammensætningen.

I rapporten opgøres mange af resultaterne efter borgernes demografiske og socioøkonomiske baggrund, herunder køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse og erhvervstilknytning. Formålet er at belyse forskelle i trivsel, sundhed og sygdom mellem forskellige befolkningsgrupper og dermed identificere grupper, hvor potentialet for at forbedre sundheden er størst.

I dette kapitel præsenteres den demografiske og socioøkonomiske sammensætning i regionen samt udviklingen heri med særligt fokus på sundhedsrådene. Der introduceres desuden en ny inddeling i de såkaldte kommunesocialgrupper for de 46 kommuner samt de 10 københavnske bydele i Region Østdanmark, som skal bidrage yderligere til at belyse ulighed i sundhed.

Overordnet demografi og socioøkonomi i Region Østjylland

I dette afsnit beskrives den overordnede forekomst og udvikling siden 2017 i Region Østjylland i de sociodemografiske grupper og geografiske områder, der er anvendt i rapporten. I de efterfølgende afsnit udfoldes hhv. alder, etnisk baggrund, uddannelse og erhvervstilknytning nærmere, herunder med den geografiske fordeling og udviklingen i sundhedsrådene fra 2010 og frem. Alle opgørelserne er baseret på registeroplysninger, og de nævnte andele er beregnet blandt borgere på 16 år eller derover.

Køn og alder

Af Tabel 3.1 fremgår det, at andelen af kvinder (51,1 %) i Region Østjylland er lidt større end andelen af mænd (48,9 %) samt at fordelingen er uændret over tid. Hvad angår alder, så udgør de 25-34-årige den største aldersgruppe (17,5 % af regionens 16+ årige borgere) efterfulgt af de 65-79-årige (17,0 %), mens de 80+ årige udgør den mindste aldersgruppe (6,4 %). Siden 2017 er der sket en gradvis stigning i andelen af 25-34-årige, 55-64-årige og 80+ årige i regionen, mens der er sket et fald i de øvrige aldersgrupper.

Etnisk baggrund

Størstedelen af regionens borgere har dansk baggrund (79,4 %), mens andelen med ikke-vestlig baggrund (13,2 %) er omtrent dobbelt så stor som andelen med anden vestlig baggrund (7,4 %). Siden 2017 er der sket en gradvis stigning i andelen af borgere med anden baggrund end dansk – dvs. både borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Uddannelse

Næsten halvdelen af regionens borgere (45,9 %) har en videregående uddannelse (5,6 % kort, 21,2 % mellemlang, 19,1 % lang), mens omkring hver tredje borger har en erhvervsfaglig uddannelse (30,4 %). Derudover er der 17,6 %, der udelukkende har en grundskoleuddannelse, og 6 % med en gymnasial uddannelse. Siden 2017 er der sket et fald i andelen af borgere med hhv. grundskole og erhvervsfaglig uddannelse som højeste fuldførte uddannelse, mens der er sket stigninger i de øvrige grupper. Især andelen med mellemlang og lang videregående uddannelse er steget i perioden.

Erhvervstilknytning

Størstedelen af regionens borgere er i beskæftigelse (59,3 %), mens hver femte er pensionist (20,0 %) og hver tiende er under uddannelse (10,6 %). De resterende 10,2 % er på anden vis uden for arbejdsmarkedet (1,0 % arbejdsløs, 5,4 % førtidspensionist, 3,8 % øvrige ikke-erhvervsaktive). Siden 2017 – og især fra 2021 – er der sket en stigning i andelen i beskæftigelse og i andelen af førtidspensionister, mens andelen af borgere i de øvrige grupper er faldet.

Kommunesocialgrupper

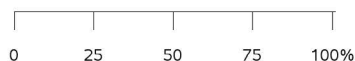
På trods af, at der indgår næsten samme antal kommuner og bydele i hver kommunesocialgruppe (se afsnit om 'Kommunesocialgrupper i Region Østjylland'), er der lidt variation i, hvor stor en andel af regionens borgere, der bor i de forskellige grupper. De største andele ses i kommunesocialgruppe 1 (18,1 %) og 2 (18,4 %), mens den mindste andel ses i kommunesocialgruppe 6 (15,0 %). Dvs. der er en større andel af regionens borgere, som bor i de kommuner, der har flest socioøkonomiske ressourcer, end i de kommuner, der har færrest socioøkonomiske ressourcer.

Sundhedsråd

Der er forskel på antallet af borgere i de seks sundhedsråd. Næsten hver tredje af regionens borgere bor i Sundhedsråd Hovedstaden (29,8 %), mens den mindste andel ses i Sundhedsråd Amager og Vestegnen (10,7 %). Der ses kun mindre ændringer i denne fordeling over tid, med en lille gradvis stigning i andelen i Sundhedsråd Hovedstaden siden 2017 og i Sundhedsråd Amager og Vestegnen siden 2021, samt små fald i de øvrige sundhedsråd. Fordelingen af regionens kommuner i de seks sundhedsråd fremgår af bekendtgørelsen om sundhedsrådenes geografiske afgrænsning (5) og kan også ses i de anvendte kommunekort igennem rapporten.

Tabel 3.1 Demografisk, socioøkonomisk og geografisk fordeling af 16+ årige borgere i Region Østjylland i 2025 samt udvikling over tid

	2025 %	Antal personer	2021 %	2017 %
Køn				
Mænd	48,9	1.136.900	48,9	48,9
Kvinder	51,1	1.186.100	51,1	51,1
Alder				
16-24 år	13,0	302.700	13,1	13,8
25-34 år	17,5	407.500	17,1	16,1
35-44 år	14,9	346.200	14,8	16,2
45-54 år	15,6	361.300	16,8	17,4
55-64 år	15,5	359.900	15,0	14,2
65-79 år	17,0	395.600	17,7	17,3
80+ år	6,4	149.700	5,5	5,0
Etnisk baggrund				
Dansk baggrund	79,4	1.843.800	82,4	83,8
Anden vestlig baggrund	7,4	171.200	6,4	5,9
Ikke-vestlig baggrund	13,2	307.700	11,2	10,3
Uddannelse				
Grundskole	17,6	339.100	19,8	21,8
Gymnasial	6,0	116.400	5,9	5,6
Erhvervsfaglig	30,4	586.500	32,3	34,0
Kort videregående	5,6	107.700	5,3	5,1
Mellemlang videregående	21,2	408.700	19,8	18,5
Lang videregående	19,1	368.200	16,9	14,9
Erhvervstilknætning				
Under uddannelse	10,6	235.100	11,4	11,7
I beskæftigelse	59,3	1.317.000	56,4	56,0
Arbejdsløs	1,0	21.400	2,2	1,3
Førtidspensionist	5,4	119.300	4,1	3,9
Øvrige ikke-erhvervsaktive	3,8	83.600	4,4	5,0
Pensionist	20,0	444.800	21,5	22,1
Kommunesocialgrupper				
Kommunesocialgruppe 1	18,1	420.300		
Kommunesocialgruppe 2	18,4	425.900		
Kommunesocialgruppe 3	16,1	373.800		
Kommunesocialgruppe 4	15,5	359.100		
Kommunesocialgruppe 5	16,9	392.600		
Kommunesocialgruppe 6	15,0	347.400		
Sundhedsråd				
Amager og Vestegnen	10,7	249.300	10,4	10,6
Hovedstaden	29,8	691.400	29,6	28,9
Københavns Omegn Nord	16,7	388.000	16,7	16,8
Midt- og Vestsjælland	15,1	350.100	15,3	15,4
Nordsjælland	11,9	277.200	12,0	12,1
Østsjælland og øerne	15,8	367.000	16,1	16,3



Note:

Personer: antal personer i den pågældende gruppe i regionen i 2025 afrundet til nærmeste 100.

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Kommunesocialgrupperne er ændret i 2025, hvorfor andele for 2017 og 2021 ikke er vist.

Alder i Region Østjylland

Trivsel, sundhed og sygdom varierer i langt de fleste tilfælde med alderen, og alderssammensætningen i en kommune eller i et sundhedsråd kan derfor have stor betydning for forekomsten. Oplysninger om borgernes alder pr. 1. januar i undersøgelsesåret er hentet fra CPR-registret og er i rapportens tabeller opdelt i syv aldersgrupper (som i Tabel 3.1). I det følgende er fordelingen og udviklingen over tid vist for hhv. de yngste (16-24-årige) og de ældste borgere (80+ årige).

16-24-årige

Andelen af borgere på 16-24 år varierer på tværs af regionen fra 8,8 % i Bornholms Regionskommune til 17,1 % i den københavnske bydel Valby, hvor andelen således er næsten dobbelt så stor (Kort 3.1). Der ses generelt en tendens til, at de største andele af 16-24-årige findes i Københavns Kommune og de omkringliggende kommuner, mens de mindste andele ses i kommuner længere væk fra København. Der ses også variation på tværs af de seks sundhedsråd, hvor andelen af borgere på 16-24 år varierer fra 11,3 % i Sundhedsråd Nordsjælland til 14,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Figur 3.1).

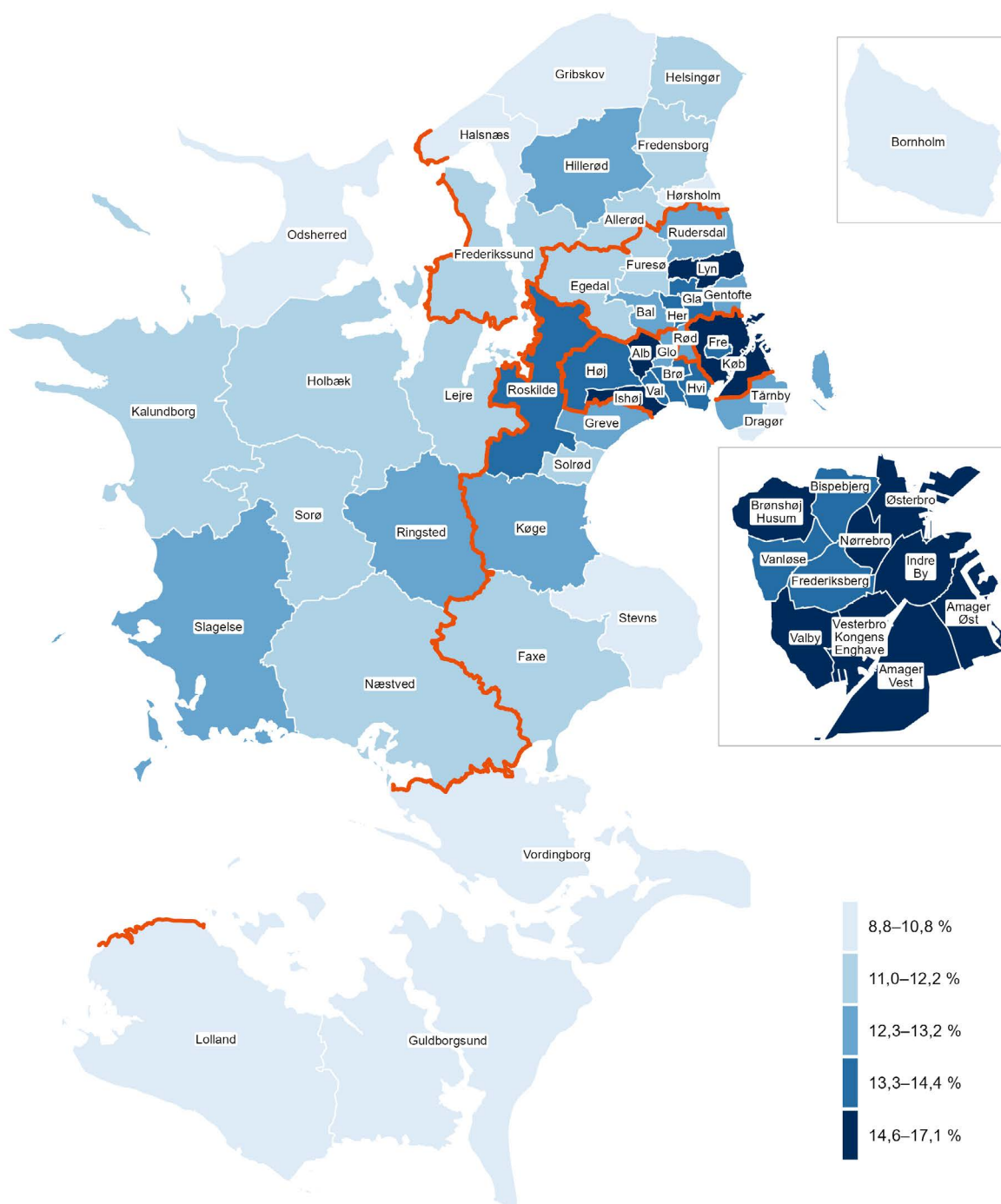
I Region Østjylland er andelen af borgere på 16-24 år steget fra 13,1 % i 2010 til 13,8 % i 2013 og 2017, hvorefter der er sket et fald til 13,1 % i 2021 og 13,0 % i 2025 (Figur 3.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd, dog med mindre forskelle i udviklingen fra 2021 til 2025. I denne periode er andelen steget i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Københavns Omegn Nord, mens den er faldet eller uændret i de øvrige sundhedsråd.

80+ årige

Andelen af borgere på 80+ år varierer på tværs af regionen fra 1,5 % i den københavnske bydel Vesterbro/Kongens Enghave til 12,1 % i Hørsholm Kommune, hvor andelen således er otte gange så stor (Kort 3.2). Der ses desuden generelt en tendens til, at de mindste andele findes i Københavns Kommune og de omkringliggende kommuner, mens de største andele ses i kommuner længere væk fra København. Der er dog også undtagelser, som fx Dragør Kommune (stor andel) og Ringsted Kommune (lille andel). Der ses også en variation på tværs af de seks sundhedsråd i andelen af borgere på 80+ år (Figur 3.2). Andelen er markant mindre i Sundhedsråd Hovedstaden (3,6 %) end i de øvrige sundhedsråd, mens den største andel ses i Sundhedsråd Nordsjælland (8,7 %).

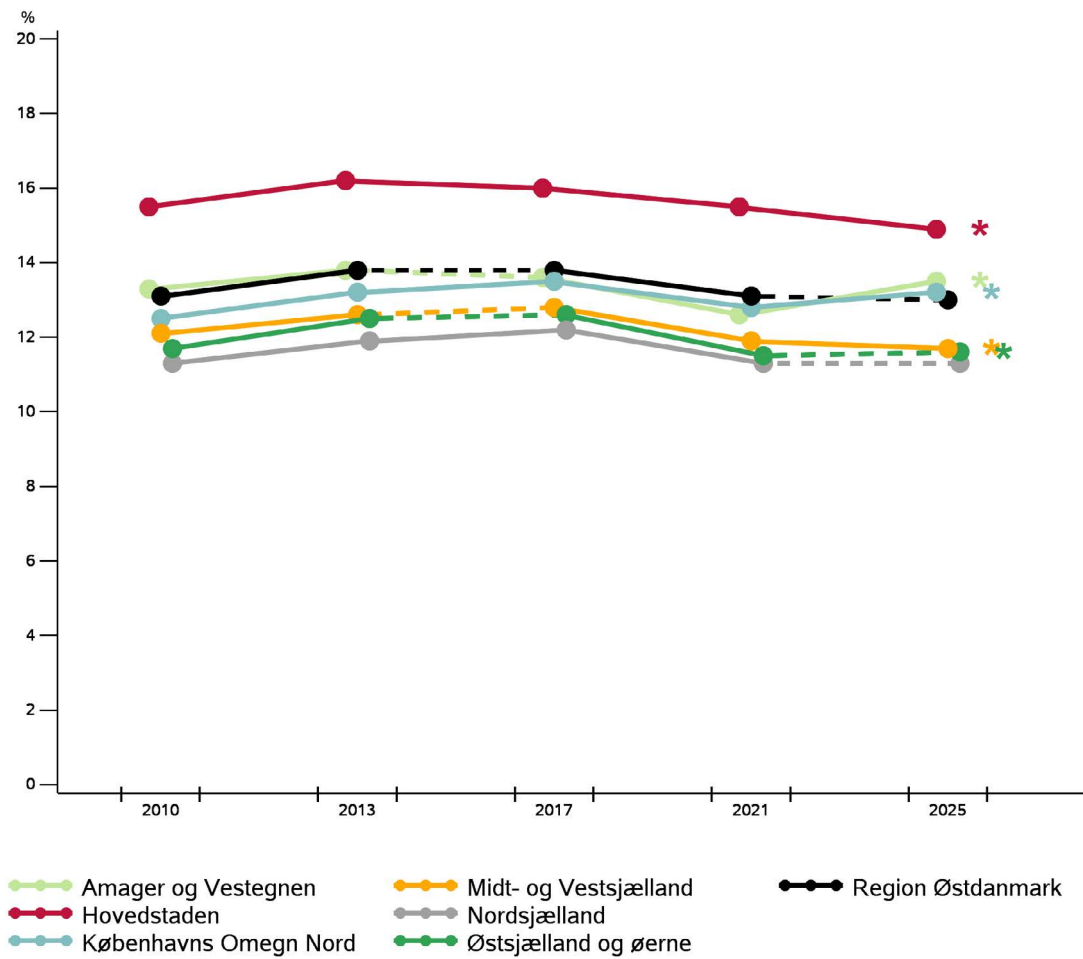
I Region Østjylland har andelen af borgere på 80+ år været på nogenlunde samme niveau fra 2010 til 2017 (4,9-5,0 %), hvorefter den er steget gradvist til 6,4 % i 2025 (Figur 3.2). Der ses samme udviklingsmønster i næsten alle sundhedsrådene, hvor andelen således er større i 2025 end i 2010. Den mest markante stigning ses i Sundhedsråd Nordsjælland. I Sundhedsråd Hovedstaden ses et andet udviklingsmønster med små fald og stigninger i andelen af 80+ årige over årene, og her er andelen, i modsætning til i de øvrige sundhedsråd, lidt mindre i 2025 end i 2010.

Kort 3.1 Andel 16-24-årige i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 3.1 Andel 16-24-årige i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



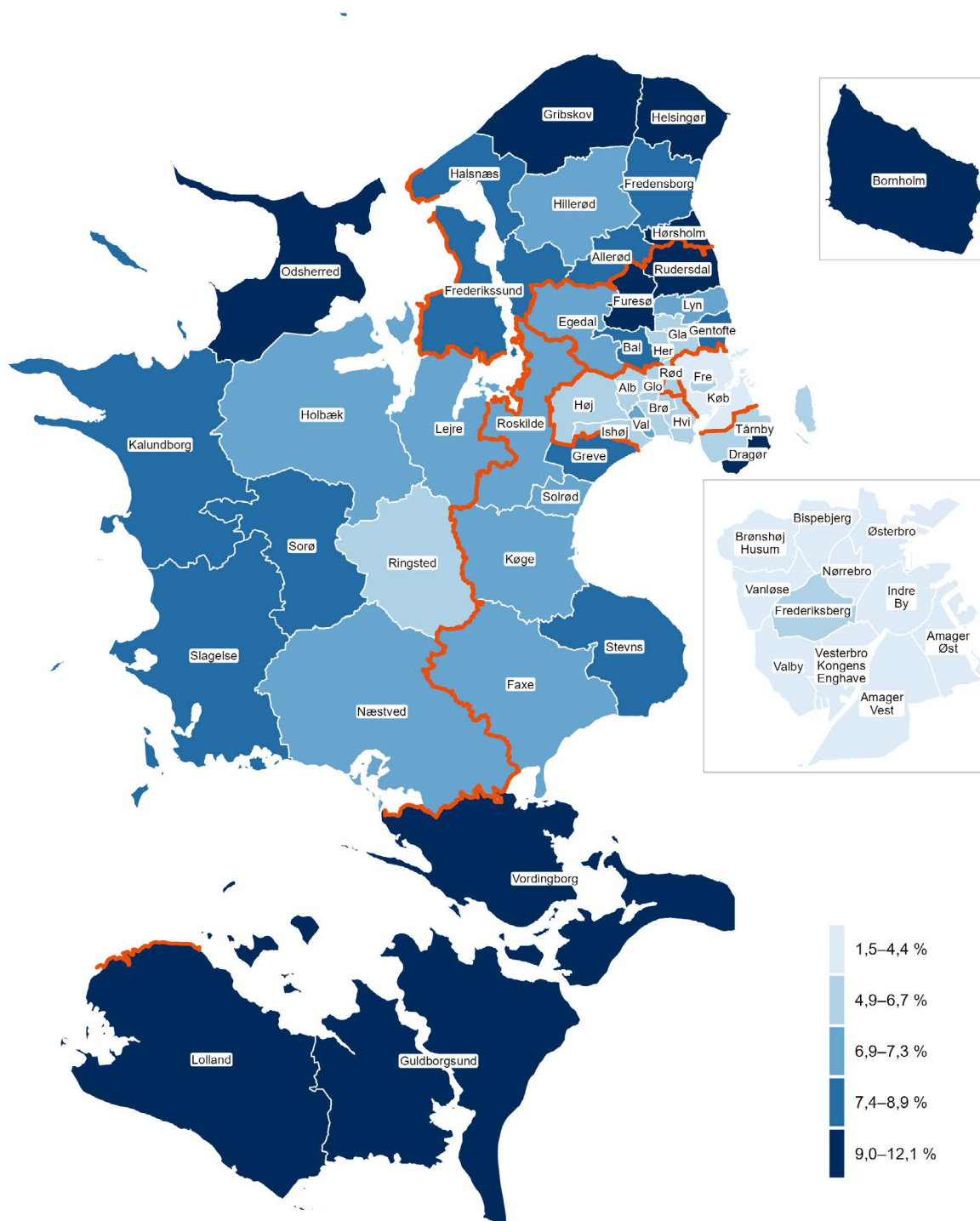
Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

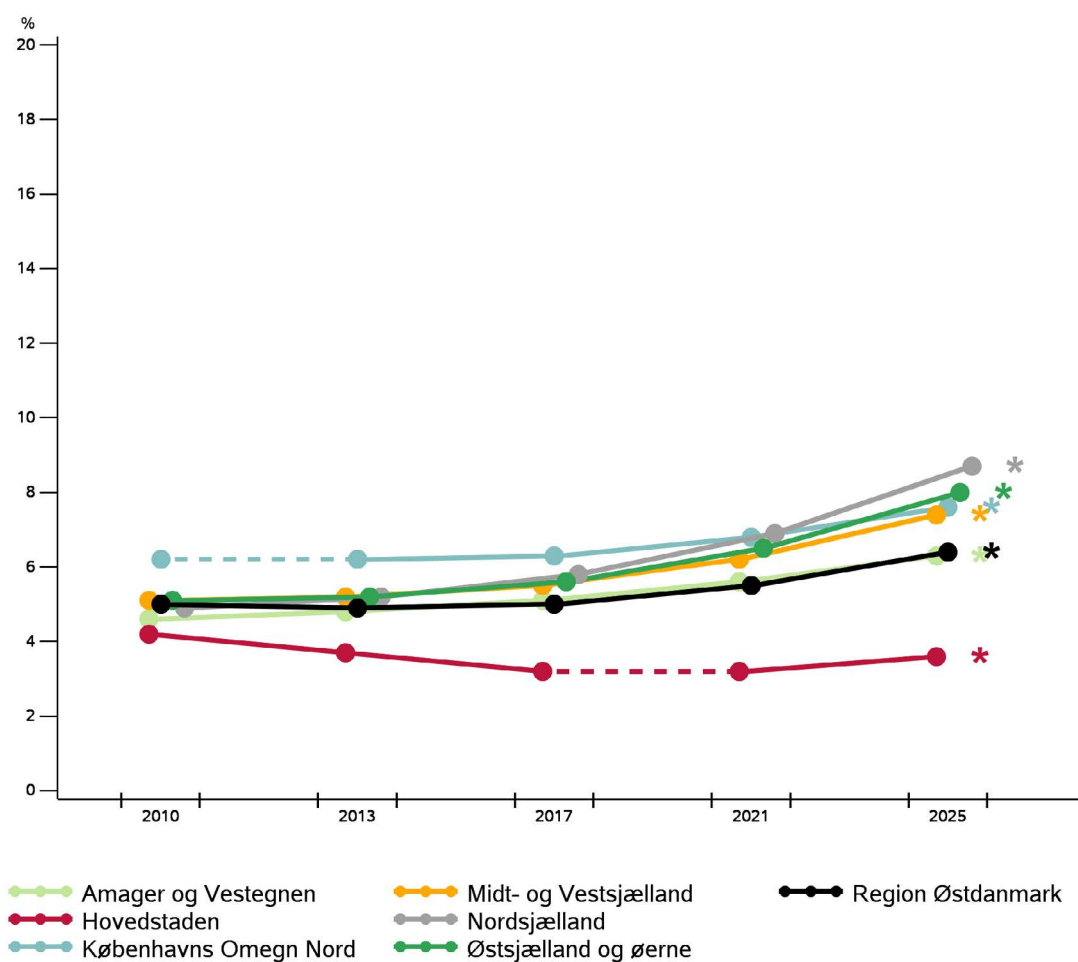
* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Kort 3.2 Andel 80+ årige i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 3.2 Andel 80+ årige i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Etnisk baggrund i Region Østdanmark

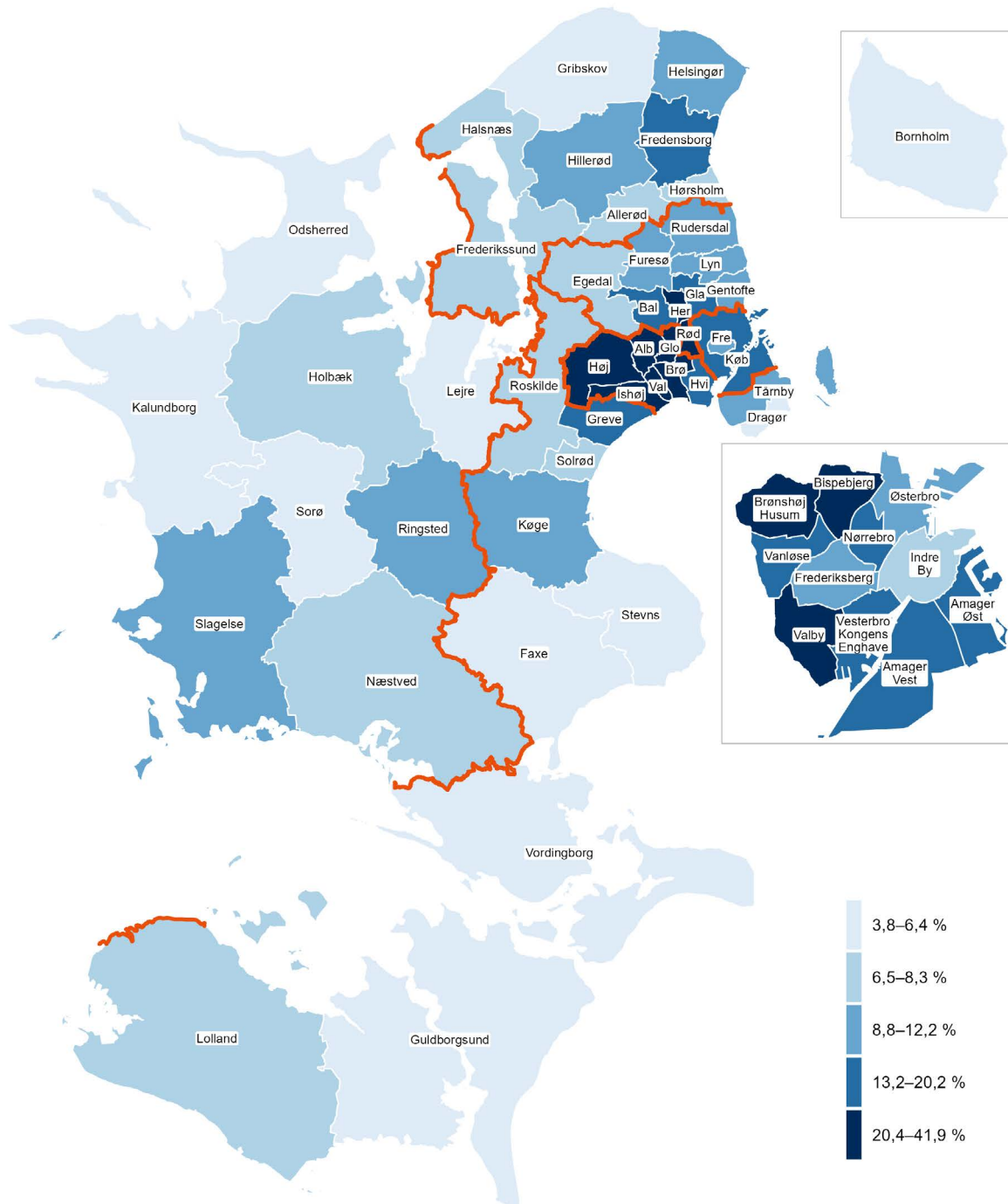
Oplysninger om borgernes etniske baggrund er baseret på data fra registret IEPE på Danmarks Statistik, hvor variablen IELAND (oprindelsesland) er anvendt. I de øvrige kapitler er dette suppleret med etnisk oprindelse baseret på CPR-registerdata, for nogle få (<10) personer, hvor oplysning om IELAND ikke findes. Etnisk baggrund opdeles i rapporten i følgende tre kategorier: 1. Dansk baggrund: Danmark, Færøerne og Grønland; 2. Anden vestlig baggrund: De 26 øvrige EU-lande samt Andorra, Australien, Canada, Island, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, USA og Vatikanstaten; og 3. Ikke-vestlig baggrund: Alle øvrige lande. Bemærk, at datagrundlaget er anderledes end i sundhedsprofilen for Region Sjælland. Der er dog fundet stor overensstemmelse mellem resultaterne af de to opgørelsesmetoder. I det følgende vises fordelingen og udviklingen over tid i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund.

Ikke-vestlig baggrund

Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund varierer i høj grad på tværs af regionen fra 3,8 % i Bornholms Regionskommune til 41,9 % i Ishøj Kommune, hvor andelen således er over 10 gange så stor (Kort 3.3). Der ses desuden generelt en tendens til, at de største andele findes i kommuner på den københavnske vestegn og nogle af de københavnske bydele, mens de mindste andele findes i de sydlige og vestlige kommuner i regionen. Der ses også variation i andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund på tværs af de seks sundhedsråd (Figur 3.3). Andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund er markant større i Sundhedsråd Amager og Vestegnen (25,3 %) end i de øvrige sundhedsråd, mens den mindste andel ses i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland (7,5 %).

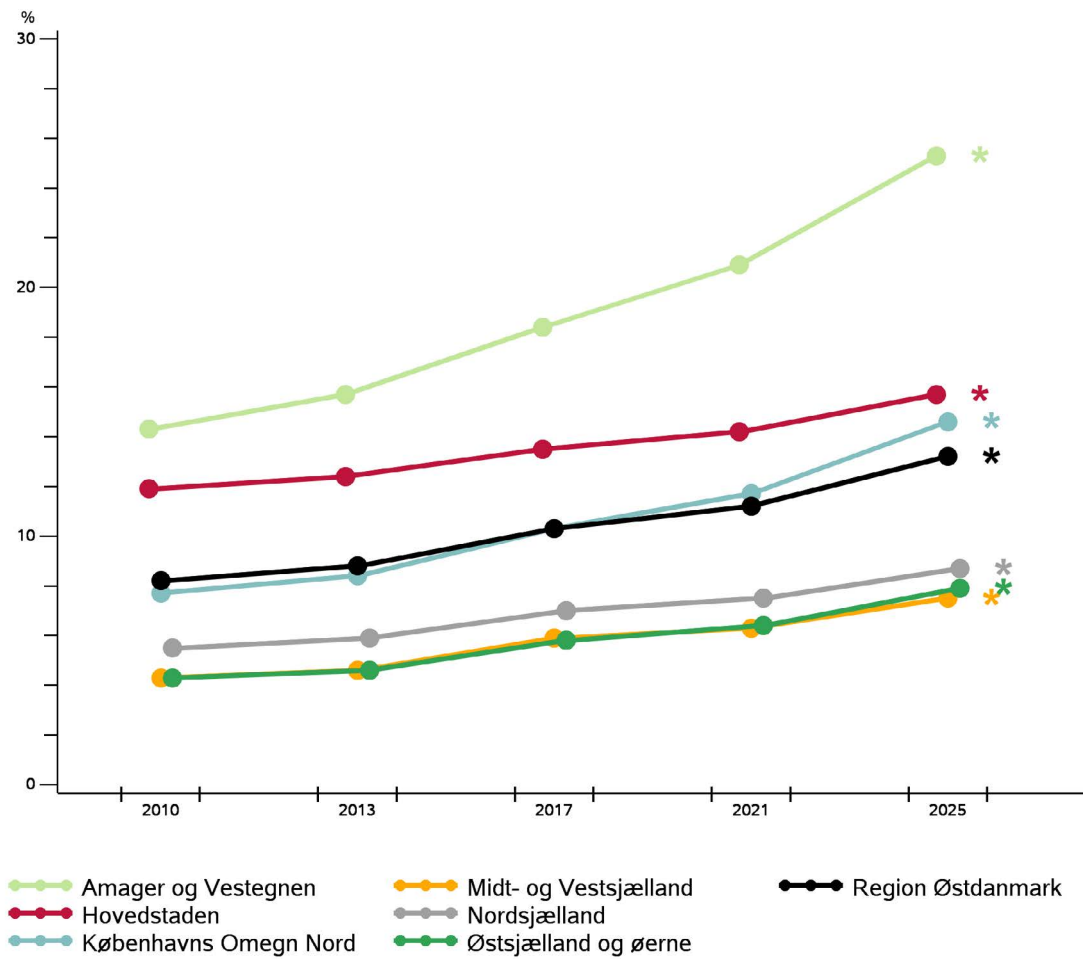
I Region Østdanmark er andelen af borgere med ikke-vestlig baggrund steget gradvist fra 8,2 % i 2010 til 13,2 % i 2025 (Figur 3.3). I samtlige sundhedsråd ses ligeledes en gradvis stigning i andelen siden 2010. Særligt i Sundhedsråd Amager og Vestegnen er der sket markante stigninger over tid, men også Sundhedsråd Københavns Omegn Nord skiller sig ud med mere markante stigninger, især siden 2021. Dette har medført, at forskellene i andelen med ikke-vestlig baggrund – særligt mellem Sundhedsråd Amager og Vestegnen og de øvrige sundhedsråd – er blevet større over tid.

Kort 3.3 Andel med ikke-vestlig baggrund i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 3.3 Andel med ikke-vestlig baggrund i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Uddannelse i Region Østjylland

Klassificering af borgernes uddannelsesniveau er i denne rapport baseret på data fra registret UDDA på Danmarks Statistik, hvor variablen HFAUDD (højeste fuldførte uddannelse) er anvendt. Uddannelsesoplysningerne er baseret på data fra kalenderåret før det pågældende undersøgelsesår. Da formålet er at belyse betydningen af borgernes uddannelsesniveau for deres trivsel, sundhed og sygdom, er opgørelserne baseret på personer på 25+ år, som ikke er under uddannelse. Dvs. borgere på 16-24 år og borgere under uddannelse tages ikke med. Denne aldersafgrænsning benyttes, da størstedelen af personer over 25 år forventes at have opnået deres højeste uddannelsesniveau, med mindre de fortsat er under uddannelse. Personer, som er under uddannelse, indgår i erhvervstilknytningsgruppen 'Under uddannelse' (se afsnit om 'Erhvervstilknytning i Region Østjylland'). Bemærk, at opgørelsesmetoden og inddelingen er anderledes end i de respektive sundhedsprofiler for Region Sjælland og Region Hovedstaden (6,7).

Uddannelse er i rapportens tabeller opdelt i seks kategorier (som i Tabel 3.1). Kategorierne er fremkommet ved at benytte inddeling baseret på DISCED-15, uddannelsesniveau for afsluttede uddannelser. En nærmere beskrivelse kan findes på Danmarks Statistiks hjemmeside (8). I det følgende vises fordelingen og udviklingen over tid i andelen af borgere med hhv. grundskole og lang videregående uddannelse som højeste fuldførte uddannelse.

Grundskole

Andelen af borgere med grundskole som højeste fuldførte uddannelse varierer betydeligt på tværs af regionen fra 7,8 % i den københavnske bydel Indre By til 32,5 % i Lolland Kommune, hvor andelen således er mere end fire gange så stor (Kort 3.4). Der ses generelt en tendens til, at de største andele findes i kommunerne længst væk fra København samt kommuner på den københavnske vestegn, mens de mindste andele ses i flere af de københavnske bydele samt kommunerne lige nord for København. Der ses også variation på tværs af de seks sundhedsråd, hvor andelen af borgere med grundskole som højeste fuldførte uddannelse varierer fra 13,0 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 23,6 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland (Figur 3.4).

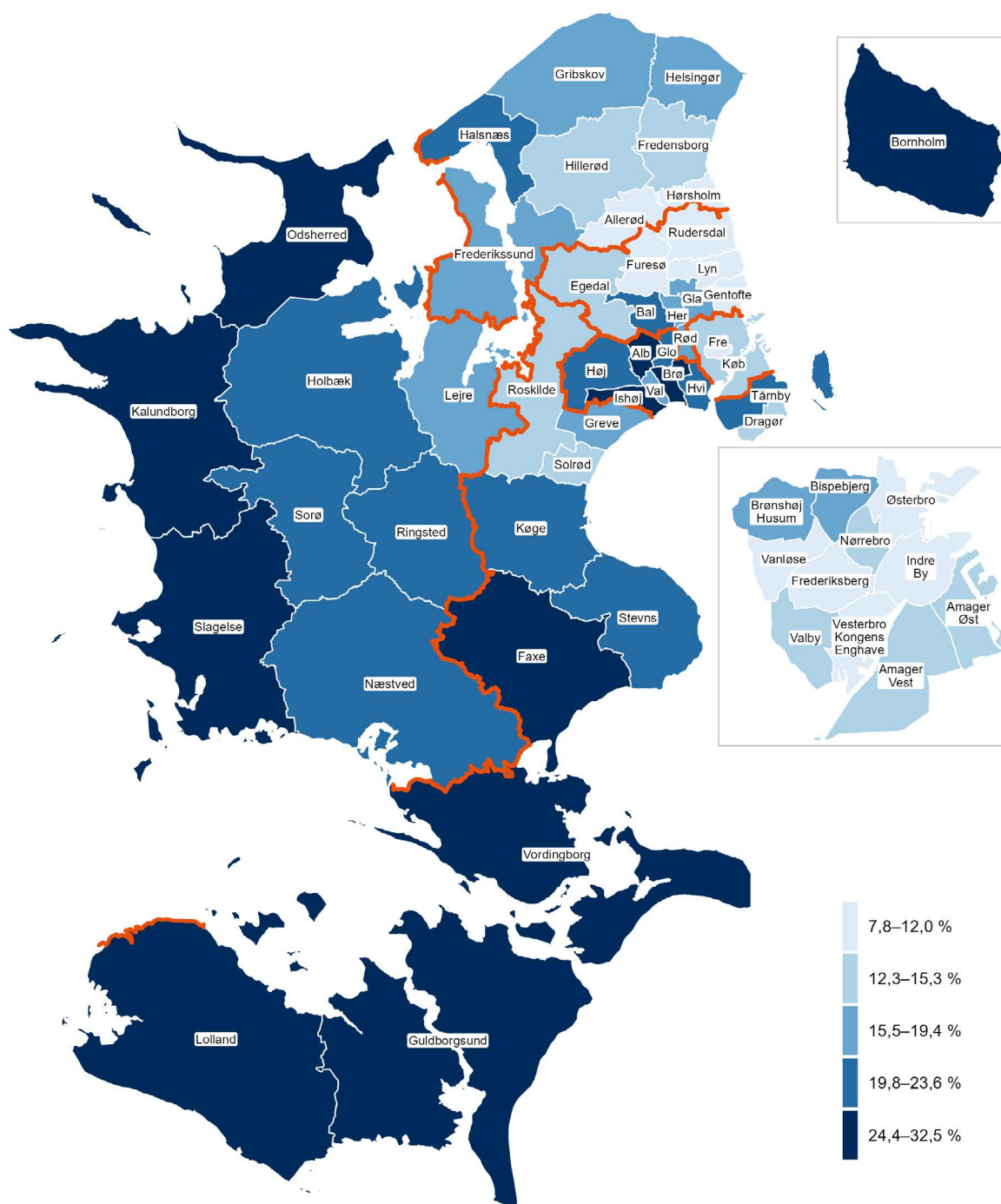
I Region Østjylland er andelen af borgere med grundskole som højeste fuldførte uddannelse gradvist faldet fra 25,8 % i 2010 til 17,6 % i 2025 (Figur 3.4). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd.

Lang videregående uddannelse

Andelen af borgere med lang videregående uddannelse varierer i meget høj grad på tværs af regionen fra 3,3 % i Lolland Kommune til 40,9 % i den københavnske bydel Indre By, hvor andelen således er mere end 12 gange så stor (Kort 3.5). Der ses generelt en tendens til, at de største andele findes i de københavnske bydele og i kommunerne lige nord for København, mens de mindste andele ses i kommunerne længst væk fra København. Der ses også stor variation på tværs af de seks sundhedsråd, hvor andelen af borgere med lang videregående uddannelse varierer fra 7,2 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland til 32,1 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Figur 3.5).

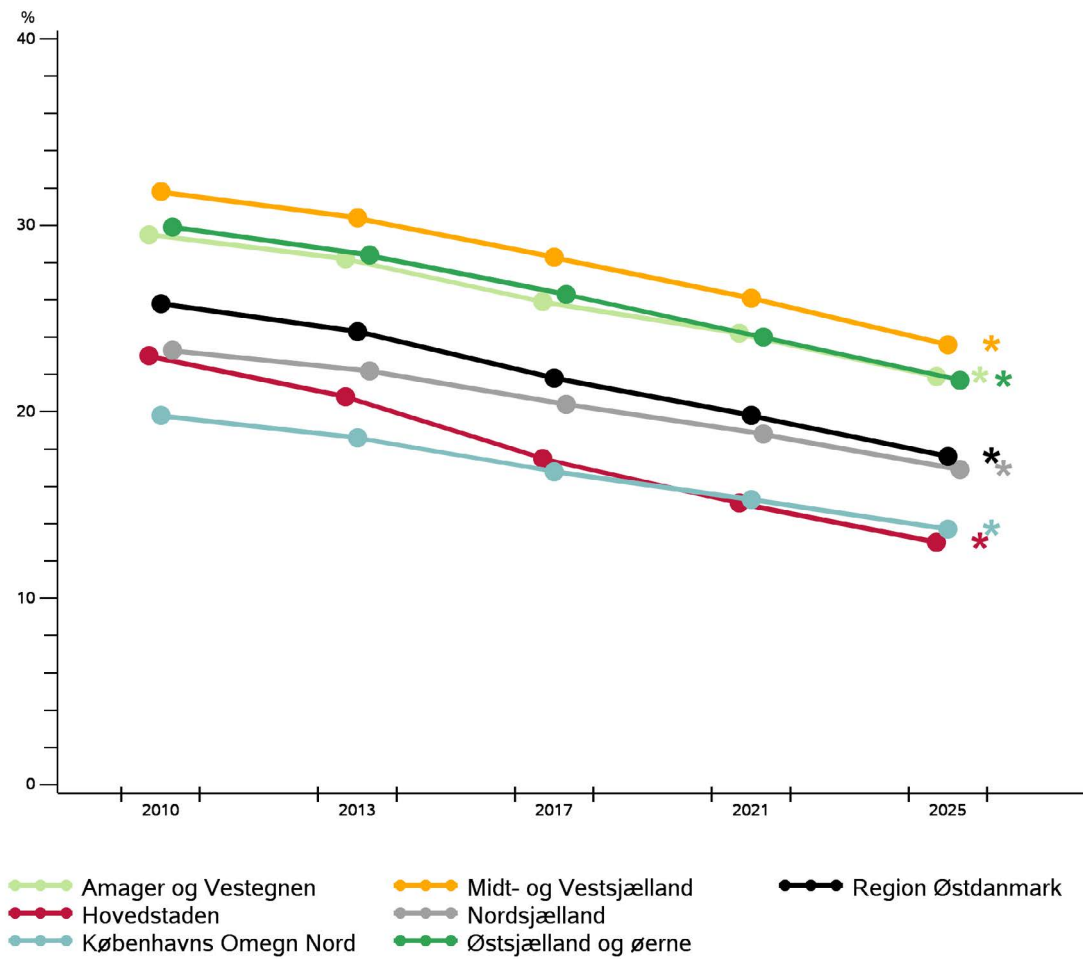
I Region Østjylland er andelen af borgere med lang videregående uddannelse gradvist steget fra 10,9 % i 2010 til 19,1 % i 2025 (Figur 3.5). Der ses ligeledes en gradvis stigning over tid i samtlige sundhedsråd. Stigningen er dog mest udtalt i områder med en i forvejen stor andel, herunder Sundhedsråd Hovedstaden, hvilket har medført, at forskellene mellem sundhedsrådene er blevet større over tid.

Kort 3.4 Andel med grundskoleuddannelse i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd. Opgørelserne er baseret på personer på 25+ år, som ikke er under uddannelse.

Figur 3.4 Andel med grundskoleuddannelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

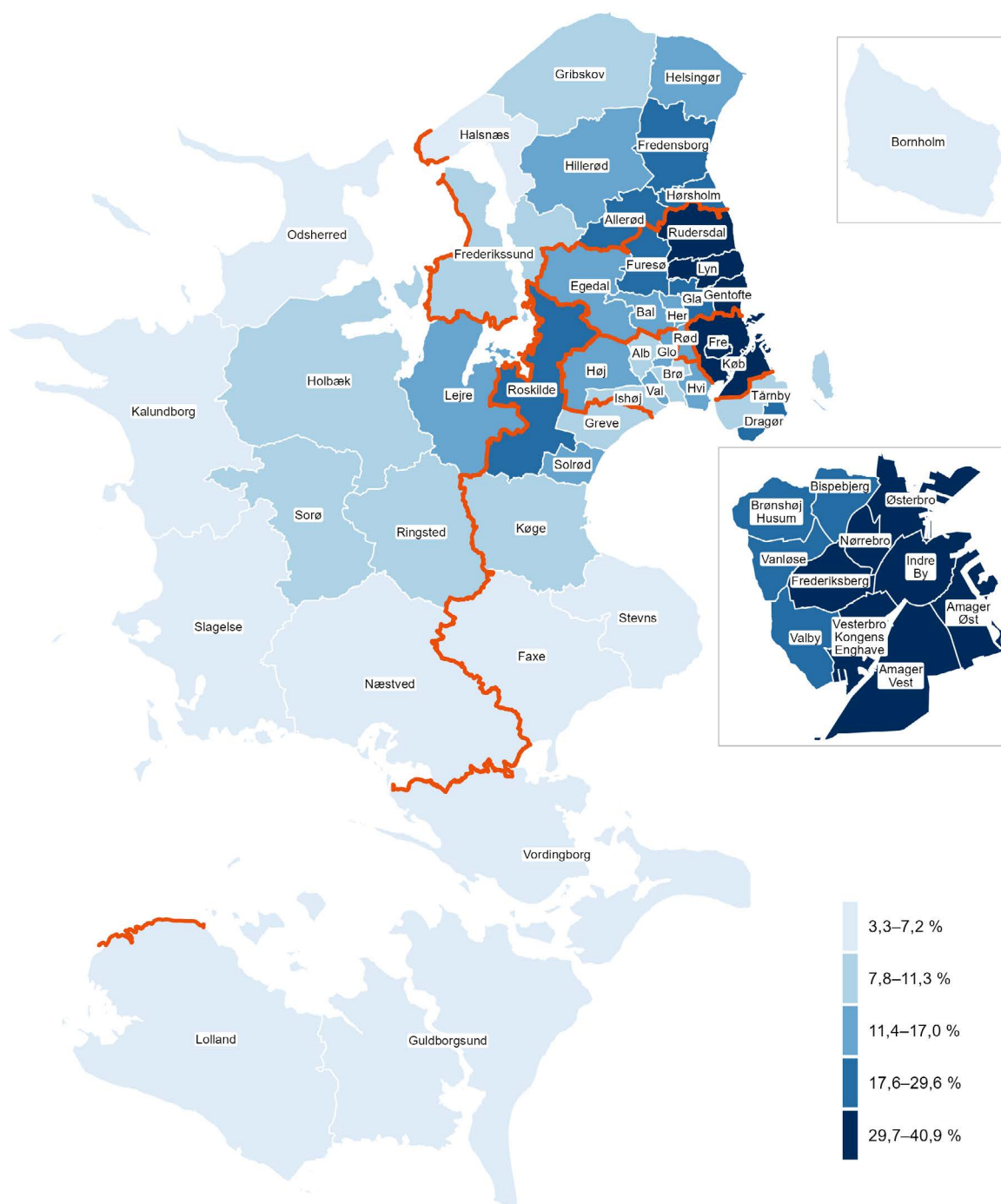
Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

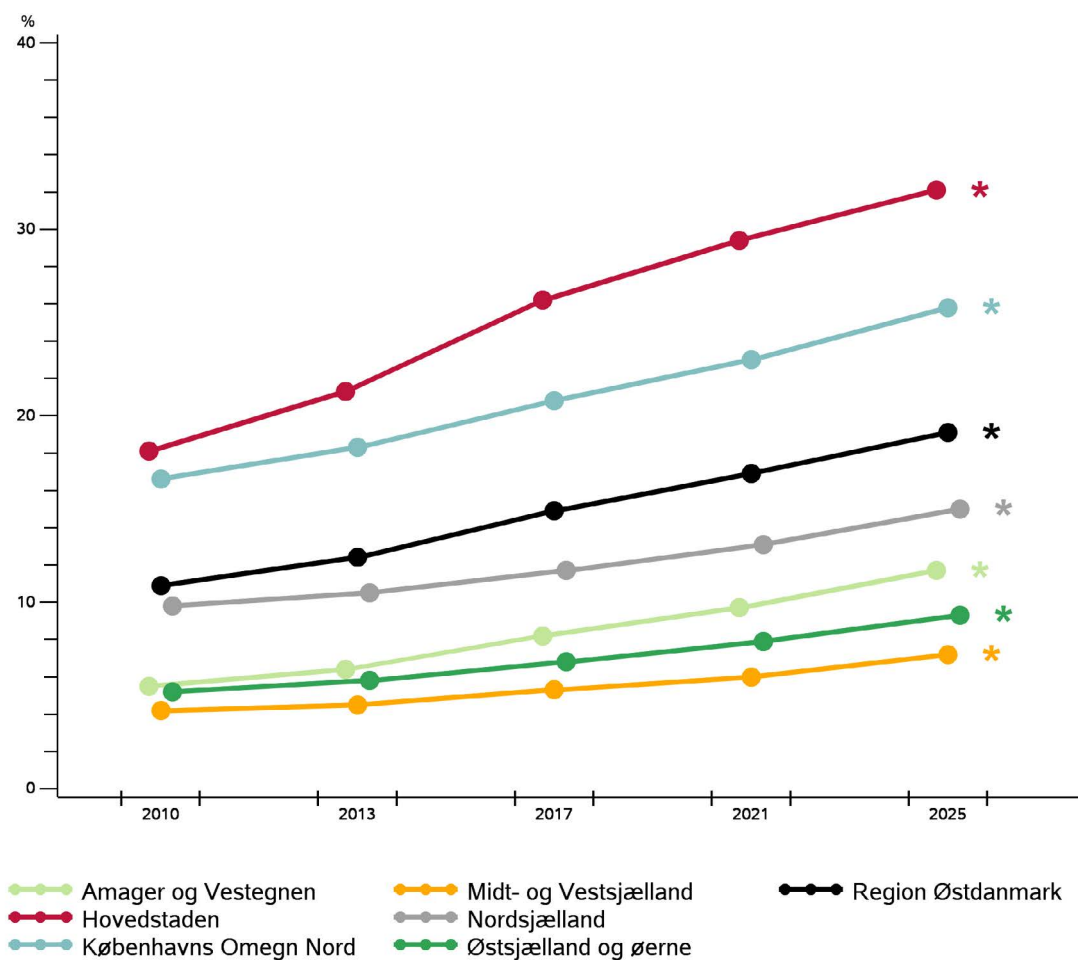
Opgørelserne er baseret på personer på 25+ år, som ikke er under uddannelse.

Kort 3.5 Andel med lang videregående uddannelse i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd
Opgørelserne er baseret på personer på 25+ år, som ikke er under uddannelse.

Figur 3.5 Andel med lang videregående uddannelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Opgørelserne baseret på personer på 25+ år, som ikke er under uddannelse.

Erhvervstilknytning i Region Østdanmark

Oplysninger om borgernes erhvervstilknytning er baseret på data fra registret IND på Danmarks Statistik, hvor variablen PRE-SOCIO (socioøkonomisk klassifikation) er anvendt. Oplysningerne er baseret på data fra kalenderåret før det pågældende undersøgelsesår.

Erhvervstilknytning er i rapportens tabeller opdelt i seks kategorier (som i Tabel 3.1): 1. under uddannelse (personer, der har påbegyndt en uddannelse inden for de seneste seks år, som endnu ikke er afsluttet), 2. i beskæftigelse (selvstændige med eller uden ansatte, medarbejdende ægtefæller og lønmodtagere), 3. arbejdsløs (personer, der har været arbejdsløse mindst halvdelen af året), 4. førtidspensionister, 5. øvrige ikke-erhvervsaktive (modtagere af dagpenge, herunder sygedagpenge og barselsdagpenge, personer på orlov, kontanthjælpsmodtagere samt borgere på revalideringsydelse), og 6. pensionister (folkepensionister og efterlønsmodtagere). En nærmere beskrivelse af erhvervstilknytning kan findes på Danmarks Statistiks hjemmeside (9). I dette afsnit vises fordelingen af hhv. borgere i beskæftigelse og borgere i den erhvervsaktive alder, som ikke er i beskæftigelse (dvs. arbejdsløse, førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive i alderen 16-66 år) samt udviklingen over tid i disse. Afgrænsningen af den erhvervsaktive alder er ændret fra 16-64 år i 2021 og tidligere undersøgelsesår til 16-66 år i 2025 som følge af den hævede pensionsalder. Bemærk, at opgørelsesmetoden og inddelingen er anderledes end i de respektive sundhedsprofiler for Region Sjælland og Region Hovedstaden (6,7).

I beskæftigelse

Andelen af borgere i beskæftigelse varierer på tværs af regionen fra 44,1 % i Lolland Kommune til 69,9 % i den københavnske bydel Vesterbro/Kongens Enghave (Kort 3.6). Der ses generelt en tendens til, at de største andele findes i og omkring København, mens de mindste andele ses i kommunerne længst væk fra København. Der ses også variation på tværs af de seks sundhedsråd, hvor andelen af borgere i beskæftigelse varierer fra 55,3 % i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne til 63,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden (Figur 3.6).

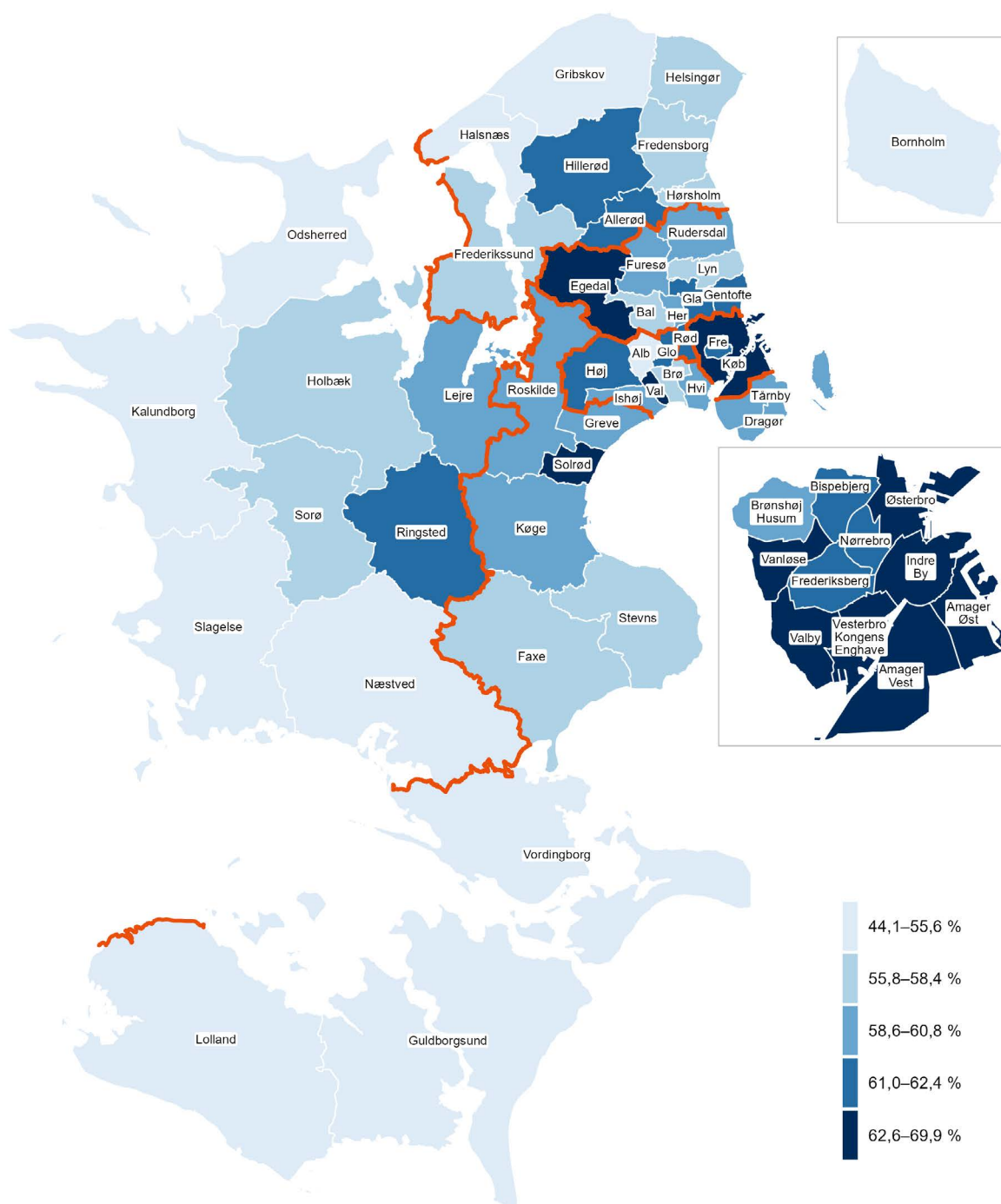
I Region Østdanmark er andelen af borgere i beskæftigelse faldet fra 58,7 % i 2010 til 55,7 % i 2013, hvorefter der er sket en gradvis stigning til 56,4 % i 2021 og herefter en større stigning til 59,3 % i 2025 (Figur 3.6). Der ses det samme overordnede udviklingsmønster i hvert af de seks sundhedsråd med et fald fra 2010 til 2013 og en stigning fra 2021 til 2025. Det er dog kun i sundhedsrådene Hovedstaden samt Amager og Vestegnen, at stigningen siden 2013 har medført, at andelen i 2025 er større end i 2010. Samtidig er forskellene mellem sundhedsrådene blevet større siden 2010 og 2013. Især Sundhedsråd Hovedstaden skiller sig ud ved at være gået fra at have én af de mindste andele i 2010 til at have den klart største andel i 2025.

Ikke i beskæftigelse

Andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som ikke er i beskæftigelse, varierer på tværs af regionen fra 5,9 % i den københavnske bydel Indre By til 28,0 % i Lolland Kommune, hvor andelen således er mere end fire gange så stor (Kort 3.7). Der ses generelt en tendens til, at de største andele findes i kommunerne længst væk fra København, mens de mindste andele ses i flere af de københavnske bydele og i kommunerne lige nord for København. Der ses også variation på tværs af de seks sundhedsråd, hvor andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som ikke er i beskæftigelse, varierer fra 9,9 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 16,8 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland (Figur 3.7).

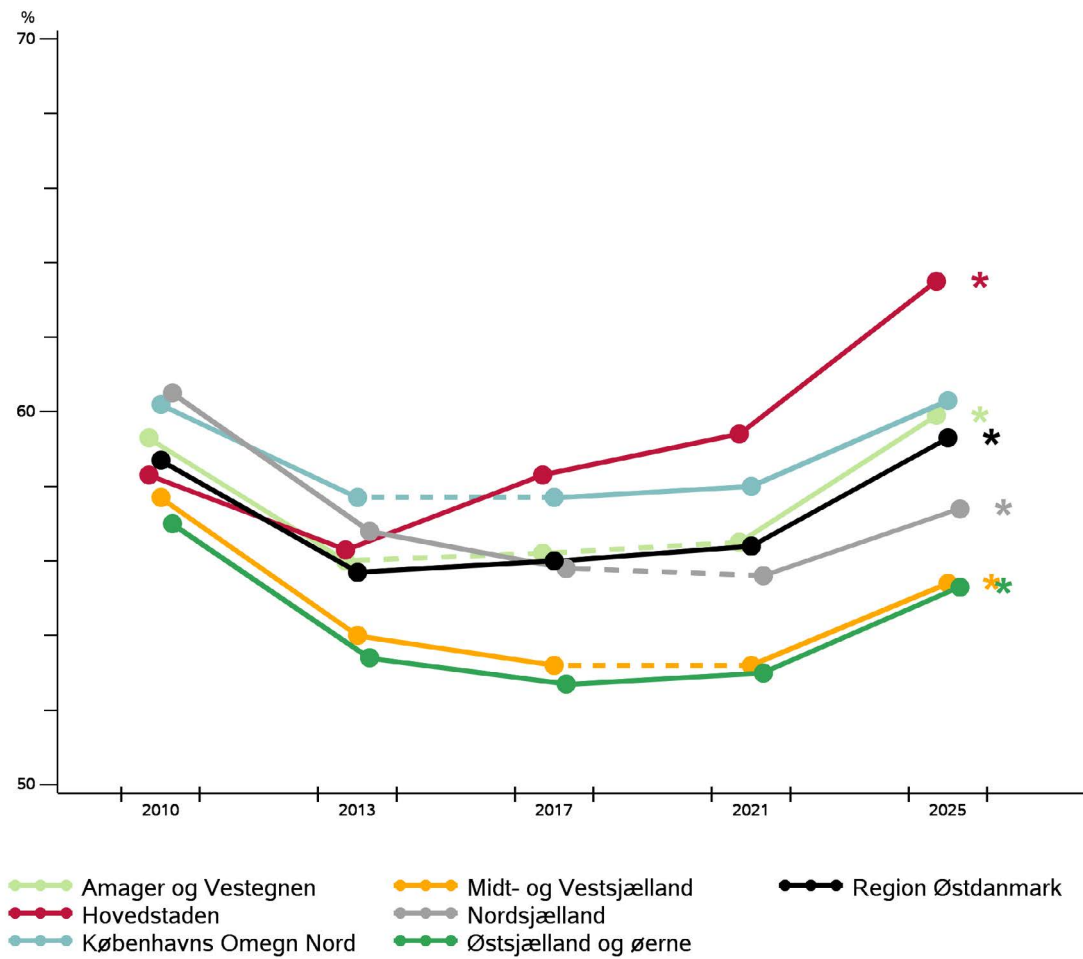
I Region Østdanmark er der sket mindre stigninger og fald i andelen af borgere i den erhvervsaktive alder, som ikke er i beskæftigelse, i perioden 2010 til 2025 (Figur 3.7). Andelen i 2025 (12,5 %) er således på omtrent samme niveau som i 2010 (12,7 %). Der ses generelt det samme udviklingsmønster med mindre stigninger og fald mellem årene i de seks sundhedsråd. Sundhedsråd Hovedstaden adskiller sig imidlertid ved, at andelen samlet set er faldet markant fra 2010 til 2025. Samtidig er dette sundhedsråd gået fra at have den næststørste andel i 2010 til at have den næstmindste i 2025.

Kort 3.6 Andel i beskæftigelse i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd
Den erhvervsaktive alder omfatter borgere på 16-66 år i 2025.

Figur 3.6 Andel i beskæftigelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid

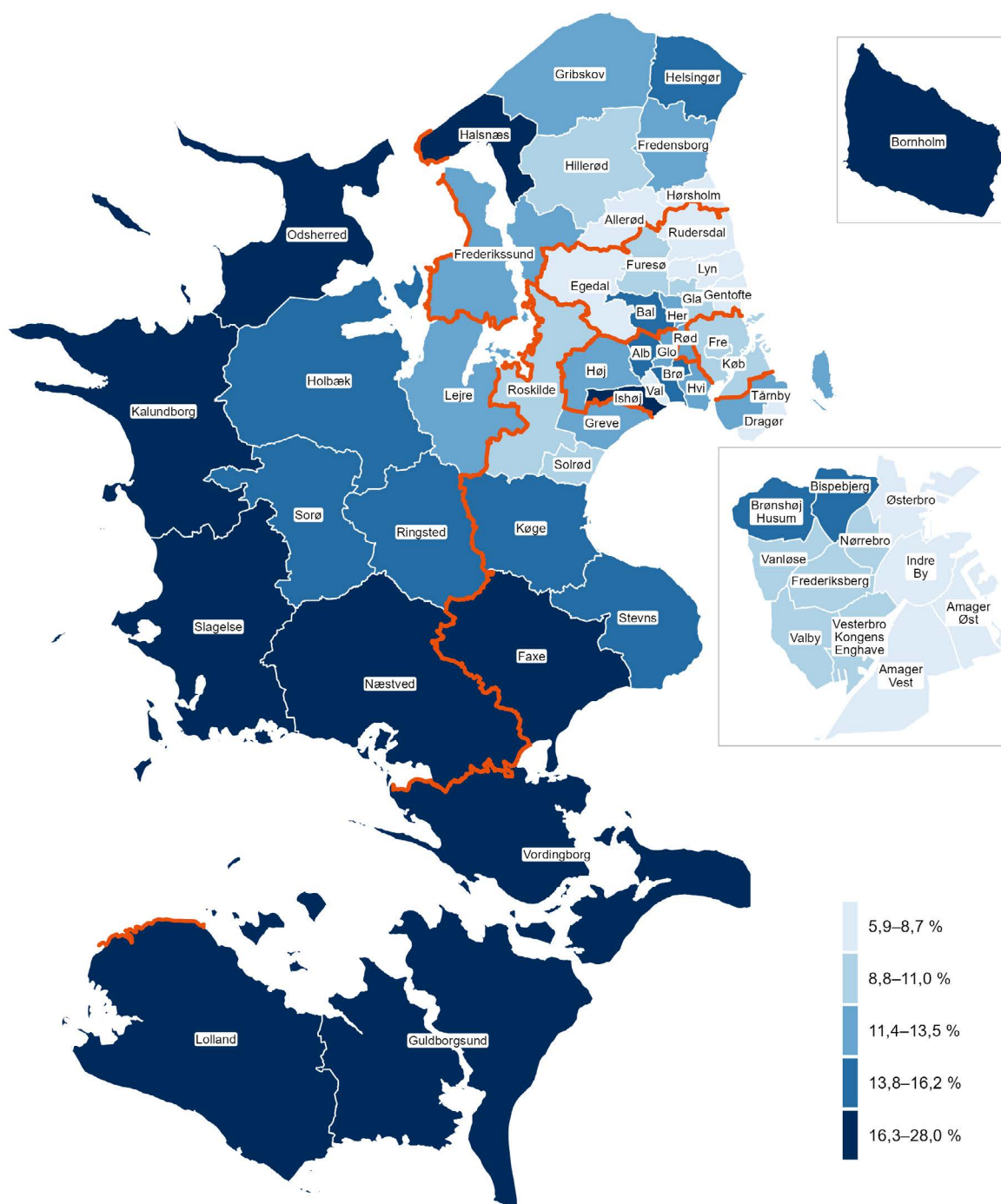


Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

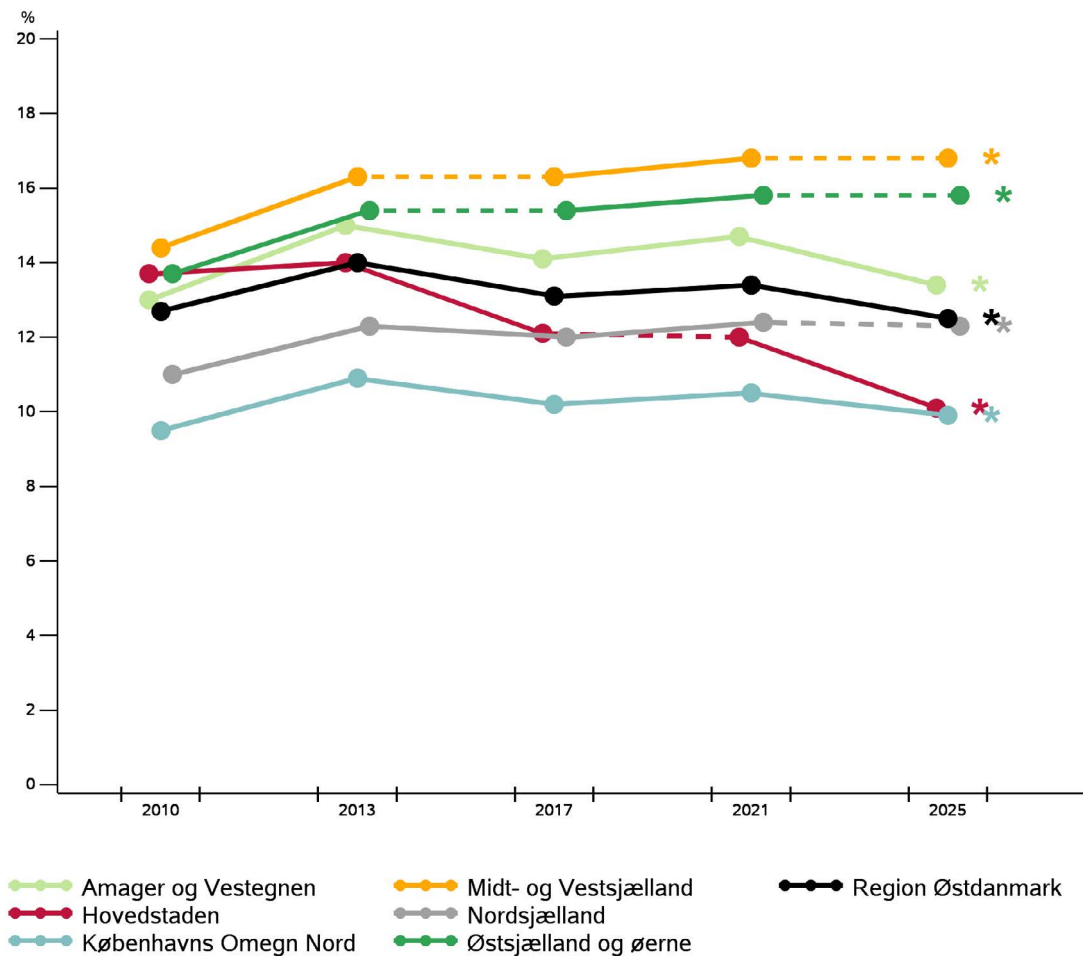
* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Kort 3.7 Andel ikke i beskæftigelse i den erhvervsaktive alder i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd
Den erhvervsaktive alder omfatter borgere på 16-66 år i 2025.

Figur 3.7 Andel ikke i beskæftigelse i den erhvervsaktive alder i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Den erhvervsaktive alder omfatter borgere på hhv. 16-66 år i 2025 og 16-64 år i tidligere undersøgelsesår.

Kommunesocialgrupper i Region Østdanmark

Kommunerne i Region Østdanmark og de københavnske bydele inddeles i rapporten i såkaldte kommunesocialgrupper på baggrund af tre socioøkonomiske parametre. Dette gøres for at tydeliggøre de socioøkonomiske forskelle, der er på tværs af regionens kommuner og bydele, som kan have betydning for borgernes trivsel, sundhed og sygdom. Inddelingen kan med andre ord bidrage til at belyse den sociale ulighed. Inddelingen giver desuden den enkelte kommune mulighed for at sammenligne sig med andre kommuner og bydele med en lignende socioøkonomisk profil.

Inddeling i kommunesocialgrupper har også været brugt i de respektive sundhedsprofiler for Region Sjælland og Region Hovedstaden (6,7), men i forbindelse med denne rapport er der udviklet en ny metode til at inddele de i alt 46 kommuner og 10 københavnske bydele.

Kommunerne og de københavnske bydele er i rapporten inddelt i seks kommunesocialgrupper på baggrund af følgende tre socioøkonomiske parametre for befolkningen i 2025:

- Andelen af 25+ årige med grundskole som højeste fuldførte uddannelse
- Andelen af 16-66-årige, som er uden for arbejdsmarkedet, dvs. som enten er:
 - Arbejdsløse
 - Førtidspensionister
 - Øvrige ikke-erhvervsaktive (i den erhvervsaktive alder)
- Gennemsnitlig ækvivaleret disponibel husstandsindkomst blandt 18+ årige

Andelen med grundskole som højeste fuldførte uddannelse er ligesom uddannelse i rapportens tabeller baseret på data fra registret UDDA på Danmarks Statistik og variabelen HAFUDD (se afsnit om 'Uddannelse i Region Østdanmark'), men til dette formål indgår 25+ årige borgere under uddannelse med deres nuværende højeste fuldførte uddannelse.

Andelen af 16-66-årige uden for arbejdsmarkedet er ligesom erhvervstilknytning i rapportens tabeller baseret på data fra registret IND på Danmarks Statistik og variabelen PRE-SOCIO (se afsnit om 'Erhvervstilknytning i Region Østdanmark').

Gennemsnitlig ækvivaleret disponibel husstandsindkomst er baseret på registret IND på Danmarks Statistik og variabelen AEKVIVADISP_13 (10). At husstandsindkomsten er ækvivaleret og disponibel betyder blandt andet, at der tages højde for, om husstanden består af én eller to voksne (da nogle udgifter kan deles mellem to voksne) samt antallet af hjemmeboende børn under 15 år.

For hver af de tre parametre blev kommunerne og de 10 københavnske bydele rangeret og tildelt 1-56 point. Pointene fra de tre rangeringer blev herefter lagt sammen (3-168 point) og benyttet til at danne seks grupper med 9-10 kommuner/bydele i hver gruppe. Kommunesocialgruppe 1 (de 9 kommuner/bydele med den laveste samlede sum af point) indeholder de kommuner og bydele, hvis borgere er socioøkonomisk bedst stillet, mens kommunesocialgruppe 6 (de 9 kommuner med den højeste samlede sum af point) indeholder de kommuner, hvis borgere er socioøkonomisk dårligst stillet.

Tabel 3.2 viser for hver kommune/bydel fordelingen af point på hver af de tre parametre, den samlede sum af point og den tildelte kommunesocialgruppe. Inden for hver kommunesocialgruppe er kommuner og bydele vist i alfabetisk orden. Generelt omfatter kommunesocialgruppe 1 og 2 de københavnske bydele, Frederiksberg Kommune og kommuner nord for København, men også Dragør, Roskilde og Solrød kommuner. Kommunesocialgruppe 6 består derimod især af kommuner i den sydlige og vestlige del af regionen, et par kommuner på den københavnske vestegn (Brøndby og Ishøj kommuner) samt Bornholms Regionskommune.

Tabel 3.2 Inddeling af kommunerne og de københavnske bydele i Region Østjylland i kommunesocialgrupper efter borgernes uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst (listet alfabetisk inden for hver gruppe)

Kommuner/bydele	Grundskole-uddannelse	Uden for arbejdsmarkedet	Indkomst	Sum	Kommune-socialgruppe
Allerød	7	2	7	16	1
Dragør	19	4	5	28	1
Frederiksberg	6	14	11	31	1
Gentofte	2	3	1	6	1
Hørsholm	9	8	3	20	1
Kbh Indre By	1	1	8	10	1
Kbh Østerbro	3	5	14	22	1
Lyngby-Taarbæk	5	7	4	16	1
Rudersdal	4	6	2	12	1
Egedal	18	9	13	40	2
Fredensborg	22	24	9	55	2
Furesø	14	16	6	36	2
Hillerød	17	20	15	52	2
Kbh Amager Vest	12	11	34	57	2
Kbh Vanløse	10	17	25	52	2
Kbh Vesterbro/ Kongens Enghave	8	13	27	48	2
Roskilde	20	23	12	55	2
Solrød	21	15	10	46	2
Gladsaxe	23	22	19	64	3
Greve	27	26	18	71	3
Gribskov	32	33	20	85	3
Helsingør	29	37	16	82	3
Kbh Amager Øst	15	12	38	65	3
Kbh Valby	16	19	43	78	3
København	13	18	31	62	3
Lejre	26	25	17	68	3
Tårnby	37	27	21	85	3
Vallensbæk	25	10	23	58	3

Tabel 3.2 (fortsat) Inddeling af kommunerne og de københavnske bydele i Region Østdanmark i kommunesocialgrupper efter borgernes uddannelsesniveau, arbejdsmarkedstilknytning og indkomst (listet alfabetisk inden for hver gruppe)

Kommuner/bydele	Grundskole-uddannelse	Uden for arbejdsmarkedet	Indkomst	Sum	Kommune-socialgruppe
Ballerup	35	36	30	101	4
Frederikssund	33	32	24	89	4
Glostrup	34	29	39	102	4
Herlev	30	30	26	86	4
Hvidovre	36	31	33	100	4
Kbh Nørrebro	11	21	55	87	4
Køge	38	35	22	95	4
Ringsted	39	38	35	112	4
Rødovre	31	28	36	95	4
Albertslund	48	41	51	138	5
Faxe	47	46	42	135	5
Halsnæs	44	48	40	132	5
Holbæk	41	43	29	113	5
Høje-Taastrup	42	34	44	120	5
Kbh Bispebjerg	24	39	56	119	5
Kbh Brønshøj-Husum	28	40	45	113	5
Næstved	45	47	41	133	5
Sorø	40	45	32	117	5
Stevns	43	42	28	113	5
Bornholm	50	53	52	155	6
Brøndby	51	44	50	145	6
Guldborgsund	52	54	49	155	6
Ishøj	55	49	53	157	6
Kalundborg	53	52	37	142	6
Lolland	56	56	54	166	6
Odsherred	54	55	48	157	6
Slagelse	49	50	46	145	6
Vordingborg	48	51	47	146	6

Referencer

1. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi – Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. København: Munksgaard; 2020.
2. Pedersen PV, Johansen KBH, Ekholm O, Juel K. Sundhed og trivsel i et kønsperspektiv. København: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.
3. Hempler NF, Jervelund SS, Ryom K, Fredsted S, Vinther-Jensen K. GPS: Veje til etnisk lighed i sundhed. København: Dansk Selskab for Folkesundhed; 2020. s. 1–39.
4. Sundhedsstyrelsen. Social ulighed i sundhed og sygdom – Udviklingen i Danmark i perioden 2013–2021. København: Sundhedsstyrelsen; 2025.
5. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Bekendtgørelse om sundhedsrådenes geografiske afgrænsning og faste observatører i sundhedsråd [Internet]. 2025. Tilgængelig hos: <https://www.retsinformation.dk/eli/lt/2025/1208>
6. Elsborg PJ, Eliassen MH, Andreasen AH, Toxværd CG, Virenfelt GM, Holflod JF, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd [Internet]. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil_2025_Web.pdf
7. Poulsen HS, Christiansen ASJ, Christensen BS, Boss S, Elmer TS, Hallund LC, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?« [Internet]. Region Sjælland, Koncern Digitalisering; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionsjaelland.dk/media/icmn5un4/sundhedsprofilen25_opt-a_2udgave-juli-2026-1.pdf
8. Danmarks Statistik. Uddannelsesklassifikation (DISCED-15), afsluttede uddannelser, v1:2026 [Internet]. [Henvist 23. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/nomenklaturer/disc15-audd>
9. Danmarks Statistik. PRE_SOCIO [Internet]. [Henvist 18. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/personindkomst/pre-socio>
10. Danmarks Statistik. AEKVIVADISP_13 [Internet]. [Henvist 24. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/personindkomst/aekvivadis-13>

4 Rygning og nikotinprodukter

- Omkring hver tiende borger i Region Østdanmark ryger dagligt i 2025, mens omkring 3 % dagligt bruger hhv. e-cigaretter/vapes og snus, nikotinposer eller lignende.
- Daglig rygning er særligt udbredt blandt de 35-64-årige og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Andelen, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, er størst blandt de 16-54-årige og borgere med ikke-vestlig baggrund. For dagligt brug af snus, nikotinposer eller lignende er andelen markant størst blandt mænd og de 16-24-årige.
- Der ses social ulighed i andelen af borgere, der dagligt hhv. ryger og bruger e-cigaretter/vapes. For eksempel er andelen ca. fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Modsat ses der ikke tendens til social ulighed i andelen af borgere, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, men der ses betydeligt større andele blandt borgere under uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i andelen, der dagligt hhv. ryger, bruger e-cigaretter/vapes og bruger snus, nikotinposer og lignende. Der ses generelt større andele, der ryger dagligt i den vestlige og sydlige del af regionen samt de største andele, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes i den sydlige del af regionen. Andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer og lignende, er generelt størst i København.
- Andelen af borgere, der ryger dagligt, er halveret fra 2010 til 2025 i Region Østdanmark, hvor der også ses et fald i andelen i samtlige af regionens sundhedsråd.
- Omvendt er der sket en stigning i daglig brug af hhv. e-cigaretter/vapes og snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmark samlet set, hvor samme udvikling ses i størstedelen af regionens sundhedsråd.

Rygning og brug af nikotinprodukter udgør fortsat en væsentlig folkesundhedsudfordring (1). Rygning er en af de vigtigste forebyggelige årsager til sygdom og tidlig død og er forbundet med øget risiko for blandt andet kræft, hjerte-kar-sygdomme og kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) (1). Samtidig er brugen af andre nikotinprodukter, herunder e-cigaretter/vapes og nikotinposer, blevet mere udbredt i de senere år særligt blandt unge (2). Nikotin er stærkt afhængighedsskabende og kan have skadelige konsekvenser for børn og unges udvikling og sundhed (2).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 10,5 % af den voksne befolkning i Danmark ryger dagligt i 2025, mens 3,5 % bruger e-cigaretter/vapes dagligt og 2,7 % dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende (3). Denne undersøgelse viser også, at Region Sjælland har den højeste forekomst af daglig rygning (12,2 %) og daglig brug af e-cigaretter/vapes (4,7 %) i hele landet, mens Region Hovedstaden har den højeste forekomst af brug af snus, nikotinposer eller lignende (3,2 %).

Brug af tobaks- og nikotinprodukter påvirkes af en række individuelle, sociale og samfundsmæssige forhold, herunder normer, tilgængelighed og markedsføring, og mange begynder at bruge produkterne i ungdomsårene (4). Tobaks- og nikotinbrug kan medføre afhængighed og betydelige helbreds-mæssige konsekvenser for den enkelte samt store omkostninger for samfundet i form af bl.a. øget sygelighed og brug af sundhedsvæsenet (5). Forebyggelse af tobaks- og nikotinbrug er derfor fortsat et vigtigt fokusområde og omfatter bl.a. indsatser, der skal forebygge, at især børn og unge begynder at bruge produkterne, og indsatser, der understøtter ryge- og nikotinstop (6).

Daglig rygning i Region Østjylland

I spørgeskemaet er borgerne blevet bedt om at svare på, hvor ofte de ryger cigaretter, cerutter, cigarer eller pibetobak. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som har angivet, at de dagligt ryger ét af disse tobaksprodukter, hvilket betegnes som 'daglig rygning'.

I Region Østjylland ryger 10,6 % af borgerne dagligt, hvilket svarer til 246.900 borgere (Tabel 4.1).

Køn og alder

Andelen af borgere, der ryger dagligt, er større blandt mænd (11,9 %) end blandt kvinder (9,4 %). For alder ses det, at andelen er større end i regionen som helhed blandt de 35-44-årige (11,9-13,3 %) og mindre blandt de 16-24-årige (4,6 %) og de 80+ årige borgere (5,7 %).

Etnisk baggrund

Andelen, der ryger dagligt, er større end i regionen som helhed blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (14,3 %) og mindre blandt borgere med dansk baggrund (10,2 %). Der ses ikke forskel i andelen blandt borgere med anden vestlig baggrund og regionen som helhed på trods af, at andelen synes mindre end blandt borgere med dansk baggrund. Dette kan dog forklares af en større usikkerhed pga. færre besvarelser fra borgere med anden vestlig baggrund.

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen, der ryger dagligt, falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er således omkring fem gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse (19,7 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (3,6 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen, der ryger dagligt, større blandt borgere med grundskole, gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse og mindre blandt borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknnytning

Det ses, at andelen, der ryger dagligt, er størst blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder, hvor mellem hver fjerde og femte borger ryger dagligt. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen således større blandt arbejdsløse borgere (20,7 %), førtidspensionister (24,0 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (26,5 %), mens andelen er mindre blandt pensionister (9,0 %) og borgere under uddannelse (3,8 %).

Kommunesocialgrupper

Generelt ses en tendens til, at andelen af borgere, der ryger dagligt, stiger med stigende kommunesocialgruppe, dvs. at andelen generelt er større blandt de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet andelen er mere end dobbelt så stor i kommunesocialgruppe 6 (14,8 %) som i kommunesocialgruppe 1 (7,3 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5 og 6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1 og 2.

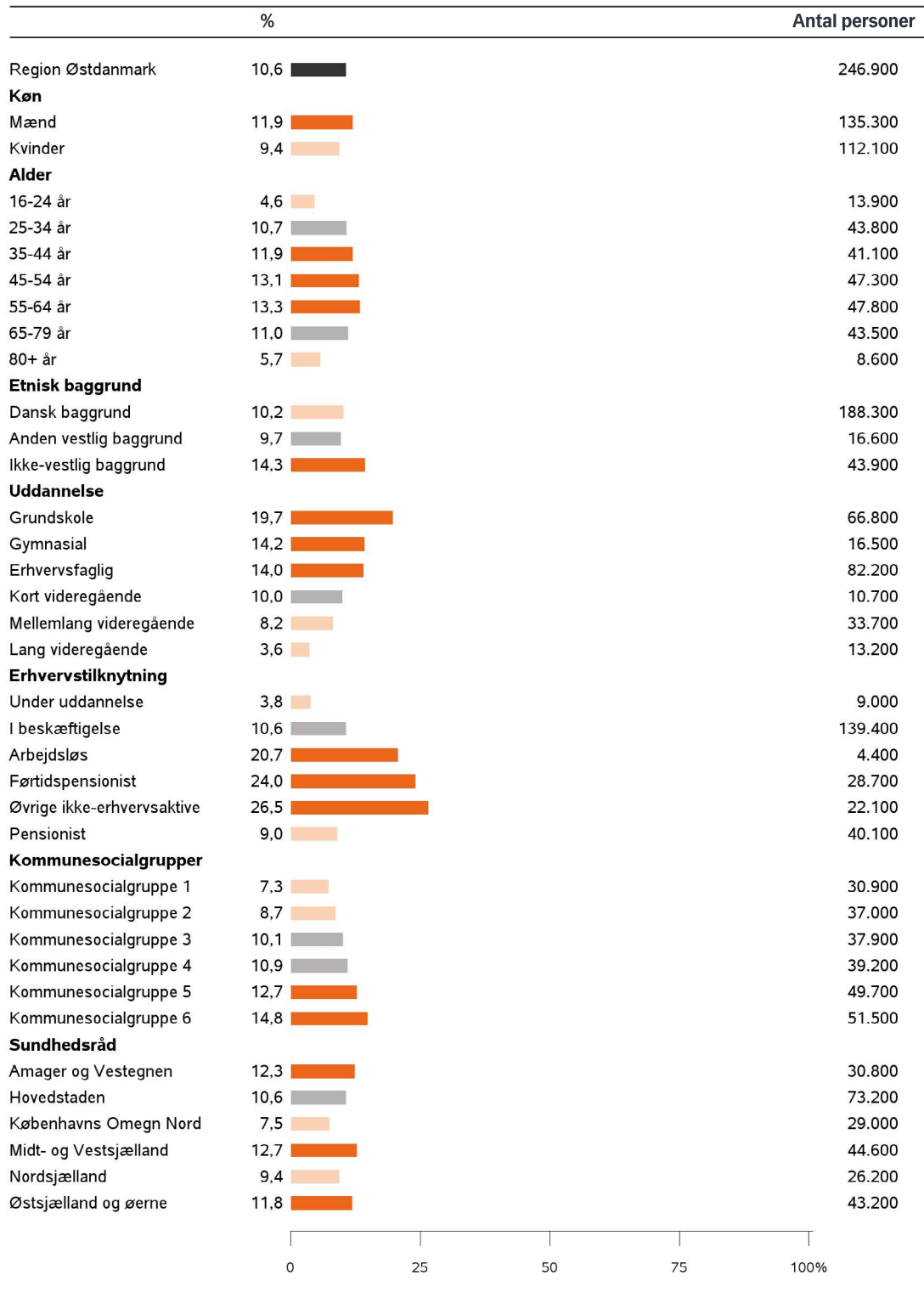
Sundhedsråd og kommuner

Andelen af borgere, der ryger dagligt, varierer fra 7,5 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 12,7 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er mindre i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen af borgere, der ryger dagligt, varierer fra 5,1 % i Allerød og Lyngby-Taarbæk kommuner til 18,3 % i Lolland Kommune. Som det fremgår af Kort 4.1, er andelen generelt større i kommuner i den vestlige og sydlige del af regionen og mindre i de fleste kommuner nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er andelen af borgere, der ryger dagligt, halveret fra 20,4 % i 2010 til 10,6 % i 2025, hvor faldet især er sket fra 2010 til 2013 og fra 2017 til 2025 (Figur 4.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid på tværs af de seks sundhedsråd.

Tabel 4.1 Daglig rygning i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

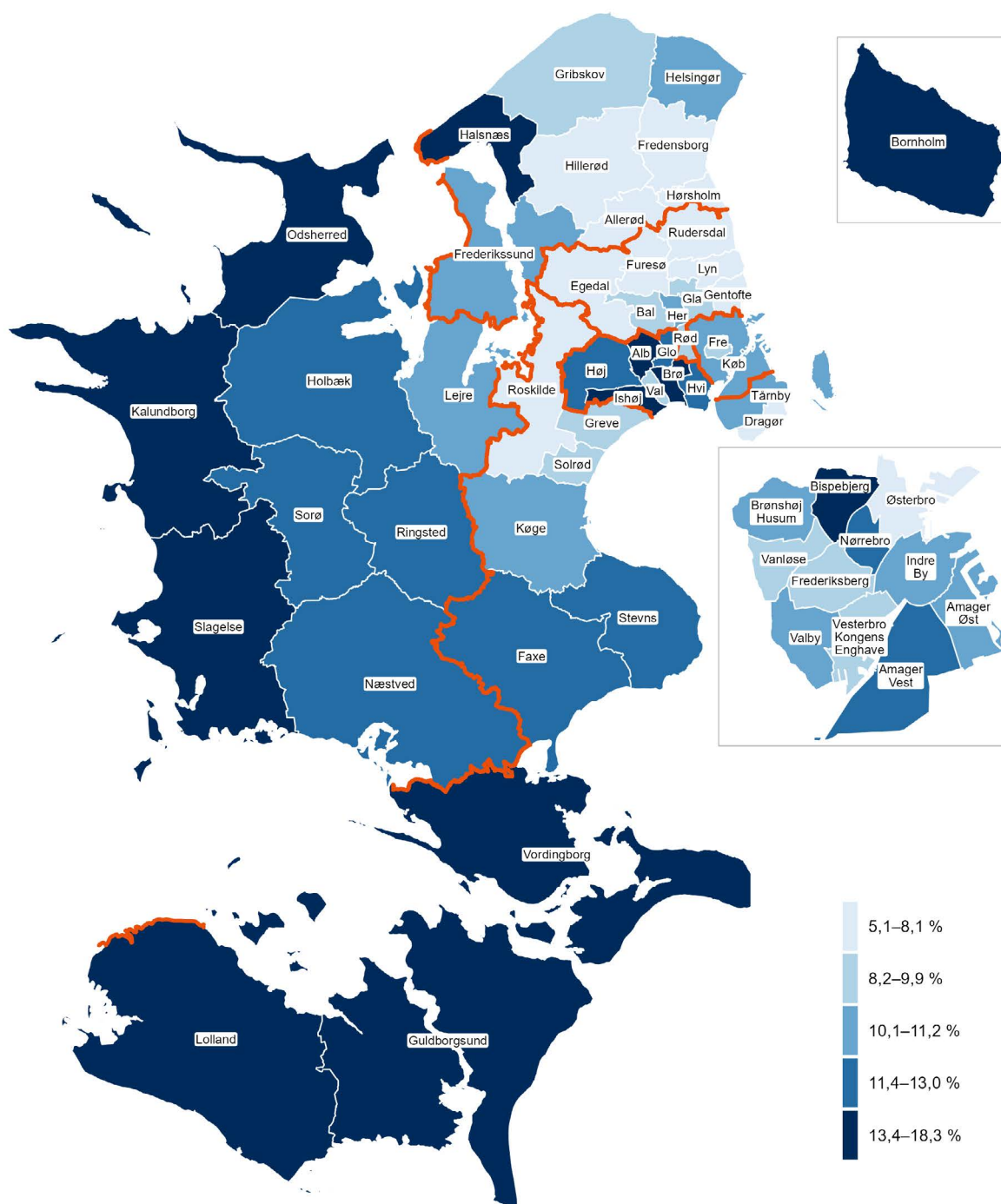
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

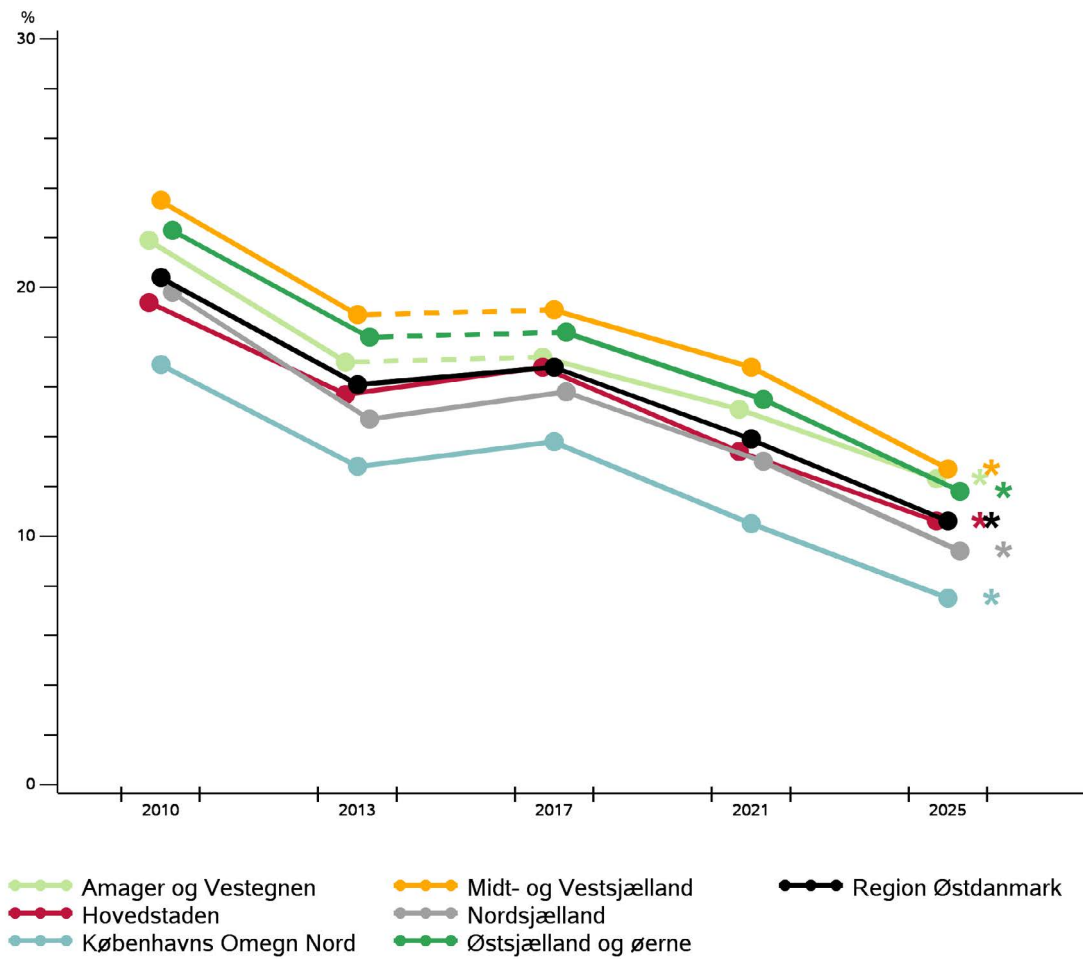
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 4.1 Daglig rygning i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 4.1 Daglig rygning i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Daglig brug af e-cigaretter/vapes i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne blevet bedt om at svare på, hvor ofte de bruger e-cigaretter/vapes. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som har angivet, at de bruger e-cigaretter/vapes dagligt.

I Region Østdanmark bruger 3,6 % af borgerne e-cigaretter/vapes dagligt, hvilket svarer til 82.900 borgere (Tabel 4.2).

Køn og alder

Der ses ingen kønsforskel ift. andelen af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes. For alder ses generelt en tendens til, at andelen falder med stigende alder fra 25-34 år (5,5 %), hvor andelen er omkring fem gange større end blandt de 80+ årige (0,7 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses en større andel blandt de 16-54-årige og en mindre andel blandt de 65+ årige og især de 80+ årige.

Etnisk baggrund

Andelen af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (4,7 %) end i regionen som helhed og mindre blandt borgere med dansk baggrund (3,5 %). Der ses ikke forskel i andelen blandt borgere med anden vestlig baggrund og regionen som helhed på trods af, at andelen synes mindre end blandt borgere med dansk baggrund. Dette kan dog forklares af en større usikkerhed pga. færre besvarelser fra borgere med anden vestlig baggrund.

Uddannelse

På tværs af uddannelsesgrupperne ses en tendens til, at andelen, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, falder med stigende uddannelseslængde, og der er markant ulighed. Det ses således, at andelen er over fire gange større blandt borgere med grundskoleuddannelse (4,8 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses der større andele blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse og mindre andele blandt borgere med mellemlang og lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Sammenlignet med regionen som helhed er andelen, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, større blandt borgere i beskæftigelse samt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder, der ikke er under uddannelse. Den største andel ses blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (8,6 %) og den mindste andel ses blandt pensionister (1,2 %).

Kommunesocialgrupper

Generelt ses der en tendens til, at andelen, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. at andelen generelt er større blandt de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der ses betydelig ulighed, idet andelen er over dobbelt så stor i kommunesocialgruppe 6 (4,9 %) som i kommunesocialgruppe 1 (2,1 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5 og 6 og mindre i kommunesocialgruppe 1 og 2.

Sundhedsråd og kommuner

Andelen af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, varierer fra 2,7 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 4,7 % i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne. Sammenlignet med regionen som helhed ses en mindre andel af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord, mens andelen er større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne.

Andelen af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, varierer også på tværs af kommunerne fra 1,2 % i Rudersdal Kommune til 7,6 % i Faxe Kommune. Som det fremgår af Kort 4.2, er andelen generelt mindre i kommunerne lige nord for København, mens andelen generelt er større i kommunerne i den sydlige del af regionen.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen af borgere, der dagligt bruger e-cigaretter/vapes, steget fra 1,9 % i 2017 til 3,6 % i 2025, hvor stigningen især er sket fra 2021 til 2025 (Figur 4.2). På tværs af de fleste af sundhedsrådene ses generelt samme udviklingsmønster med en stigning fra 2021 til 2025. I Sundhedsråd Amager og Vestegnen er stigningen dog sket gradvist over årene.

Tabel 4.2 Daglig brug af e-cigaretter/vapes i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	3,6 	82.900
Køn		
Mænd	3,5 	39.400
Kvinder	3,7 	43.400
Alder		
16-24 år	4,5 	13.600
25-34 år	5,5 	22.600
35-44 år	4,9 	17.000
45-54 år	4,3 	15.500
55-64 år	3,3 	11.900
65-79 år	1,6 	6.200
80+ år	0,7 	1.000
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	3,5 	63.700
Anden vestlig baggrund	3,1 	5.300
Ikke-vestlig baggrund	4,7 	14.500
Uddannelse		
Grundskole	4,8 	16.100
Gymnasial	4,1 	4.800
Erhvervsfaglig	4,3 	25.400
Kort videregående	3,0 	3.200
Mellemlang videregående	3,0 	12.400
Lang videregående	1,0 	3.700
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	3,7 	8.600
I beskæftigelse	4,1 	53.600
Arbejdsløs	7,7 	1.600
Førtidspensionist	5,3 	6.300
Øvrige ikke-erhvervsaktive	8,6 	7.200
Pensionist	1,2 	5.100
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	2,1 	9.000
Kommunesocialgruppe 2	2,8 	12.000
Kommunesocialgruppe 3	3,4 	12.600
Kommunesocialgruppe 4	4,0 	14.200
Kommunesocialgruppe 5	4,6 	18.000
Kommunesocialgruppe 6	4,9 	17.000
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	4,1 	10.200
Hovedstaden	2,8 	19.200
Københavns Omegn Nord	2,7 	10.600
Midt- og Vestsjælland	4,7 	16.600
Nordsjælland	3,2 	9.000
Østsjælland og øerne	4,7 	17.300

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

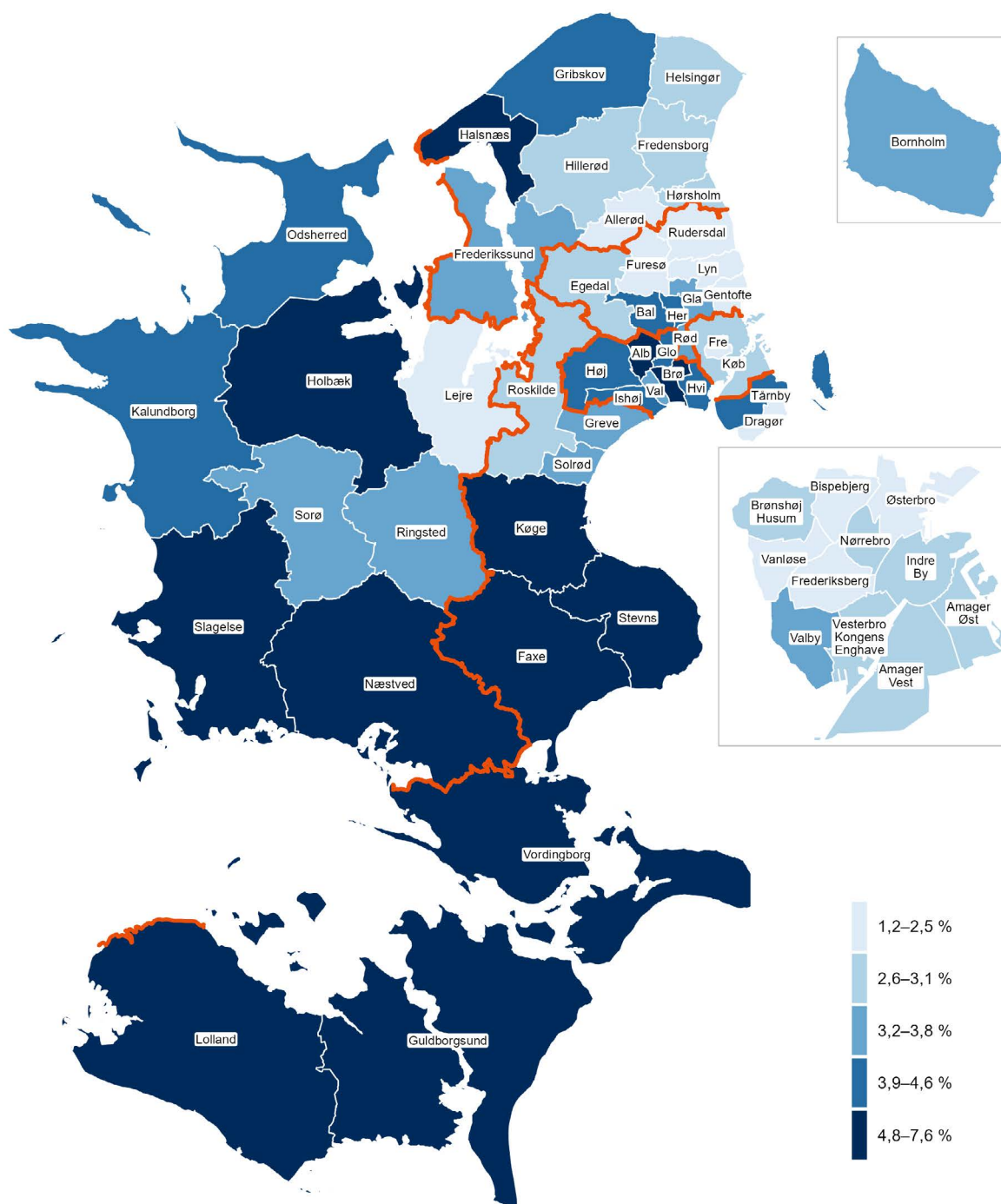
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

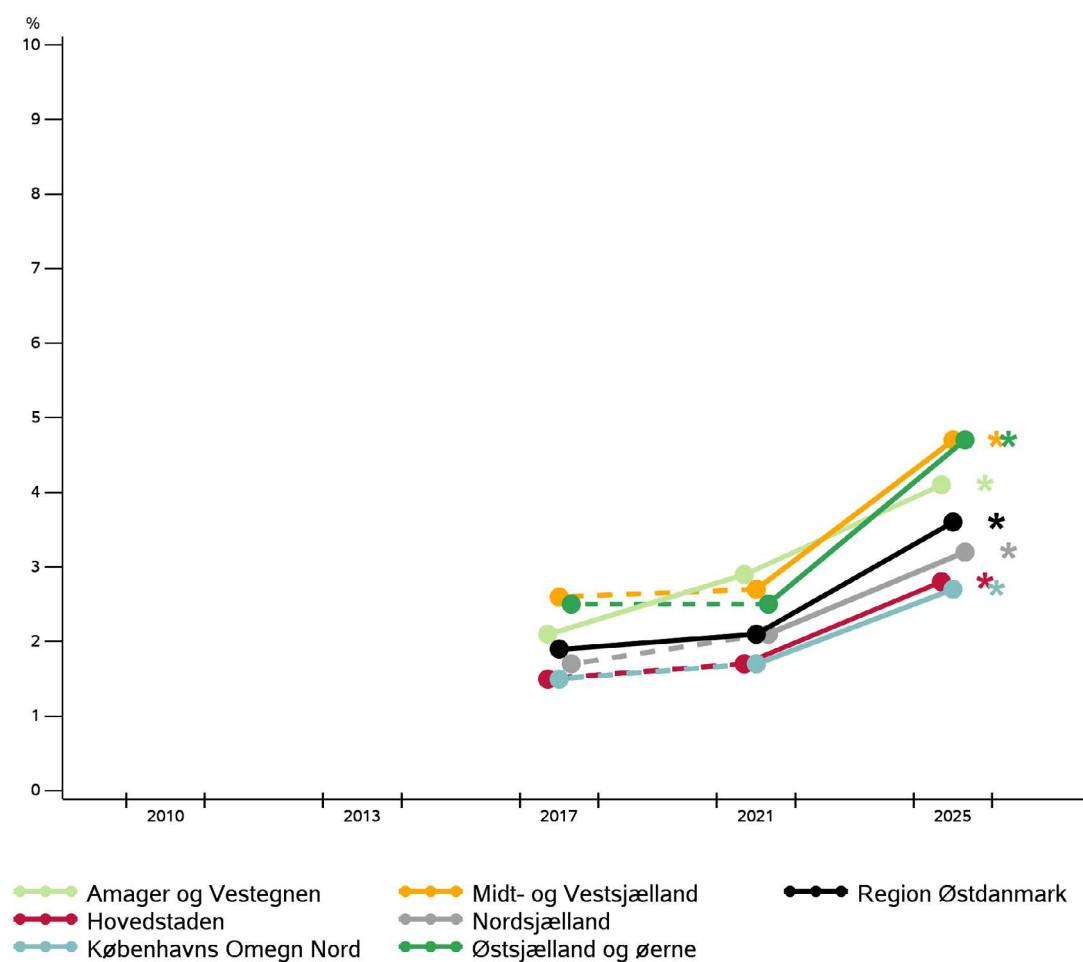
 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 4.2 Daglig brug af e-cigaretter/vapes i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 4.2 Daglig brug af e-cigaretter/vapes i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2017 og 2025.

Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne blevet bedt om at svare på, hvor ofte de bruger snus, tyggetobak, skrå, tobakspastiller, nikotinposer eller lignende produkter, der placeres under læben. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som har angivet, at de dagligt bruger et af ovenstående produkter, hvilket betegnes som 'snus, nikotinposer eller lignende dagligt'.

I Region Østdanmark bruger 2,8 % af borgerne snus, nikotinposer eller lignende dagligt, hvilket svarer til 66.000 borgere (Tabel 4.3).

Køn og alder

Andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, er større blandt mænd (4,2 %) end blandt kvinder (1,6 %). For alder ses det generelt, at andelen falder med stigende alder, hvor der er en markant større andel blandt de yngre borgere og især de 16-24-årige (10,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses en større andel blandt de 16-34-årige og en mindre andel blandt de 35+ årige.

Etnisk baggrund

Andelen af borgere, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, er større end i regionen som helhed blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (3,5 %) og mindre blandt borgere med dansk baggrund (2,7 %). Der ses ikke forskel i andelen blandt borgere med anden vestlig baggrund og regionen som helhed på trods af, at andelen synes mindre end blandt borgere med dansk baggrund. Dette kan dog forklares af en større usikkerhed pga. færre besvarelser fra borgere med anden vestlig baggrund.

Uddannelse

Der ses ikke et tydeligt mønster i andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende på tværs af uddannelsesgrupper. Den største andel ses blandt borgere med gymnasial uddannelse (3,3 %), mens de øvrige grupper ligger på samme niveau. Andelen er mindre end i regionen som helhed blandt borgere med grundskole-, erhvervsfaglig-, samt mellemlang og lang videregående uddannelse. Der er ingen af uddannelsesgrupperne, hvor andelen er større end i regionen som helhed. Dette skyldes, at andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, især er stor blandt borgere under 25 år og borgere under uddannelse, som ikke indgår i opgørelsen af uddannelse.

Erhvervstilknøytning

Andelen af borgere, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, er mindst blandt pensionister (0,6 %), og når man sammenligner med regionen som helhed, er andelen også mindre blandt arbejdsløse og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere. Derudover ses det, at andelen er størst blandt borgere under uddannelse (7,7 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses ikke et tydeligt mønster i andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende på tværs af kommunesocialgrupper, hvor andelen i næsten alle kommunesocialgrupper er på niveau med regionen. Andelen i kommunesocialgruppe 6 er dog mindre end i regionen som helhed.

Sundhedsråd og kommuner

Andelen af borgere, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, varierer fra 1,9 % i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne til 4,1 % i Sundhedsråd Hovedstaden. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen mindre i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland, Østsjælland og Øerne, Nordsjælland og Københavns Omegn Nord. Derudover ses der en større andel end i regionen som helhed i Sundhedsråd Hovedstaden.

Andelen af borgere, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, varierer på tværs af kommunerne og de københavnske bydele fra 0,7 % i Vordingborg Kommune til 5,3 % i bydelen Bispebjerg. Som det fremgår af Kort 4.3, ses der generelt større andele i København og i flere af de københavnske bydele og mindre andele i flere kommuner i den sydlige del af regionen. Det skal desuden bemærkes, at resultaterne for to kommuner er baseret på for få besvarelser til, at de kan vises.

Udvikling over tid

Andelen, der dagligt bruger snus, nikotinposer eller lignende, er steget fra 2,0 % i 2021 til 2,8 % i 2025 (Figur 4.3). På tværs af de fleste af sundhedsrådene ses samme udviklingsmønster. Det er desuden værd at bemærke, at stigningen i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Hovedstaden er større end i de øvrige sundhedsråd, mens der ikke er sket en ændring i andelen over tid i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne.

Tabel 4.3 Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	2,8 ■	66.000
Køn		
Mænd	4,2 ■	47.300
Kvinder	1,6 ■	19.100
Alder		
16-24 år	10,0 ■	30.300
25-34 år	5,5 ■	22.600
35-44 år	2,0 ■	7.000
45-54 år	1,3 ■	4.700
55-64 år	0,8 ■	3.000
65-79 år	0,7 ■	2.800
80+ år	0,4 ■	700
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	2,7 ■	49.700
Anden vestlig baggrund	3,5 ■	5.900
Ikke-vestlig baggrund	3,5 ■	10.700
Uddannelse		
Grundskole	1,5 ■	5.000
Gymnasial	3,3 ■	3.800
Erhvervsfaglig	1,2 ■	6.900
Kort videregående	2,1 ■	2.200
Mellemlang videregående	2,0 ■	8.100
Lang videregående	1,8 ■	6.600
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	7,7 ■	18.200
I beskæftigelse	3,0 ■	39.400
Arbejdsløs	3,5 ■	700
Førtidspensionist	1,1 ■	1.400
Øvrige ikke-erhvervsaktive	1,4 ■	1.200
Pensionist	0,6 ■	2.700
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	3,0 ■	12.600
Kommunesocialgruppe 2	3,0 ■	12.600
Kommunesocialgruppe 3	3,0 ■	11.200
Kommunesocialgruppe 4	3,3 ■	11.700
Kommunesocialgruppe 5	2,7 ■	10.700
Kommunesocialgruppe 6	2,0 ■	7.100
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	3,0 ■	7.400
Hovedstaden	4,1 ■	28.600
Københavns Omegn Nord	2,5 ■	9.600
Midt- og Vestsjælland	2,2 ■	7.600
Nordsjælland	2,2 ■	6.100
Østsjælland og øerne	1,9 ■	6.800

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

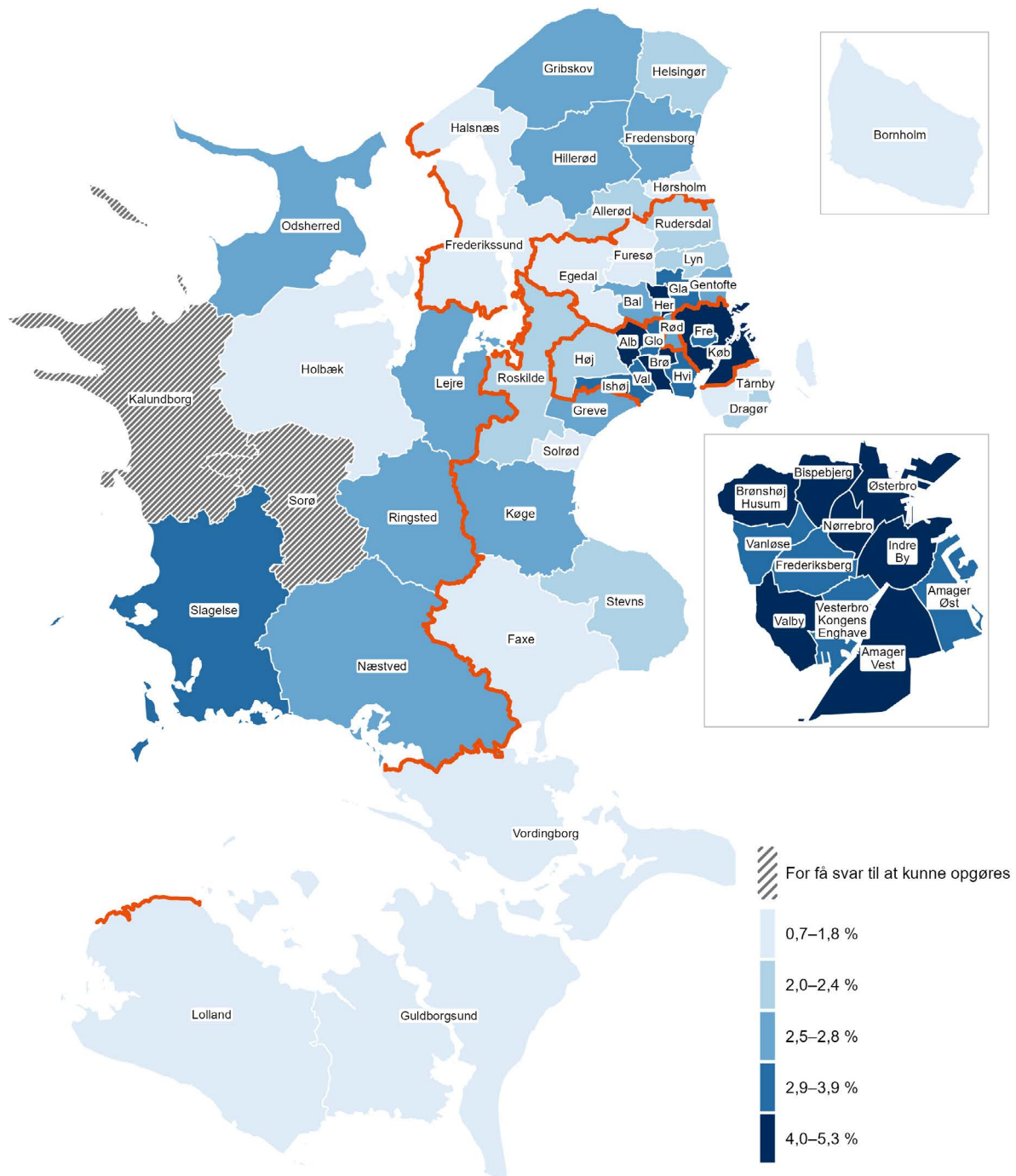
■ Forekomst i Region Østdanmark

■ Signifikant lavere end regionsforekomsten

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

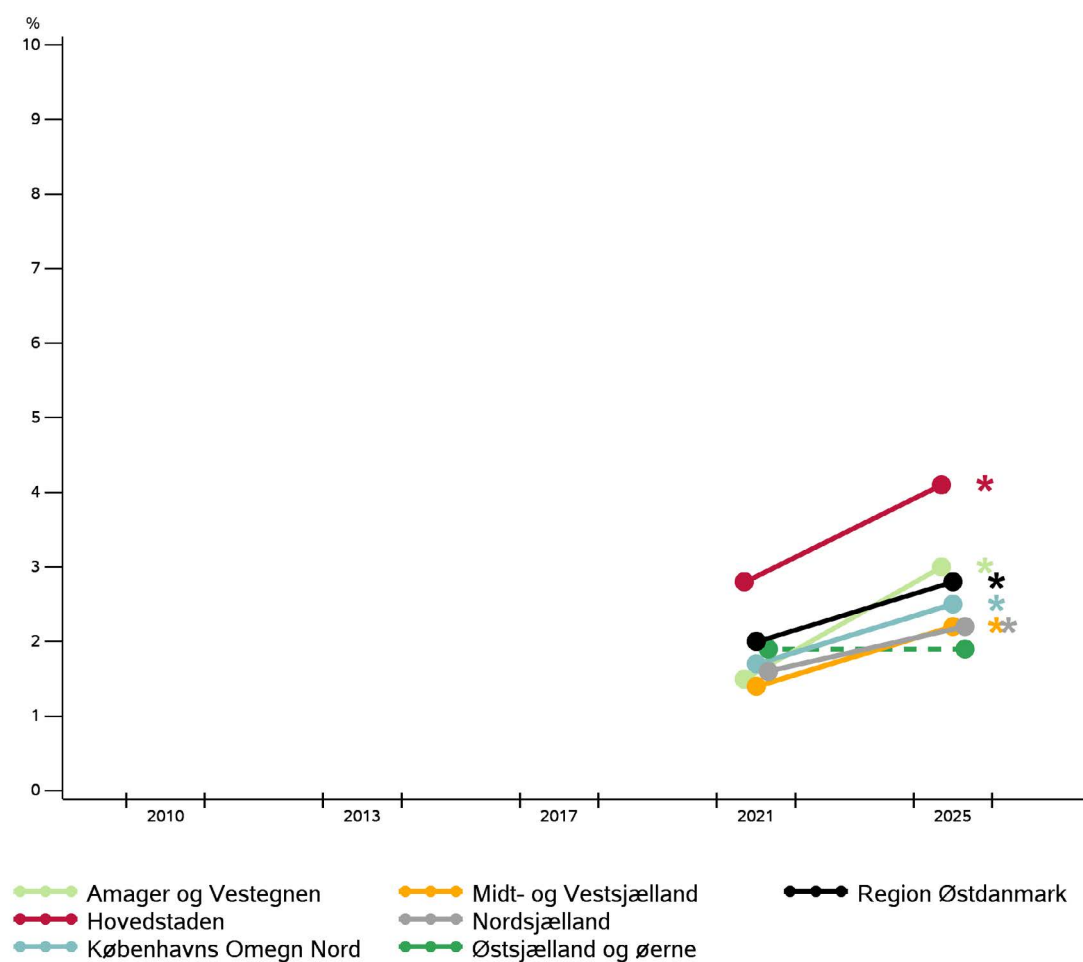
■ Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 4.3 Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 4.3 Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de to år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2021 og 2025.

Referencer

1. U.S. Department of Health and Human Services. The Health Consequences of Smoking – 50 Years of progress. A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2014. Tilgængelig hos: [doi: 10.1037/e510072014-001](https://doi.org/10.1037/e510072014-001)
2. Arp S, Lund L, Bast LS. §RØG – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler. Udvalgte tendenser 2024, rapport 6. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2025. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2025/roeg_rapport_6_tobak_adfaerd_regler
3. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
4. Vestbo J, Pisinger C, Bast LS, Gyrd-Hansen D. Forebyggelse af rygning blandt børn og unge. Hvad virker?. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2018. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/forebyggelse-af-rygning-blandt-boern-og-unge-hvad-virker>
5. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf>
6. Hulvej Rod N, Bast LS, Diderichsen F, Grøntved A, Gyrd-Hansen D, Pisinger C, m.fl. Strukturel forebyggelse. Med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet [Internet]. København Ø: Vidensråd for Forebyggelse; 2024. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/strukturel-forebyggelse-med-fokus-paa-kost-tobak-og-nikotin-alkohol-og-fysisk-aktivitet>

5 Alkohol

- Omkring hver sjette borger i Region Østdanmark drikker mere end Sundhedsstyrelsens anbefalinger om max 10 genstande om ugen, mens omkring hver tiende borger rusdrikker ugentligt i 2025.
- Et alkoholbrug over 10 genstande om ugen er særligt udbredt blandt mænd, de yngste og ældste borgere samt borgere med dansk baggrund. Derudover ses der også høj forekomst blandt borgere under uddannelse og pensionister.
- Ugentlig rusdrikning er særligt udbredt blandt mænd, de yngste borgere, borgere med dansk baggrund og borgere under uddannelse.
- Der ses ingen tydelig social ulighed i hverken ugentligt alkoholindtag på over 10 genstande eller ugentlig rusdrikning på baggrund af uddannelsesniveau og erhvervstilknytning. Ser man derimod på kommunesocialgrupper, har kommuner med flest sociale ressourcer højest forekomst af begge indikatorer.
- Der ses geografisk ulighed i andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, hvor de største andele ses i København og Nordsjælland. Ligeledes er ugentlig rusdrikning markant mere udbredt i København end i resten af regionen.
- Over årene er andelen, der hhv. drikker over 10 genstande om ugen og rusdrikker ugentligt, faldet i Region Østdanmark samlet set og i alle sundhedsråd i regionen.

Alkohol er en del af mange danskeres sociale liv og kultur, men har samtidig stor betydning for befolkningens sundhed (1,2). Et højt alkoholforbrug er en af de risikofaktorer, der bidrager mest til sygdom, tidlig død og tab af gode leveår i Danmark (2). Sundhedsstyrelsen anbefaler derfor, at voksne drikker højst 10 genstande om ugen og højst 4 genstande ved samme lejlighed, da både det samlede alkoholforbrug og drikkemønsteret har betydning for risikoen for alkoholrelaterede konsekvenser (2,3).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 14,4 % af den voksne befolkning drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2025, mens 8,6 % ugentligt drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed (rusdrikning) (4). Undersøgelsen viser også, at i hele landet har Region Hovedstaden den største andel af borgere, der hhv. drikker over 10 genstande om ugen (16,1 %) og rusdrikker ugentligt (11,0 %) (4). Modsat har Region Sjælland den mindste andel af begge indikatorer (hhv. 13,7 % og 7,3 %) (4).

Alkoholforbrug påvirkes af en række individuelle, sociale og kulturelle forhold, og i Danmark er alkohol fortsat tæt knyttet til sociale fællesskaber og normer (1). Et højt alkoholforbrug er forbundet med øget risiko for blandt andet kræft, lever- og bugspytkirtelsygdomme, hjerte-kar-sygdomme samt psykiske og sociale problemer (5). Konsekvenserne omfatter både betydelige helbredsmaessige og

sociale følgevirkninger for den enkelte samt store omkostninger for samfundet i form af blandt andet øget sygelighed og øget brug af sundhedsvæsenet samt tabt arbejdsevne (2). Forebyggelse af et højt og hyppigt alkoholforbrug omfatter både strukturelle indsatser, der begrænser tilgængelighed og understøtter sunde normer og miljøer omkring alkohol, samt indsatser rettet mod tidlig opsporing og støtte til borgere med et risikofyldt alkoholforbrug (6).

Ugentligt alkoholforbrug over 10 genstande i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne spurgt ind til, hvor mange genstande alkohol de typisk drikker på hver af dagene i løbet af en uge. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som har angivet, at de drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (dvs. drikker over Sundhedsstyrelsens anbefalinger).

I Region Østdanmark drikker 15,3 % af borgene over 10 genstande om ugen i 2025, hvilket svarer til 356.200 borgere (Tabel 5.1).

Køn og alder

Andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, er markant større blandt mænd (22,0 %) end blandt kvinder (9,2 %). For alder ses der en større andel end i regionen som helhed blandt de 16-24-årige (22,4 %) og de 65+ årige (hhv. 21,6 % og 18,6 %), mens andelen i de øvrige aldersgrupper er mindre. Den mindste andel ses blandt de 35-44-årige (7,0 %).

Etnisk baggrund

Andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, er større end i regionen som helhed blandt borgere med dansk baggrund (17,1 %) og mindre blandt de øvrige grupper. Den mindste andel ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (3,9 %).

Uddannelse

På tværs af uddannelsesgrupper ses der ikke noget tydeligt mønster i andelen, der drikker over 10 genstande om ugen. Sammenlignet med regionen som helhed ses der en større andel blandt borgere med gymnasial uddannelse (17,7 %) og mindre andele blandt borgere med grundskoleuddannelse og en videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Sammenlignet med regionen som helhed er andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, større blandt borgere under uddannelse (21,5 %) og pensionister (20,7 %), mens andelen er mindre blandt borgere i beskæftigelse, førtidspensionister og især øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (9,0 %).

Kommunesocialgrupper

Generelt ses en tendens til, at andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, falder med højere kommunesocialgruppe. Det vil sige, at andelen generelt er større blandt de socioøkonomisk mere velstillede kommuner, hvilket er modsat det, der ses for mange andre former for sundhedsadfærd. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen således større i kommunesocialgruppe 1 og 2, mens andelen er mindre i kommunesocialgruppe 4-6.

Sundhedsråd og kommuner

Andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, varierer fra 12,4 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen til 17,6 % i Sundhedsråd Hovedstaden. Sammenlignet med regionen som helhed ses en større andel i sundhedsrådene Hovedstaden og Nordsjælland og en mindre andel i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Midt- og Vestsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner og bydelene i København, hvor andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, varierer fra 10,6 % i Albertslund og Ishøj kommuner til 22,7 % i bydelen Indre By. Som det fremgår af Kort 5.1, er andelen generelt størst i Københavns og Frederiksberg kommuner samt kystkommunerne i Nordsjælland. Der ses generelt mindre andele i kommunerne på den københavnske vestegn samt det sydlige og vestlige Sjælland.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen, der drikker over 10 genstande om ugen, faldet gradvist fra 27,0 % i 2010 til 15,3 % i 2025 (Figur 5.1). Samme udviklingstendens ses på tværs af alle sundhedsrådene.

Tabel 5.1 Drikker over 10 genstande om ugen i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

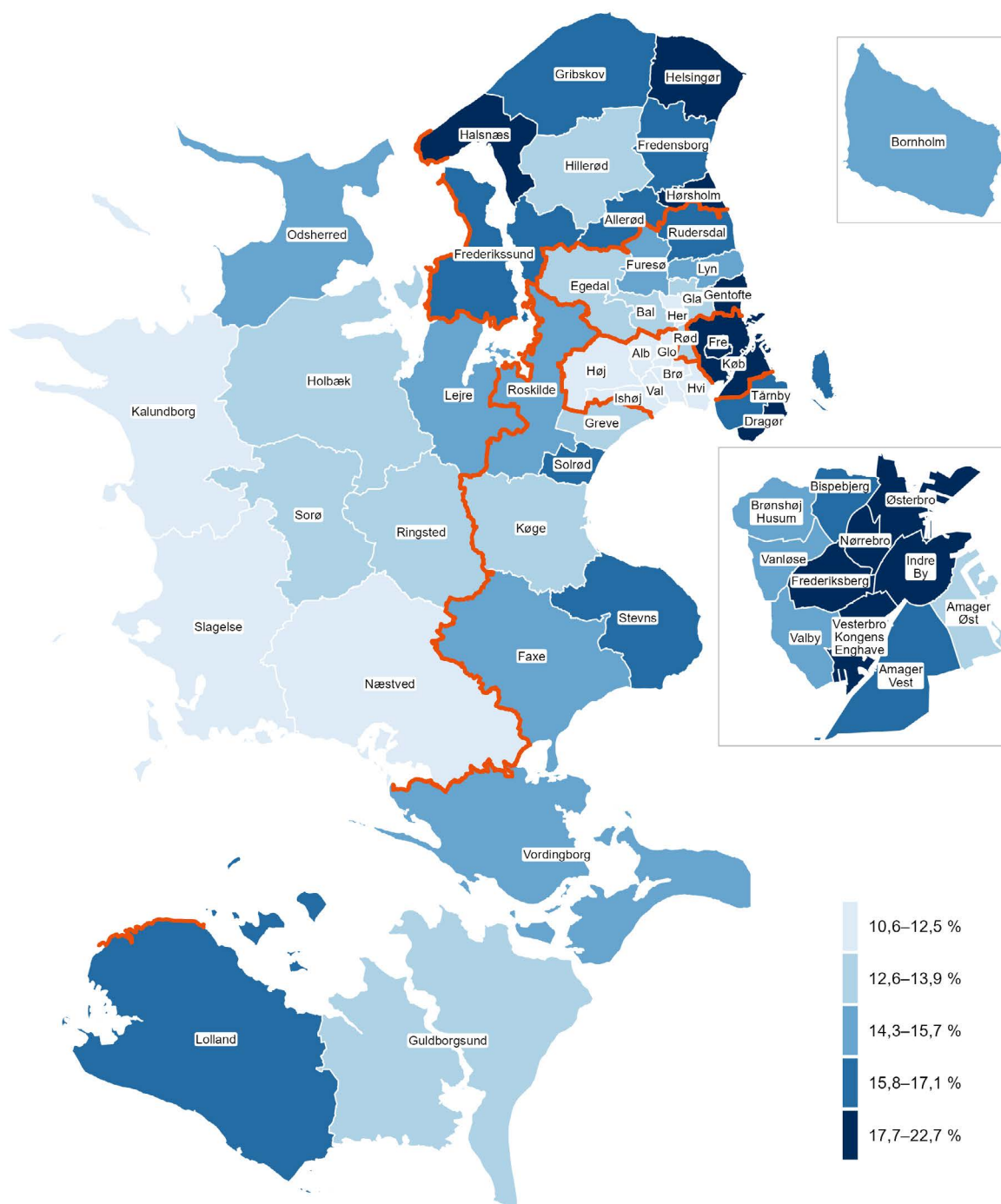
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

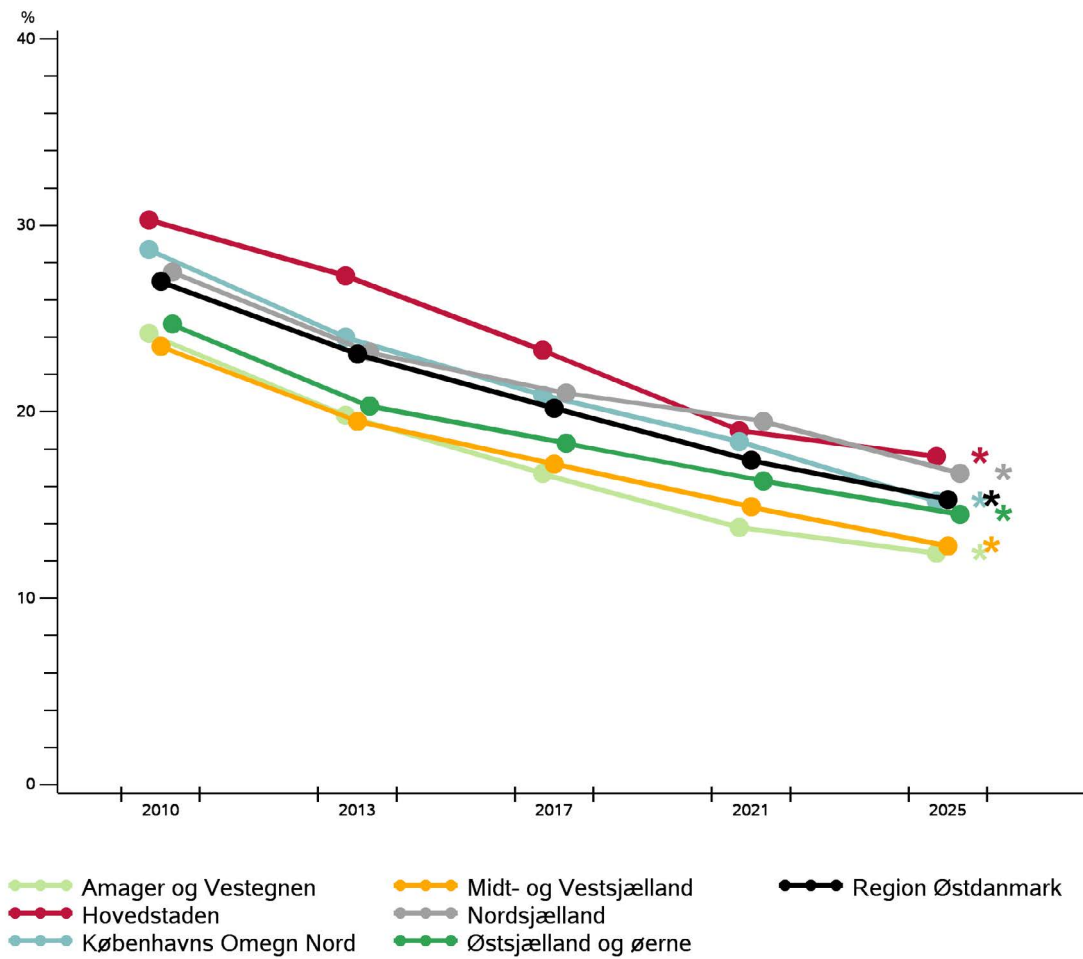
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 5.1 Drikker over 10 genstande om ugen i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 5.1 Drikker over 10 genstande om ugen i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Ugentlig rusdrikning i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne spurgt ind til, hvor ofte de drikker fem eller flere genstande alkohol ved samme lejlighed. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som har angivet, at de mindst én gang om ugen drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed, hvilket betegnes som 'ugentlig rusdrikning'.

I Region Østdanmark er der 9,6 % af borgerne, som rusdrikker ugentligt, i 2025, hvilket svarer til 222.000 borgere (Tabel 5.2).

Køn og alder

Andelen, der rusdrikker ugentligt, er markant større blandt mænd (13,9 %) end blandt kvinder (5,5 %). For alder ses det, at andelen er større end i regionen som helhed blandt de 16-24-årige (20,7 %), mens den er mindre blandt de 35-54-årige og 65+ årige. Den mindste andel ses blandt de 80+ årige (3,8 %).

Etnisk baggrund

Andelen, der rusdrikker ugentligt, er større end i regionen som helhed blandt borgere med dansk baggrund (10,5 %) og mindre blandt de øvrige grupper. Den mindste andel ses blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (3,6 %).

Uddannelse

På tværs af uddannelsesgrupper ses der generelt ikke noget tydeligt mønster i andelen, der rusdrikker ugentligt. Den største andel ses blandt borgere med gymnasial uddannelse (10,6 %), men andelen er på niveau med regionen som helhed. For de øvrige uddannelsesgrupper er andelen mindre end i regionen som helhed. Der er ingen af uddannelsesgrupperne, hvor andelen er større end regionen som helhed. Dette skyldes, at andelen, der rusdrikker ugentligt, især er stor blandt borgere under 25 år og borgere under uddannelse, som ikke indgår i opgørelsen af uddannelse.

Erhvervstilknytning

Andelen, der rusdrikker ugentligt, er større end i regionen som helhed blandt borgere under uddannelse (20,7 %), mens andelen er mindre blandt borgere i beskæftigelse (9,2 %) og pensionister (6,0 %).

Kommunesocialgrupper

Generelt ses en tendens til, at andelen, der rusdrikker ugentligt, falder ved højere kommunesocialgruppe. Det vil sige, at andelen generelt er større blandt de socioøkonomisk mere velstillede kommuner, hvilket er modsat det, der ses for mange andre former for sundhedsadfærd. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen således større i kommunesocialgruppe 1 og 2, mens andelen er mindre i kommunesocialgruppe 5 og 6.

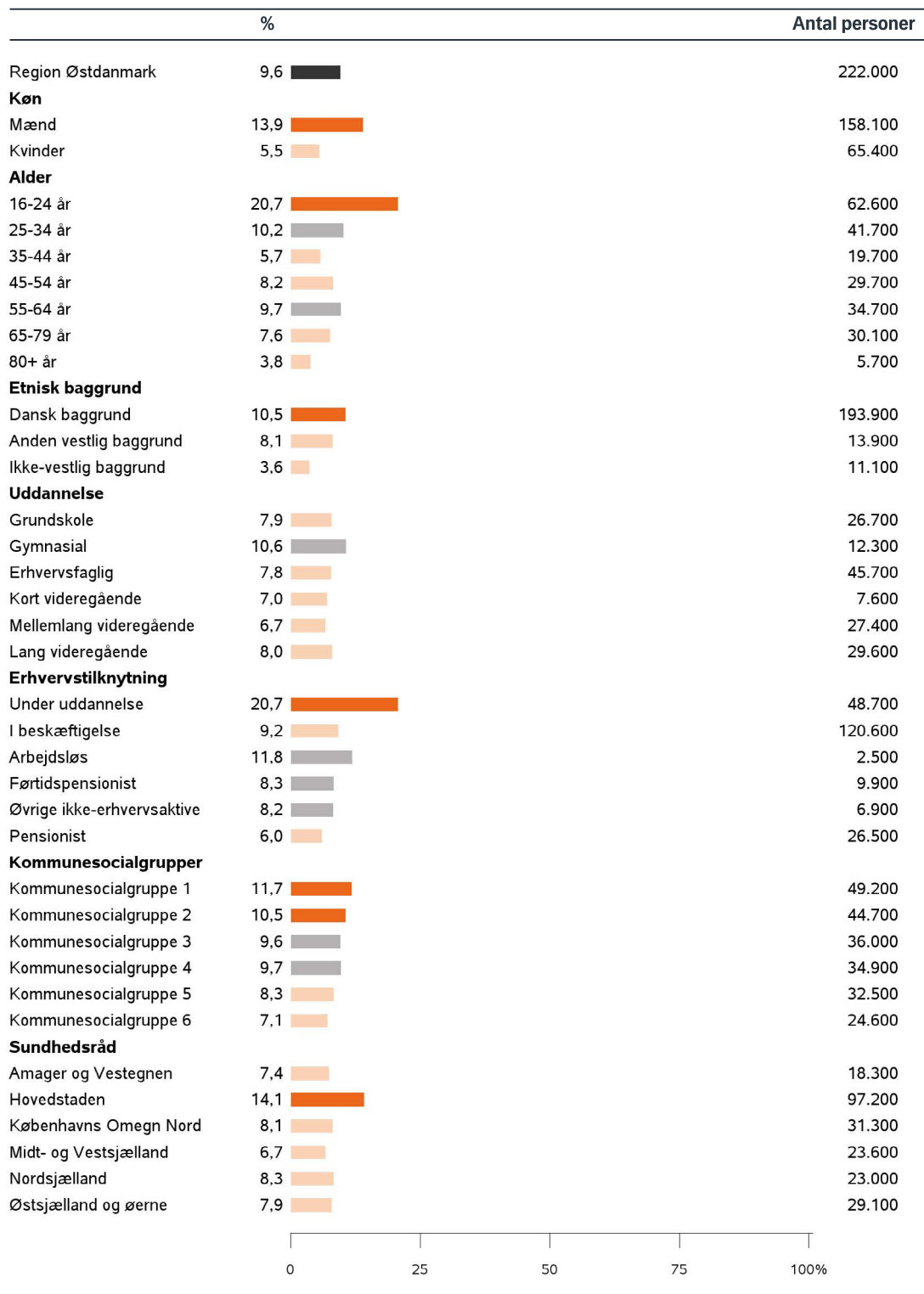
Sundhedsråd og kommuner

Andelen, der rusdrikker ugentligt, varierer fra 6,7 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland til 14,1 % i Sundhedsråd Hovedstaden. Sammenlignet med regionen som helhed ses en større andel i Sundhedsråd Hovedstaden, mens andele i de øvrige sundhedsråd er mindre.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner og bydelene i København, hvor andelen, der rusdrikker ugentligt, varierer fra 5,2 % i Vallensbæk Kommune til 19,0 % i bydelen Nørrebro. Som det fremgår af Kort 5.2, ses der generelt større andele i Københavns og Frederiksberg kommuner, mens der ses mindre andele i kommunerne vest og nordvest for København samt i det sydlige og vestlige Sjælland.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er andelen, der rusdrikker ugentligt, faldet gradvist fra 13,5 % i 2013 til 9,6 % i 2025 (Figur 5.2). På tværs af alle sundhedsrådene ses generelt et fald fra 2013 til 2025 – størst i Sundhedsråd Hovedstaden. Andelen er dog kun faldet fra 2021 til 2025 i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland. Siden 2013 ses der en tendens til, at variationen mellem sundhedsrådene er blevet mindre.

Tabel 5.2 Drikker over 10 genstande om ugen i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

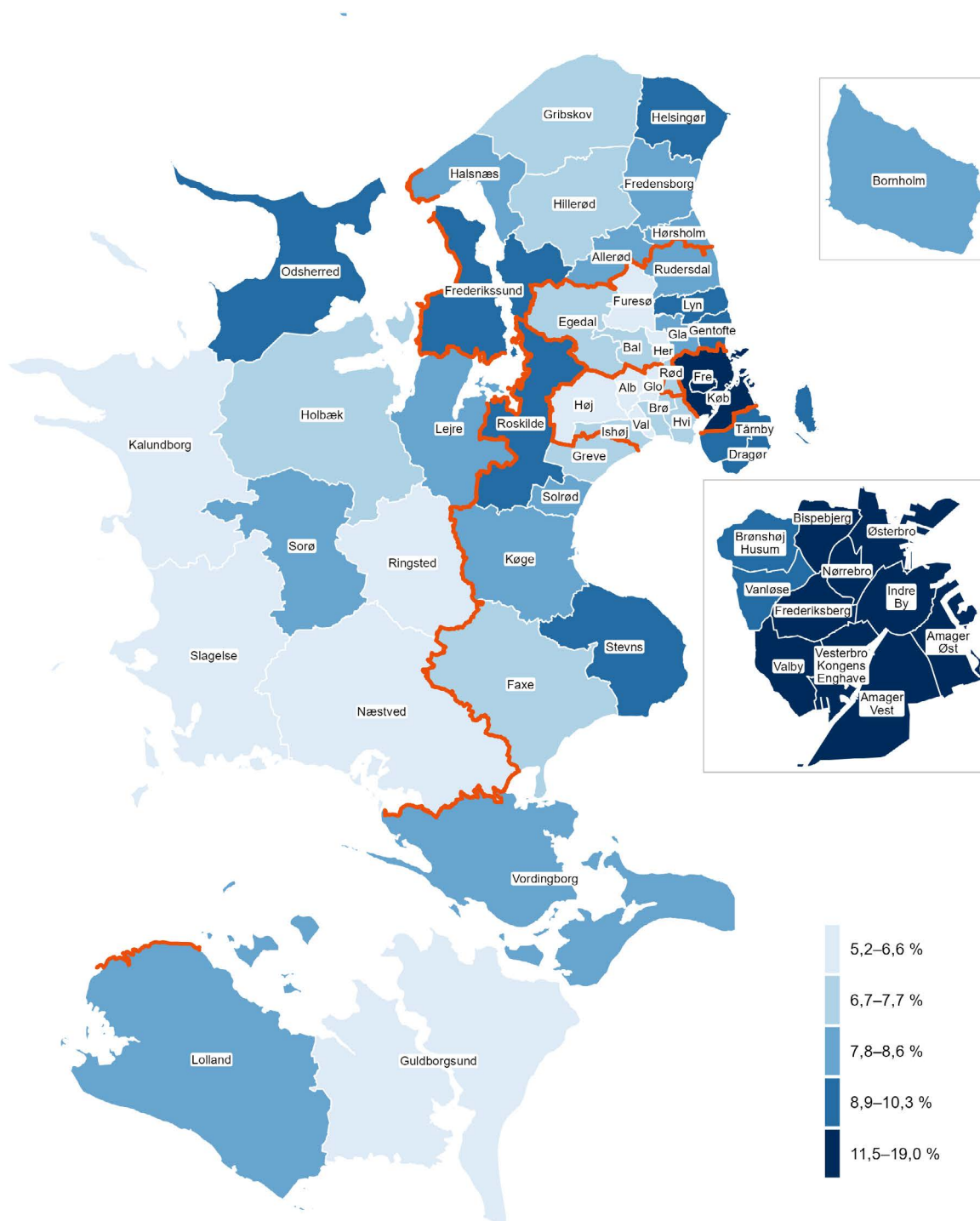
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

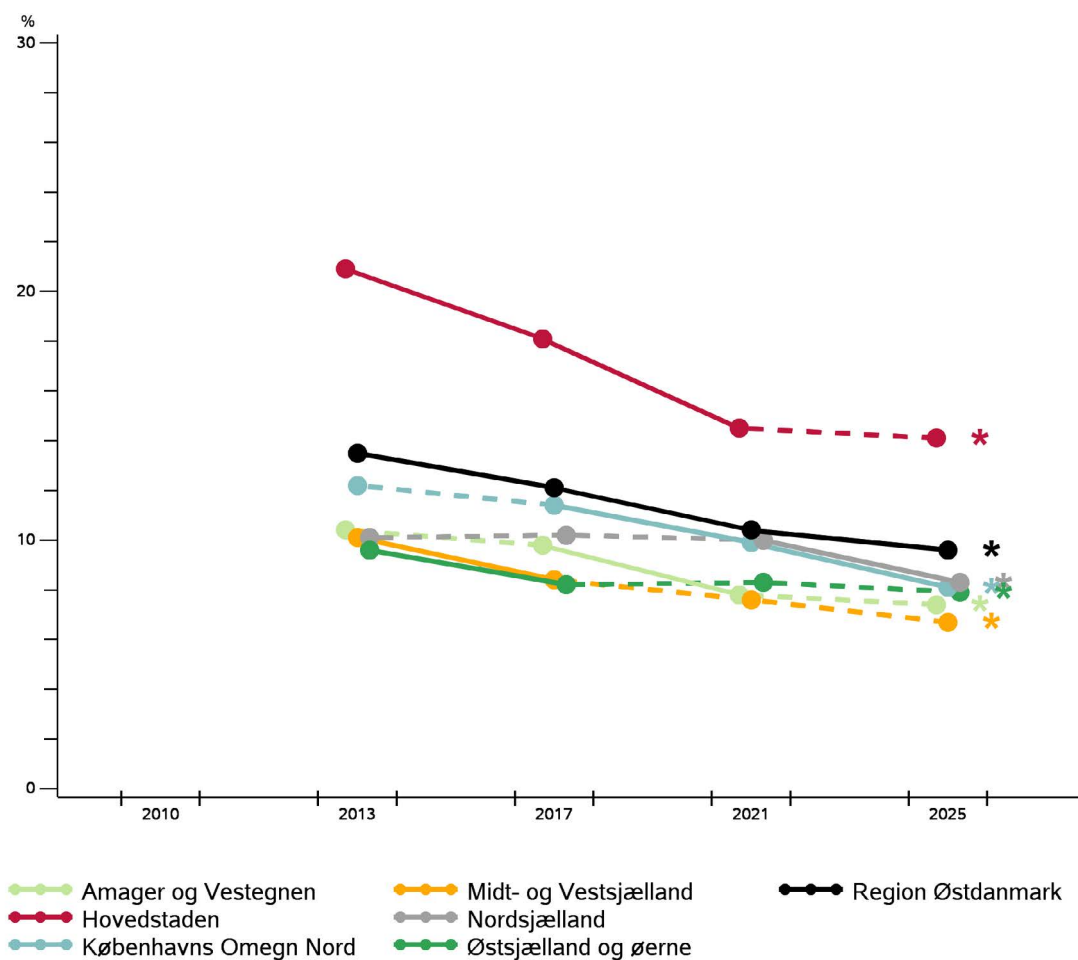
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 5.2 Rusdrikker ugentligt i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 5.2 Rusdrikker ugentligt i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fire år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2013 og 2025.

Referencer

1. Grønkjær M, Curtis T, De Crespigny C, Delmar C. Acceptance and expectance: Cultural norms for alcohol use in Denmark. *Int J Qual Stud Health Well-being*. 2011;6(4):8461. doi: <https://doi.org/10.3402/qhw.v6i4.8461>
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer [Internet]. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf>
3. Eliassen M, Becker U, Grønbæk M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: an analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. *Eur J Epidemiol*. 2014;29(1):15–26. doi: <https://doi.org/10.1007/s10654-013-9855-2>
4. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
5. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk MK, m.fl. Alkoholrelaterede helbredssekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens [Internet]. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2020. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2020/alkohol_og_helbredssekvenser
6. 6Hulvej Rod N, Bast LS, Diderichsen F, Grøntved A, Gyrd-Hansen D, Pisinger C, m.fl. Strukturel forebyggelse. Med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet [Internet]. København Ø: Vidensråd for Forebyggelse; 2024 [Henvist 30. juli 2025]. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/strukturel-forebyggelse-med-fokus-paa-kost-tobak-og-nikotin-alkohol-og-fysisk-aktivitet>

6 Kost

- Omkring hver sjette borger i Region Østdanmark scorer lavt på kostskalaen, hvilket indikerer et mindre sundt kostmønster.
- Andelen, der scorer lavt på kostskalaen, er især stor blandt mænd og blandt de 16-24-årige borgere.
- Der ses tydelig social ulighed i andelen med en lav score på kostskalaen. Andelen er bl.a. betydeligt højere blandt borgere med kort uddannelse og blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er uden for arbejdsmarkedet.
- Der er betydelig geografisk ulighed i andelen med en lav score på kostskalaen. Generelt ses de mindste andele i København og kommunerne nord herfor og de største andele i regionens vestlige og sydlige kommuner.
- Andelen, der scorer lavt på kostskalaen, er gradvist steget over tid, dog med en stagnering fra 2021 til 2025. Den samme udvikling ses overordnet i alle sundhedsråd, men over tid er forskellene mellem dem blevet større.

Kost har stor betydning for befolkningens sundhed og trivsel og er en central faktor i forebyggelsen af en række kroniske sygdomme (1). De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2025 viser, at 18,4 % af den voksne befolkning har en lav score på kostskalaen, hvilket indikerer et mindre sundt kostmønster (2). Tallene viser også, at Region Sjælland har en lidt større andel (20,0 %), og at Region Hovedstaden har en betydeligt mindre andel (14,0 %).

Kostvaner påvirkes af en række individuelle, sociale og strukturelle forhold, herunder madkultur, tilgængelighed, økonomi og viden om sund kost. Et usundt kostmønster er forbundet med øget risiko for blandt andet hjerte-kar-sygdom, type 2-diabetes, visse kræftformer og tidlig død (1). Kostrelateret sygdom medfører desuden betydelige omkostninger for både den enkelte og samfundet. Forebyggelse omfatter både strukturelle indsatser og tiltag, der understøtter sunde mad- og måltidsvaner i hverdagen (3).

Lav score på kostskalaen i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne spurgt ind til deres kostvaner, herunder indtag af frugt, grøntsager, fisk og fedtstoffer. På baggrund af svarene beregnes en kostscore fra 0 til 8 point, som giver et samlet mål for kostens kvalitet, særligt i relation til risiko for udvikling af hjerte-kar-sygdomme (4,5). En højere score indikerer generelt et sundere kostmønster. I denne rapport opgøres andelen med 'Lav score på kostskalaen', som omfatter borgere med en kostscore på 0-2 point. Dvs. borgere med et mindre sundt kostmønster.

I Region Østdanmark har 15,9 % af borgerne en lav score på kostskalaen i 2025 (Tabel 6.1). Det svarer til omkring hver sjette borger eller 369.000 personer.

Alder og køn

Andelen med en lav score på kostskalaen er større blandt mænd (19,4 %) end blandt kvinder (12,7 %). For alder er andelen størst blandt de 16-24-årige, hvor godt hver femte scorer lavt på kostskalaen (20,6 %). I de øvrige aldersgrupper varierer andelen i mindre grad. Den er dog mindre end i regionen som helhed blandt de 35-44-årige og de 55-64-årige.

Etnisk baggrund

Andelen med en lav score på kostskalaen er større end i regionen som helhed blandt borgere med dansk baggrund (17,3 %) og mindre i de to øvrige grupper. Andelen er særligt lille blandt borgere med anden vestlig baggrund (6,9 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen med en lav score på kostskalaen falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er således fire gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (24,4 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (6,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt borgere med hhv. grundskole og erhvervsfaglig uddannelse og mindre blandt borgere med hhv. mellemlang og lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Andelen med en lav score på kostskalaen er generelt større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, som er udenfor arbejdsmarkedet, og blandt borgere under uddannelse (17,4 %). Andelen er især stor blandt førtidspensionister (27,0 %) og blandt øvrige ikke-erhvervsaktive (27,8 %). Samtidigt ses det, at andelen er mindre end i regionen som helhed blandt borgere i beskæftigelse (13,8 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at andelen med en lav score på kostskalaen stiger ved højere kommunesocialgruppe; dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet forekomsten er mere end dobbelt så stor i kommunesocialgruppe 6 (21,5 %) som i kommunesocialgruppe 1 (10,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1-2.

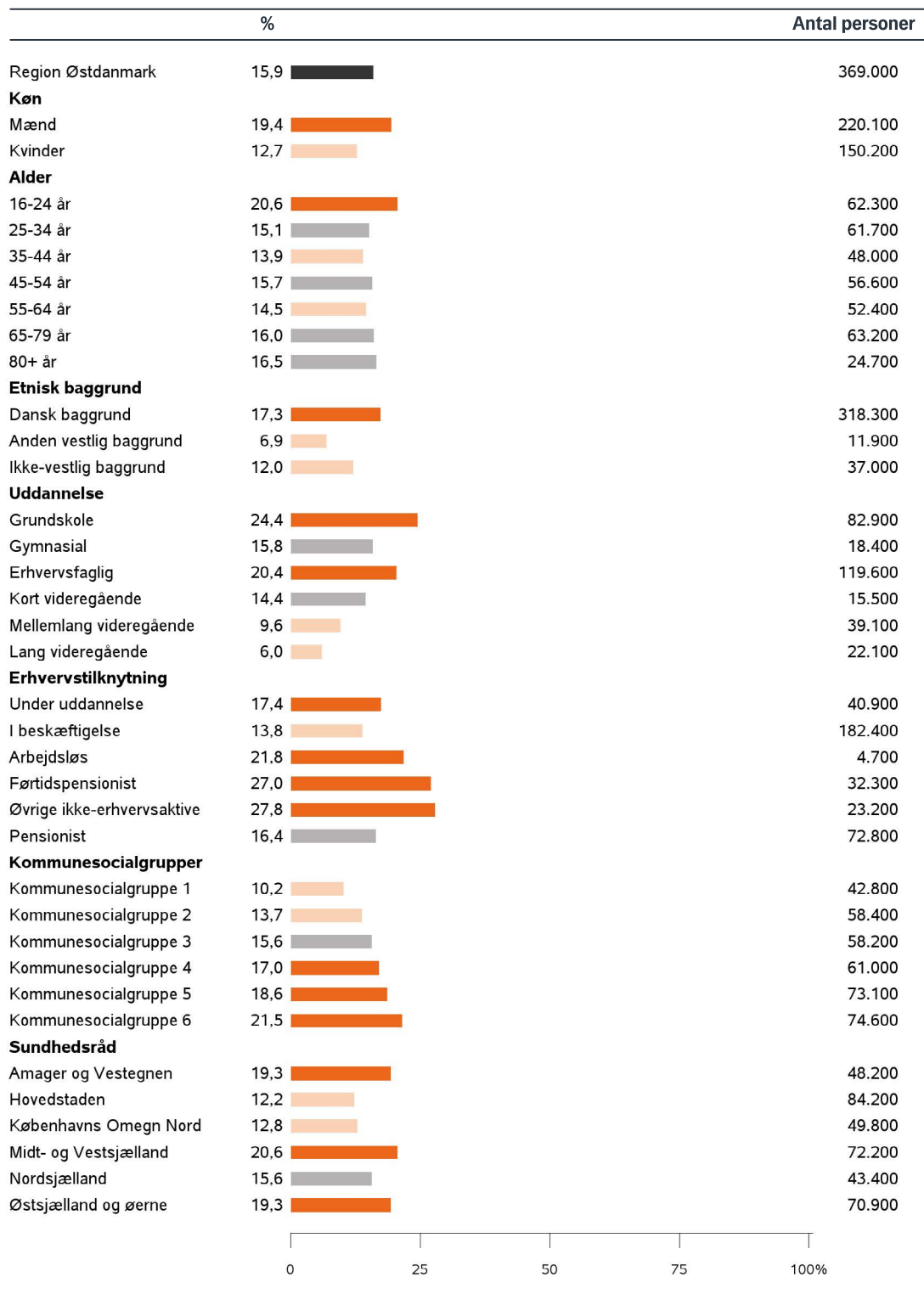
Sundhedsråd og kommuner

Andelen med en lav score på kostskalaen varierer fra 12,2 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 20,6 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er mindre i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

På tværs af regionens kommuner ses også en betydelig variation i andelen med en lav score på kostskalaen fra 8,8 % i Rudersdal Kommune til 26,0 % i Lolland Kommune, hvor andelen således er næsten tre gange så stor. Generelt ses det (Kort 6.1), at andelen er lille i København og kommunerne nord herfor, mens den er stor i de vestlige og sydlige dele af regionen.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er andelen med en lav score på kostskalaen gradvist steget over tid fra 11,1 % i 2010 til 15,9 % i 2025 (Figur 6.1). Stigningen er især sket fra 2013 til 2021, mens der ikke ses nogen ændring fra 2021 til 2025. Udviklingen på tværs af sundhedsrådene ligner den i regionen, men der ses en tendens til, at stigningen er mindre i sundhedsrådene med den mindste andel i 2010. Deraf følger, at forskellen mellem sundhedsrådene er blevet større over tid.

Tabel 6.1 Lav score på kostskalaen i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

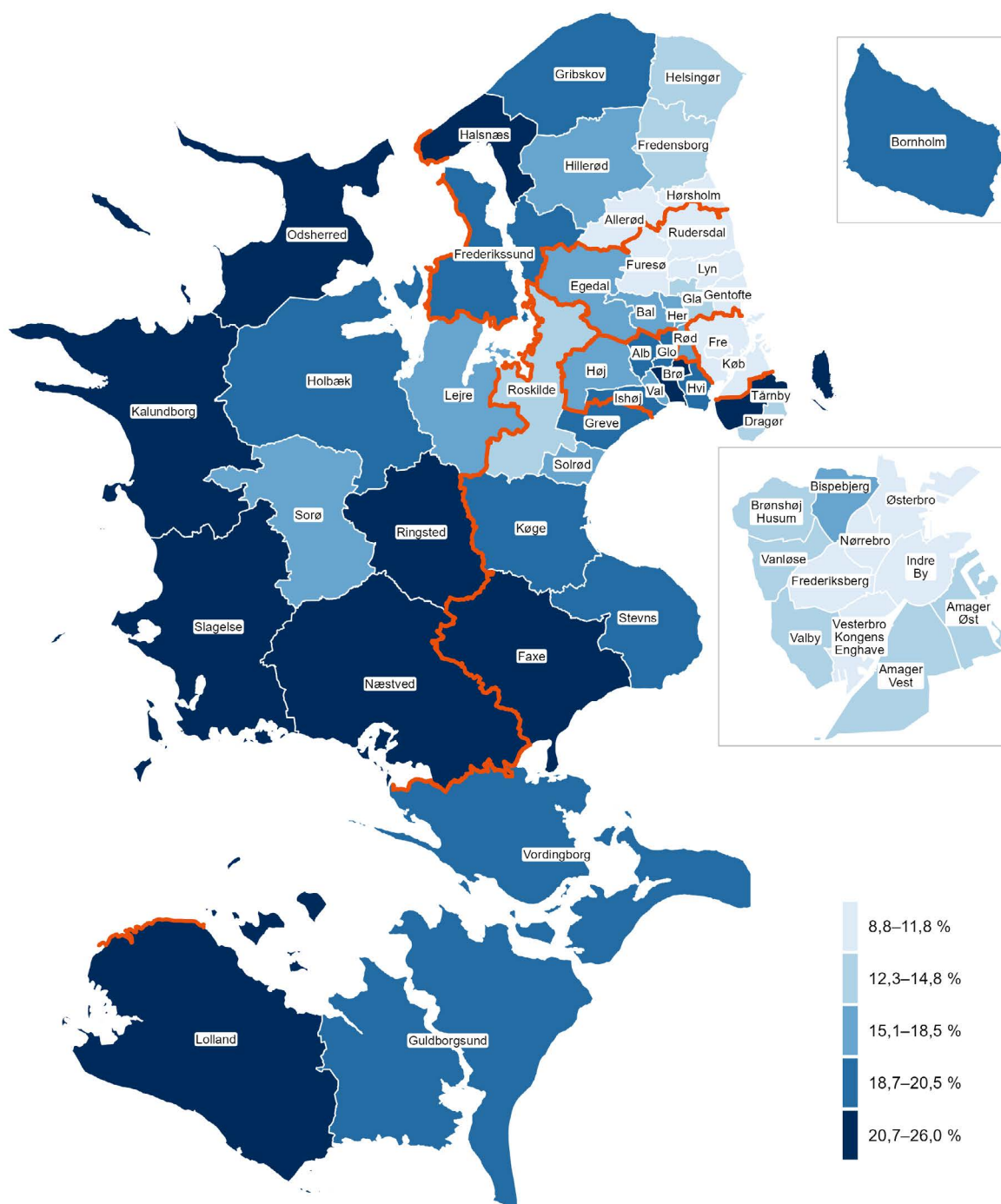
■ Forekomst i Region Østdanmark

■ Signifikant lavere end regionsforekomsten

■ Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

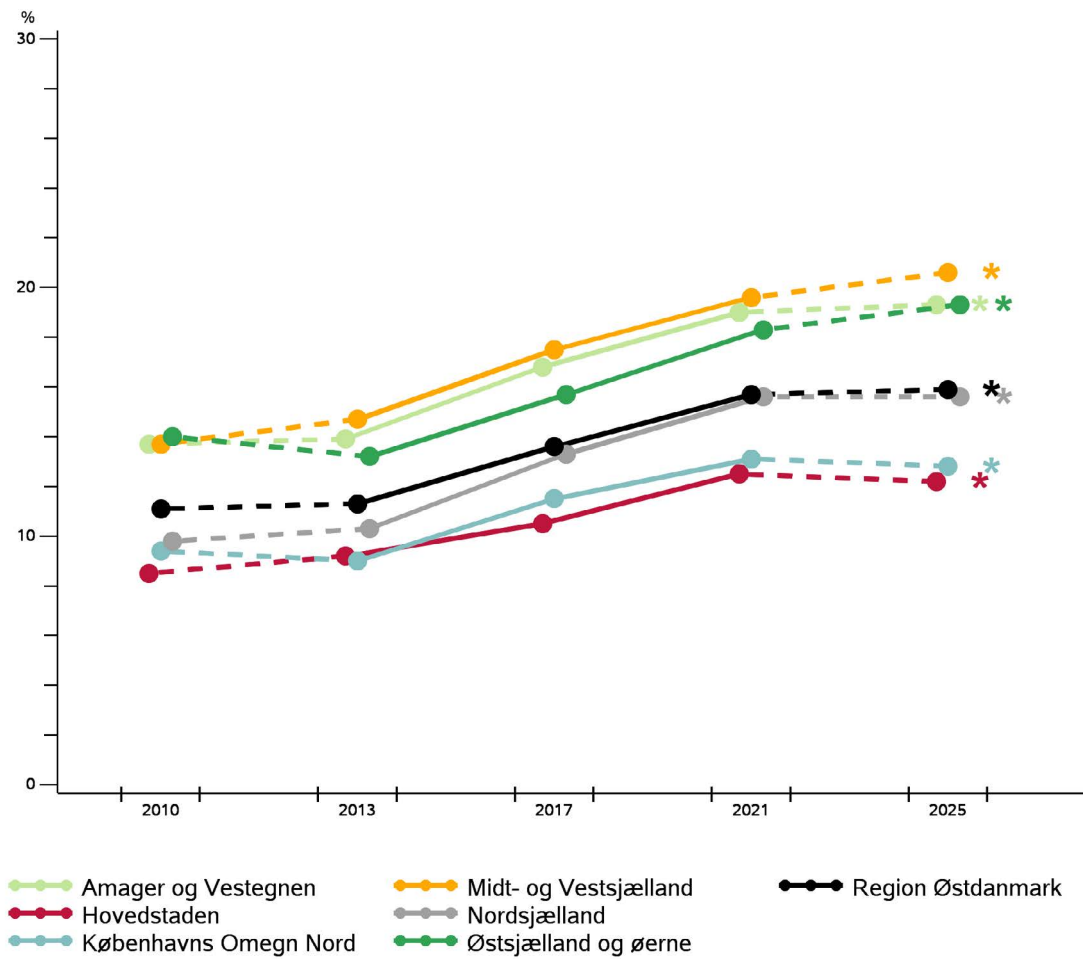
■ Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 6.1 Lav score på kostskalaen på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 6.1 Lav score på kostskalaen i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. World Health Organization, Food and Agriculture Organization of the United Nations. Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO-FAO Expert Consultation [Internet]. WHO technical report series nr. 916. Geneva; 2003. Tilgængelig hos: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c4f12939-5f55-4b75-b6f9-283024956b3f/content>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Hulvej Rod N, Bast LS, Diderichsen F, Grøntved A, Gyrd-Hansen D, Pisinger C, m.fl. Strukturel forebyggelse. Med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet [Internet]. København Ø: Vidensråd for Forebyggelse; 2024 [Henvist 30. juli 2025]. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/strukturel-forebyggelse-med-fokus-paa-kost-tobak-og-nikotin-alkohol-og-fysisk-aktivitet>
4. Toft U, Kristoffersen LH, 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(2):270–8. doi: <https://doi.org/10.1038/sj.ejcn.1602503>
5. Rostgaard-Hansen AL, Lau CJ, Halkjær J, Olsen A, Toft U. An updated validation of the Dietary Quality Score: associations with risk factors for cardiometabolic diseases in a Danish population. Eur J Nutr. 2023;62(4):1647–56. doi: <https://doi.org/10.1007/s00394-023-03100-4>

7 Fysisk aktivitet

- Omkring hver sjette borger i Region Østdanmark har lav fysisk aktivitet i fritiden i 2025.
- Lav fysisk aktivitet i fritiden er særligt udbredt blandt de ældste borgere og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er mere end dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden med de højeste forekomster i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn.
- Siden 2017 er forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden faldet i Region Østdanmark samlet set, og samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Fysisk aktivitet har stor betydning for både fysisk og mental sundhed og bidrager til at forebygge mange af de kroniske sygdomme samt fremme trivsel og funktionsevne gennem hele livet (1). De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 17,3 % af den voksne befolkning i Danmark primært har stillesiddende fritidsaktivitet i 2025 (i denne rapport benævnt 'lav fysisk aktivitet i fritiden') (2). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den højeste forekomst (19,2 %) i landet, mens Region Hovedstaden har den laveste forekomst (15,4%) (2).

Ens fysiske aktivitetsniveau påvirkes af en række individuelle, sociale og strukturelle forhold, herunder helbred, motivation, sociale normer samt mulighederne for at være aktiv i hverdagen (3). Utilstrækkelig fysisk aktivitet er forbundet med øget risiko for blandt andet hjerte-kar-sygdomme, type 2-diabetes, visse kræftformer og nedsat mental trivsel samt tidlig død (1). Derudover medfører fysisk inaktivitet betydelige samfunds-mæssige omkostninger som følge af blandt andet øget brug af sundhedsvæsenet og sygefravær (4).

Forebyggelse omfatter både indsatser rettet mod den enkelte, fx rådgivning og træningstilbud, og strukturelle tiltag, som bl.a. indretning af byrum, cykelstier og rammer på arbejdspladser, der understøtter bevægelse og fysisk aktivitet i hverdagen (5).

Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne bl.a. blevet bedt om at vurdere deres fysiske aktivitet i fritiden inden for det seneste år. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som i spørgsmålet har angivet, at de primært læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse i fritiden, hvilket betegnes som 'lav fysisk aktivitet i fritiden'.

I Region Østdanmark har 16,6 % af borgerne lav fysisk aktivitet i fritiden i 2025, dvs. de primært har stillesiddende beskæftigelse i deres fritid (Tabel 7.1). Det svarer til 385.200 borgere.

Køn og alder

Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden er større blandt kvinder (17,1 %) end blandt mænd (16,0 %). For alder er forekomsten højest blandt de 80+ årige, hvor næsten hver tredje borger (30,9 %) har lav fysisk aktivitet i fritiden. I de øvrige aldersgrupper varierer forekomsten i mindre grad. Den er lidt lavere end i regionen som helhed blandt de 45-79-årige, lidt højere blandt de 35-44-årige og på samme niveau som i regionen blandt de 16-34-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden er markant højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (26,9 %) end i regionen som helhed. Forekomsten er samtidig lavere blandt borgere med dansk baggrund (15,4 %) og anden vestlig baggrund (14,0 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er mere end dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er der således højere forekomst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (18,0 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (26,5 %), mens den er lavere blandt borgere med videregående og især lang videregående uddannelse (10,0 %).

Erhvervstilknnytning

Der ses generelt en tendens til højere forekomst af lav fysisk aktivitet i fritiden blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt pensionister (19,9 %) og især blandt førtidspensionister (32,3 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive (29,8 %), mens den er lavere blandt borgere i beskæftigelse (13,1 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet forekomsten er næsten dobbelt så høj i kommunesocialgruppe 6 (21,5 %) som i kommunesocialgruppe 1 (11,7 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-2.

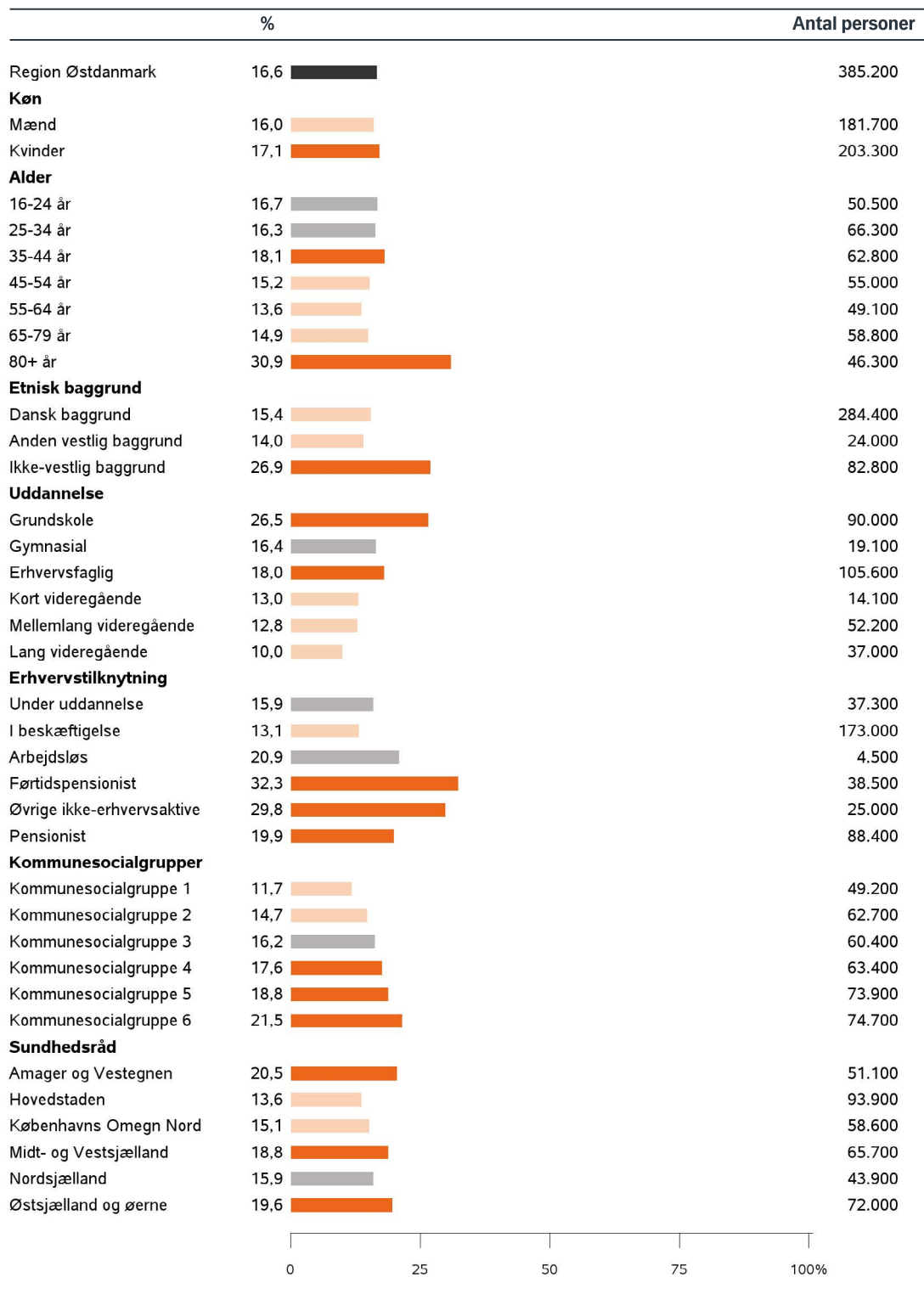
Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden varierer fra 13,6 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 20,5 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden varierer fra 8,9 % i bydelen Indre By til 29,0 % i Ishøj Kommune. Som det fremgår af Kort 7.1, er der også generelt en høj forekomst af lav fysisk aktivitet i fritiden i kommunerne i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af lav fysisk aktivitet i fritiden først steget fra 14,8 % i 2010 til 19,9 % i 2017, hvorefter den gradvist er faldet til 18,8 % i 2021 og 16,6 % i 2025 (Figur 7.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at der ses lidt større udsving i forekomsten over tid i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne, som også er det eneste af sundhedsrådene, hvor der ikke er sket et fald i forekomsten fra 2021 til 2025.

Tabel 7.1 Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen.

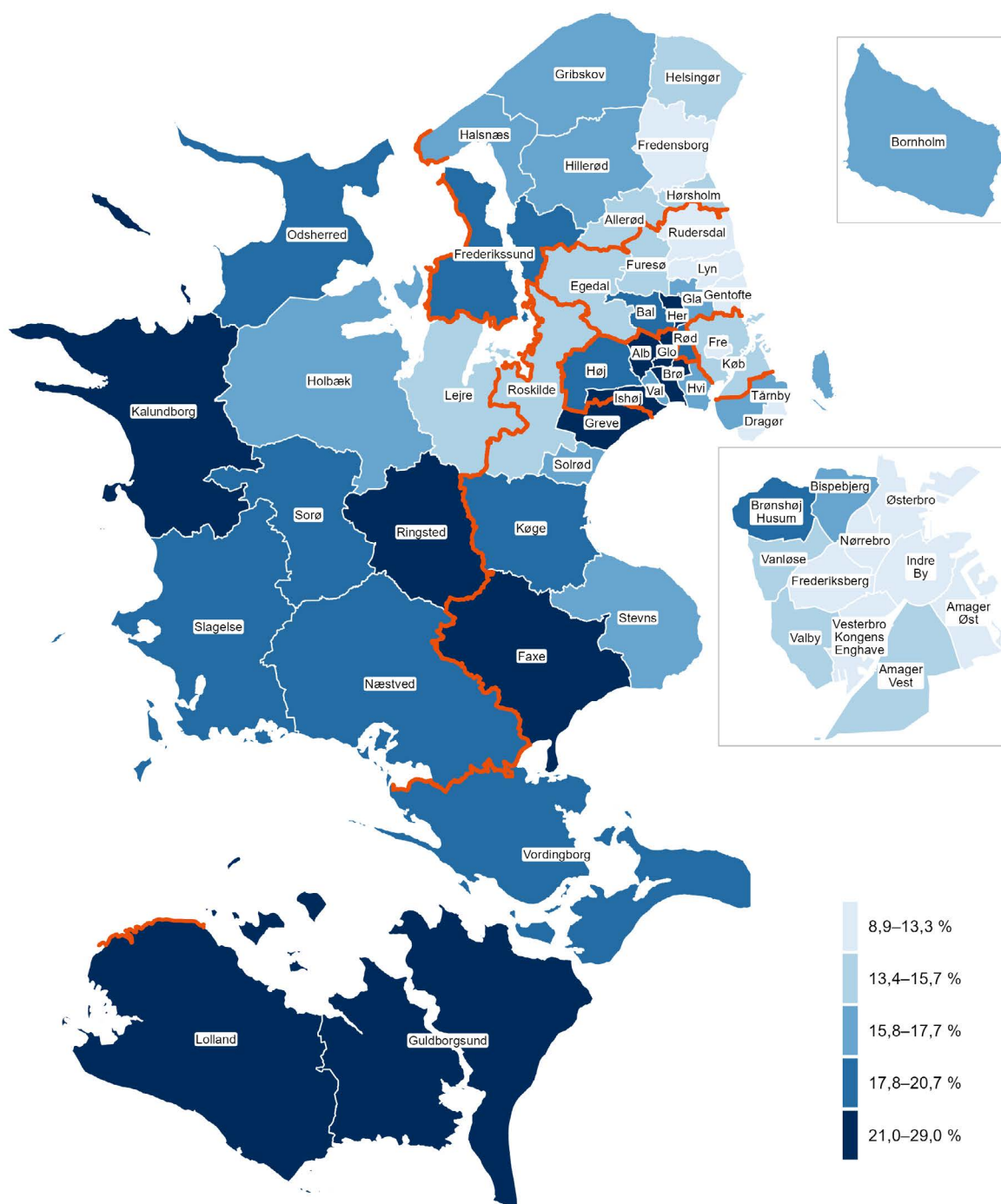
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

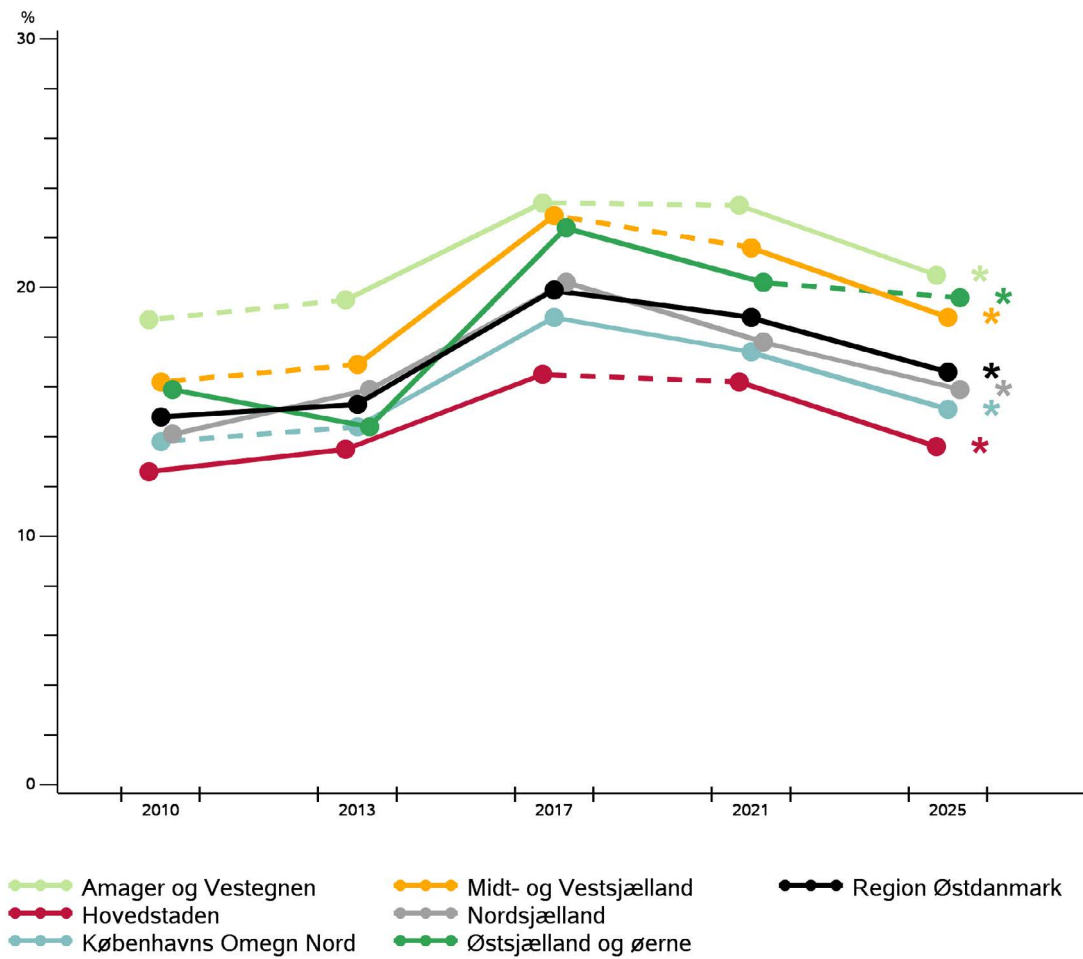
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 7.1 Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østjyllands kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 7.1 Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Ahrensberg H, Toftager M, Nørgaard S, Petersen CB. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år). Viden om forebyggelse og sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/e52osbkl/fysisk-aktivitet-18-64-aar.pdf>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed — Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Wengel TTT, Troelsen J. Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet. København: Sundhedsstyrelsen; 2019. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/40vjeeq/omgivelsernes-betydning-for-fysisk-aktivitet-litteraturstudie.pdf>
4. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/cfujqaat/risikofaktorer-sygdomsbyrden-2023.pdf>
5. Hulvej Rod N, Bast LS, Diderichsen F, Grøntved A, Gyrd-Hansen D, Pisinger C, m.fl. Strukturel forebyggelse. Med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet. København Ø: Vidensråd for Forebyggelse; 2024. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/strukturel-forebyggelse-med-fokus-paa-kost-tobak-og-nikotin-alkohol-og-fysisk-aktivitet>

8 Søvn

- Hver sjette borger i Region Østdanmark er meget generet af søvnproblemer i 2025.
- Det er især kvinder, de 16-24-årige og borgere med ikke-vestlig baggrund, der er meget generet af søvnproblemer.
- Der ses en markant social ulighed i andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, hvilket bl.a. ses ved at andelen er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Der ses også markant større andele blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere end blandt de øvrige erhvervstilknytningsgrupper.
- Der er betydelig geografisk ulighed i andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, med de største andele i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn.
- Siden 2010 er andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, steget i Region Østdanmark samlet set, og samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Søvn er en central indikator for sundhed og trivsel, da den spiller en afgørende rolle for kroppens restitution og hjernens funktioner (1). Sund søvn er kendetegnet ved både passende længde, god kvalitet og et stabilt søvn mønster (1). Søvnproblemer dækker derimod over både afvigelser i søvnlængde samt oplevelser af utilstrækkelig eller forstyrret søvn (2).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at lidt over halvdelen (52,9 %) af den voksne befolkning i Danmark har oplevet at være lidt eller meget generet af søvnproblemer inden for de seneste 14 dage i 2025 (1). Det ses, at 16,3 % har været meget generet af det (3). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den største andel af borgere, der har været meget generet af søvnproblemer (17,9 %) i landet, mens Region Hovedstaden og de tre øvrige regioner har en mindre andel (ca. 16 %) (3).

Sammenhængen mellem søvnproblemer og helbredsudfordringer er kompleks, ofte gensidig og kan virke selvforstærkende, f.eks. i relation til stress og overvægt (4). Årsager til søvnproblemer er mange og omfatter blandt andet psykiske belastninger, bekymringer, skærmb brug, arbejdsmiljø og livsstil, som tilsammen kan bidrage til forringet søvnkvalitet og utilstrækkelig søvn (1). Konsekvenserne ved søvnproblemer er nedsat kognitiv funktion og mistro til selve søvnen, hvilket øger risikoen for kroniske sygdomme og tidlig død samt betydelige samfundsøkonomiske omkostninger (5). Forebyggelse af søvnproblemer er således et vigtigt indsatsområde i folkesundhedsarbejdet, som bør prioriteres på linje med andre væsentlige risikofaktorer (2).

Meget generet af søvnproblemer i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne bl.a. blevet bedt om at vurdere, hvorvidt de har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. I denne rapport opgøres andelen af borgere, som i spørgsmålet har angivet "Ja, meget generet", hvilket betegnes som 'Meget generet af søvnproblemer'.

I Region Østdanmark er 16,6 % af borgerne meget generet af søvnproblemer, hvilket svarer til 386.300 borgere (Tabel 8.1).

Køn og alder

Andelen, der er meget generet af søvnproblemer, er større blandt kvinder (19,8 %) end mænd (13,2 %). For alder ses det, at andelen er større end i regionen som helhed blandt de 16-24-årige (19,6 %) og 45-64-årige (ca. 18 %) og at andelen er mindre blandt de 65+ årige borgere (ca. 14 %).

Etnisk baggrund

Andelen, der er meget generet af søvnproblemer, er større end i regionen som helhed blandt borgere med ikke-vestlig baggrund, hvor næsten hver fjerde borger er meget generet af søvnproblemer (24,1 %). Omvendt er andelen mindre end i regionen som helhed blandt borgere med dansk baggrund (15,5 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, falder med stigende uddannelseslængde. Det ses, at andelen er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (23,2 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (11,3 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt borgere med grundskoleuddannelse og mindre blandt borgere med en videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Andelen, der er meget generet af søvnproblemer, er større end i regionen som helhed blandt borgere under uddannelse og borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Andelen er især stor blandt førtidspensionister (34,5 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (40,3 %). Derudover ses det, at andelen er mindre end i regionen som helhed blandt borgere i beskæftigelse (14,3 %) og pensionister (14,1 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at andelen, der er meget generet af søvnproblemer, stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5 og 6 (hhv. 17,7 % og 18,8 %) og mindre i kommunesocialgruppe 1 (14,6 %).

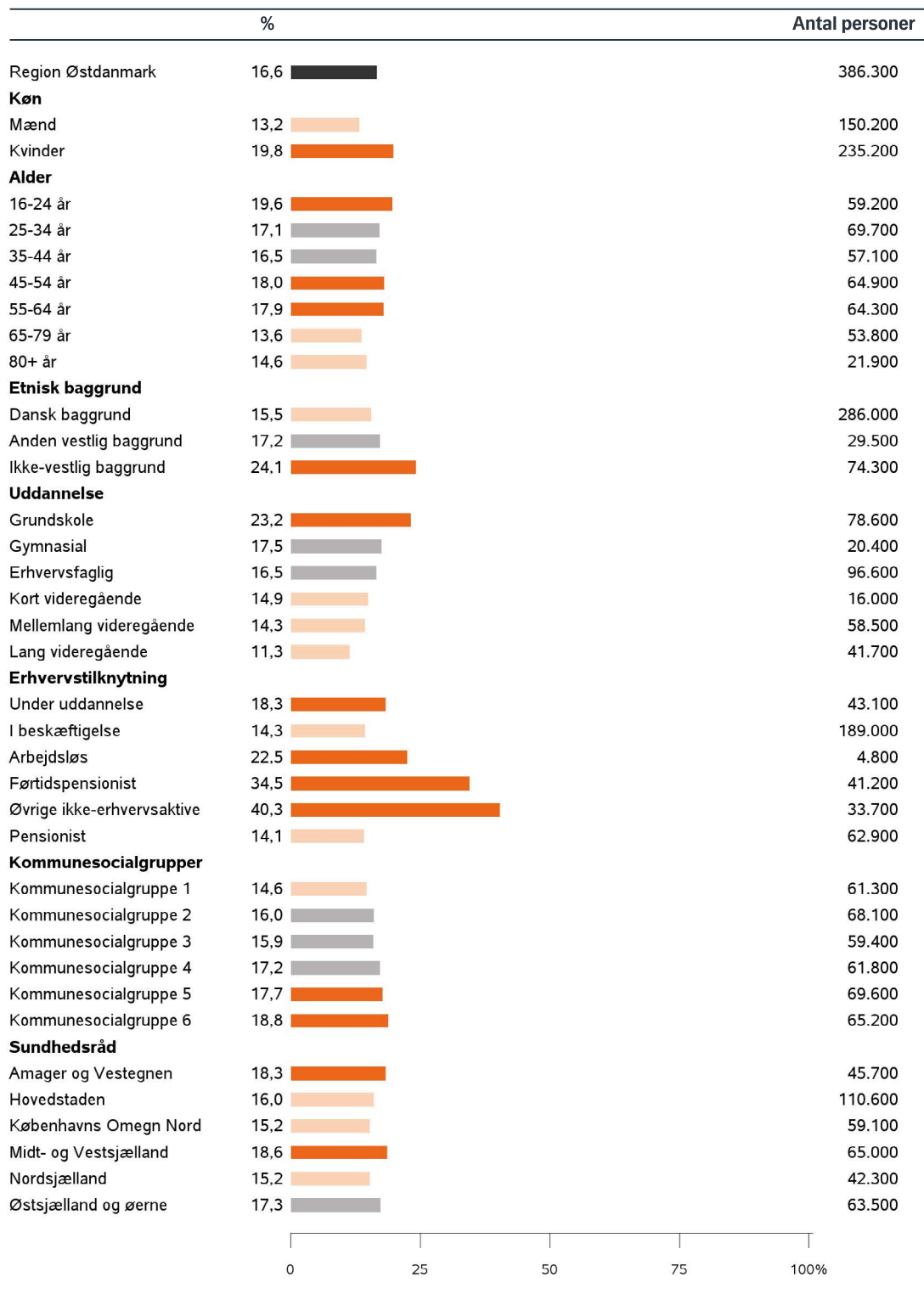
Sundhedsråd og kommuner

Andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, varierer fra 15,2 % i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland til 18,6 % Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Midt- og Vestsjælland, mens andelen er mindre i sundhedsrådene Hovedstaden, Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, varierer fra 12,1 % i Allerød Kommune til 20,1 % i Ishøj Kommune. Som det fremgår af Kort 8.1, er der generelt store andele i kommunerne på den københavnske vestegn samt i den sydlige og vestlige del af regionen. Der ses generelt små andele i kommunerne nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er andelen af borgere, der er meget generet af søvnproblemer, steget gradvist fra 10,6 % i 2010 til 16,6 % i 2025 (Figur 8.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er derudover værd at bemærke, at forskellene mellem sundhedsrådene er blevet større over årene.

Tabel 8.1 Meget generet af søvnproblemer i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

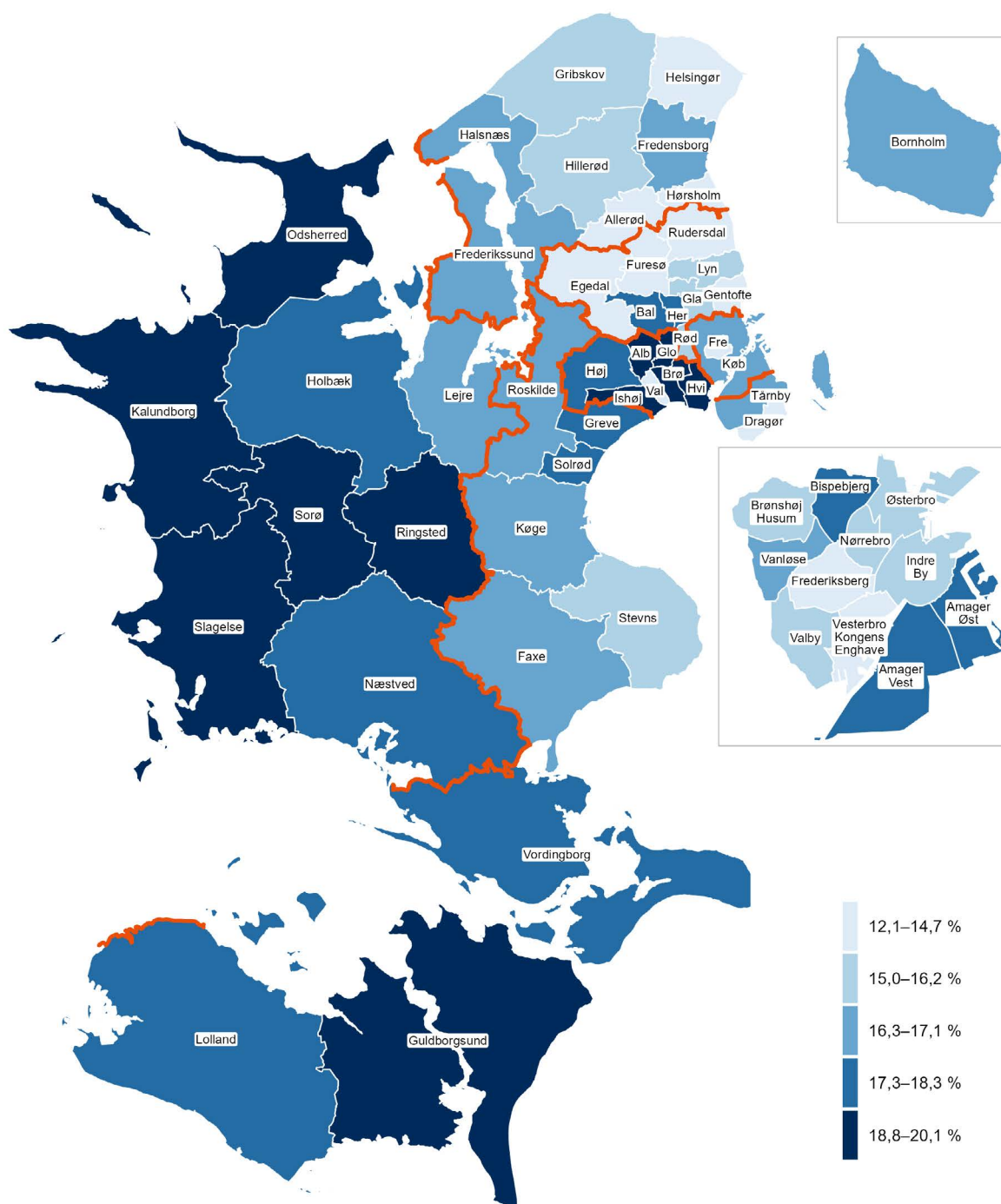
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

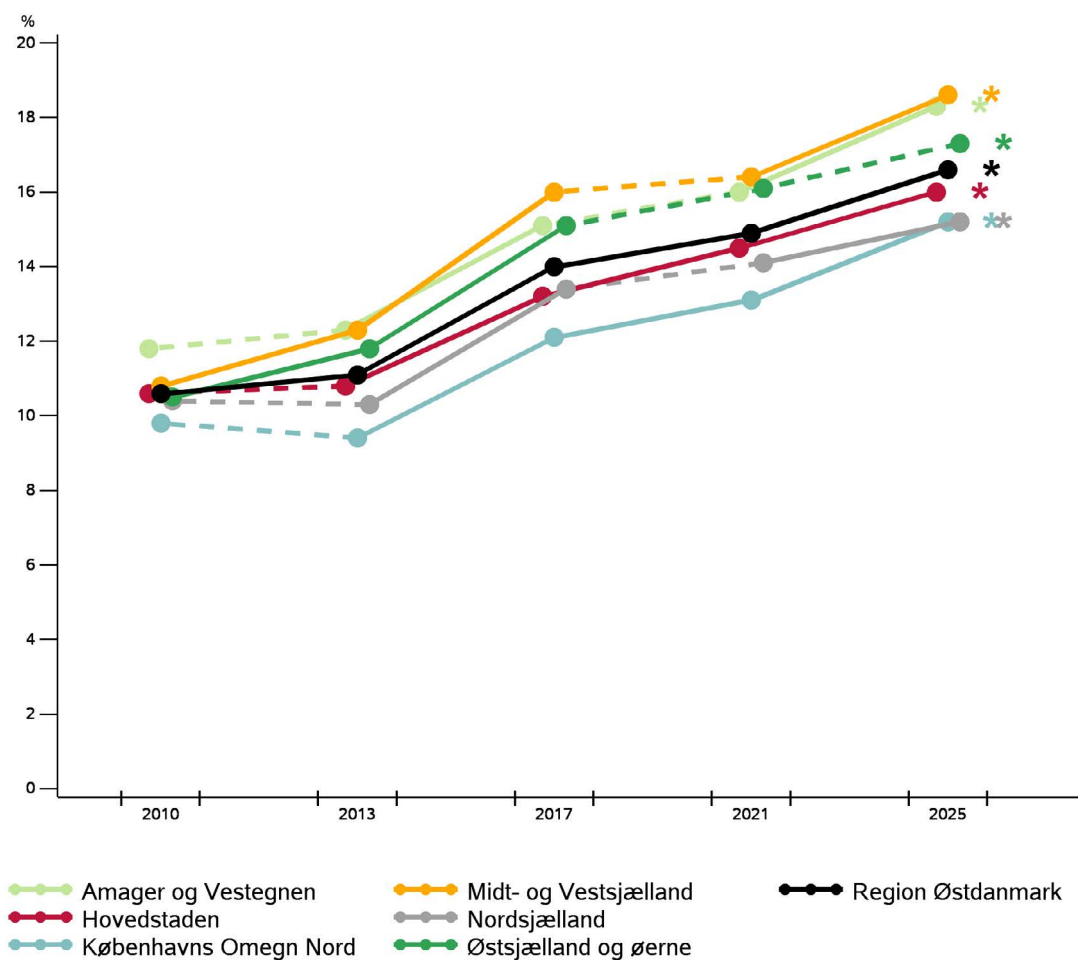
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 8.1 Meget generet af søvnproblemer i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 8.1 Meget generet af søvnproblemer i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for søvnlængde – Til alle aldersgrupper [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2024. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/b2allzwi/anbefalinger-for-soevnlaengde.pdf>
2. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, m.fl. Søvn og sundhed [Internet]. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2015. Tilgængelig hos: http://www.vidensraad.dk/sites/default/files/vidensraad_soevn-og-sundhed_digital.pdf
3. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
4. Li J, Cao D, Huang Y, Chen Z, Wang R, Dong Q, m.fl. Sleep duration and health outcomes: an umbrella review. Sleep Breath. 2022;26(3):1479–501. doi: <https://doi.org/10.1007/s11325-021-02458-1>
5. Jensen HAR, Møller SR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Søvn. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2021 [Internet]. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2022 [Henvist 27. august 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2022/soevn>

9 Sociale medier

- Mere end hver tiende borger i Region Østdanmark har et højt forbrug af sociale medier i 2025. Et højt forbrug vil sige mere end to timer dagligt i fritiden.
- Andelen er særligt stor blandt yngre borgere - især de 16-24-årige - samt blandt borgere under uddannelse. Andelen er desuden stor blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der ses begrænset social ulighed i andelen med et højt forbrug af sociale medier. Andelen er mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse og i de kommuner med flest socioøkonomiske ressourcer og desuden større blandt borgere i den erhvervsaktive alder, der er uden for arbejdsmarkedet.
- Geografisk ses der ikke et tydeligt mønster, men der er en tendens til, at andelen med et højt forbrug af sociale medier generelt er større i København og på den københavnske vestegn og mindre i den nordlige del af regionen.

Sociale medier er blevet en integreret del af hverdagen for mange borgere og spiller en central rolle i kommunikation, sociale relationer og informationssøgning (1). Iflg. tal fra Danmarks Statistik brugte 90 % af befolkningen mellem 16 og 74 år sociale medier i 2025, og andelen har været stigende over tid (2). Der findes ikke opgørelser af brug af sociale medier i Den Nationale Sundhedsprofil, men i Region Hovedstaden og Region Sjælland har hhv. 11,0 % og 11,2 % af borgerne et højt forbrug af sociale medier i 2025 (dvs. mindst 2 timer dagligt i fritiden på hverdage) (3,4).

Samtidig er der stigende opmærksomhed på, hvordan et højt forbrug af sociale medier kan påvirke sundhed og trivsel. Forskning peger på, at sociale medier både kan have positive og negative konsekvenser. Sociale medier kan understøtte sociale relationer og fællesskaber, men et højt forbrug er samtidig forbundet med øget forekomst af blandt andet søvnproblemer, stress, ensomhed og lavt mentalt velbefindende (1,5,6). Sammenhængene er dog komplekse, og de bagvedliggende årsagsmekanismer er endnu ikke fuldt afklarede. Forebyggelse handler derfor i høj grad om at fremme bevidste og balancerede skærmvaner, herunder at være opmærksom på eget forbrug af sociale medier og dets betydning for trivsel, søvn og sociale relationer (7).

Højt forbrug af sociale medier i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne blevet spurgt ind til deres skærmvaner, herunder hvor meget tid de på en typisk hverdag eller arbejdsdag bruger på sociale medier i deres fritid. I denne rapport anvendes indikatoren 'Højt forbrug af sociale medier', som omfatter borgere, der dagligt bruger sociale medier to timer eller mere i deres fritid.

I Region Østdanmark har 11,3 % af borgerne et højt forbrug af sociale medier i fritiden i 2025 (Tabel 9.1). Det svarer til 262.000 personer.

Alder og køn

Andelen med et højt forbrug af sociale medier er større blandt kvinder (12,8 %) end blandt mænd (9,6 %). Generelt er andelen faldende med stigende alder, og der ses meget store forskelle på tværs af aldersgrupperne. Andelen er således 12 gange så stor blandt de 16-24-årige (29,1 %) som blandt de 80+ årige (2,3 %). Set i forhold til regionen som helhed er andelen desuden større blandt de 25-34-årige (19,1 %).

Etnisk baggrund

Andelen med et højt forbrug af sociale medier er markant større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (22,9 %) end i regionen som helhed. Andelen er således over dobbelt så stor som blandt borgere med hhv. dansk baggrund (10,0 %) og anden vestlig baggrund (9,5 %).

Uddannelse

De største andele ses blandt borgere med hhv. gymnasial (11,1 %) og grundskoleuddannelse (11,0 %), mens andelen er mindst blandt borgere med lang videregående uddannelse (5,8 %). Blandt de øvrige grupper er variationen begrænset og sammenlignet med regionen som helhed er andelen mindre både blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse og blandt borgere med videregående uddannelse. Andelen er ikke større end i regionen i nogen grupper, hvilket kan forklares af, at andelen med et højt forbrug af sociale medier især er stor blandt borgere under 25 år og blandt borgere under uddannelse, som ikke indgår i opgørelsen af uddannelse.

Erhvervstilknytning

Andelen med et højt forbrug af sociale medier er særligt stor blandt borgere under uddannelse (26,8 %). Set i forhold til regionen som helhed er andelen desuden større blandt borgere udenfor arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder (16,2–20,4 %), mens den er mindre blandt borgere i beskæftigelse (9,7 %) og især blandt pensionister (3,8 %).

Kommunesocialgrupper

Der er kun begrænset variation i andelen med et højt forbrug af sociale medier på tværs af kommunesocialgrupperne. Andelen er dog større end i regionen som helhed i kommunesocialgruppe 5 og mindre i kommunesocialgruppe 1.

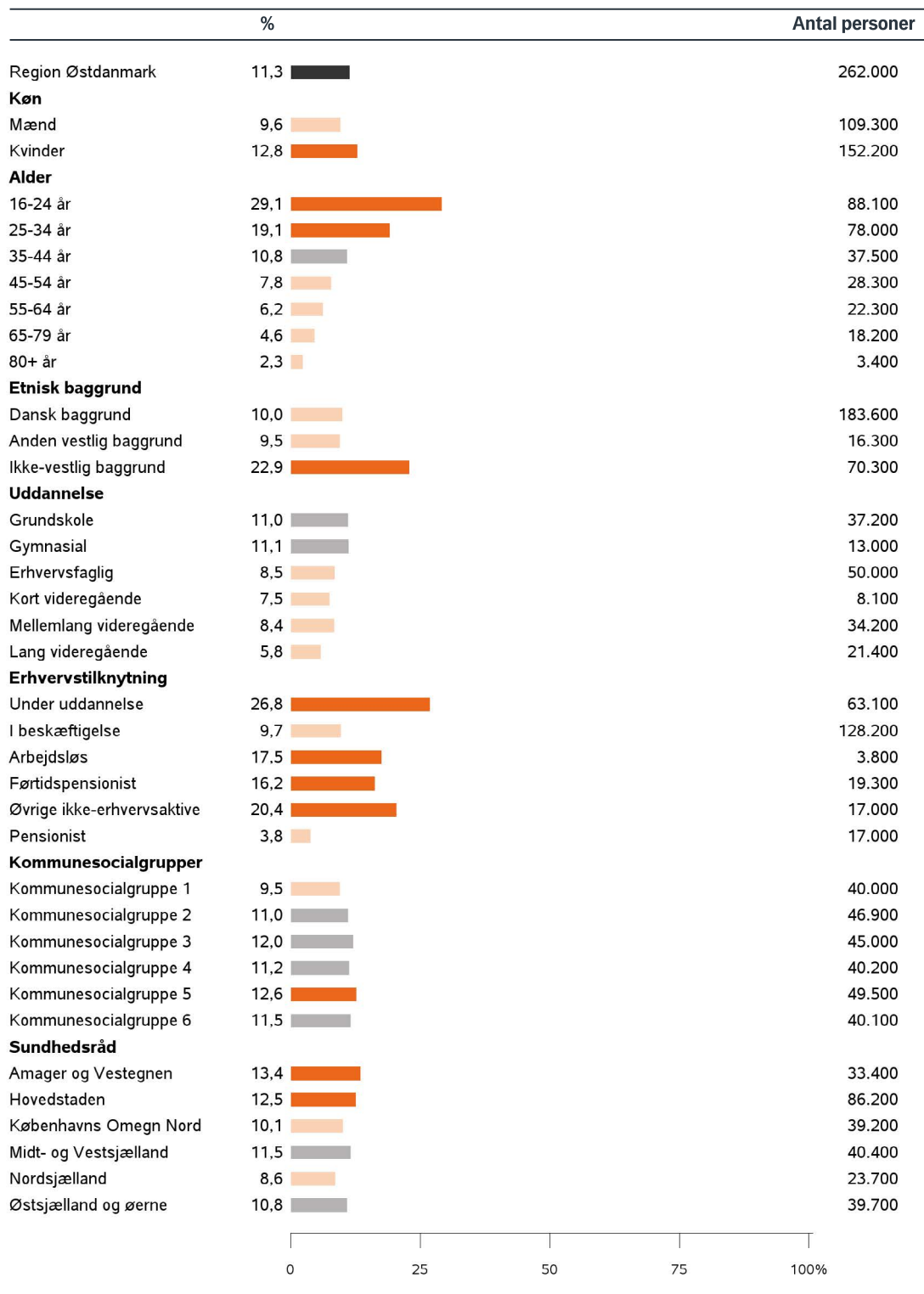
Sundhedsråd og kommuner

Andelen med et højt forbrug af sociale medier varierer fra 8,6 % i Sundhedsråd Nordsjælland til 13,4 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Hovedstaden, mens den er mindre i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

På tværs af regionens kommuner varierer andelen med et højt forbrug af sociale medier fra 6,9 % i Allerød Kommune til 16,4 % i Ishøj Kommune. Generelt ses de største andele på den københavnske vestegn og i flere af de københavnske bydele, mens andelen generelt er mindre i den nordlige del af regionen (Kort 9.1).

Udvikling over tid

Det er første gang, spørgsmålet om sociale medier er med i spørgeskemaet, og der kan derfor ikke vises udvikling over tid.

Tabel 9.1 Højt forbrug af sociale medier (2 timer eller mere dagligt) i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

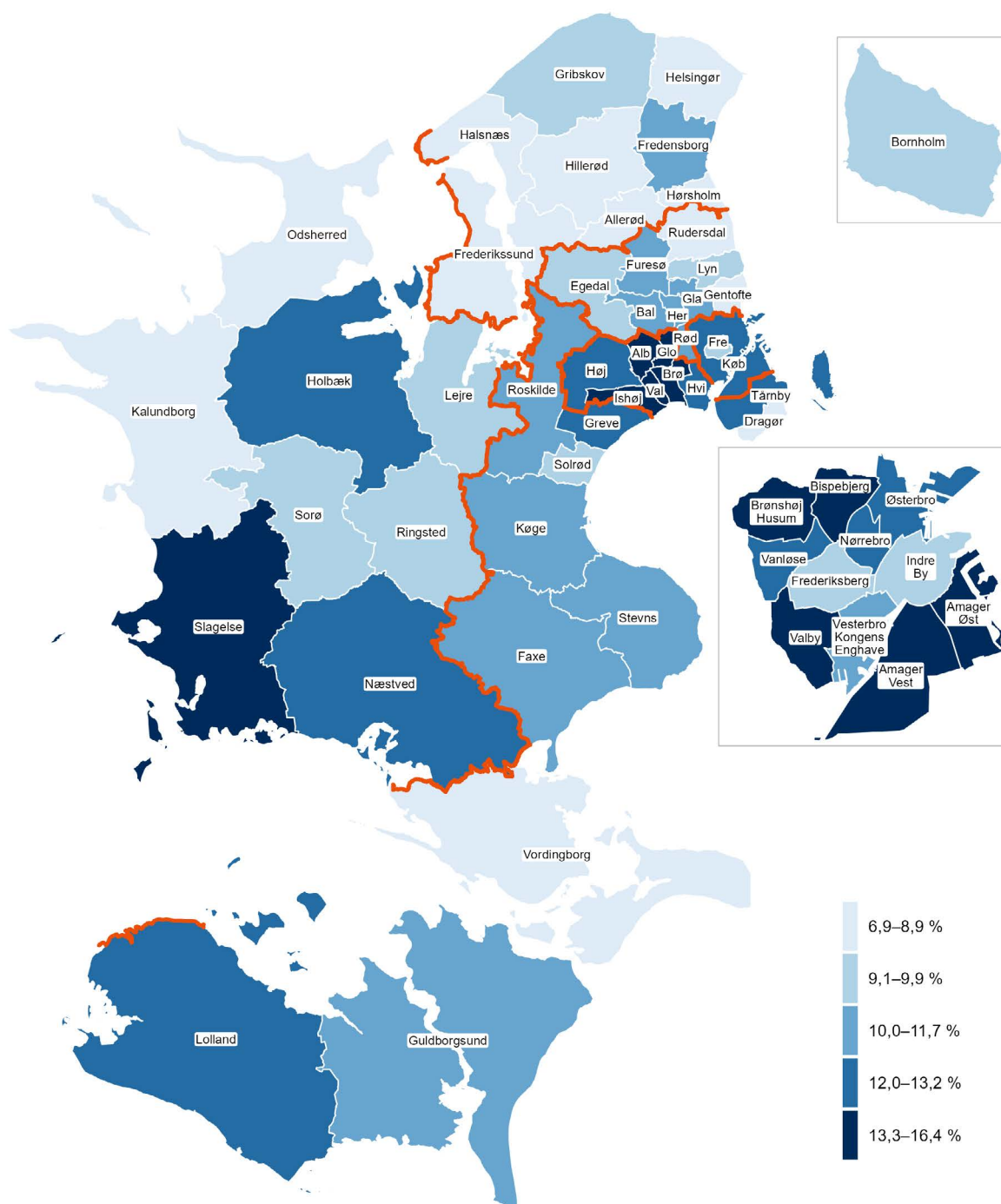
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 9.1 Højt forbrug af sociale medier (2 timer eller mere dagligt) på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Referencer

1. Pedersen J, Rasmussen MGB, Sørensen SO, Mortensen SR, Olesen LG, Brage S, m.fl. Effects of limiting digital screen use on well-being, mood, and biomarkers of stress in adults. *npj Mental Health Res.* 2022;1(1):14. doi: <https://doi.org/10.1038/s44184-022-00015-6>
2. Danmarks Statistik. Digital adfærd [Internet]. 2025 [Henvist 20. august 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/kultur-og-fritid/digital-adfaerd-og-kulturvaner/digital-adfaerd>
3. Poulsen HS, Christiansen ASJ, Christensen BS, Boss S, Elmer TS, Hallund LC, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?« [Internet]. Region Sjælland, Koncern Digitalisering; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionsjaelland.dk/media/icmn5un4/sundhedsprofilen25_opt-a_2udgave-juli-2026-1.pdf
4. Elsborg PJ, Eliassen MH, Andreasen AH, Toxværd CG, Virenfelt GM, Holflod JF, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd [Internet]. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil_2025_Web.pdf
5. Sundhedsstyrelsen. Notat: Råd til at efterleve anbefalingerne vedr. skærmbrug [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2024 [Henvist 27. august 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/j1kd2ief/notat-raad-til-at-efterleve-anbefalingerne-vedr-skaermbrug.pdf>
6. Fynbo L, Rayce SB, Hoffmann SH, Thøstesen A, Linander C, Dam A, m.fl. Digitalt mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt unge. Et systematisk litteraturreview [Internet]. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/thapu5ah/digitalt-mediebrug-blandt-unge.pdf>
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om brug af skærm [Internet]. [Henvist 20. juni 2025]. Tilgængelig hos: <http://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaende-indsatser/Mental-og-digital-sundhed/Skaermbrug>

10 Selvvurderet helbred

- Mere end hver sjette borger i Region Østjylland vurderer selv, at de har et mindre godt eller dårligt helbred i 2025.
- Mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred er særligt udbredt blandt de ældste borgere. Derudover er forekomsten højere blandt kvinder og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er mere end fire gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred med de højeste forekomster i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn og Bornholm.
- Siden 2013 er forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred steget i Region Østjylland samlet set, og samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Selvvurderet helbred er et hyppigt anvendt mål for befolkningens sundhedstilstand og afspejler borgernes samlede vurdering af eget helbred og velbefindende (1). Vurderingen bygger på den enkeltes oplevelse af både fysisk og mentalt helbred, og kan blandt andet påvirkes af aktuelle og tidligere sygdomme, funktionsbegrænsninger, psykisk trivsel, kulturel baggrund samt forventninger til egen helbredstilstand givet ens alder (2,3). Det varierer derfor fra person til person, hvilke forhold der tillægges betydning i vurderingen af eget helbred. Undersøgelser viser, at personer med dårligt selvvurderet helbred har øget risiko for funktionsnedsættelse, sygelighed og tidlig død (3,4).

Ifølge de nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil 2025 vurderer 17,9 %, at de har et mindre godt eller dårligt helbred (5). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den højeste forekomst (20,4 %) i landet, mens Region Hovedstaden har den laveste forekomst (16,4 %) (5).

Da selvvurderet helbred afspejler mange forskellige dimensioner af sundhed, kan en bred vifte af sundhedsfremmende og forebyggende indsatser bidrage til at styrke befolkningens selvvurderede helbred (6).

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Østdanmark

Borgernes selv vurderede helbred måles med et underspørgsmål fra Short Form Health Survey (SF-12), som er et internationalt anerkendt instrument til vurdering af helbredsrelateret livskvalitet (7). Indikatoren er baseret på respondenternes svar på spørgsmålet: "Hvordan synes du, dit helbred er, alt i alt?". I denne rapport opgøres andelen, der selv vurderer deres helbred som "Mindre godt" eller "Dårligt".

I Region Østdanmark har 17,6 % af borgerne et mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i 2025 (Tabel 10.1). Det svarer til 408.800 borgere.

Køn og alder

Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er højere blandt kvinder (19,2 %) end blandt mænd (15,9 %), og den stiger med stigende alder. Den laveste forekomst ses således blandt de 16-24-årige (9,8 %), mens den markant højeste forekomst ses blandt de 80+ årige (31,9 %).

Etnisk baggrund

Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred er højere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (22,4 %) end i regionen som helhed. Forekomsten er samtidig lavere blandt borgere med dansk baggrund (17,1 %) og borgere med anden vestlig baggrund (14,4 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er næsten fire gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten således højere blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (21,8 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (32,0 %), mens den er lavere blandt borgere med videregående og især lang videregående uddannelse (8,1 %).

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en tendens til højere forekomst af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse og under uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt pensionister (25,2 %) og især blandt førtidspensionister (50,2 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive (54,6 %), mens den er lavere blandt borgere i beskæftigelse (11,5 %) og borgere under uddannelse (9,9 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. at forekomsten generelt er højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet forekomsten i kommunesocialgruppe 6 (22,8 %) er over halvanden gang så høj som i kommunesocialgruppe 1 (13,7 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-2.

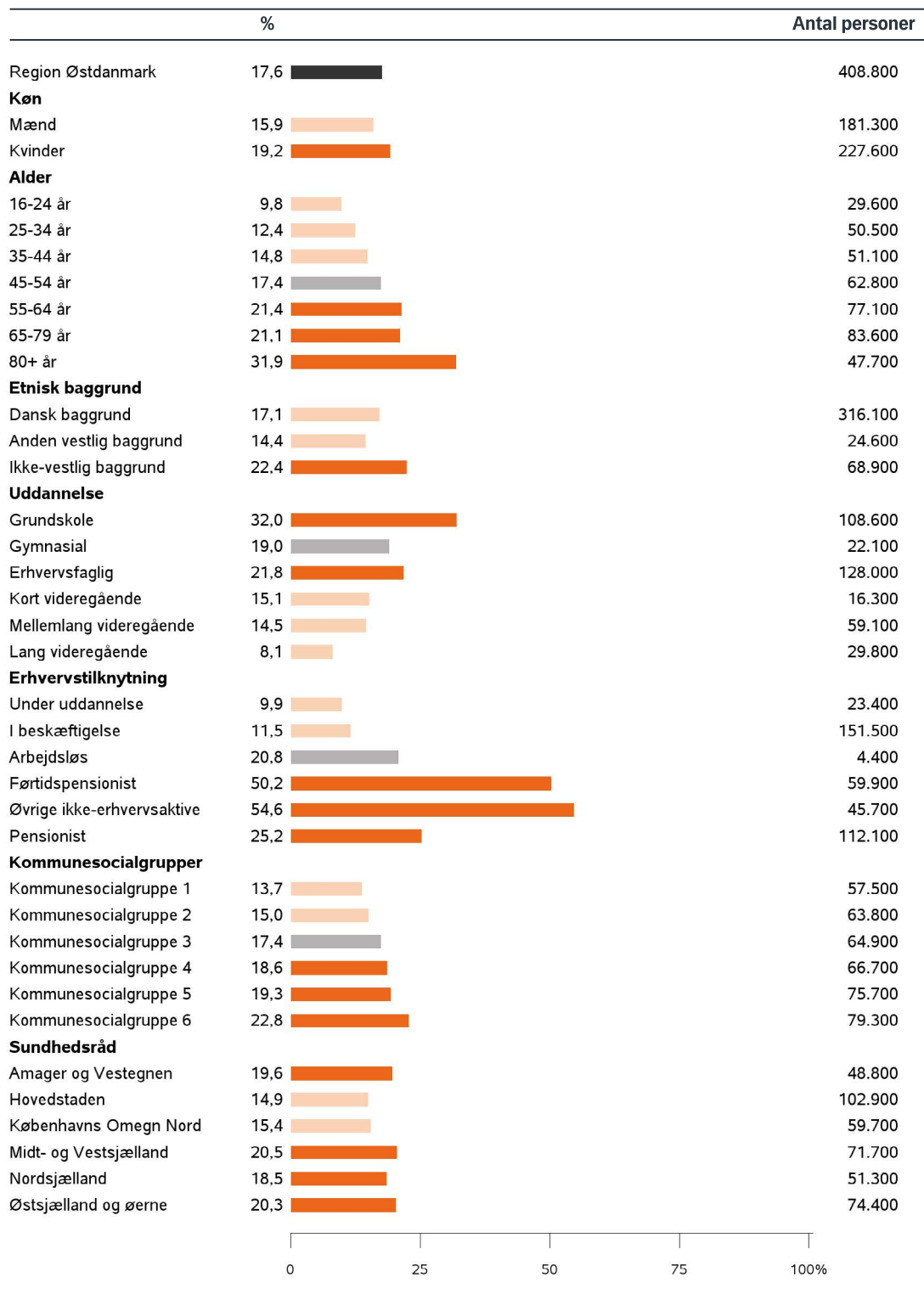
Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred varierer fra 14,9 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 20,5 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Der ses også betydelig variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred varierer fra 11,4 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 25,7 % i Vordingborg Kommune, hvor forekomsten således er over dobbelt så høj. Som det fremgår af Kort 10.1, er der generelt en høj forekomst af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred i kommunerne i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn og Bornholm. Omvendt er der generelt en lav forekomst i København og kommunerne nord herfor.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred først faldet fra 14,9 % i 2010 til 14,2 % i 2013, hvorefter den er steget gradvist til 17,6 % i 2025, hvor forekomsten således er højere end i 2010 (Figur 10.1). Der ses generelt det samme udviklingsmønster over tid i de seks sundhedsråd.

Tabel 10.1 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

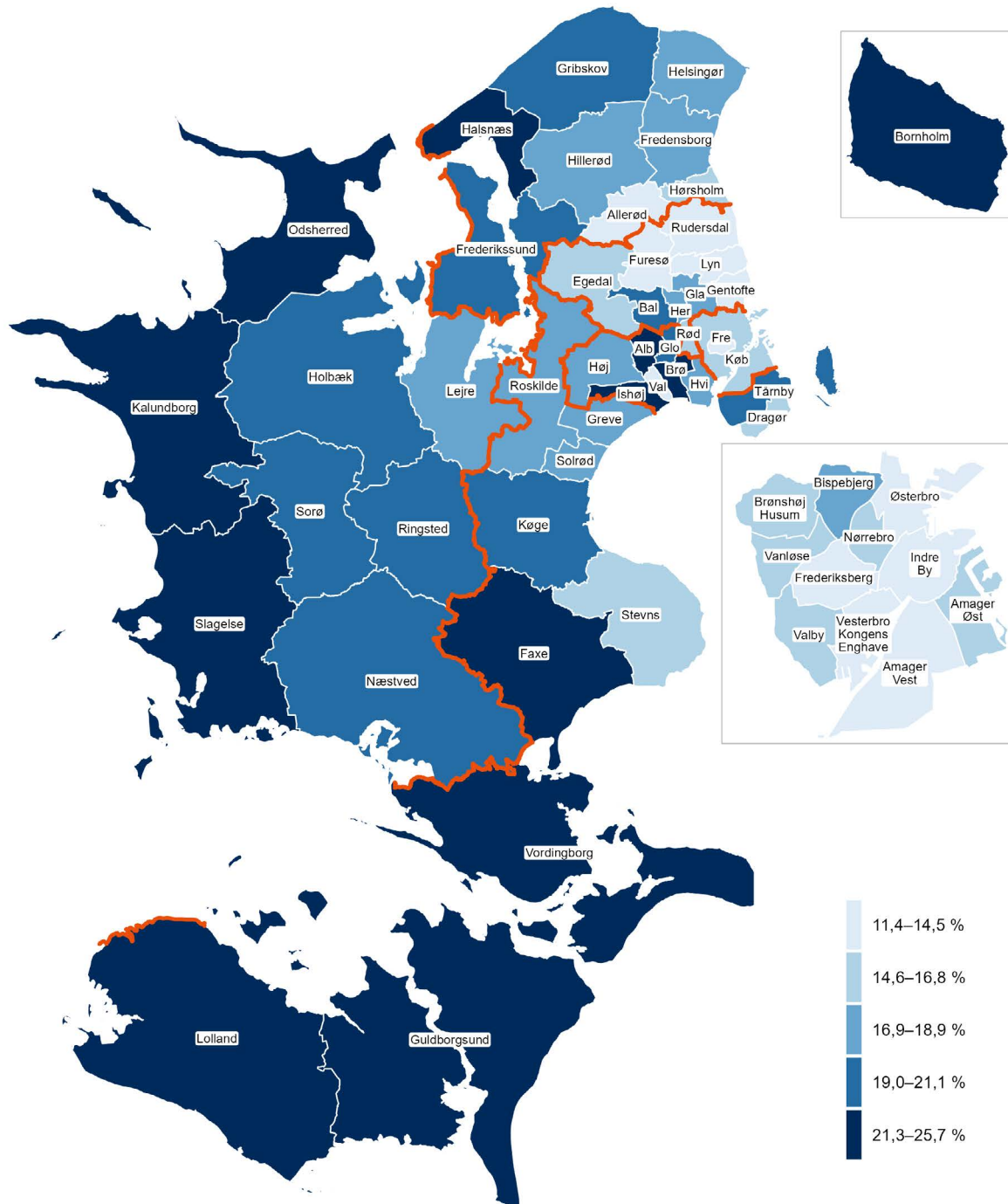
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

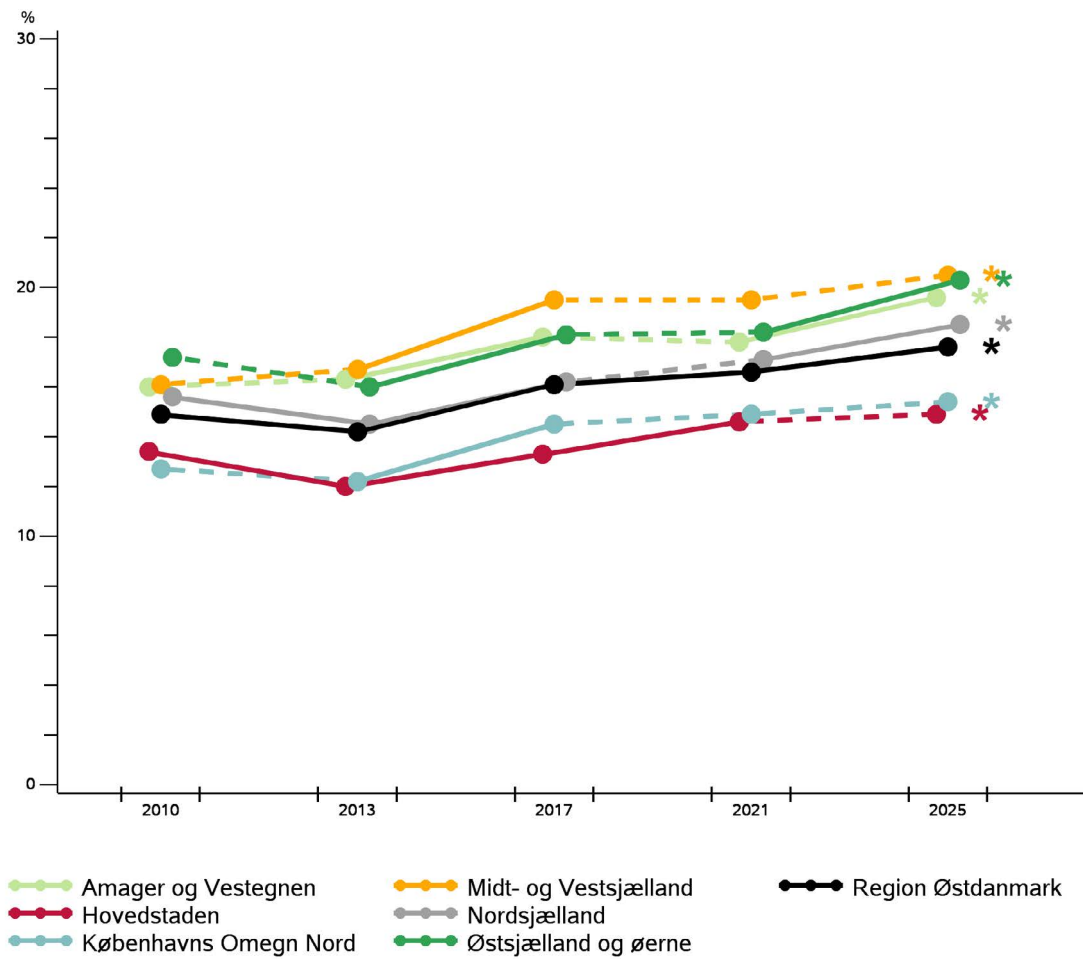
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 10.1 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 10.1 Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Bjørner JB, Nilsson CJ, Christensen U. Sygdomsmodeller og helbredsmaal. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L, redaktører. Medicinsk sociologi – Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave, 1. oplag. København: Munksgaard; 2020. s. 19–43.
2. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi – Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. København: Munksgaard; 2020.
3. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. Social Science & Medicine. 2009;69(3):307–16. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.05.013>
4. Diderichsen F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2011. Report no.: 1. Tilgængelig hos: https://curis.ku.dk/ws/portalfiles/portal/250603043/Ulighed_i_Sundhed_a_rsager_og_indsatser.pdf
5. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
6. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx?la=da&hash=1FCEFD423EB5FF97D1A6611C545B10079DBD8F>
7. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. Medical Care. 1996;34(3):220. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>

11 Fysisk smerte

- Knap 12 % af borgerne i Region Østdanmark oplever, at fysisk smerte vanskeliggør deres daglige arbejde en hel del eller virkelig meget i 2025.
- Andelen er stigende med alderen og særligt stor blandt de ældste borgere. Derudover ses en større andel blandt kvinder og ikke mindst blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der er betydelig social ulighed i andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerter. Det ses bl.a. ved, at andelen er særligt stor blandt borgere med grundskoleuddannelse samt blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.
- Der ses betydelig geografisk ulighed, idet andelen varierer mellem sundhedsrådene og generelt er større i regionens nordvestlige og sydlige kommuner.
- Over tid er der sket en mindre stigning i andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte i regionen samlet set og i de fleste af sundhedsrådene. Stigningen ses dog ikke i Sundhedsråd Hovedstaden.

Fysisk smerte er en central udfordring for folkesundheden, bl.a. fordi det i høj grad påvirker borgeres funktionsevne og mulighed for at udføre daglige aktiviteter (1). Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil 2025 angiver 12,3 % af den danske befolkning, at fysisk smerte har vanskeliggjort deres daglige arbejde (både i og uden for hjemmet) en hel del eller virkelig meget inden for de seneste 4 uger (2). Region Sjælland har den største andel i landet (14,2 %), mens Region Hovedstaden har den mindste andel (10,8 %). Den Nationale Sundhedsprofil viser samtidig, at over halvdelen af den voksne befolkning har været generet af smerter i ryg, lænd, skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage, og at omkring hver sjette borger har været "meget generet" – en forekomst, der er steget siden 2010 (3).

Smerter er komplekse og påvirkes bl.a. af faktorer som fysisk belastning, dårligt mentalt og fysisk helbred, tidligere erfaringer med smerte, sociale faktorer, høj alder, svær overvægt og uhensigtsmæssig sundhedsadfærd (4–6). Omvendt kan smerter også påvirke mange af disse faktorer (4). Konsekvenserne af smerter er ofte omfattende for den enkelte og har derudover betydelige samfundsøkonomiske omkostninger i form af sygefravær og tabt arbejdsevne (4,7). Forebyggelse kræver en tidlig, helhedsorienteret indsats med fokus på fysisk aktivitet og tværfaglig behandling, særligt for at undgå udvikling af langvarige og invaliderende smerter (4).

Dagligt arbejde begrænset af smerte i Region Østdanmark

I dette kapitel opgøres andelen af borgere, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte (benævnt 'Fysisk smerte' i Den Nationale Sundhedsprofil 2025). Dette måles med et spørgsmål fra Short Form Health Survey (SF-12), som er et internationalt anerkendt instrument til vurdering af helbredsrelateret livskvalitet (8). Spørgsmålet lyder: "Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?" I denne rapport er andelen, der har svaret "En hel del" eller "Virkelig meget", opgjort.

I Region Østdanmark har 11,9 % af borgerne angivet, at deres daglige arbejde er begrænset af smerte i 2025 (Tabel 11.1). Det svarer til 275.800 personer.

Køn og alder

Andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, er større blandt kvinder (13,6 %) end blandt mænd (10,0 %). Der ses desuden et tydeligt mønster ift. alder. Andelen stiger med alderen, og er især høj blandt de 80+ årige (27,0 %). Set i forhold til regionen som helhed er andelen derudover større blandt de 55-79-årige og mindre blandt de 16-44-årige.

Etnisk baggrund

Andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, er betydeligt større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (17,3 %) end i regionen som helhed, mens den er lidt mindre blandt borgere med dansk baggrund (11,3 %) og blandt borgere med anden vestlig baggrund (9,8 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er således næsten seks gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (24,2 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (4,1 %). Set i forhold til regionen som helhed er andelen derudover større blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (16,0 %), mens den er mindre blandt borgere med en videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en tendens til, at andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, er større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse eller under uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt pensionister (19,4 %) og især blandt førtidspensionister (40,8 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (37,5 %), mens den er mindre blandt borgere i beskæftigelse (6,7 %) og blandt borgere under uddannelse (4,8 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. at andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1 og 2.

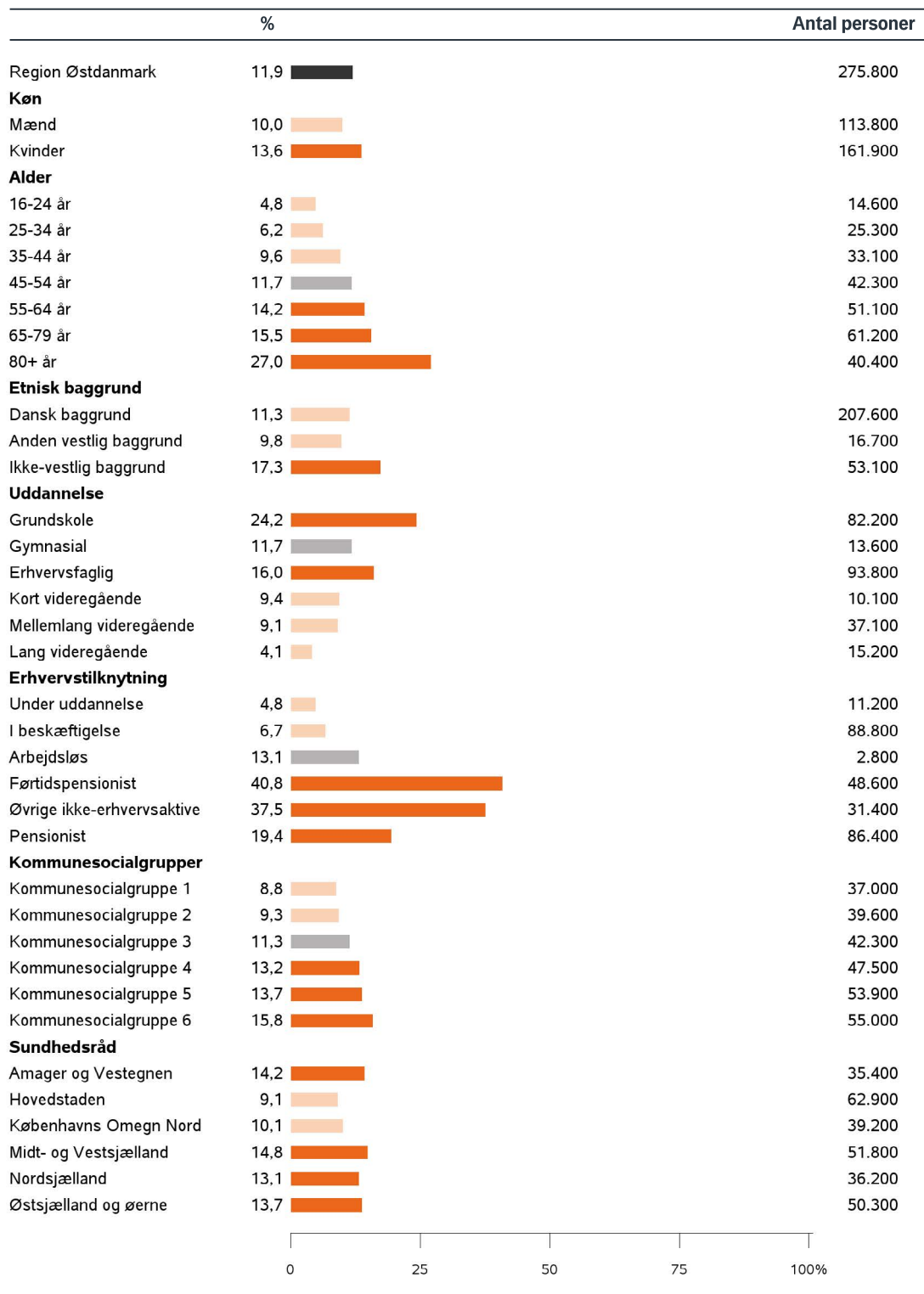
Sundhedsråd og kommuner

Andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, varierer på tværs af sundhedsrådene fra 9,1 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 14,8 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er mindre i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

En større variation ses på tværs af regionens kommuner, hvor andelen varierer fra 6,5 % i den københavnske bydel Vesterbro/Kongens Enghave til 18,7 % i Odsherred Kommune. Generelt ses det af Kort 11.1, at andelen er mindre i og omkring København, mens den især er stor i den nordvestlige og den sydlige del af regionen.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen, hvis daglige arbejde er begrænset af smerte, steget fra 10,3 % i 2010 til 11,9 % i 2025 (Figur 11.1). Stigningen er primært sket fra 2013 til 2017, og i mindre grad fra 2021 til 2025. Udviklingen i sundhedsrådene ligner overordnet set udviklingen i regionen, men i Sundhedsråd Hovedstaden er andelen ikke steget signifikant siden 2010, og i Sundhedsråd Amager og Vestegnen ses stigningen primært fra 2021 til 2025.

Tabel 11.1 Daglige arbejde begrænset af smerte i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

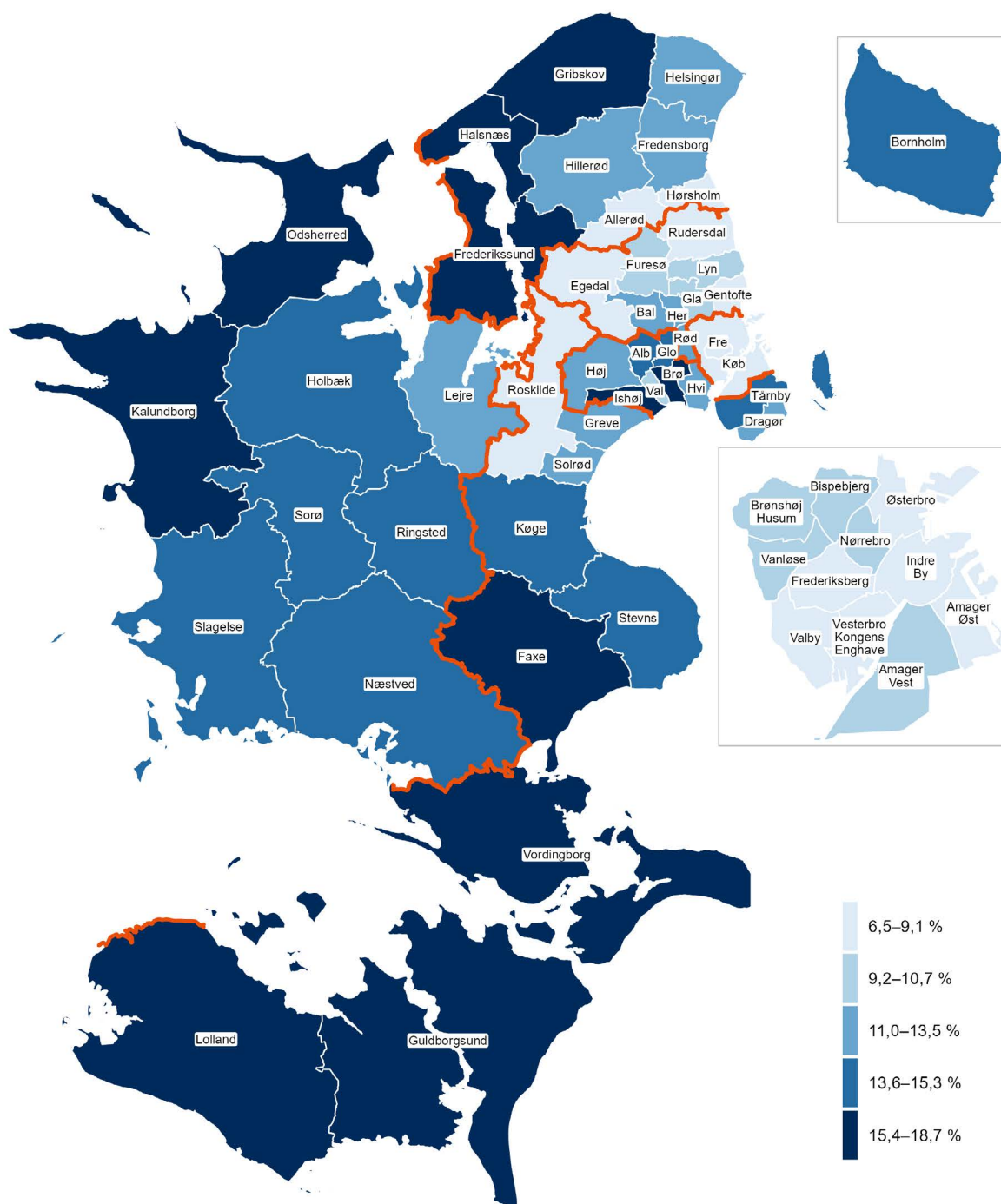
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

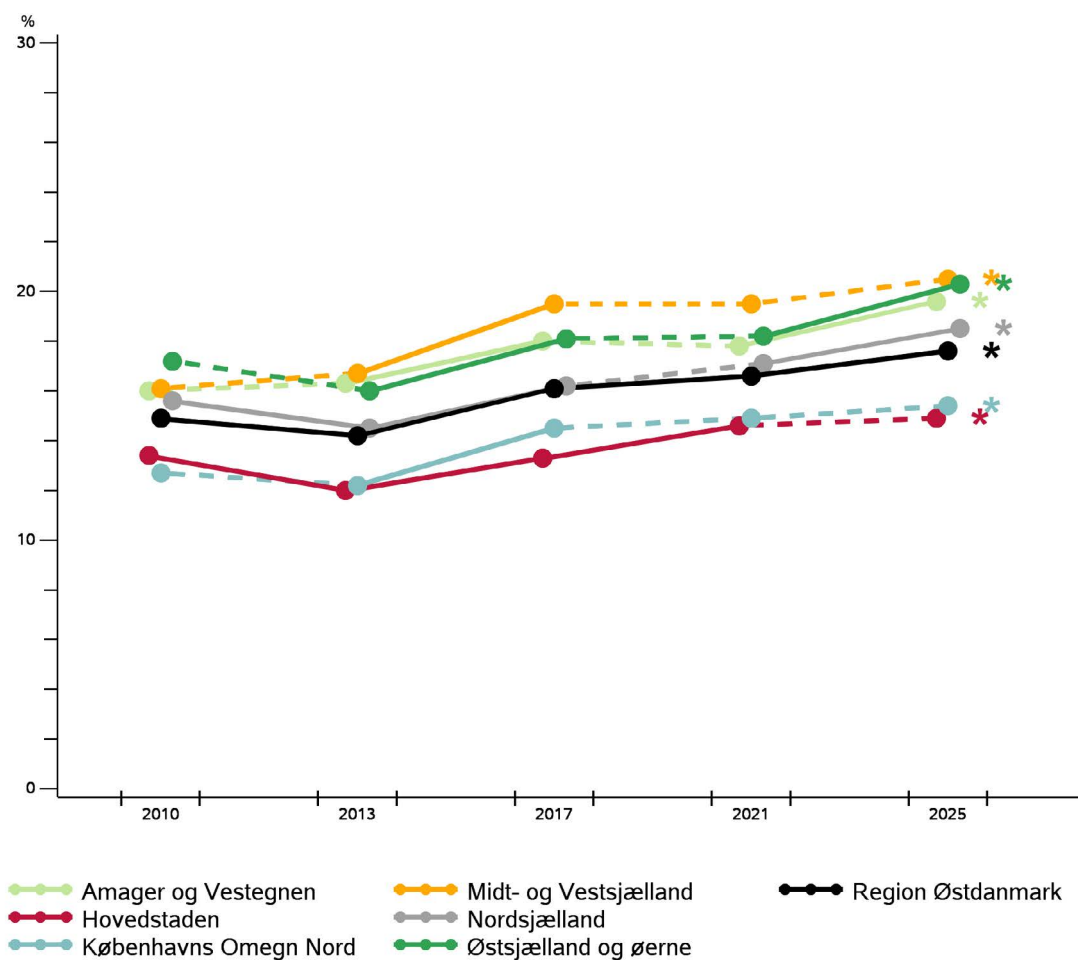
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 11.1 Daglige arbejdsbegrænset af smerte på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 11.1 Daglige arbejde begrænset af smerte i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Eliassen M, Kreiner S, Ebstrup JF, Poulsen CH, Lau CJ, Skovbjerg S, m.fl. Somatic Symptoms: Prevalence, Co-Occurrence and Associations with Self-Perceived Health and Limitations Due To Physical Health – A Danish Population-Based Study. PLoS ONE. 2016;11(3). doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0150664>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, m.fl. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025. København: Syddansk Universitet Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2026. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/sundhedsprofilen>
4. Sundhedsstyrelsen. Afdækning af smerteområdet. Fagligt oplæg til en smertehandlingsplan [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2020 [Henvist 21. august 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/od0hcogf/afdaekning-af-smerteomraadet.pdf>
5. Costa GPA, Nunes JC, Suh R, Sofuoglu M, Aquino JPD. The bidirectional relationship between pain and tobacco use: Insights from the longitudinal Population Assessment of Tobacco and Health (PATH) study. Drug and Alcohol Dependence. 2025;268:112552. doi: <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2025.112552>
6. Lindell M, Grimby-Ekman A. Stress, non-restorative sleep, and physical inactivity as risk factors for chronic pain in young adults: A cohort study. PLoS One. 2022;17(1):e0262601. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0262601>
7. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
8. Wimmelmann CL, Flensborg-Madsen T, Folker AP. Livskvalitet. I: Jensen BB, Grønbaek M, Reventlow S, redaktører. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 431–44.

12 Stress

- Næsten hver tredje borger i Region Østdanmark har en høj score på stressskalaen i 2025.
- En høj score på stressskalaen er særligt udbredt blandt kvinder, unge borgere og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der er social ulighed i andelen med en høj score på stressskalaen, hvilket bl.a. ses ved, at andelen er betydeligt større blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Derudover er andelen særligt stor blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder.
- Der er ulighed på tværs af regionen i andelen med en høj score på stressskalaen, hvor de største andele især ses i flere af de københavnske bydele og i kommuner på den københavnske vestegn, men også i flere kommuner i den vestlige del af regionen.
- Siden 2013 er andelen med en høj score på stressskalaen steget i Region Østdanmark samlet set, og den samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Stress udgør en væsentlig folkesundhedsudfordring, da længerevarende stress kan have betydelige konsekvenser for både trivsel, livskvalitet og sundhedsadfærd og er forbundet med øget risiko for blandt andet depression, hjerte-kar-sygdom og søvnproblemer (1,2). Både forhold relateret til arbejde, uddannelse, familie- og privatliv i kombination med faktorer som personlighed, køn og alder har betydning for, hvordan stress opleves for den enkelte, og hvordan det håndteres (3).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 29,5 % har tegn på stress i 2025 (i denne rapport benævnt 'en høj score på stressskalaen') (4). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den højeste andel (31,2 %) i landet efterfulgt af Region Hovedstaden (30,9 %). (4).

Forebyggelse af stress kræver en bred indsats, der både styrker den enkeltes ressourcer og understøtter sunde rammer i hverdags-, uddannelses- og arbejdslivet (5).

Høj score på stressskalaen i Region Østjylland

Stress måles i denne rapport med Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som belyser graden af oplevet stress inden for de seneste fire uger (6,7). Skalaen består af 10 spørgsmål og giver en score fra 0 til 40, hvor en højere score indikerer højere niveau af oplevet stress. En score på 18 eller derover anvendes i denne rapport til klassifikation af borgere med 'en høj score på stressskalaen'.

I Region Østjylland har 31,0 % af borgerne en høj score på stressskalaen i 2025 (Tabel 12.1). Det svarer til 719.200 borgere.

Køn og alder

Der ses en større andel med en høj score på stressskalaen blandt kvinder (34,2 %) end blandt mænd (27,5 %). Desuden falder andelen med stigende alder op til 65-79 år, hvorefter den stiger lidt igen. Der ses markante forskelle mellem aldersgrupper, hvor den største andel blandt de 16-24-årige (43,5 %) og den mindste andel blandt de 65-79-årige (20,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt de 16-44-årige, mens den er mindre blandt de 45+ årige.

Etnisk baggrund

Andelen med en høj score på stressskalaen er større end i regionen som helhed blandt borgere med anden vestlig baggrund (35,2 %) og især ikke-vestlig baggrund (48,7 %). Omvendt er andelen mindre blandt borgere med dansk baggrund (28,0 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen med en høj score på stressskalaen falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er over halvdelen gang så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (36,6 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (23,3 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen således større blandt borgere med grundskole og gymnasial uddannelse, mens den er mindre blandt borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en tendens til en større andel med høj score på stressskalaen blandt borgere under uddannelse og blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt borgere under uddannelse (42,9 %), arbejdsløse borgere (46,9 %), førtidspensionister (50,6 %) og især blandt øvrige ikke-erhvervsaktive (66,6 %). Andelen er mindre end i regionen samlet set blandt borgere i beskæftigelse (27,5 %) og pensionister (22,9 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at andelen med en høj score på stressskalaen stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der ses ulighed, idet andelen i kommunesocialgruppe 5 (33,7 %) og 6 (32,6 %) er større end i kommunesocialgruppe 1 (26,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1 og 2.

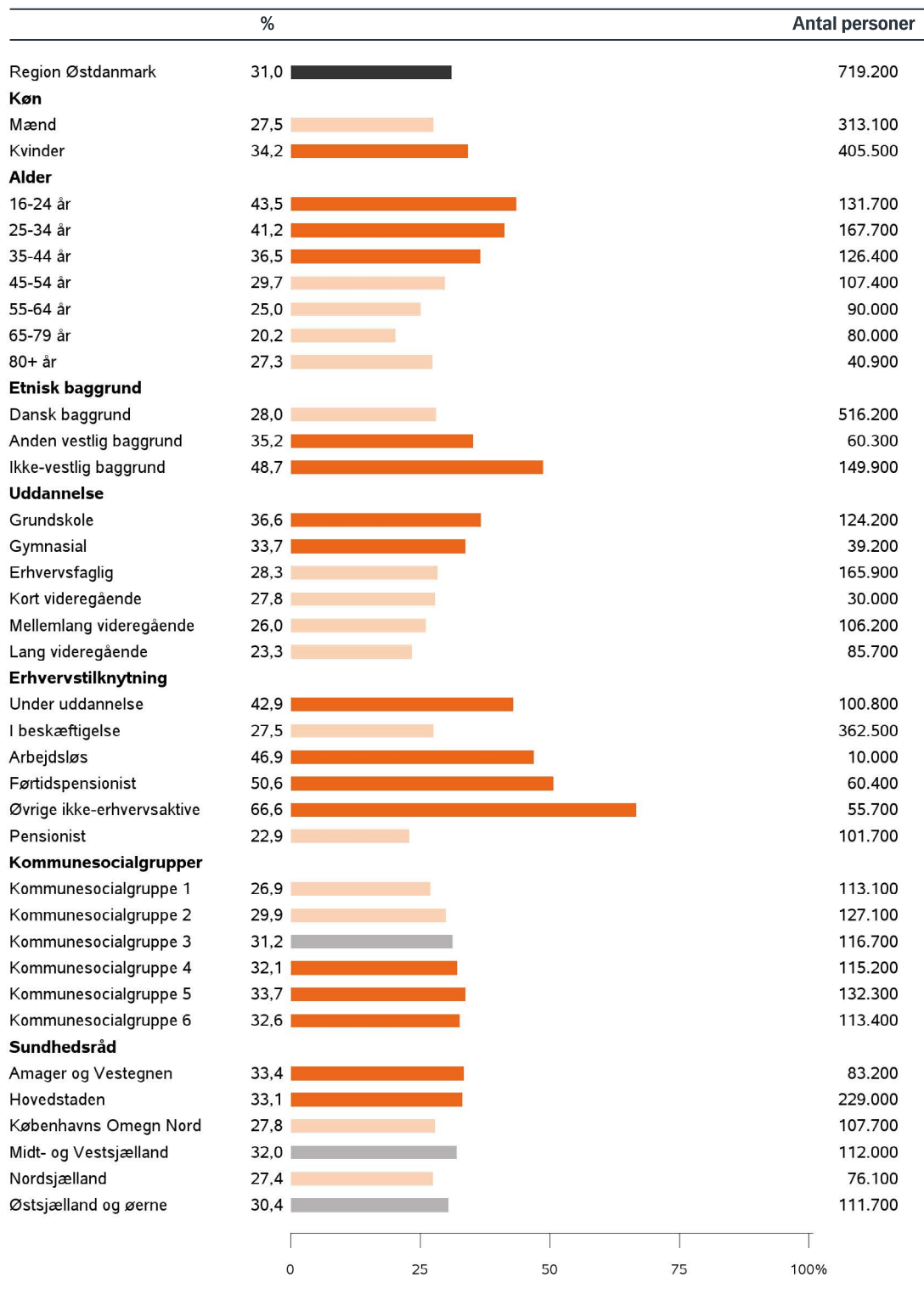
Sundhedsråd og kommuner

Andelen med en høj score på stressskalaen varierer fra 27,4 % i Sundhedsråd Nordsjælland til 33,4 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Hovedstaden, mens den er mindre i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen med en høj score på stressskalaen varierer fra 21,5 % i Allerød Kommune til 39,8 % i den københavnske bydel Bispebjerg. Som det fremgår af Kort 12.1, er der også generelt en stor andel med en høj score på stressskalaen i flere af de københavnske bydele og kommuner på den københavnske vestegn, men også i flere kommuner i den vestlige del af regionen. Der ses omvendt mindre andele i kommunerne nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen med en høj score på stressskalaen steget gradvist fra 21,4 % i 2013 til 31,0 % i 2025, hvor andelen således er markant større end i tidligere år (Figur 12.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at det kun er i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, at der er sket en stigning fra 2021 til 2025, mens der ikke er sket signifikante ændringer i de øvrige sundhedsråd.

Tabel 12.1 Høj score på stressskalaen i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

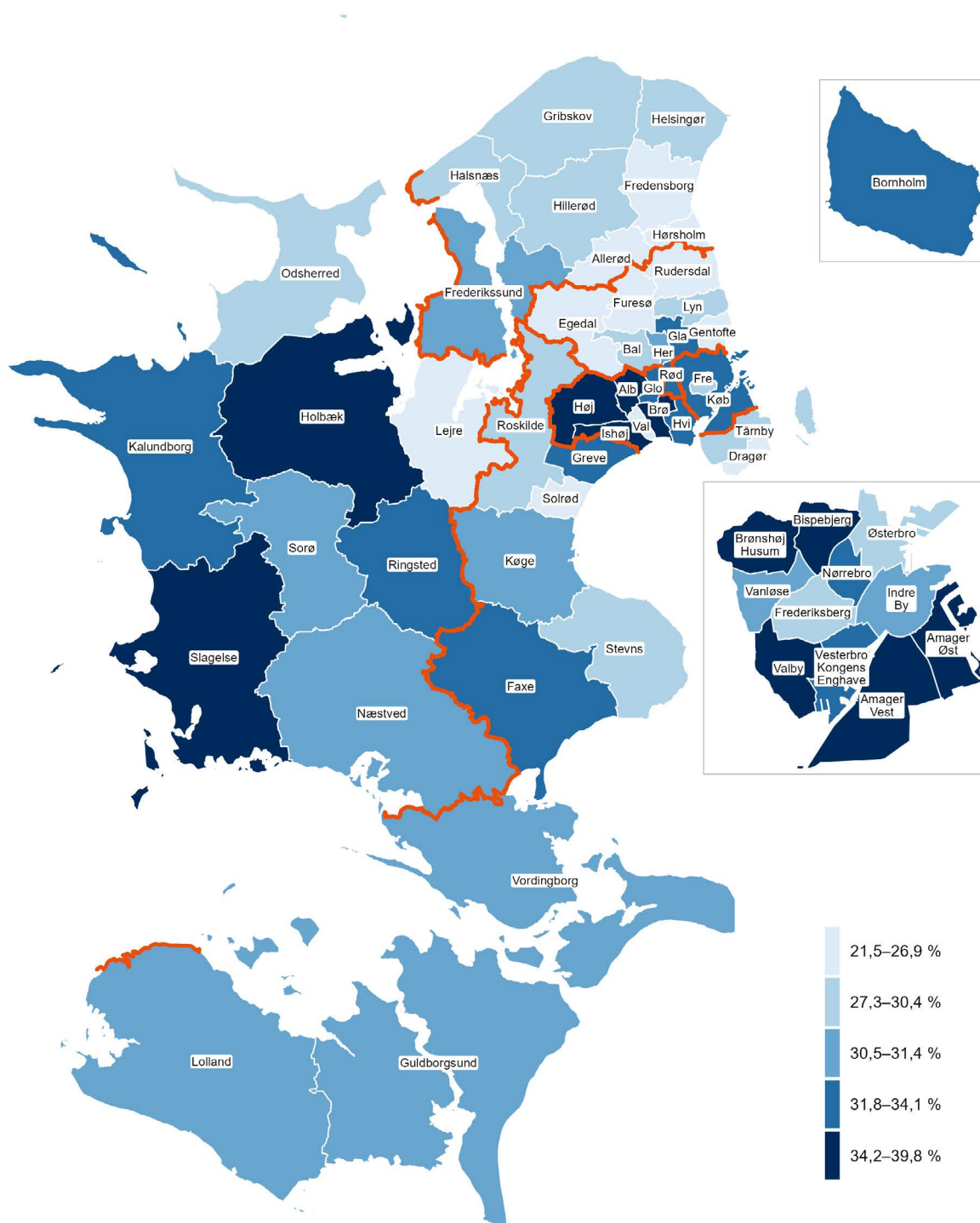
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

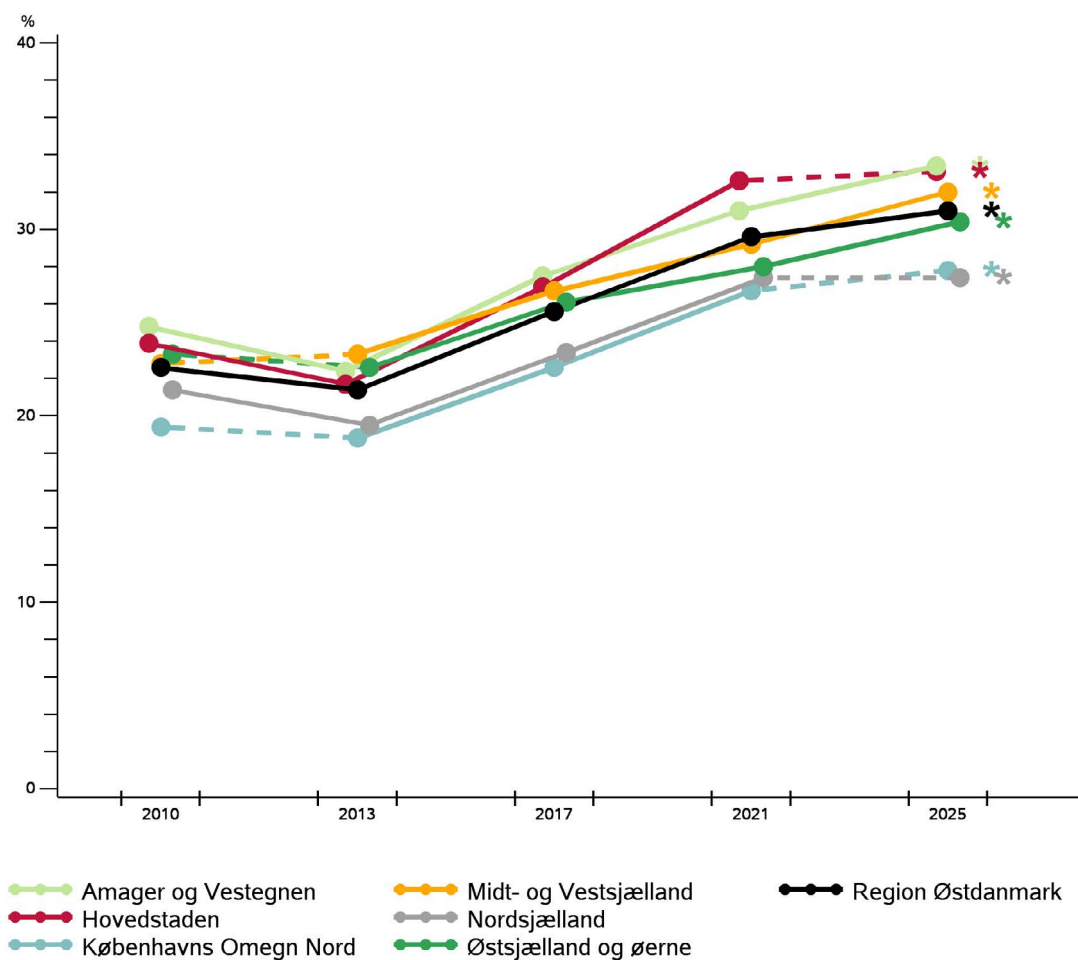
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 12.1 Høj score på stressskalaen i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 12.1 Daglige arbejde begrænset af smerte i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Der er foretaget ændringer i spørgsmålene i 2013, udviklingen fra 2010 til 2013 skal derfor fortolkes med forsigtighed.

Referencer

1. Folker AP, Rod NH. Mental sundhed og stress. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, redaktører. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 101–19.
2. Rod NH. Stress og helbred. I: Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L, redaktører. Medicinsk sociologi – Sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. København: Munksgaard; 2020. s. 173–96.
3. Kjølner M, Juel K, Kamper-Jørgensen F, redaktører. Folkesundhedsrapporten Danmark 2007. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2007. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2007/folkesundhedsrapporten_danmark_2007
4. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
5. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx?la=da&hash=1FCEFD423EB5FF97D1A6611C545B10079DBD8F>
6. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A Global Measure of Perceived Stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96. doi: <https://doi.org/10.2307/2136404>
7. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, Andersen JH, Zachariae R, Olsen LR, m.fl. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. Scand J Work Environ Health. 2015;41(5):486–90. doi: <https://doi.org/10.5271/sjweh.3510>

13 Psykisk mistrivsel

- I Region Østjylland har 6,3 % af borgerne psykisk mistrivsel i 2025.
- Psykisk mistrivsel er særligt udbredt blandt de yngre borgere og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der ses en markant social ulighed i andelen med psykisk mistrivsel, hvilket bl.a. ses ved, at andelen er mere end dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Derudover er andelen særligt stor blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder.
- Der er ulighed på tværs af regionen i andelen med psykisk mistrivsel, hvor de største andele især ses i kommuner på den københavnske vestegn, men også i flere af de københavnske bydele og kommuner i den sydlige del af regionen.
- Andelen med psykisk mistrivsel i Region Østjylland er faldet fra 2021 til 2025, men er fortsat større end andelen i tidligere år. Det samme udviklingsmønster ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Psykisk mistrivsel er en vigtig indikator for befolkningens mentale sundhed og dækker over tilstande med nedsat psykisk velbefindende, uden at der nødvendigvis er tale om en psykisk sygdom eller en klinisk diagnose (1,2). Psykisk mistrivsel kan blandt andet komme til udtryk ved følelser af tristhed, uro, udmattelse, lavt selvværd eller social tilbagetrækning, som kan være forbigående eller mere vedvarende (2,3). Faktorer som svage sociale relationer, sygdom og belastende livsomstændigheder kan have betydning for risikoen for psykisk mistrivsel (4,5).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 9,0 % af danskerne i 2025 har følt sig trist til mode hele tiden eller det meste af tiden i de seneste fire uger (6). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den største andel (10,0 %) i landet, efterfulgt af Region Hovedstaden (9,5 %) (6).

Forebyggende indsatser mod psykisk mistrivsel bygger på en forståelse af, at psykisk mistrivsel påvirkes af en række beskyttende og risikobetonede faktorer. Indsatserne retter sig derfor mod at styrke ressourcer hos individet samt skabe støttende sociale relationer og rammer, der fremmer trivsel og mental sundhed (3,5).

Psykisk mistrivsel i Region Østdanmark

Psykisk mistrivsel måles i denne rapport med udvalgte spørgsmål fra Short Form Health Survey (SF-12) (7,8). Der indgår to spørgsmål om, hvor stor en del af tiden inden for de seneste fire uger borgeren har følt sig hhv. rolig og afslappet samt trist til mode (sidstnævnte er det, der er opgjort i Den Nationale Sundhedsprofil). Svarene scores fra 1 til 5 og kombineres til en samlet score fra 2 til 10, hvor højere score indikerer mindre grad af psykisk mistrivsel. I denne rapport anvendes en score på 4 eller derunder til klassifikation af 'psykisk mistrivsel'.

I Region Østdanmark har 6,3 % af borgerne psykisk mistrivsel i 2025 (Tabel 13.1). Det svarer til 145.900 borgere.

Køn og alder

Der ses en større andel med psykisk mistrivsel blandt kvinder (7,2 %) end blandt mænd (5,3 %). Desuden falder andelen med stigende alder op til 65-79 år, hvorefter den stiger lidt igen. Der ses således den største andel blandt de 16-24-årige (9,1 %) og den mindste andel blandt de 65-79-årige (3,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt de 16-44-årige, mens den er mindre blandt de 55+ årige.

Etnisk baggrund

Andelen med psykisk mistrivsel er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (9,9 %) end i regionen som helhed, mens den er mindre blandt borgere med dansk baggrund (5,7 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen med psykisk mistrivsel falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er over dobbelt så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (9,0 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (4,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen således større blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse, mens den er mindre blandt borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelse.

Erhvervstilknnytning

Der ses generelt en tendens til en større andel med psykisk mistrivsel blandt borgere under uddannelse og blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt borgere under uddannelse (8,7 %), arbejdsløse borgere (14,9 %), førtidspensionister (13,3 %) og især blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (22,3 %). Omvendt er andelen mindre end i regionen som helhed blandt borgere i beskæftigelse (5,1 %) og pensionister (3,7 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at andelen med psykisk mistrivsel stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet andelen er halvdelen gang så stor i kommunesocialgruppe 6 (7,2 %) som i kommunesocialgruppe 1 (4,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5 og 6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1.

Sundhedsråd og kommuner

Andelen med psykisk mistrivsel varierer fra 5,3 % i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland til 7,3 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i Sundhedsråd Amager og Vestegnen, mens den er mindre i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen med psykisk mistrivsel varierer fra 3,5 % i Allerød og Gentofte kommuner til 9,6 % i Brøndby Kommune. Som det fremgår af Kort 13.1, er der også generelt en stor andel med psykisk mistrivsel i kommuner på den københavnske vestegn, men også i flere af de københavnske bydele og i flere kommuner i den sydlige del af regionen. Omvendt ses der generelt en lille andel i kommunerne nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen med psykisk mistrivsel steget gradvist fra 4,5 % i 2013 til 6,8 % i 2021, hvorefter der er sket et lille fald til 6,3 % i 2025 (Figur 13.1). Andelen er dog fortsat på et højere niveau i 2025 end i 2017 og tidligere år. Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at det kun er i sundhedsrådene Hovedstaden og Nordsjælland, at der er sket et fald fra 2021 til 2025, ligesom i regionen som helhed. I de øvrige sundhedsråd er der ikke sket signifikante ændringer fra 2021 til 2025.

Tabel 13.1 Psykisk mistrivsel i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	6,3 	145.900
Køn		
Mænd	5,3 	60.400
Kvinder	7,2 	85.500
Alder		
16-24 år	9,1 	27.400
25-34 år	9,0 	36.600
35-44 år	7,8 	27.100
45-54 år	6,3 	22.800
55-64 år	4,9 	17.800
65-79 år	3,2 	12.700
80+ år	4,6 	6.900
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	5,7 	105.300
Anden vestlig baggrund	6,4 	11.000
Ikke-vestlig baggrund	9,9 	30.600
Uddannelse		
Grundskole	9,0 	30.400
Gymnasial	7,7 	8.900
Erhvervsfaglig	5,1 	30.100
Kort videregående	5,1 	5.500
Mellemlang videregående	4,8 	19.700
Lang videregående	4,2 	15.400
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	8,7 	20.400
I beskæftigelse	5,1 	67.300
Arbejdsløs	14,9 	3.200
Førtidspensionist	13,3 	15.900
Øvrige ikke-erhvervsaktive	22,3 	18.700
Pensionist	3,7 	16.300
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	4,8 	20.200
Kommunesocialgruppe 2	6,2 	26.300
Kommunesocialgruppe 3	6,3 	23.400
Kommunesocialgruppe 4	6,6 	23.700
Kommunesocialgruppe 5	6,8 	26.900
Kommunesocialgruppe 6	7,2 	25.100
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	7,3 	18.200
Hovedstaden	6,5 	45.100
Københavns Omegn Nord	5,3 	20.600
Midt- og Vestsjælland	6,7 	23.400
Nordsjælland	5,3 	14.600
Østsjælland og øerne	6,6 	24.100

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

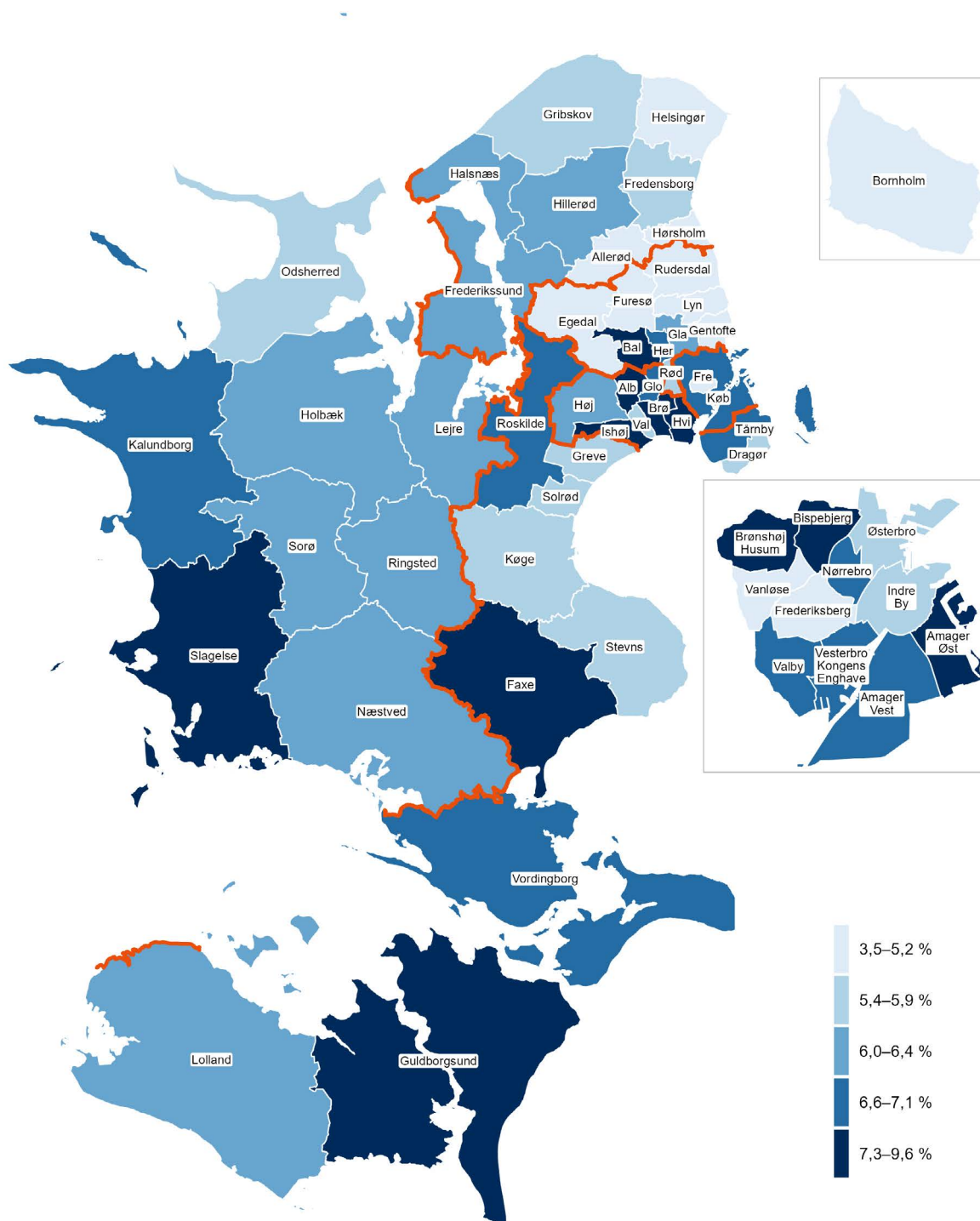
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

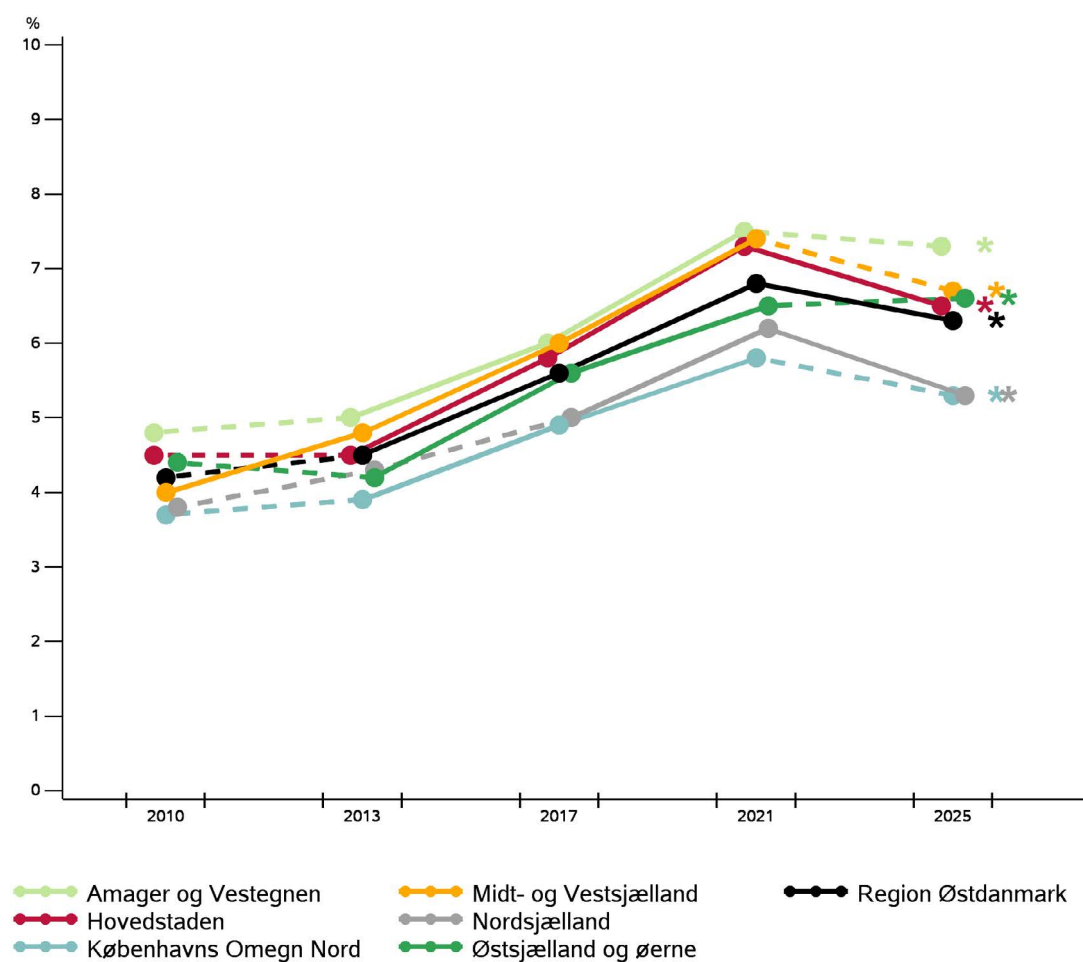
 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 13.1 Psykisk mistrivsel i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 13.1 Psykisk mistrivsel i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. World Health Organization. Mental health [Internet]. [Henvist 1. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
2. Poulsen AM, Jensen DC, Petersen JØ, Konnerup M. Mistrivsel eller psykisk sygdom? Sådan skelner vi, og sådan får børn og unge den rette hjælp [Internet]. Psykiatrifonden; 2025. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Psykiatrifonden_rapport_feb_2025_mistrivsel_eller_psykisk_sygdom.pdf
3. Ottosen MH, Berger NP, Lindeberg NH. Forebyggende indsatser til unge i psykisk mistrivsel – En vidensoversigt [Internet]. København: VIVE - Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2018. Tilgængelig hos: <https://www.vive.dk/da/udgivelser/forebyggende-indsatser-til-unge-i-psykisk-mistrivsel-3vy3m9xy/>
4. Psykisk mistrivsel [Internet]. [Henvist 24. juni 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.social.dk/boern-og-unge/psykisk-mistrivsel>
5. Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke – Mental sundhed [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2018. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Forebyggelsespakker/Mental-sundhed.ashx?la=da&hash=1FCEFD423EB5FF97D1A6611C545B10079DBD8F>
6. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed - Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernesundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernesundhed.dk/>
7. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of Scales and Preliminary Tests of Reliability and Validity. Medical Care. 1996;34(3):220. doi: <https://doi.org/10.1097/00005650-199603000-00003>
8. Wimmelmann CL, Flensborg-Madsen T, Folker AP. Livskvalitet. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, redaktører. Forebyggende sundhedsarbejde. 7. udgave. København: Munksgaard; 2021. s. 431–44.

14 Ensomhed

- Mere end hver tiende (11,3 %) borger i Region Østdanmark oplever ensomhed i 2025.
- Ensomhed er særligt udbredt blandt de yngre borgere – især de 16-24-årige – og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund.
- Der er social ulighed i forekomsten af ensomhed, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er betydeligt højere blandt borgere med grundskoleuddannelse, og derudover er særligt høj blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder.
- Der er ulighed på tværs af regionen i forekomsten af ensomhed, hvor de højeste forekomster især ses i flere af de københavnske bydele og i kommuner på den københavnske vestegn.
- Forekomsten af ensomhed i Region Østdanmark er faldet fra 2021 til 2025, men er fortsat højere end niveauet i 2017, hvor det første gang blev målt. Det samme udviklingsmønster ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Ensomhed er en vigtig indikator for befolkningens trivsel og velbefindende. Ensomhed kan defineres som en subjektiv og uønsket følelse, der opstår, når der er en oplevet diskrepans mellem de sociale relationer, man ønsker, og dem, man har (1). Alle oplever ensomhed fra tid til anden, men for de fleste er følelsen forbigående og knyttet til bestemte situationer eller livsbegivenheder. Vedvarende ensomhed er imidlertid forbundet med øget risiko for en række fysiske og mentale helbredsproblemer, herunder bl.a. hjerte-kar-sygdom og depression (2).

De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil viser, at 10,8 % af den voksne danske befolkning oplever ensomhed i 2025 (3). Disse tal viser også, at Region Sjælland og Region Hovedstaden er blandt de regioner med den højeste forekomst i landet med hhv. 11,3 % og 11,2 % (3).

Forebyggelse af ensomhed bygger på en forståelse af, at ensomhed ofte opstår i samspillet mellem den enkelte og de omgivelser, vedkommende indgår i (2,4). Indsatser retter sig derfor mod at styrke sociale relationer, fremme deltagelse i fællesskaber og skabe rammer, der understøtter social tilknytning (5).

Ensomhed i Region Østdanmark

Ensomhed måles med The Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består af tre spørgsmål om oplevelsen af at være isoleret fra andre, savne nogen at være sammen med og føle sig udenfor (7). Skalaen giver en samlet score fra 3 til 9, hvor højere score indikerer højere grad af ensomhed. En score på 7 eller derover anvendes til klassifikation af borgere med 'ensomhed' i denne rapport.

I Region Østdanmark oplever 11,3 % af borgerne ensomhed i 2025 (Tabel 14.1). Det svarer til 261.500 borgere.

Køn og alder

Der ses en lidt højere forekomst af ensomhed blandt kvinder (11,7 %) end blandt mænd (10,8 %). Desuden falder forekomsten med stigende alder op til 65-79 år, hvorefter den stiger lidt igen. Der ses således den højeste forekomst blandt de 16-24-årige (18,7 %) og den laveste blandt de 65-79-årige (6,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt de 16-44-årige, mens den er lavere blandt de 45+ årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af ensomhed er højere end i regionen som helhed blandt borgere med anden vestlig (15,3 %) og især blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (18,9 %). Omvendt er forekomsten lavere blandt borgere med dansk baggrund (9,8 %).

Uddannelse

Den højeste forekomst af ensomhed ses blandt borgere med grundskoleuddannelse (14,6 %), hvor forekomsten også er højere end i regionen som helhed. Forekomsten blandt borgere med gymnasial uddannelse (12,4 %) er på niveau med forekomsten i regionen som helhed. Der ses begrænset variation i forekomsten mellem borgere med erhvervsfaglig uddannelse og borgere med videregående uddannelse (8,7-9,4 %), hvor den i alle grupper er lavere end i regionen som helhed.

Erhvervstilknytning

Der ses en markant højere forekomst af ensomhed blandt borgere under uddannelse og borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere under uddannelse (17,7 %), arbejdsløse (22,8 %), førtidspensionister (22,9 %) og især blandt øvrige ikke-erhvervsaktive (31,9 %), mens den er lavere blandt borgere i beskæftigelse (9,0 %) og pensionister (7,1 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at forekomsten af ensomhed stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet forekomsten i kommunesocialgruppe 5 (12,2 %) og 6 (12,7 %) er højere end i kommunesocialgruppe 1 (9,1 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 5-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1.

Sundhedsråd og kommuner

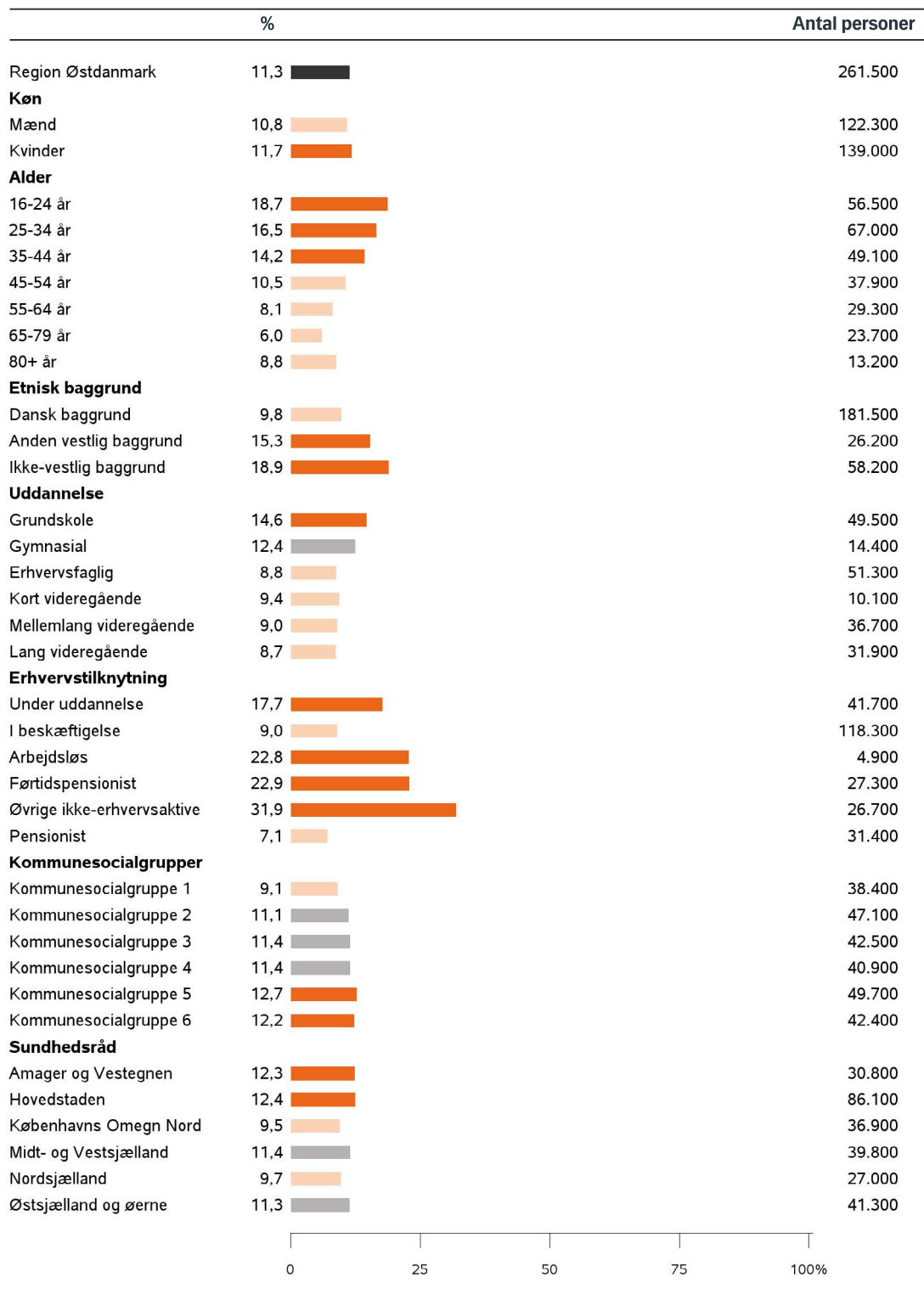
Forekomsten af ensomhed varierer fra 9,5 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 12,4 % i Sundhedsråd Hovedstaden. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Hovedstaden, mens den er lavere i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af ensomhed varierer fra 7,2 % i Rudersdal Kommune til 16,0 % i den københavnske bydel Brønshøj-Husum, hvor forekomsten således er mere end dobbelt så høj. Som det fremgår af Kort 14.1, ses de højeste forekomster af ensomhed også generelt i flere af de københavnske bydele og i kommuner på den københavnske vestegn. De laveste forekomster ses generelt i de nordlige kystkommuner.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af ensomhed steget fra 8,3 % i 2017 til 12,7 % i 2021, hvorefter der er sket et fald til 11,3 % i 2025 (Figur 14.1). Forekomsten er således fortsat på et højere niveau i 2025 end i 2017, hvor det første gang blev målt. Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at der ikke er sket et fald i forekomsten fra 2021 til 2025 i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Østsjælland og Øerne.

Tabel 14.1 Ensomhed i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025



Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

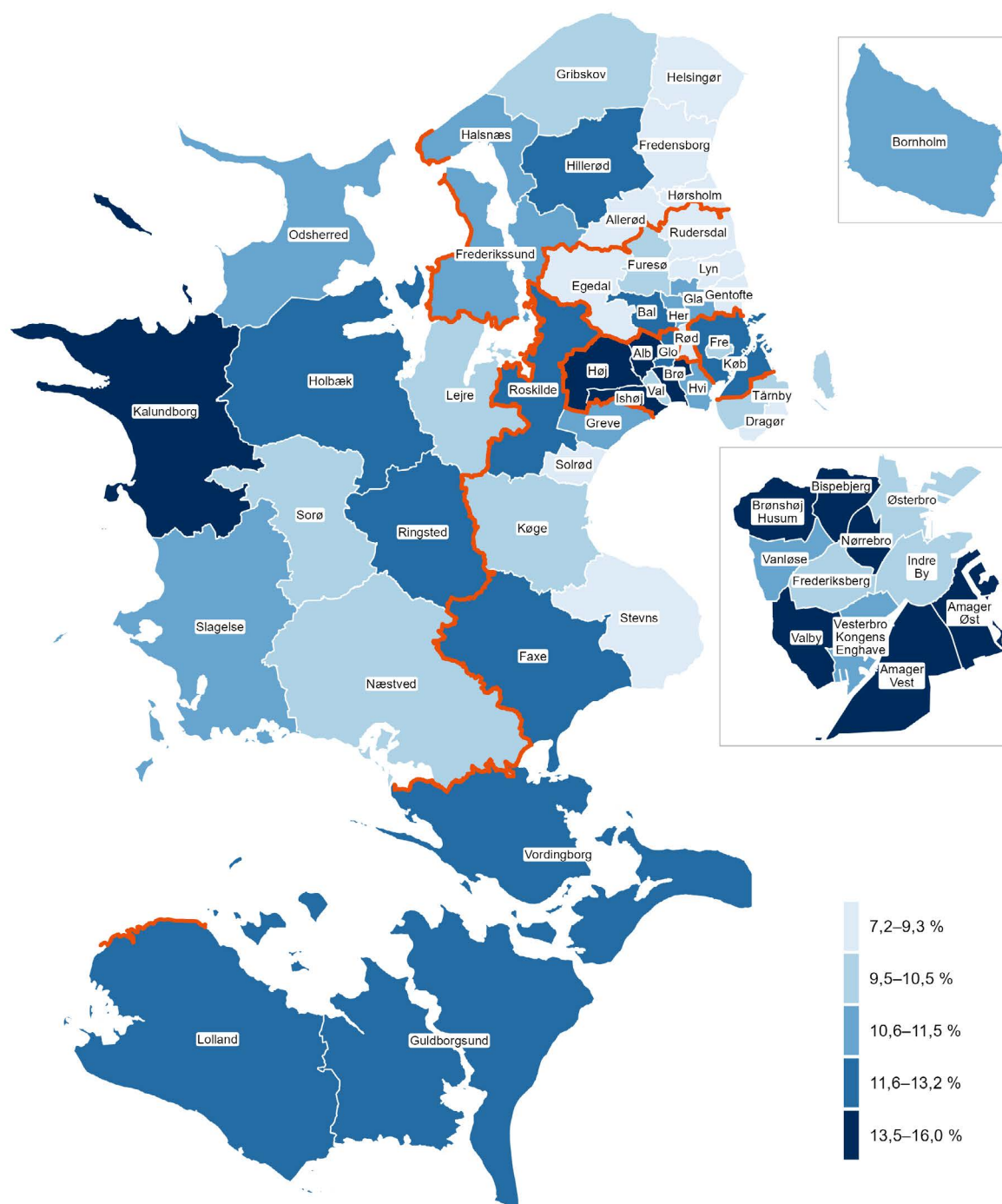
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

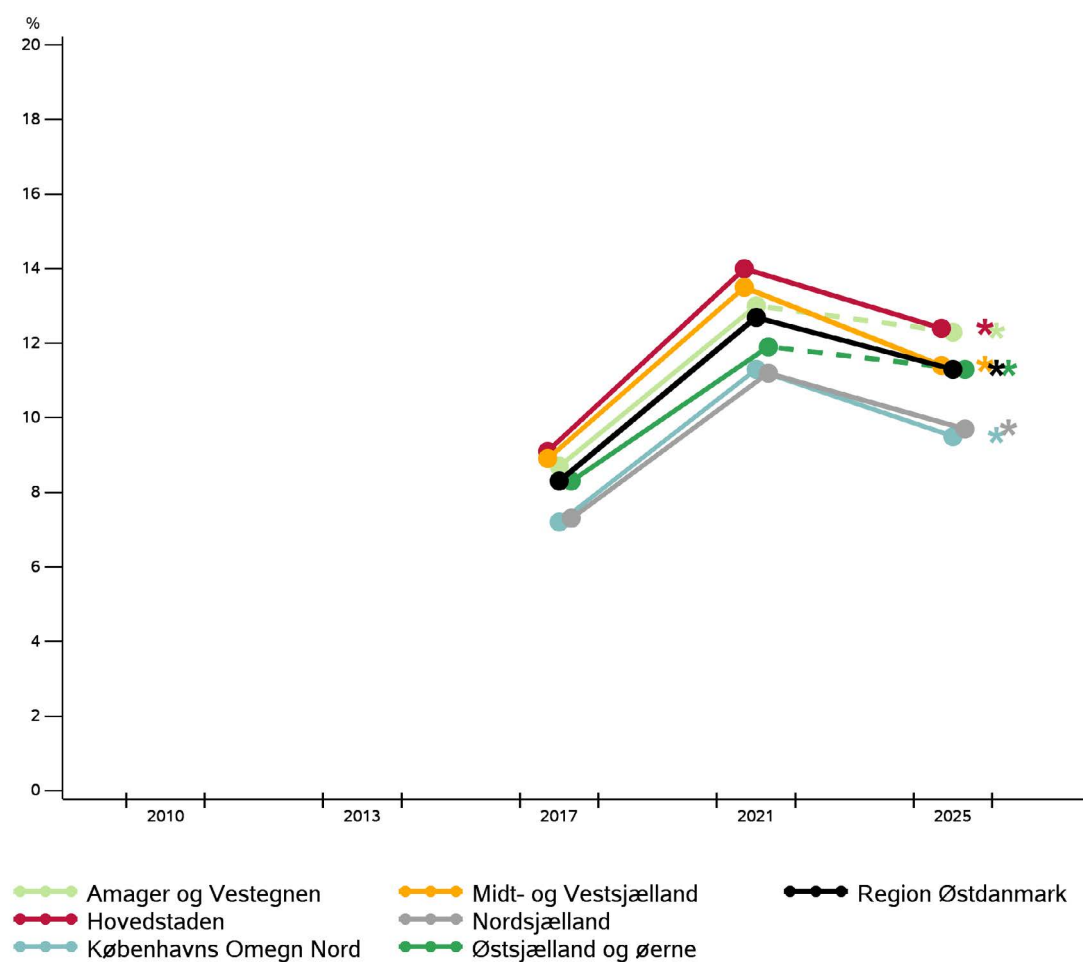
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 14.1 Ensomhed i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 14.1 Ensomhed i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de tre år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2017 og 2025.

Referencer

1. Lasgaard M, Christiansen J, Bekker-Jeppesen M, Friis K. Ensomhed i Danmark: analyse af befolkningsdata fra 2017 [Internet]. Aarhus: DEFACTUM; 2020. Tilgængelig hos: <https://www.defactum.dk/projekter/showPublication?publicationId=909&pagelId=1338347>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Barjaková M, Garneró A, d'Hombres B. Risk factors for loneliness: A literature review. Social Science & Medicine. 2023;334:116163. doi: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>
4. World Health Organization. From loneliness to social connection: charting a path to healthier societies [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2025 [Henvist 27. juli 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360>
5. Det Nationale Partnerskab mod Ensomhed. National handlingsplan mod ensomhed [Internet]. København: Røde Kors og Ældre Sagen; 2023 [Henvist 27. juli 2025]. Tilgængelig hos: <https://modensomhed.dk/wp-content/uploads/2024/02/Sammen-mod-ensomhed-handlingsplan-2023-WEB.pdf>
6. Lasgaard M, Løvschall C, Qualter P, Laustsen L, Lim M, Maindal H, m.fl. Are loneliness interventions effective in reducing loneliness? A meta-analytic review of 128 studies. Eur J Public Health. 2022;32(Suppl 3):ckac129.266. doi: <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckac129.266>
7. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. Research on Aging. 2004;26(6):655–72. doi: <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>

15 Sundhedskompetence

- I Region Østdanmark har 11,5 % af borgerne en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed i 2025.
- Godt hver femte borger (21,1 %) har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om samarbejde med sundhedsprofessionelle. En lav score vil sige, at man kan have udfordringer og behov for ekstra støtte og hjælp på området.
- En lav score på skalaen om at læse og forstå information om sundhed er mest udbredt blandt både de yngste (16-24-årige) og de ældste (80+ årige) borgere, mens andelen med lav score på skalaen om samarbejde med sundhedsprofessionelle er størst blandt yngre borgere (16-44 år).
- For begge skalaer ses en større andel med en lav score blandt borgere med ikke-vestlig baggrund og desuden blandt borgere med anden vestlig baggrund, hvad angår samarbejde med sundhedsprofessionelle.
- Der er tydelig social ulighed i andelen for begge skalaer. Det ses bl.a. ved, at andelen med en lav score generelt falder med stigende uddannelseslængde, og at andelen med en lav score stiger med højere kommunesocialgruppe; dvs. andelen er større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner.
- Der ses tydelig geografisk ulighed for begge skalaer. Generelt ses de største andele med en lav score i den vestlige og sydlige del af regionen, mens de mindste andele ses i den nordøstlige del af regionen.

Sundhedskompetence kan defineres som "en kombination af personlige kompetencer og ressourcer i omgivelserne, der gør det muligt for mennesker at finde, forstå, vurdere og bruge sundhedsinformation" (1). Der er tale om et mangesidet og komplekst begreb, som på forskellig vis kan være afgørende for, at borgere kan navigere i et stadig mere komplekst og digitalt sundhedsvæsen og tage aktiv del i både egen og omgivelsernes sundhed. Det gælder bl.a. i mødet med sundhedsprofessionelle, i læsningen af journaler og prøvesvar og i søgning af viden på egen hånd (2).

Danske undersøgelser peger på, at en betydelig del af befolkningen har udfordringer indenfor sundhedskompetence. Det kommer dog an på hvilke aspekter, der ses på og hvordan det opgøres (1). Der findes ikke opgørelser af sundhedskompetence i Den Nationale Sundhedsprofil, men i de regionale sundhedsprofiler i Region Hovedstaden og Region Sjælland ses det at hhv. 10 % og 15 % har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed, og hhv. 19 % og 26 % har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle (3,4).

Flere undersøgelser viser, at et lavt niveau af sundhedskompetence hænger sammen med sociale faktorer som uddannelse og livsvilkår (1,5). Begrænset sundhedskompetence er ligeledes forbundet med sjældnere deltagelse i forebyggende undersøgelser og vaccinationsprogrammer,

flere ikke planlagte kontakter til sundhedsvæsenet, hyppigere helbredsproblemer og – blandt ældre – en kortere levetid (1,6). Derfor peger Sundhedsstyrelsen på styrkelse af både borgernes sundhedskompetence og sundhedsvæsenets organisatoriske sundhedskompetence – dvs. den måde som sundhedstilbud og information gøres tilgængelige på – som en vigtig vej til større lighed i sundhed (1).

Sundhedskompetence i Region Østjylland

Borgernes sundhedskompetence måles i denne rapport med det validerede spørgeskemapanel Health Literacy Questionnaire (HLQ) (7,8). Mere specifikt benyttes følgende to subskalaer:

- HLQ9: måler i hvor høj grad borgerne oplever at kunne læse og forstå information om sundhed, herunder udfylde blanketter, forstå vejledninger og følge anvisninger mv.
- HLQ6: måler i hvor høj grad borgerne oplever at kunne samarbejde aktivt med sundhedsprofessionelle, herunder bl.a. gøre sig forstået og få den rådgivning og information, de har brug for i interaktionen.

Begge skalaer indeholder fem underspørgsmål og besvares på en skala fra 1 = "Meget svært" til 4 = "Meget let". Der findes hverken en dansk eller en international standard for, hvad der definerer et højt eller et lavt sundhedskompetenceniveau. I denne rapport er der brugt en gennemsnitlig score på 2,5 eller derunder til at definere borgere med en lav score på den enkelte sundhedskompetenceskala. En lav score kan således indikere, at borgeren har udfordringer på det pågældende område og har behov for ekstra hjælp og støtte.

Lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed

I Region Østjylland er det 11,5 % af borgerne, der har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed i 2025 (Tabel 15.1). Det svarer til 268.200 borgere.

Køn og alder

Der er ikke forskel blandt mænd og kvinder på andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed.

For alder er andelen større end i regionen som helhed blandt de 16-24-årige (15,7 %) og de 80+ årige (17,6 %), mens den kun i begrænset omfang varierer for de mellemliggende aldersgrupper (9,5-11,2 %). Andelen er dog lidt mindre end i regionen som helhed blandt hhv. de 25-34-årige og de 45-64-årige.

Etnisk baggrund

Andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed er større blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (16,6 %) end i regionen som helhed. Andelen er samtidig mindre blandt borgere med dansk baggrund (11,0 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er mere end fire gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er der således en større andel blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (13,3 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (20,7 %), mens andelen er mindre blandt borgere med gymnasial uddannelse, videregående generelt og især lang videregående uddannelse (4,9 %).

Erhvervstilknytning

Andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed er generelt større blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større blandt pensionister (13,3 %) og især blandt førtidspensionister (22,4 %), øvrige ikke-erhvervsaktive (20,5 %) og arbejdsløse (18,6 %), mens den er mindre blandt borgere i beskæftigelse (9,0 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet andelen er mere end dobbelt så stor i kommunesocialgruppe 6 (16,3 %) som i kommunesocialgruppe 1 (7,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1-2.

Sundhedsråd og kommuner

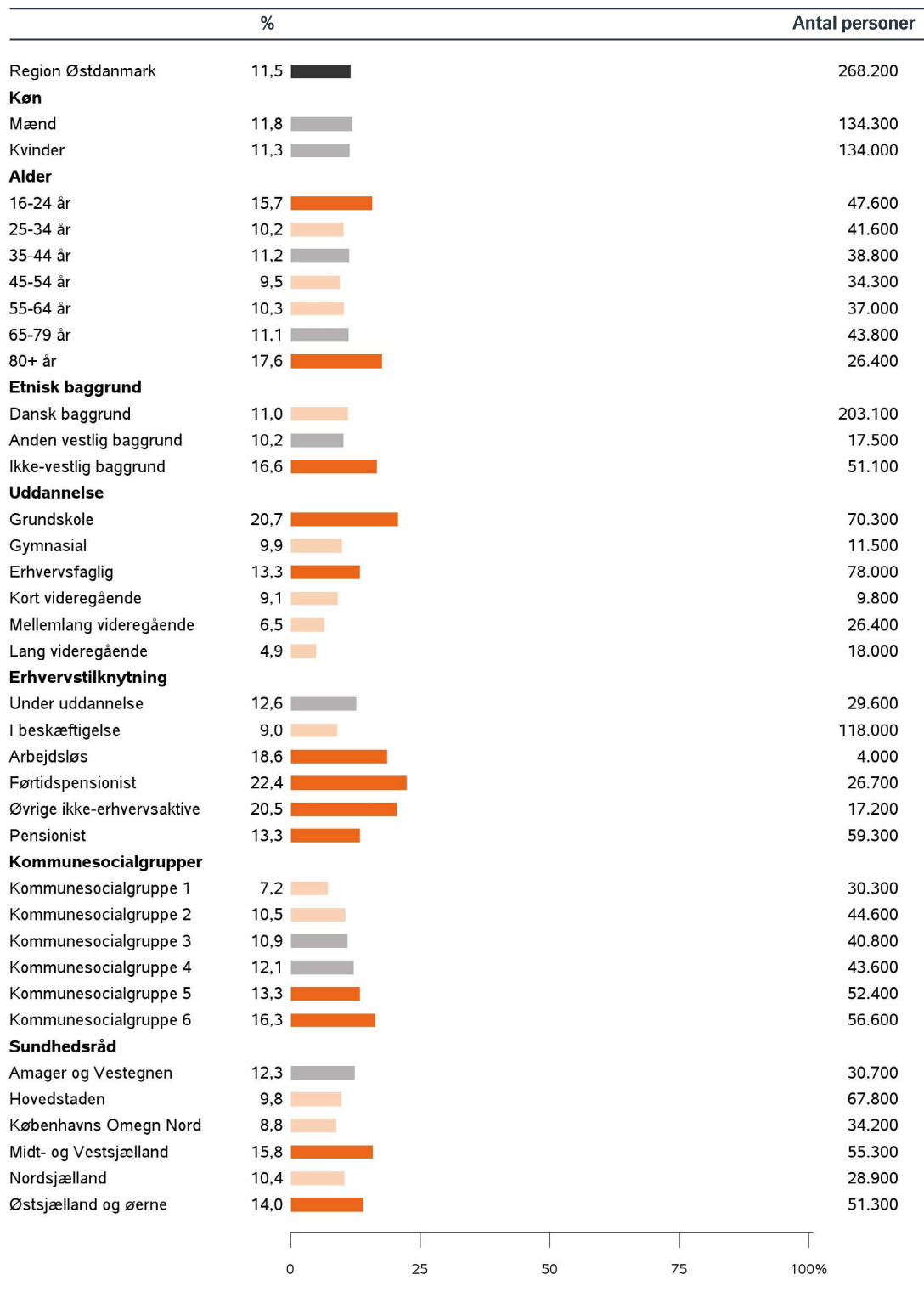
Andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed varierer fra 8,8 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 15,8 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er mindre i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord, Hovedstaden og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at læse og forstå information om sundhed varierer fra 6,1 % i hhv. Gentofte Kommune og den københavnske bydel Indre By til 21,0 % i Lolland Kommune. Som det fremgår af Kort 15.1, ses generelt de største andele i kommunerne i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn og Bornholm, mens andelen er mindst i København og kommunerne nord herfor.

Udvikling over tid

Da det er første gang spørgsmålene om sundhedskompetence er med i Region Hovedstadens undersøgelse og delvist i Region Sjællands undersøgelse, kan der ikke vises udvikling over tid for Region Østdanmark.

Tabel 15.1 Lav score på sundhedskompetenceskala om at læse og forstå information om sundhed i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

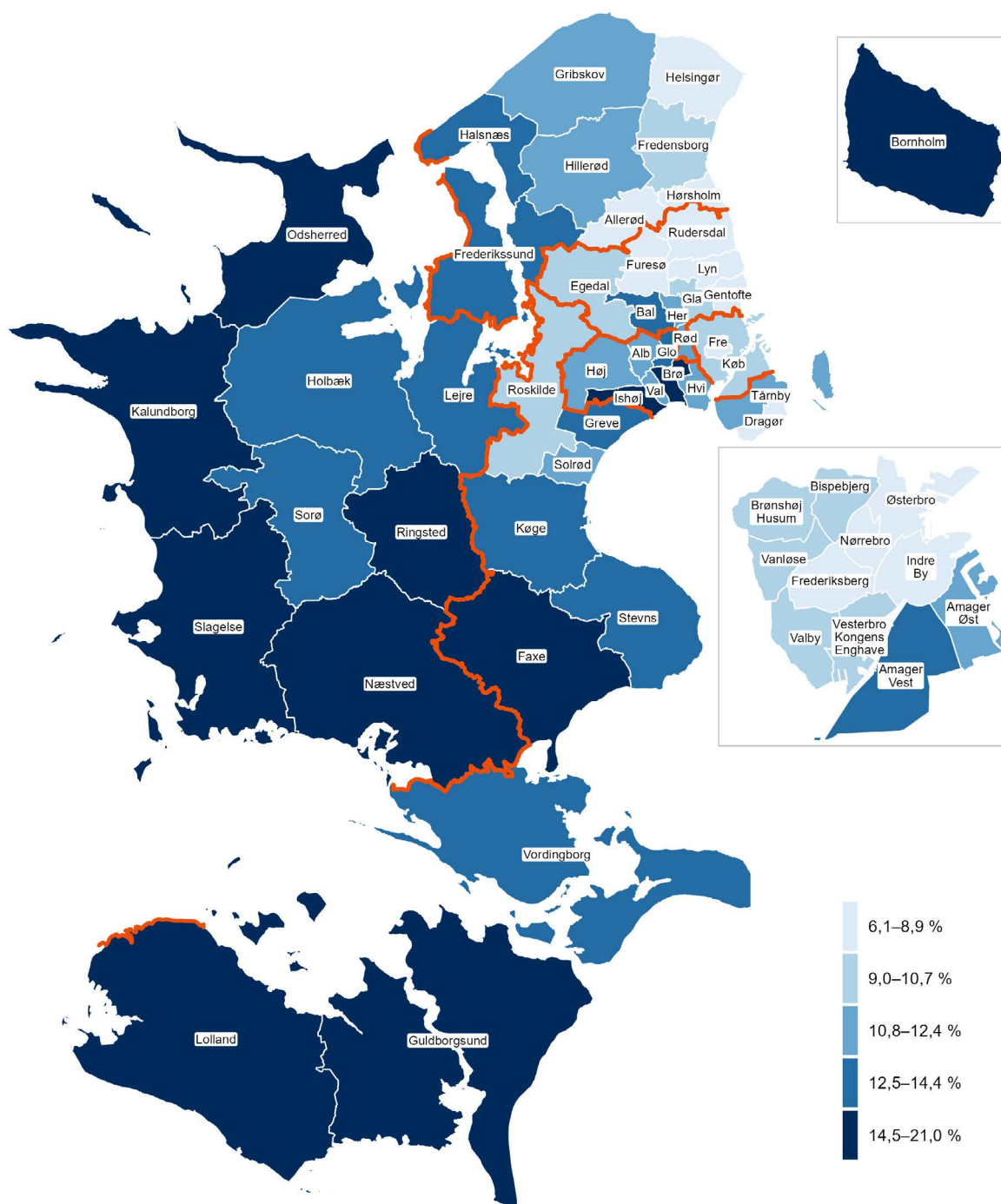
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 15.1 Lav score på sundhedskompetenceskala om at læse og forstå information om sundhed på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Lav score på sundhedskompetenceskala om at samarbejde med sundhedsprofessionelle

I Region Østjylland er det 21,1 % af borgerne, der har en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle i 2025 (Tabel 15.2). Det svarer til 491.100 borgere.

Køn og alder

Andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle er større blandt kvinder (23,7 %) end blandt mænd (18,4 %).

For alder ses det, at andelen falder med stigende alder indtil 65-79 år. Andelen er således størst blandt de 16-24-årige (28,6 %) og mindst blandt de 65-79-årige (15,8 %). Andelen er større end i regionen som helhed blandt de 16-44-årige, mens den er mindre blandt de 45+ årige.

Etnisk baggrund

Andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle er større end i regionen som helhed blandt borgere med anden vestlig baggrund (24,0 %) og blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (25,0 %). Andelen er samtidig mindre blandt borgere med dansk baggrund (20,4 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle falder med stigende uddannelseslængde. Andelen er over halvdelen gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse (26,1 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (15,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er der således en større andel blandt borgere med grundskoleuddannelse og en mindre andel blandt borgere med hhv. mellemlang og lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle er størst blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (37,2 %). Set i forhold til regionen som helhed er andelen desuden større blandt førtidspensionister (30,7 %) og borgere under uddannelse (26,8 %), mens den er mindre blandt pensionister (16,7 %) og blandt borgere i beskæftigelse (19,6 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at andelen med lav score på sundhedskompetenceskalaen om at samarbejde med sundhedsprofessionelle stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. andelen er generelt større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet andelen er over halvdelen gange så stor i kommunesocialgruppe 6 (26,8 %) som i kommunesocialgruppe 1 (16,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 5-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1.

Sundhedsråd og kommuner

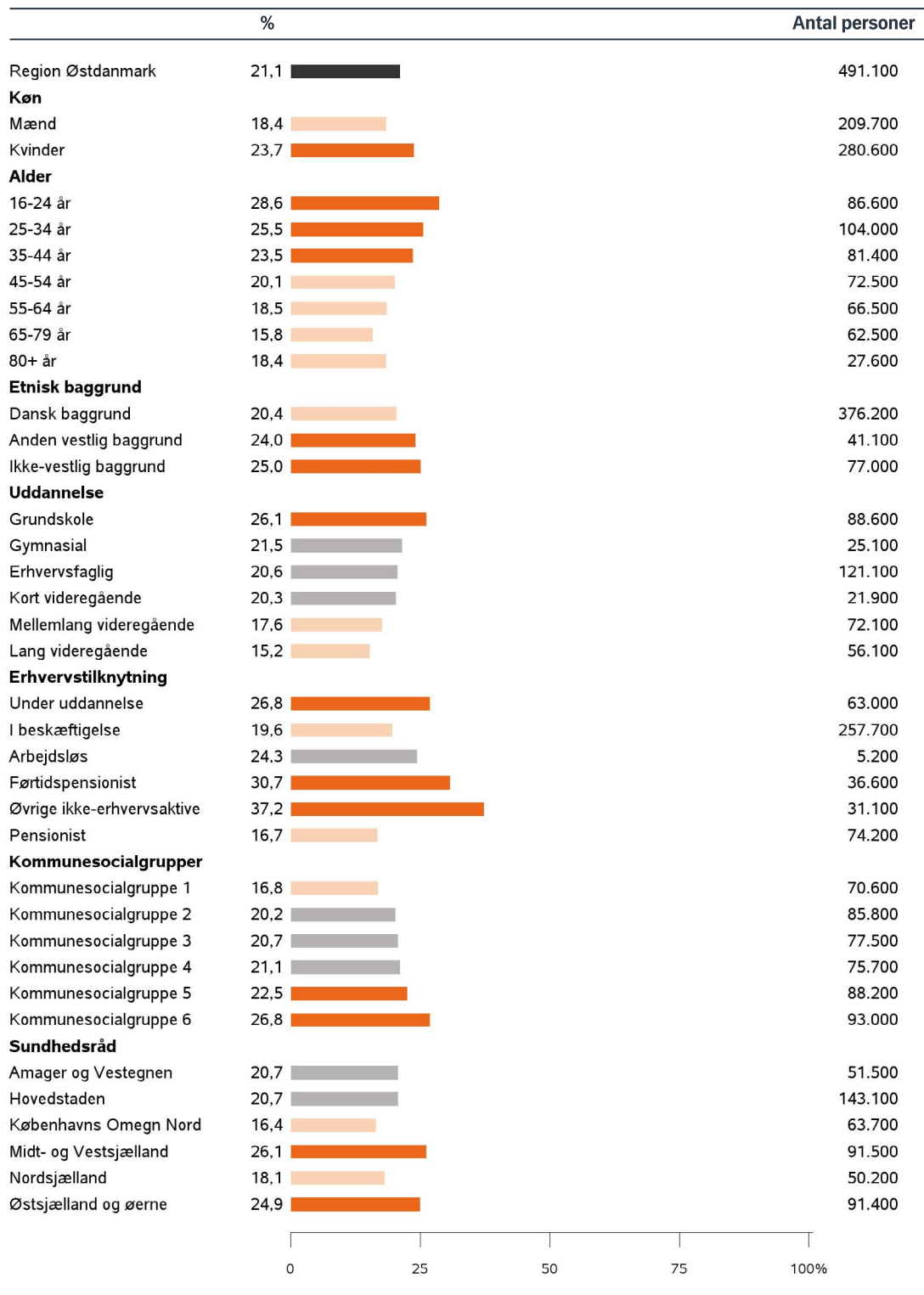
Andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om samarbejde med sundhedsprofessionelle varierer fra 16,4 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 26,1 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Andelen er større end i regionen som helhed i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland og Østjylland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Københavns Omegn Nord og Nordsjælland.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor andelen med en lav score på sundhedskompetenceskalaen om samarbejde med sundhedsprofessionelle varierer fra 12,3 % i Dragør Kommune til 34,2 % i Kalundborg Kommune. Der ses et geografisk mønster, hvor de største andele generelt findes i den vestlige og sydlige dele af regionen, og de mindste andele i den nordøstlige del af regionen (Kort 15.2).

Udvikling over tid

Da det er første gang spørgsmålene om sundhedskompetence er med i Region Hovedstadens undersøgelse og delvist i Region Sjællands undersøgelse, kan der ikke vises udvikling over tid for Region Østdanmark.

Tabel 15.2 Lav score på sundhedskompetenceskala om samarbejde med sundhedsprofessionelle i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

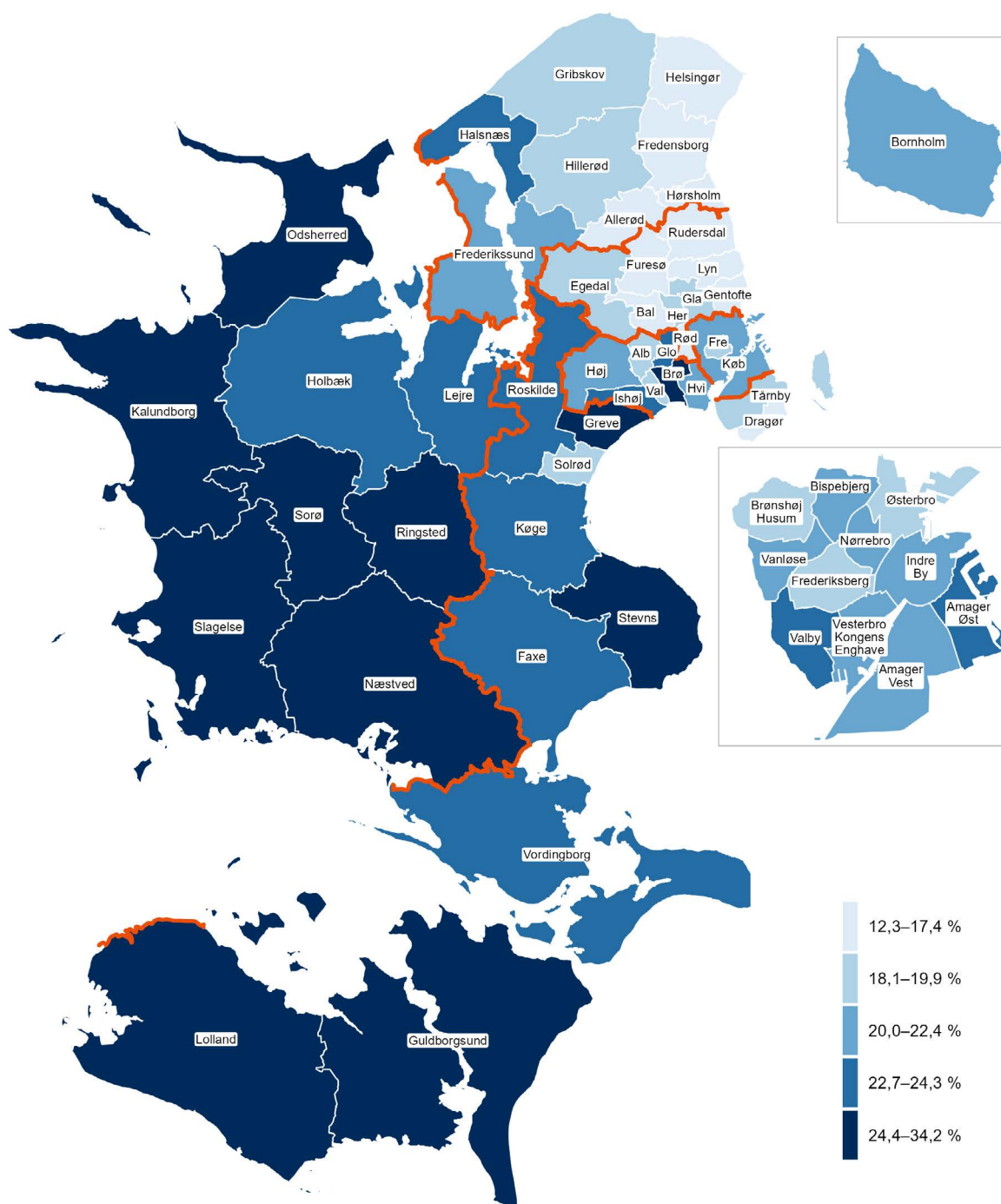
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 15.2 Lav score på sundhedskompetenceskala om samarbejde med sundhedsprofessionelle på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Referencer

1. Aaby A, Meldgaard M, Maindal HT. Sundhedskompetence i det danske sundhedsvæsen [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2022 [Henvist 8. august 2025]. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/ghvp30ez/sst-rapport_-sundhedskompetence_tilg.pdf
2. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, m.fl. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012;12(1):80. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
3. Elsborg PJ, Eliassen MH, Andreasen AH, Toxværd CG, Virenfelt GM, Holflod JF, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Helbred, trivsel og sundhedsadfærd [Internet]. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil_2025_Web.pdf
4. Poulsen HS, Christiansen ASJ, Christensen BS, Boss S, Elmer TS, Hallund LC, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?« [Internet]. Region Sjælland, Koncern Digitalisering; 2026. Tilgængelig hos: https://www.regionsjaelland.dk/media/icmn5un4/sundhedsprofilen25_opt-a_2udgave-juli-2026-1.pdf
5. Svendsen MT, Bak CK, Sørensen K, Pelikan J, Riddersholm SJ, Skals RK, m.fl. Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC Public Health. 2020;20(1):565. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08498-8>
6. Aaby A, Friis K, Christensen B, Rowlands G, Maindal HT. Health literacy is associated with health behaviour and self-reported health: A large population-based study in individuals with cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(17):1880–8. doi: <https://doi.org/10.1177/2047487317729538>
7. Osborne RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ). BMC Public Health. 2013;13(1):658. doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-658>
8. Maindal HT, Kayser L, Norgaard O, Bo A, Elsworth GR, Osborne RH. Cultural adaptation and validation of the Health Literacy Questionnaire (HLQ): robust nine-dimension Danish language confirmatory factor model. SpringerPlus. 2016;5(1). doi: <https://doi.org/10.1186/s40064-016-2887-9>

16 Svær overvægt

- Omkring hver sjette borger i Region Østdanmark har svær overvægt i 2025.
- Forekomsten af svær overvægt er ikke forskellig blandt mænd og kvinder. For alder ses det, at forekomsten stiger med stigende alder op til de 55-64-årige.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af svær overvægt, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er næsten tre gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af svær overvægt med de højeste forekomster i den sydlige og vestlige del af regionen samt på den københavnske vestegn.
- Fra 2013 til 2021 er forekomsten af svær overvægt steget i Region Østdanmark samlet set, hvorefter der er sket et lille fald fra 2021 til 2025. Nogenlunde samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Overvægt og især svær overvægt udgør en væsentlig udfordring for både folkesundheden og den enkeltes trivsel, da det er forbundet med øget risiko for en række sygdomme og nedsat livskvalitet (1). Forekomsten af overvægt er steget betydeligt både i Danmark og på verdensplan gennem de seneste årtier. Ifølge WHO er forekomsten af svær overvægt mere end fordoblet globalt i perioden fra 1990 til 2022 (2,3). De nyeste nationale tal fra 2025 viser, at andelen af danskere med overvægt (moderat eller svær overvægt) er 53,0 %, og i alt 18,5 % af danskerne har svær overvægt (3). Denne undersøgelse viser også, at Region Sjælland ligger blandt de regioner med den højeste forekomst i landet (21,4 %), mens Region Hovedstaden placerer sig med den laveste forekomst (14,4 %) (3).

Årsagerne til udvikling af overvægt er komplekse og kan ikke alene forklares ved kost- og motionsvaner – de påvirkes også af blandt andet genetiske forhold, medicin, hormoner, psykiske faktorer, tidlige livsomstændigheder samt de omgivelser og strukturer, som den enkelte indgår i (4,5). Overvægt kan have betydelige konsekvenser for både fysisk og mental sundhed og er forbundet med øget risiko for blandt andet type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdom, visse kræftformer og nedsat trivsel (1,6). Derudover kan overvægt medføre sociale konsekvenser, herunder stigmatisering og reduceret livskvalitet (7).

Forebyggelse af overvægt bygger på en forståelse af, at overvægt påvirkes af forhold på flere niveauer. Forebyggende indsætter retter sig derfor mod at fremme sunde kostvaner, fysisk aktivitet, søvn, trivsel og andre sundhedsfremmende vaner gennem hele livet (2,8). Samtidig spiller de fysiske rammer en vigtig rolle, da tilgængeligheden af sund mad og mulighederne for fysisk aktivitet kan gøre sunde valg lettere (8).

Svær overvægt i Region Østdanmark

I spørgeskemaet er borgerne spurgt ind til højde og vægt, som bruges til beregning af BMI (Body Mass Index) ved at dividere vægten i kg med højden i meter ganget med sig selv. WHO har fastsat grænseværdier for BMI hos voksne (9), som bruges til klassifikation af svær overvægt (BMI $\geq$ 30,0) i denne rapport.

I Region Østdanmark har 16,5 % af borgerne svær overvægt i 2025 (Tabel 16.1). Det svarer til 384.100 borgere.

Køn og alder

Forekomsten af svær overvægt er ikke forskellig blandt mænd (16,8 %) og kvinder (16,3 %). For alder ses det generelt, at forekomsten stiger med stigende alder til de 55-64-årige, hvorefter forekomsten falder med alderen. Den højeste forekomst ses således blandt de 55-64-årige (21,7 %) og den laveste blandt de 16-24-årige (5,5 %). Forekomsten er højere end i regionen som helhed blandt 35-79-årige og lavere blandt de 80+ årige og de 16-34-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af svær overvægt er lidt højere blandt borgere med dansk baggrund (17,0 %) end i regionen som helhed. Forekomsten er samtidig lavere blandt borgere med anden vestlig baggrund (11,9 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af svær overvægt falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er næsten tre gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er der således højere forekomst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (22,9 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (24,9 %). Omvendt er forekomsten lavere end i regionen som helhed blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse (15,3 %) og især lang videregående uddannelse (8,8 %).

Erhvervstilknytning

Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten af svær overvægt markant højere blandt førtidspensionister (31,4 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (29,5 %), og markant lavere blandt borgere under uddannelse (6,5 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af svær overvægt stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet forekomsten er mere end dobbelt så høj i kommunesocialgruppe 6 (23,8 %) som i kommunesocialgruppe 1 (9,7 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

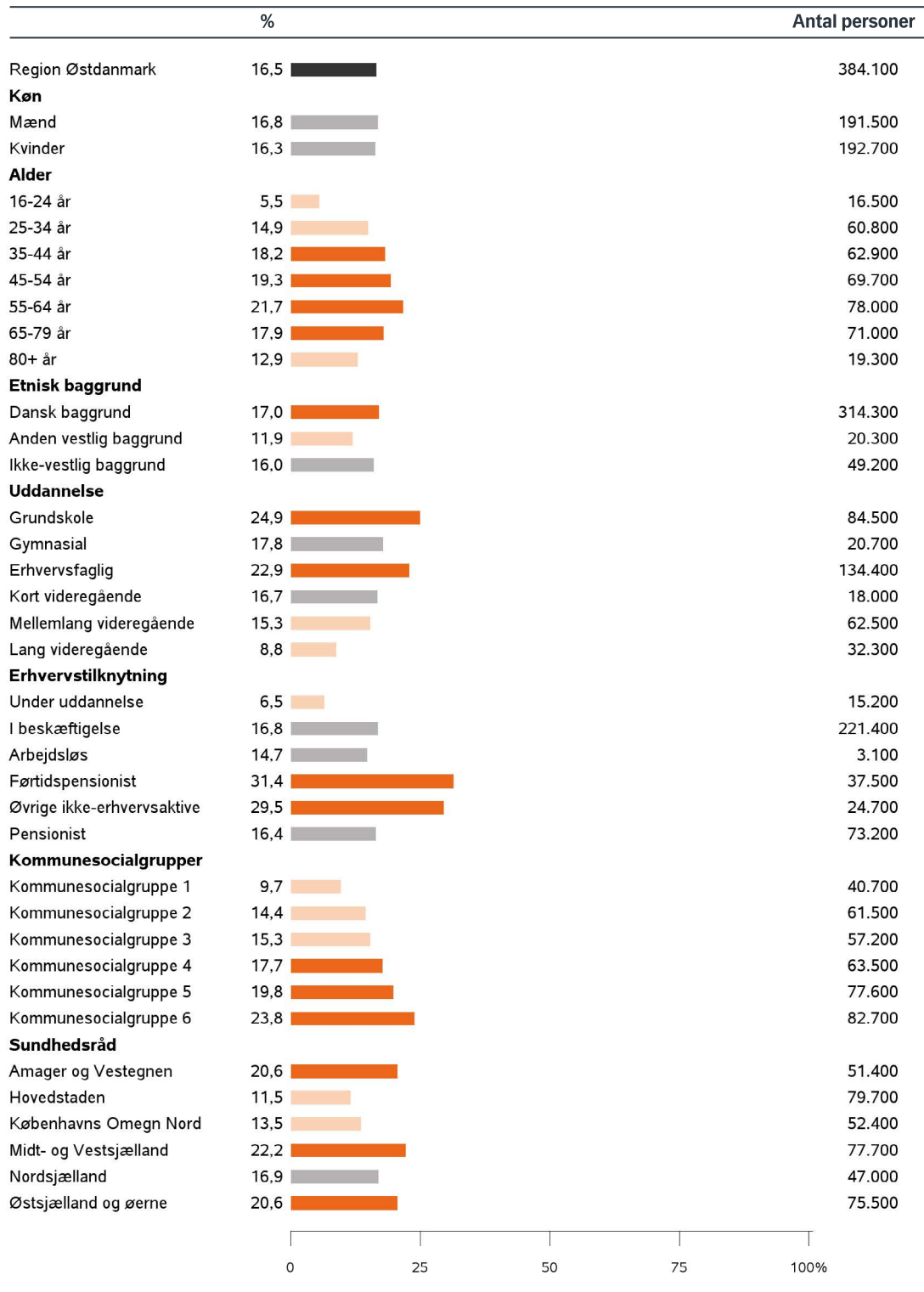
Forekomsten af svær overvægt varierer fra 11,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 22,2 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af svær overvægt varierer fra 7,5 % i Gentofte Kommune til 27,6 % i Brøndby Kommune. Som det fremgår af Kort 16.1, er der også generelt en høj forekomst af svær overvægt i kommunerne i den sydlige og vestlige del af regionen samt i nogle kommuner på den københavnske vestegn.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af svær overvægt steget fra 12,8 % i 2013 til 17,1 % i 2021, efterfulgt af et lille fald til 16,5 % i 2025 (Figur 16.1). Forekomsten i 2025 er dog stadig signifikant højere end i 2013. I de seks sundhedsråd ses overordnet et lignende udviklingsmønster fra 2013 til 2021. Der ses dog ikke nogen signifikant ændring fra 2021 til 2025 i nogen af de seks sundhedsråd, og i Sundhedsråd Østsjælland og Øerne ses heller ikke forskel mellem forekomsten i 2017 og i 2021.

Tabel 16.1 Svær overvægt i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025



Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

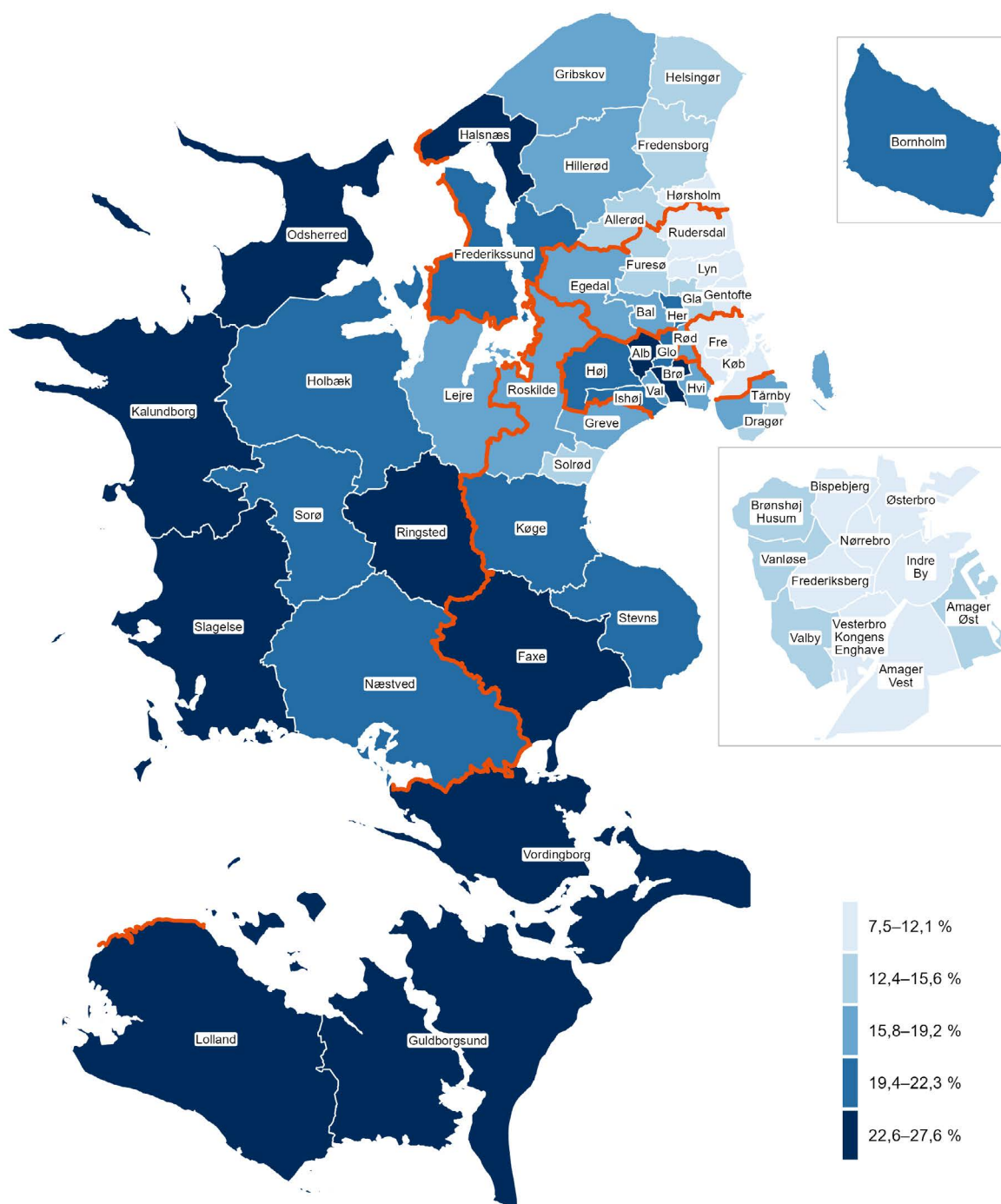
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

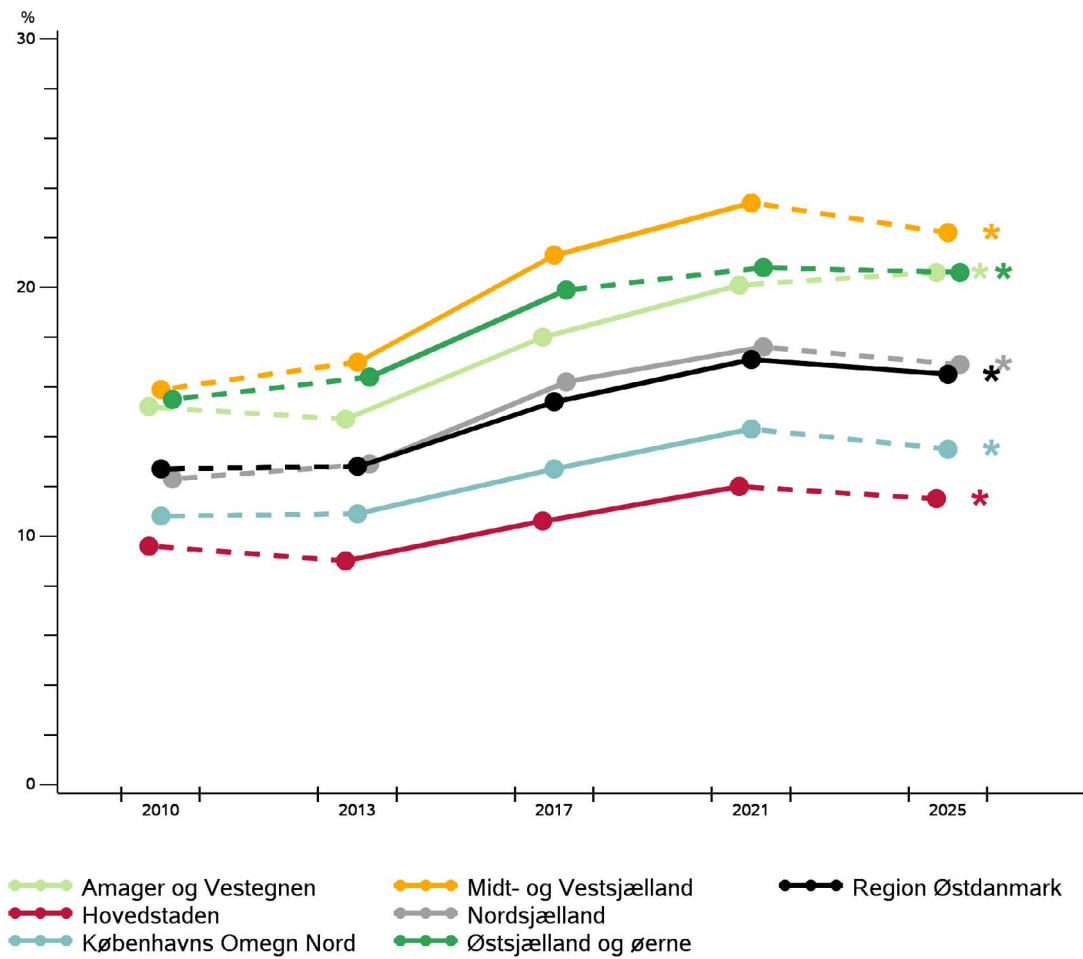
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 16.1 Svær overvægt i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 16.1 Svær overvægt i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. World Health Organization. Obesity: Health consequences of being overweight [Internet]. 2024 [Henvist 2. juli 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/obesity-health-consequences-of-being-overweight>
2. World Health Organization. Fact sheets: Obesity and overweight [Internet]. 2025 [Henvist 11. september 2025]. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
3. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernesundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernesundhed.dk/>
4. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJF, m.fl. Obesity. Nat Rev Dis Primers. 2017;3(1):17034. doi: <https://doi.org/10.1038/nrdp.2017.34>
5. Kim D. Predictors of obesity. I: Mehrzad R, redaktør. Obesity: global impact and epidemiology. 1. udg. San Diego: Elsevier; 2020. s. 191–4.
6. Sarma S, Sockalingam S, Dash S. Obesity as a multisystem disease: Trends in obesity rates and obesity-related complications. Diabetes Obes Metab. 2021;23 Suppl 1:3–16. doi: <https://doi.org/10.1111/dom.14290>
7. Tolstrup J, Andreassen P, Bramming M, Christiansen LB, Folker AP, Gribsholt SB, m.fl. Vægtstigmatisering – forekomst, betydninger og forebyggelsespotentialer. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2024. s. 1–151.
8. Pedersen CH, Norman K, Christensen S, Skov LR, Curtis T. 12 skridt til fremme af sund kost og fysisk aktivitet – den gode kommunale model – Anbefalinger på basis af litteraturen og lokale erfaringer. København: Sund By Netværket og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2009.
9. World Health Organization. Obesity – Preventing and Managing the Global Epidemic: Report of a WHO Consultation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2000 [Henvist 11. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://iris.who.int/handle/10665/42330>

17 Langvarig sygdom

- Mere end hver tredje borger i Region Østjylland lever i 2025 med langvarig sygdom.
- Forekomsten stiger med stigende alder og er højest blandt de ældste borgere.
- Der er tydelig social ulighed i forekomsten af langvarig sygdom. Det ses bl.a. ved, at forekomsten er markant højere blandt borgere med grundskoleuddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Forekomsten er desuden særligt høj blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere.
- Der ses betydelig geografisk ulighed i forekomsten af langvarig sygdom med en klar tendens til, at de højeste forekomster ses i kommunerne længst væk fra hovedstadsområdet.
- Forekomsten af langvarig sygdom i Region Østjylland er steget stødt fra 2010 til 2025. En lignende udvikling ses i alle seks sundhedsråd, men over tid er forskellene mellem dem blevet større.

Flere og flere borgere lever med langvarig eller kronisk sygdom. Kronisk sygdom defineres af Sundhedsstyrelsen som en sygdom, der typisk er livslang, kræver løbende behandling og opfølgning og har stor indflydelse på både livskvalitet og funktionsevne (1). Forekomsten af kronisk eller langvarig sygdom i befolkningen afhænger af, hvordan det opgøres. Ifølge Den Nationale Sundhedsprofil 2025 har 38,3 % af den voksne danske befolkning langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse (2). De nationale tal viser også, at den laveste forekomst i landet er i Region Hovedstaden (35,1 %), mens Region Sjælland har den næsthøjeste forekomst (41,4 %) i 2025.

Risikoen for langvarig sygdom påvirkes både af demografiske forhold og sundhedsadfærd, og disse faktorer har samtidig afgørende betydning for sygdomsforløb, behandlingseffekt og ift. risikoen for komplikationer (3). Der er betydelig variation i både sværhedsgrad og konsekvenser af langvarig sygdom. Mange mennesker lever et godt og aktivt liv, selvom de har én eller flere kroniske sygdomme (4). Samlet set er langvarig sygdom forbundet med nedsat livskvalitet og funktionsevne, øget brug af sundhedsvæsenet samt betydelige samfundsøkonomiske omkostninger (4,5).

Langvarig sygdom i Region Østdanmark

Opgørelsen af langvarig sygdom er i dette kapitel baseret på borgernes svar på spørgsmålet "Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse?", hvorefter det er specificeret, at der med langvarig menes mindst 6 måneder. Der er mulighed for at svare "Ja" eller "Nej" på spørgsmålet. Andelen af borgere, der har svaret "Ja" på spørgsmålet, er opgjort er under betegnelsen 'Langvarig sygdom'.

I Region Østdanmark angiver 37,0 % af borgerne i 2025, at de har langvarig sygdom (Tabel 17.1). Det svarer til 860.500 personer.

Køn og alder

Forekomsten af langvarig sygdom er højere blandt kvinder (38,7 %) end blandt mænd (35,3 %). Forekomsten stiger jævnt med stigende alder og er således lavest blandt de 16-24-årige (21,0 %) og højest blandt de 80+ årige, hvoriblandt mere end hver anden har langvarig sygdom (53,4 %). Set iforhold til regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere over 55 år og lavere blandt 16-54-årige borgere.

Etnisk baggrund

Forekomsten af langvarig sygdom er højere end i regionen som helhed blandt borgere med dansk baggrund (38,4 %), og lavere blandt borgere med hhv. anden vestlig baggrund (31,2 %) og ikke-vestlig baggrund (31,6 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af langvarig sygdom falder med stigende uddannelseslængde, og at der er betydelig ulighed. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten således højere blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (43,3 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (51,0 %), mens den er lavere blandt borgere med videregående uddannelse (28,2 %).

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en højere forekomst af langvarig sygdom blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse og borgere under uddannelse. Forekomsten er særligt høj blandt førtidspensionister (79,3 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (75,9 %), hvor godt tre ud af fire borgere har langvarig sygdom. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten desuden højere blandt pensionister (52,1 %), mens den er lavere blandt borgere under uddannelse (21,1 %) og blandt borgere i beskæftigelse (28,8 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af langvarig sygdom stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Forekomsten varierer således fra 33,1 % i kommunesocialgruppe 1 til 42,7 % i kommunesocialgruppe 6. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 5 og 6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

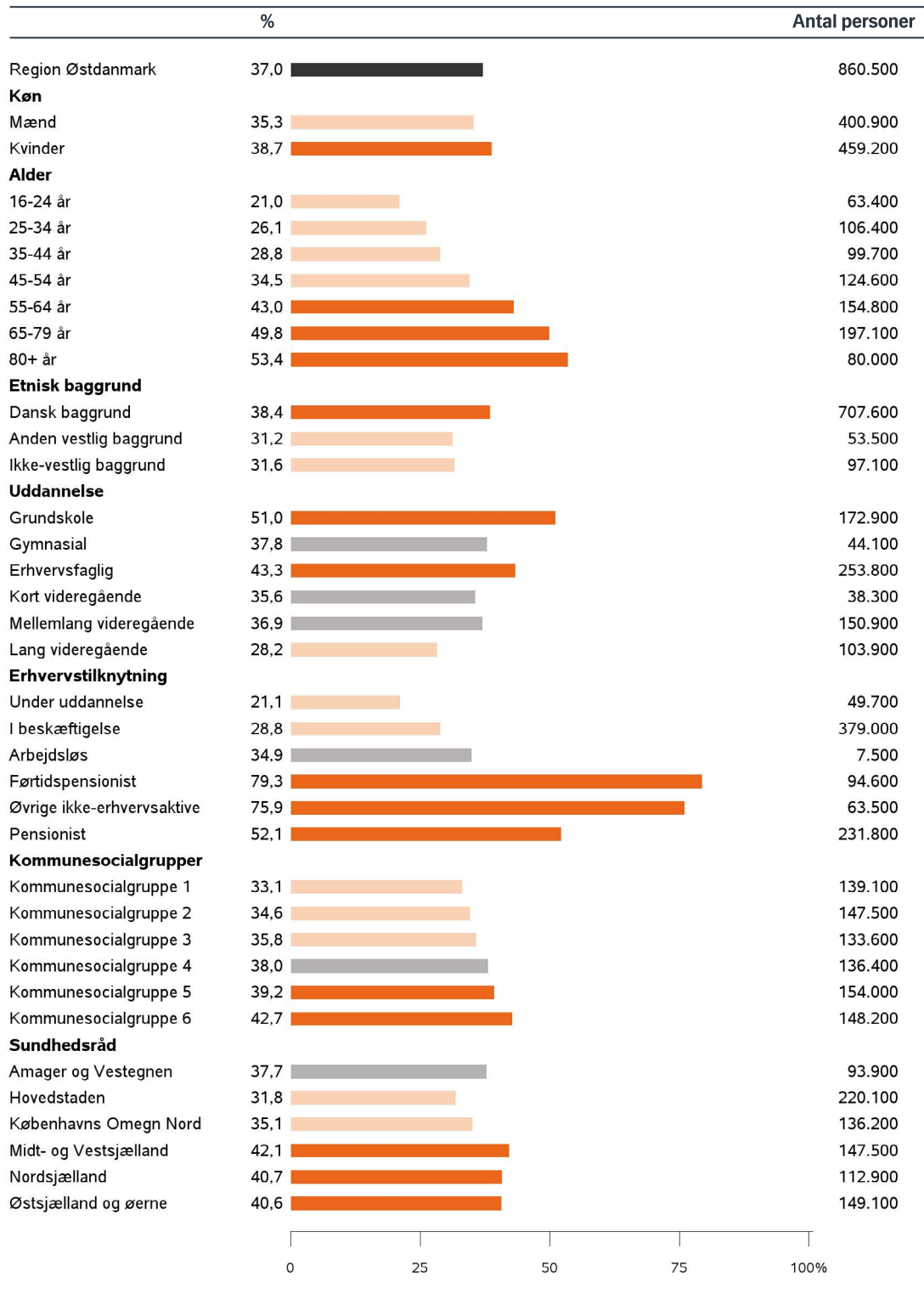
Forekomsten af langvarig sygdom varierer fra 31,8 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 42,1 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Tilsvarende ses en betydelig variation på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor forekomsten af langvarig sygdom varierer fra 26,5 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 45,7 % i Vordingborg Kommune. Som det fremgår af Kort 17.1, ses der generelt en tendens til, at de højeste forekomster ses i kommunerne længst væk fra hovedstadsområdet.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er forekomsten af langvarig sygdom steget over tid fra 32,9 % i 2010 til 37,0 % i 2025 (Figur 17.1). Stigningen er sket gradvist, dog med en stagnation mellem 2017 og 2021.

Udviklingen i sundhedsrådene ligner overordnet set den i regionen samlet set. Der ses således en signifikant stigning i alle sundhedsråd fra 2010 til 2025, om end med lidt variation i udviklingen over årene. Derudover bør det bemærkes, at de største stigninger over tid tilmed ses i sundhedsrådene med de højeste forekomster i 2010, hvilket betyder, at der er større forskel på forekomsten i sundhedsrådene i 2025 end i 2010.

Tabel 17.1 Langvarig sygdom i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

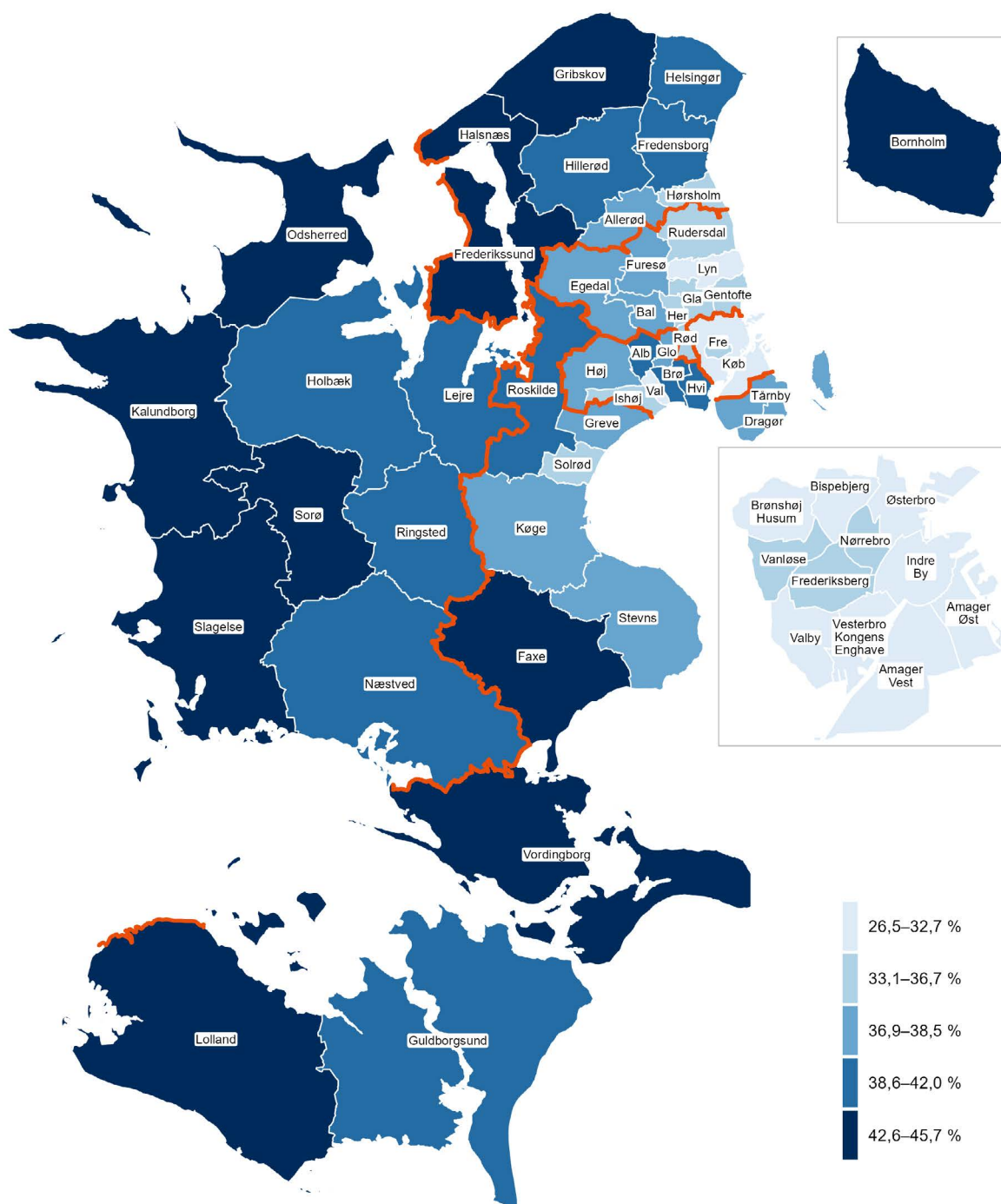
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

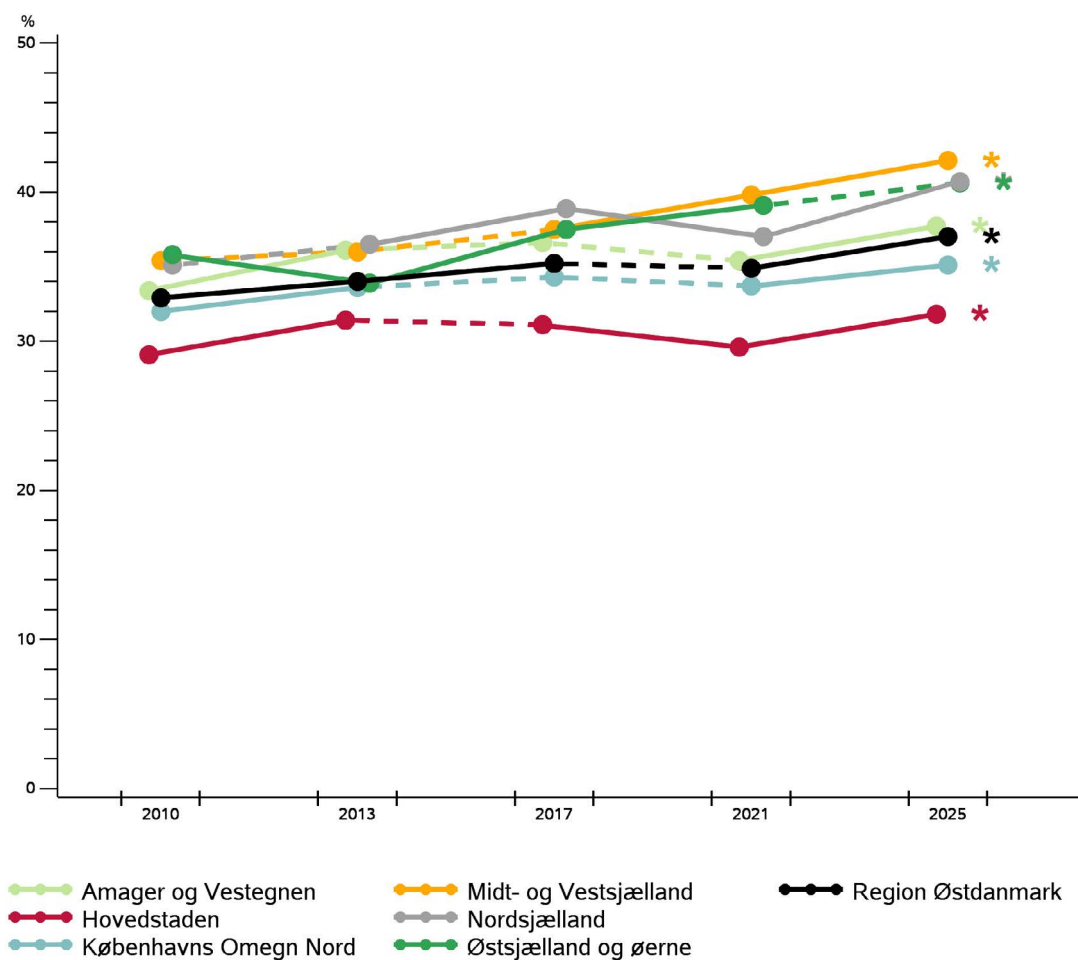
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 17.1 Langvarig sygdom på tværs af regionens kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 17.1 Langvarig sygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Generisk model for pakkeforløb for mennesker med kronisk sygdom [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2025. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2026/generisk-model-for-pakkeforloeb-for-mennesker-med-kronisk-sygdom>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, m.fl. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2025 [Internet]. København: Syddansk Universitet, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2026. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2026/den_nationale_sundhedsprofil_2025
4. Kjølner M; Davidsen M & Juel K. Ældrebeholdningens sundhedstilstand i Danmark – analyser baseret på sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2010. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/udgivelser/2010/aeldrebefolkningens-sundhedstilstand-i-danmark>
5. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom [Internet]. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Danske Regioner; 2019. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2019/risikofaktorer_for_multisygdom

18 Multisygdom

- I Region Østjylland har 11,5 % af borgerne to eller flere samtidige sygdomme i 2025.
- Andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme er særligt udbredt blandt kvinder og de ældste borgere, og andelen stiger med stigende alder i aldersgrupperne over 55 år.
- Der er social ulighed i andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme, hvilket bl.a. ses ved, at andelen er fire gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er geografisk ulighed på tværs af regionen i andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme, hvor de største andele især ses i kommunerne i den nordlige, sydlige og vestlige del af regionen samt på Bornholm.
- Andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme i Region Østjylland er steget gradvist over tid, og der ses samme udviklingsmønster i de seks sundhedsråd.

Multisygdom kan defineres som samtidig tilstedeværelse af to eller flere sygdomme hos samme borger (1). Multisygdom er en voksende folkesundhedsudfordring, og forekomsten forventes at stige som følge af den demografiske udvikling og deraf et voksende antal ældre borgere, der lever med kroniske sygdomme (2,3).

Multisygdom øger risikoen for nedsat funktionsevne, dårligere livskvalitet, og der er markant øget risiko for mentale helbredsproblemer og tidlig død (1,4). Samtidig er multisygdom forbundet med højere sundhedsudgifter og svagere tilknytning til arbejdsmarkedet. En dansk opgørelse viser eksempelvis, at kun 30 % af de 18-64-årige med multisygdom er i beskæftigelse eller under uddannelse (5). Forekomsten af multisygdom stiller desuden store krav til sundhedsvæsenet ift. koordinering af forebyggelses-, behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af specialer og sektorer (1).

Multisygdom i Region Østdanmark

Forekomsten af multisygdom afhænger i høj grad af, hvordan det afgrænses, herunder hvilke sygdomme, der indgår i opgørelsen, og hvilke datakilder, der anvendes. I denne rapport baseres opgørelsen på registerdata, og følgende 14 kroniske sygdomme indgår: type 1-diabetes, type 2-diabetes, hjertesygdom, apopleksi, demens, kræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), astma, knogleskørhed, inflammatorisk ledsygdom, depression, angst, ADHD og autisme. Andelen af borgere med mindst to af de 14 sygdomme er opgjort under betegnelsen 'to eller flere samtidige sygdomme'.

Der er anvendt samme metode til afgrænsning af sygdommene som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (6), men der er i nærværende rapport for nogle af sygdommene også inkluderet diagnoser fra privathospitaler. En nærmere beskrivelse af opgørelsen og afgrænsningen af de enkelte sygdomme findes i de andre kapitler i rapporten og i Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden (6).

I Region Østdanmark har 11,5 % af borgerne to eller flere samtidige sygdomme i 2025 (Tabel 18.1). Det svarer til 268.200 borgere.

Køn og alder

Andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme er større blandt kvinder (12,8 %) end blandt mænd (10,2 %). For alder er andelen større end i regionen som helhed blandt de 55+ årige. Andelen blandt de 55+ årige stiger med stigende alder og er således størst blandt de 80+ årige, hvor mere end hver tredje borger har to eller flere samtidige sygdomme (34,9 %). I aldersgrupperne under 55 år er andelen mindre end i regionen som helhed og varierer kun i mindre grad på tværs af aldersgrupperne (5,1-7,2 %).

Etnisk baggrund

Sammenlignet med regionen som helhed er andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme større blandt borgere med dansk baggrund (12,8 %) og mindre blandt borgere med hhv. anden vestlig baggrund (5,6 %) og ikke-vestlig baggrund (7,4 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Andelen er fire gange så stor blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er der således en større andel blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (14,9 %) og især blandt borgere med grundskoleuddannelse (21,0 %), mens andelen er lavere blandt borgere med gymnasial, videregående og især lang videregående uddannelse (5,6 %).

Erhvervstilknytning

Andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme er markant større blandt førtidspensionister (29,1 %), øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (25,6 %) og pensionister (28,3 %) sammenlignet med regionen som helhed. Omvendt er andelen markant mindre i de tre øvrige erhvervstilknytningsgrupper (4,9-7,0 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en klar tendens til, at andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. at andelen generelt er større i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet andelen er halvanden gang større i kommunesocialgruppe 6 (14,8 %) end i kommunesocialgruppe 1 (9,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er mindre i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

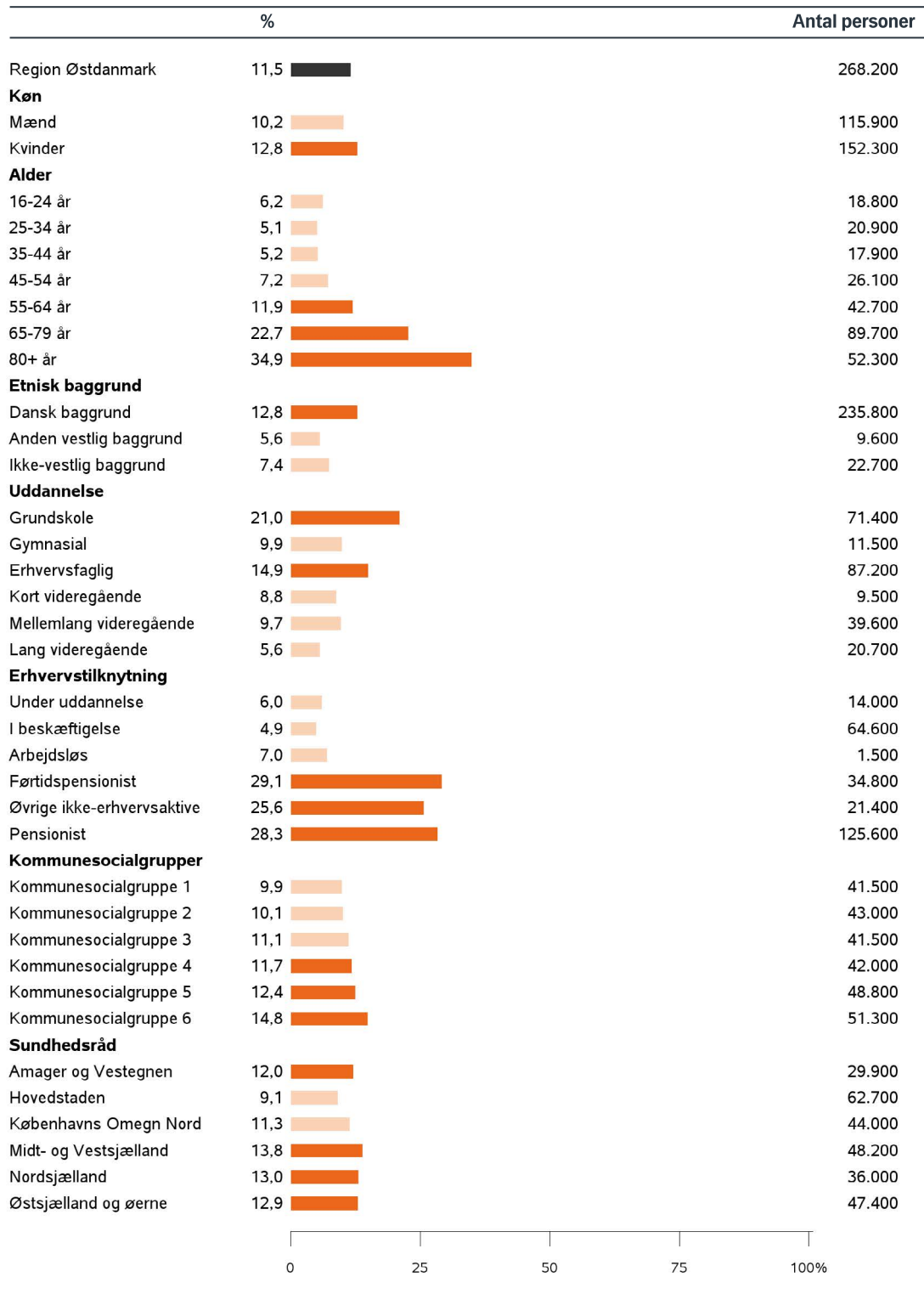
Andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme varierer fra 9,1 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 13,8 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er andelen større i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er mindre i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner og københavnske bydele, hvor andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme varierer fra 7,4 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 16,3 % i Lolland Kommune og i Bornholms Regionskommune. Som det fremgår af Kort 18.1, er der generelt en stor andel af borgere med to eller flere samtidige sygdomme i kommunerne i den nordlige, sydlige og vestlige del af regionen samt på Bornholm.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er andelen af borgere med to eller flere samtidige sygdomme steget gradvist fra 8,9 % i 2010 til 11,5 % i 2025 med en lidt mindre stigning fra 2017 til 2021 end mellem de øvrige år (Figur 18.1).

Der ses overordnet det samme udviklingsmønster i de seks sundhedsråd. Den største stigning ses i Sundhedsråd Nordsjælland, som er gået fra at have den næstmindste andel blandt de seks sundhedsråd i 2010 til den næststørste andel i 2025. Der ses dog en tendens til, at forskellene mellem sundhedsrådene er blevet større over tid.

Tabel 18.1 Multisygdom i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025**Note:**

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

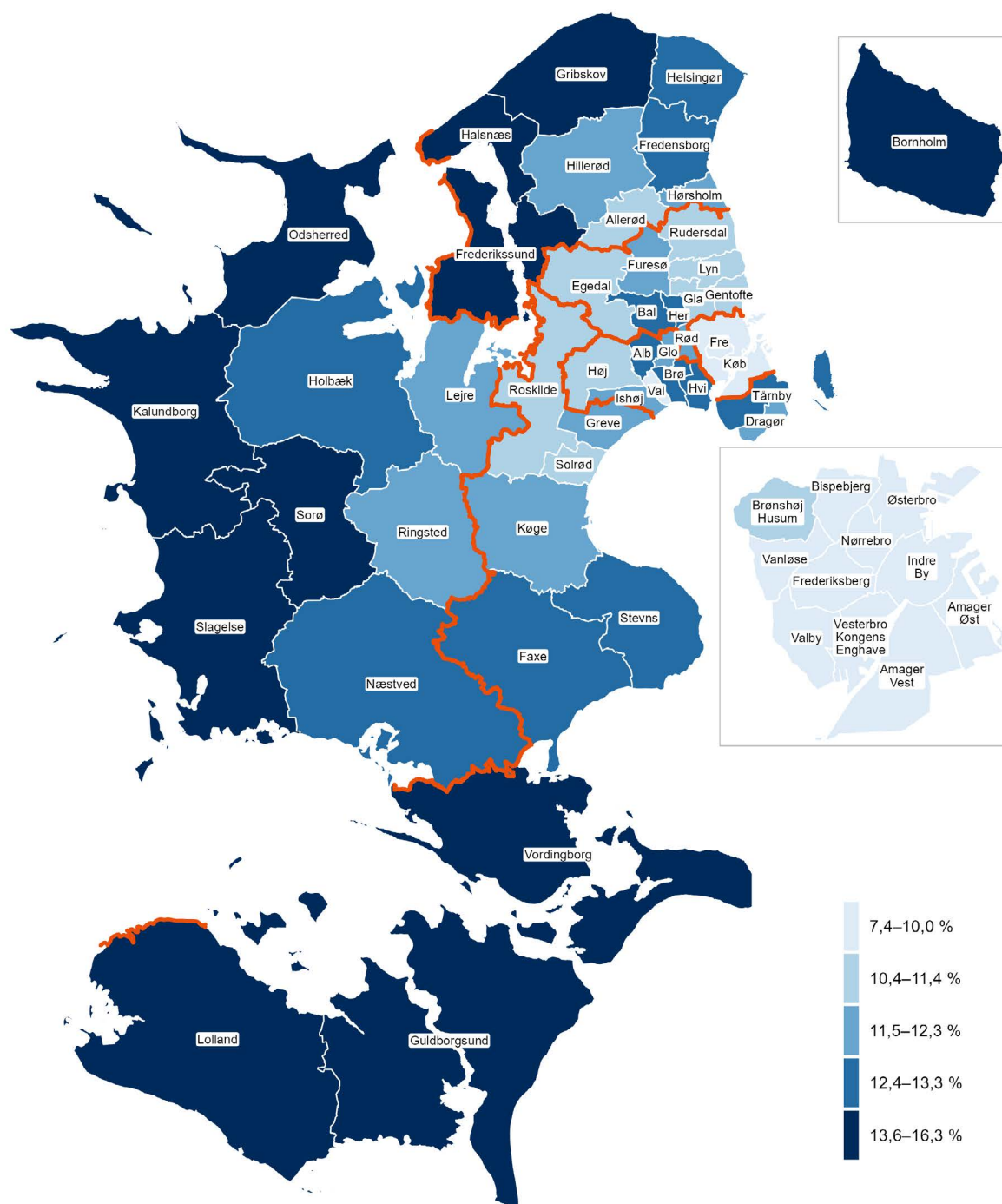
Forekomst i Region Østdanmark

Signifikant lavere end regionsforekomsten

Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

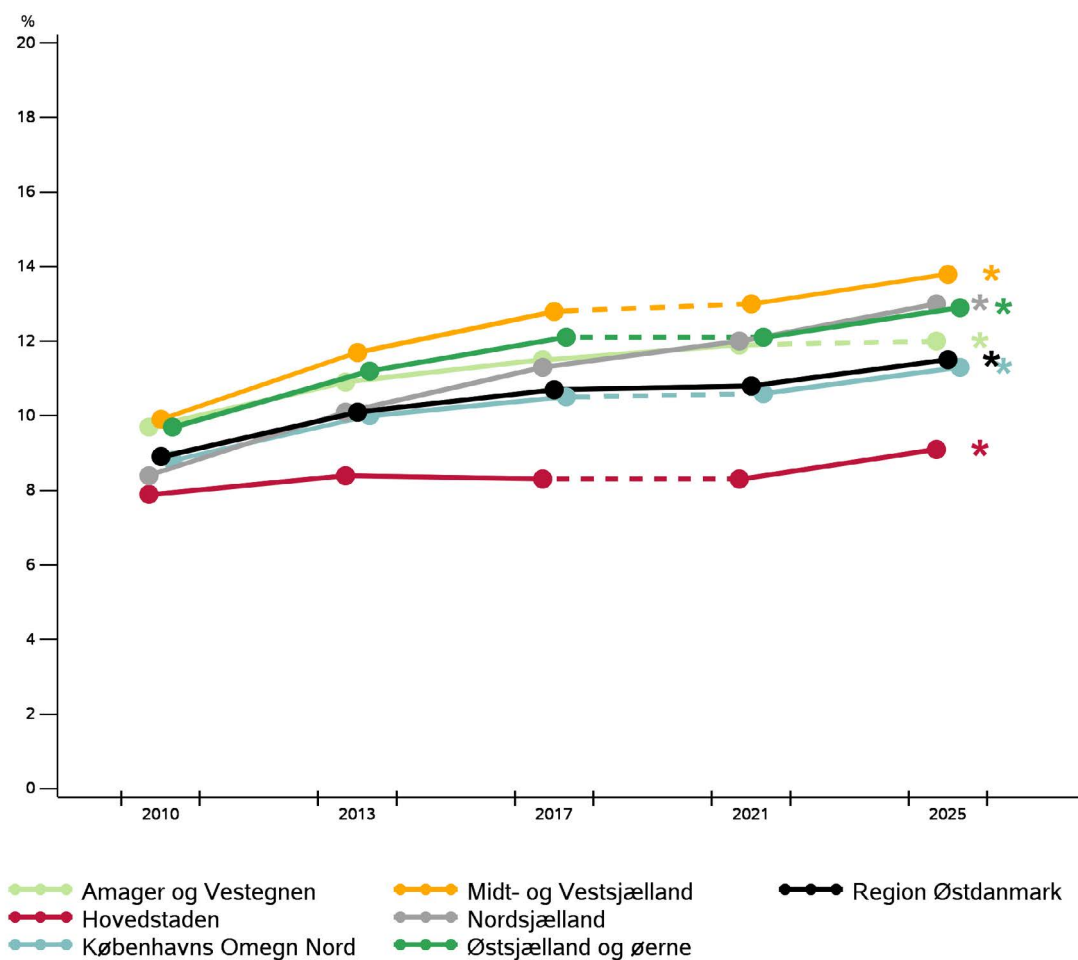
Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 18.1 Multisygdom i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 18.1 Multisygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for organisering af forløb for mennesker med multisygdom [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: https://www.sst.dk/media/3sgh2sr4/anbefalinger-for-organisering-af-forloeb-for-mennesker-med-multisygdom_170523.pdf
2. Danske Regioner. Danske Regioner [Internet]. [Henvist 25. juni 2026]. Multisygdom. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/sundhed/liged-i-sundhed/multisygdom/>
3. Frølich A, Olesen F, Kristensen I. Hvidbog om MULTISYGDOM – Dokumentation af multisygdom i det danske samfund – fra silotænkning til sammenhæng [Internet]. 2017. Tilgængelig hos: https://danskepatienter.dk/files/media/Publikationer%20-%20Eksterne/A_Danske%20Patienter%20%28eksterne%29/hvidbog_multisygdom.pdf
4. Naylor C, Parsonage M, McDaid D, Knapp M, Fossey M, Galea A. Long-term conditions and mental health – The cost of co-morbidities [Internet]. London, England: The King's Fund, Centre for Mental Health; 2012. Tilgængelig hos: https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/a7a77f9f6b/long_term_conditions_and_mental_health_february_2012.pdf
5. Frølich A, Storckmarr A. Multisygdom i Danmark: Beskrivelse af sygdomsclustre og social ulighed [Internet]. Slagelse, Region Sjælland: Videns- og forskningscenter for multisygdom og kronisk sygdom, NSR Sygehus, Region Sjælland; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.regioner.dk/media/23143/multisygdom-i-danmark-beskrivelse-af-sygdomsclustre-og-social-ulighed-27012023.pdf>
6. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf

19 Type 2-diabetes

- Knap 6 % af borgerne i Region Østdanmark har type 2-diabetes i 2025.
- Type 2-diabetes er særligt udbredt blandt de 65+ årige borgere, blandt borgere med ikke-vestlig baggrund samt blandt førtidspensionister og pensionister.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af type 2-diabetes, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er næsten seks gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af type 2-diabetes med de højeste forekomster på den københavnske vestegn og i kommunerne længst væk fra København.
- Siden 2010 er forekomsten af type 2-diabetes steget i Region Østdanmark samlet set, og samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd. Forskellene mellem sundhedsrådene er blevet større over årene.

Diabetes er en betegnelse for sygdomme, der påvirker blodsukkeret som følge af nedsat insulinproduktion og/eller nedsat effekt af insulin (1). Type 2-diabetes udgør ca. 89 % af diabetes-tilfældene og er kendetegnet ved både nedsat insulinfølsomhed og utilstrækkelig insulinproduktion (2,3). Forekomsten af type 2-diabetes blandt voksne i Danmark er 7,1 %, og den er steget over årene (4,5). Risikoen for type 2-diabetes øges ved bl.a. overvægt, fysisk inaktivitet, usund kost samt genetisk disposition (6). Konsekvenserne er alvorlige og omfatter øget risiko for bl.a. følgesygdomme som hjerte-kar-sygdomme (7). Forebyggelse er derfor væsentlig og indebærer især livsstilsændringer, tidlig opsporing og indsatser, der understøtter sunde valg i befolkningen (8).

Type 2-diabetes i Region Østdanmark

I denne rapport er borgere med type 2-diabetes identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med type 2-diabetes ud fra registeroplysninger om type 2-diabetes-diagnose i hospitalsregi og/eller behandling for type 2-diabetes med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret og Lægemiddelstatistikregistret (9). Der er anvendt samme metode til afgrænsning af type 2-diabetes som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (10).

I Region Østdanmark har 5,5 % af borgerne type 2-diabetes i 2025, hvilket svarer til 127.000 personer (Tabel 19.1).

Køn og alder

Forekomsten af type 2-diabetes er højere blandt mænd (6,3 %) end blandt kvinder (4,7 %). For alder ses det generelt, at forekomsten stiger med stigende alder. Således ses der markant forskel i forekomsten blandt de 16-24-årige (0,2 %) og de 80+ årige (14,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt de 55+ årige og lavere blandt de 16-54-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af type 2-diabetes er højere end i regionen som helhed blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (7,6 %) og lavere blandt de to øvrige grupper. Den laveste forekomst ses blandt borgere med anden vestlig baggrund (2,4 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af type 2-diabetes falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er næsten seks gange højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (11,7 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (2,1 %). Sammenlignet med regionen som helhed er der højere forekomst blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse og lavere forekomst blandt borgere med gymnasial og videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten af type 2-diabetes lavere blandt borgere under uddannelse, borgere i beskæftigelse og arbejdsløse borgere, hvoraf den laveste forekomst ses blandt borgere under uddannelse (0,3 %). Omvendt er forekomsten højere end i regionen som helhed blandt de øvrige erhvervstilknytningsgrupper, hvor de højeste forekomster ses blandt førtidspensionister (13,9 %) og pensionister (14,1 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af type 2-diabetes stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet forekomsten er over dobbelt så høj i kommunesocialgruppe 6 (8,0 %) som i kommunesocialgruppe 1 (3,4 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

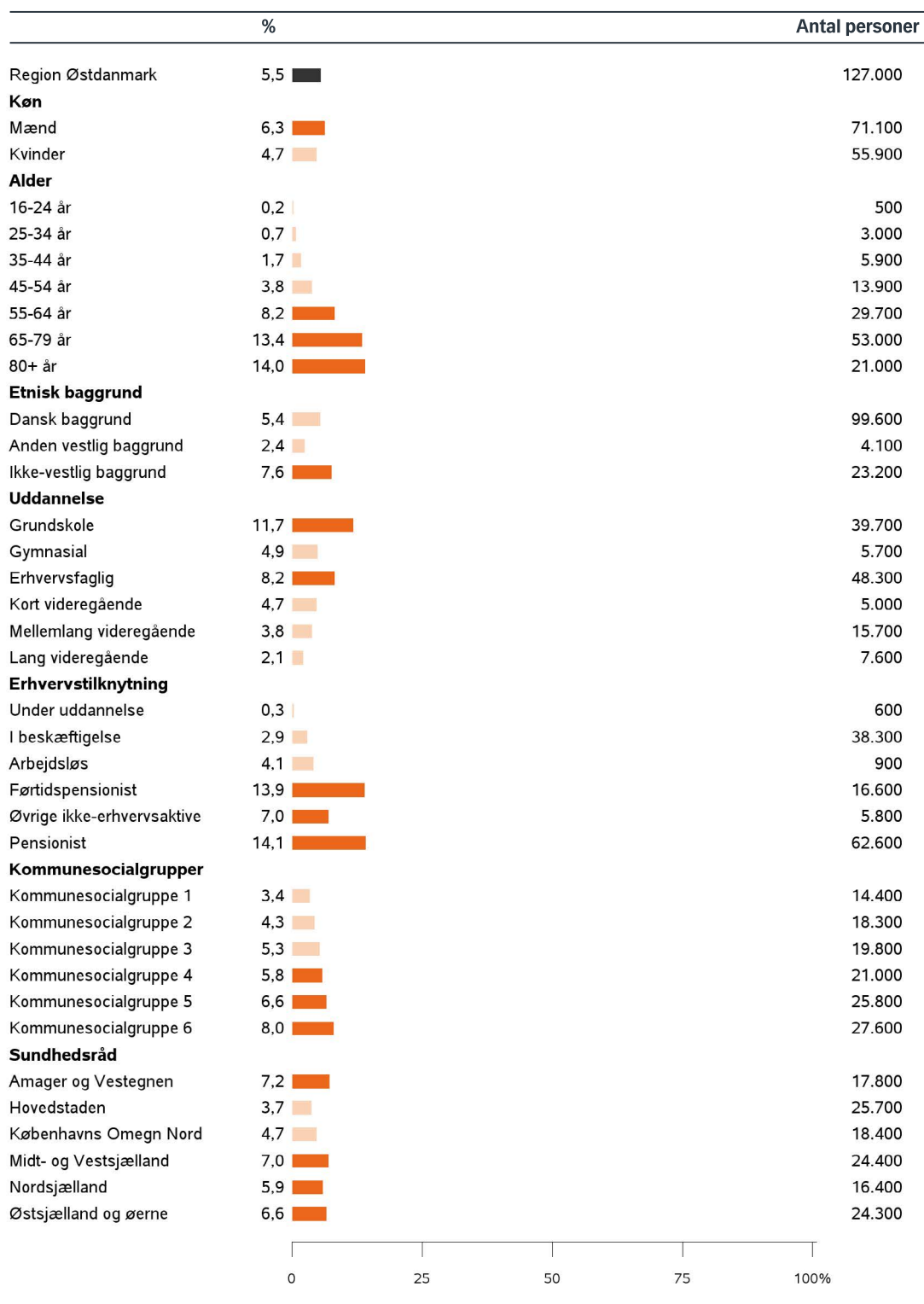
Forekomsten af type 2-diabetes varierer fra 3,7 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 7,2 % i Sundhedsråd Amager og Vestegnen. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord, mens den er højere i de øvrige sundhedsråd.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor forekomsten af type 2-diabetes varierer fra 2,2 % i bydelen Indre By til 9,3 % i Ishøj Kommune. Som det fremgår af Kort 19.1, ses der ligeledes generelt højere forekomster i kommunerne på den københavnske vestegn samt i kommunerne længst væk fra København. Omvendt ses der generelt lavere forekomster i København og i kommunerne nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er forekomsten af type 2-diabetes steget gradvist fra 3,8 % i 2010 til 5,5 % i 2025 (Figur 19.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at stigningen over tid har været mindre i de sundhedsråd, der havde den laveste forekomst i 2010, især sundhedsrådet især Sundhedsråd Hovedstaden. Forskellene mellem sundhedsrådene er derfor blevet større i 2025 end i 2010.

Tabel 19.1 Type 2-diabetes i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

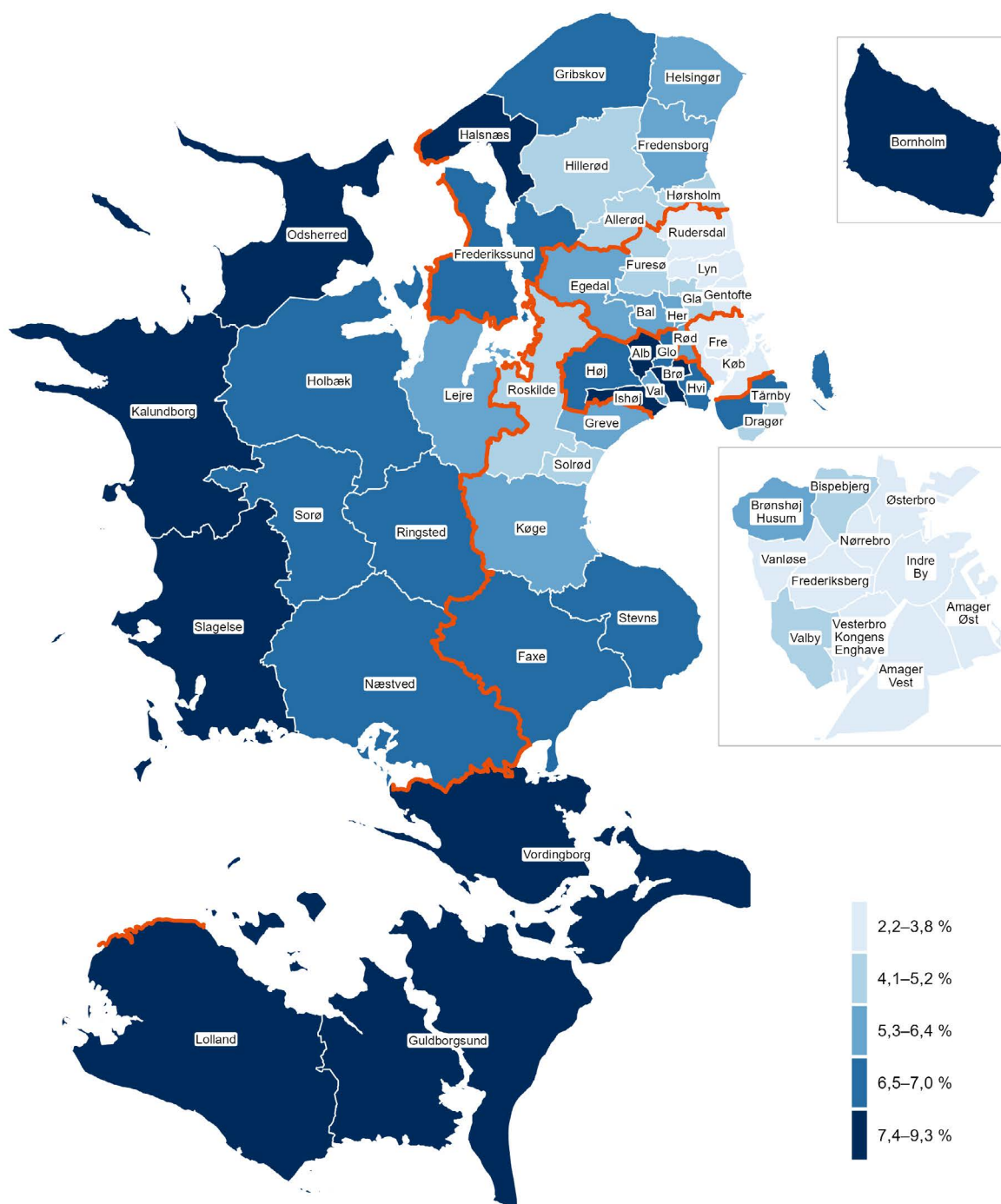


Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.
 Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

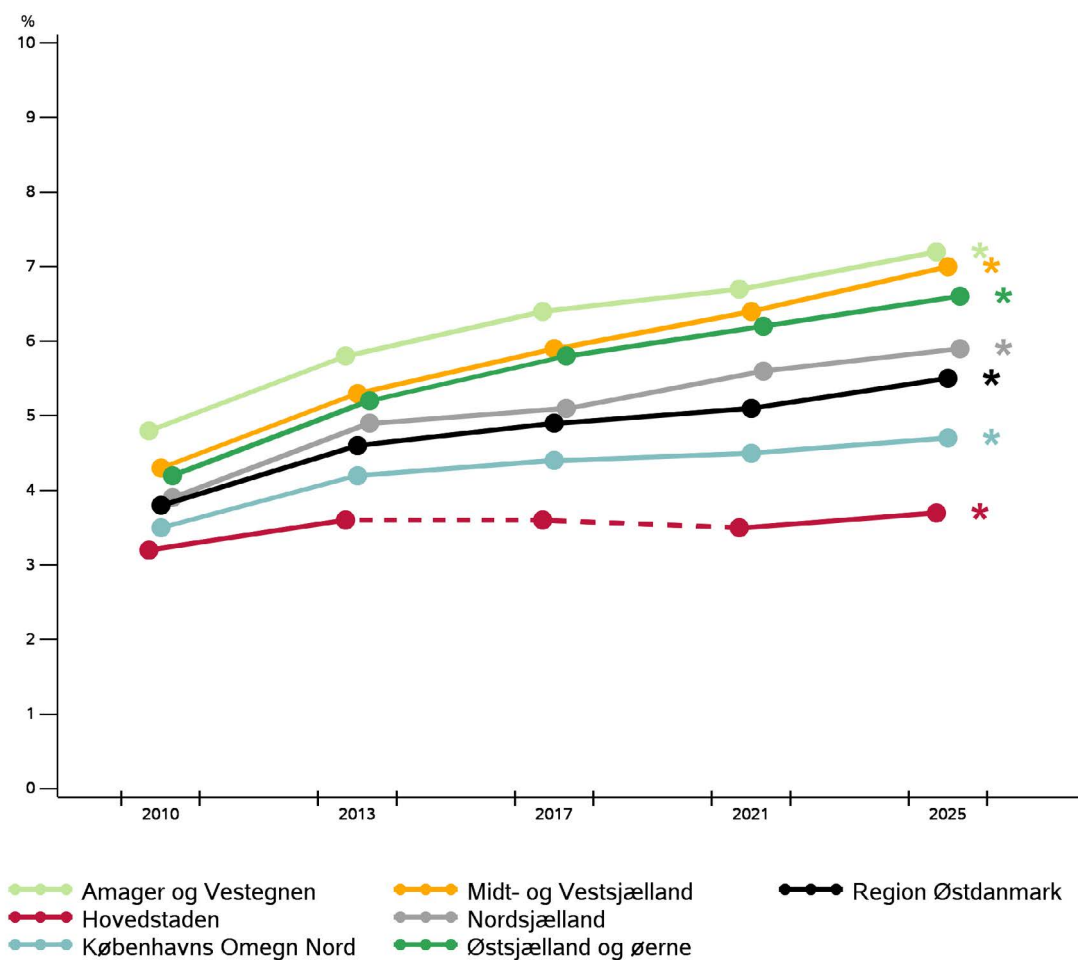
- Forekomst i Region Østdanmark
- Signifikant lavere end regionsforekomsten
- Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten
- Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 19.1 Type 2-diabetes i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 19.1 Type 2-diabetes i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukket linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care. 2014;37(Suppl. 1):81–90. doi: <https://doi.org/10.2337/dc14-S081>
2. Videncenter for Diabetes. Videncenter for Diabetes [Internet]. 2023 [Henvist 24. februar 2026]. Diabetes i tal. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/generelt-om-diabetes/diabetes-i-tal>
3. Videncenter for Diabetes. Videncenter for Diabetes [Internet]. 2022 [Henvist 24. februar 2026]. Hvad er type 2-diabetes? Tilgængelig hos: <http://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/hvad-er-type-2-diabetes>
4. Diabetesforeningen. Diabetesforeningen [Internet]. 2026 [Henvist 5. juni 2026]. Diabetes i Danmark. Tilgængelig hos: <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark/>
5. Diabetesforeningen. Diabetestål [Internet]. 2026 [Henvist 5. juni 2026]. Diabetestål. Tilgængelig hos: <https://www.diabetestal.nu/>
6. Videncenter for Diabetes. Videncenter for Diabetes [Internet]. 2023 [Henvist 5. juni 2026]. Årsager, arvelighed og type 2-diabetes. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/aarsager-og-arvelighed>
7. Videncenter for Diabetes. Videncenter for Diabetes [Internet]. 2025 [Henvist 5. juni 2026]. Følgesygdomme til type 2-diabetes. Tilgængelig hos: <https://videncenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/foelgesygdomme>
8. American Diabetes Association Professional Practice Committee, ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, Balapattabi K, Beverly EA, m.fl. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2025. Diabetes Care. 2025;48(Supplement_1):S50–8. doi: <https://doi.org/10.2337/dc25-S003>
9. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS) [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>
10. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf

20 Hjertesygdom

- Omkring 4 % af borgerne i Region Østjylland har hjertesygdom i 2025.
- Hjertesygdom er særligt udbredt blandt mænd, de 65+ årige borgere, borgere med dansk baggrund samt førtidspensionister og pensionister.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af hjertesygdom, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er mere end fire gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af hjertesygdom med de højeste forekomster i kommunerne længst væk fra København.
- Siden 2010 er forekomsten af hjertesygdom faldet i Region Østjylland samlet set, og samme udvikling ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Hjertesygdom er en samlet betegnelse for sygdomme i hjertet (1) og omfatter bl.a. iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt. Ved iskæmisk hjertesygdom er de blodårer, der forsyner hjertet med blod, forsnævret (2), mens hjertesvigt indebærer, at hjertet ikke kan pumpe tilstrækkeligt blod rundt i kroppen (3). Dødeligheden af hjertesygdom er faldet over tid som følge af forbedret behandling og forebyggelse, og flere mennesker lever i dag med hjertesygdom (4,5). Centrale risikofaktorer for hjertesygdom er forhøjet kolesterol og forhøjet blodtryk samt høj alder, rygning, alkohol, fysisk inaktivitet, usund kost og stress (6). Hjertesygdom medfører alvorlige konsekvenser for den enkelte såvel som for samfundet, i form af bl.a. øget sygelighed, flere hospitalsindlæggelser og for tidlig død samt dårligere mentale sundhed (7,8). Forebyggelse af hjertesygdom og følgevirkninger heraf omfatter især sunde levevaner, tidlig opsporing og behandling af risikofaktorerne (4).

Hjertesygdom i Region Østjylland

I denne rapport er borgere med hjertesygdom identificeret ud fra, om de har fået en diagnose for hjertesygdom i hospitalsregi eller er blevet behandlet for hjertesygdom med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret og Lægemedeldatabasen. Der er således anvendt samme metode til afgrænsning af hjertesygdom som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (9), men der er i nærværende rapport også inkluderet diagnoser fra privathospitaler.

I Region Østjylland har 3,9 % af borgerne hjertesygdom i 2025, hvilket svarer til 90.000 personer (Tabel 20.1).

Køn og alder

Forekomsten af hjertesygdom er betydeligt højere blandt mænd (4,9 %) end blandt kvinder (2,9 %). For alder ses det generelt, at forekomsten stiger med stigende alder. Der ses således markant forskel på forekomsten blandt de 16-34-årige (0,1 %) og de 80+ årige (17,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses højere forekomster blandt de 55+ årige – især blandt de 65+ årige. Omvendt ses der lavere forekomster blandt de 16-54-årige, hvor der ses begrænset variation blandt de 16-44-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af hjertesygdom er mere end dobbelt så høj blandt borgere med dansk baggrund (4,3 %) som blandt borgere med anden vestlig baggrund (1,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed er der højere forekomst blandt borgere med dansk baggrund og lavere forekomst blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af hjertesygdom falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er fire gange højere blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,6 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (1,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse og lavere blandt borgere med gymnasial og videregående uddannelse.

Erhvervstilknnytning

Forekomsten af hjertesygdom er højere end i regionen som helhed blandt førtidspensionister og pensionister. Især blandt pensionister ses en høj forekomst, idet mere end hver syvende pensionist har hjertesygdom (13,1 %). Forekomsten er lavere end i regionen som helhed blandt de øvrige erhvervstilknyningsgrupper, og den laveste forekomst ses blandt borgere under uddannelse (0,1 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at forekomsten af hjertesygdom stiger ved højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 5 (4,3 %) og 6 (5,6 %) og lavere i kommunesocialgruppe 1-4, hvor der ses begrænset variation i forekomsten (3,1-3,7 %).

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af hjertesygdom varierer fra 2,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 5,2 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne. Omvendt ses det, at forekomsten er lavere end i regionen som helhed i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor forekomsten af hjertesygdom varierer fra 1,6 % i bydelen Vesterbro/Kongens Enghave til 7,0 % i Lolland Kommune, hvor forekomsten således er mere end fire gange højere. Som det fremgår af Kort 20.1, ses det også generelt, at forekomsten er højere i kommunerne længst væk fra København, mens de laveste forekomster ses i København.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af hjertesygdom faldet fra 4,7 % i 2010 til 3,9 % i 2025 (Figur 20.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at der er sket mindre fald i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne end i de øvrige sundhedsråd.

Tabel 20.1 Hjertesygdom i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	3,9 	90.000
Køn		
Mænd	4,9 	55.400
Kvinder	2,9 	34.600
Alder		
16-24 år	0,1 	200
25-34 år	0,1 	500
35-44 år	0,4 	1.400
45-54 år	1,5 	5.500
55-64 år	4,5 	16.100
65-79 år	10,0 	39.700
80+ år	17,8 	26.600
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	4,3 	79.400
Anden vestlig baggrund	1,9 	3.300
Ikke-vestlig baggrund	2,4 	7.300
Uddannelse		
Grundskole	7,6 	25.800
Gymnasial	3,0 	3.500
Erhvervsfaglig	6,0 	35.200
Kort videregående	3,3 	3.600
Mellemlang videregående	3,1 	12.600
Lang videregående	1,9 	6.900
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	0,1 	200
I beskæftigelse	1,5 	19.600
Arbejdsløs	1,6 	300
Førtidspensionist	6,8 	8.100
Øvrige ikke-erhvervsaktive	3,0 	2.500
Pensionist	13,1 	58.300
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	3,3 	13.800
Kommunesocialgruppe 2	3,1 	13.200
Kommunesocialgruppe 3	3,6 	13.300
Kommunesocialgruppe 4	3,7 	13.400
Kommunesocialgruppe 5	4,3 	16.900
Kommunesocialgruppe 6	5,6 	19.400
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	3,9 	9.600
Hovedstaden	2,5 	17.500
Københavns Omegn Nord	3,7 	14.500
Midt- og Vestsjælland	5,2 	18.100
Nordsjælland	4,3 	11.900
Østsjælland og øerne	5,0 	18.400

0 25 50 75 100%

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

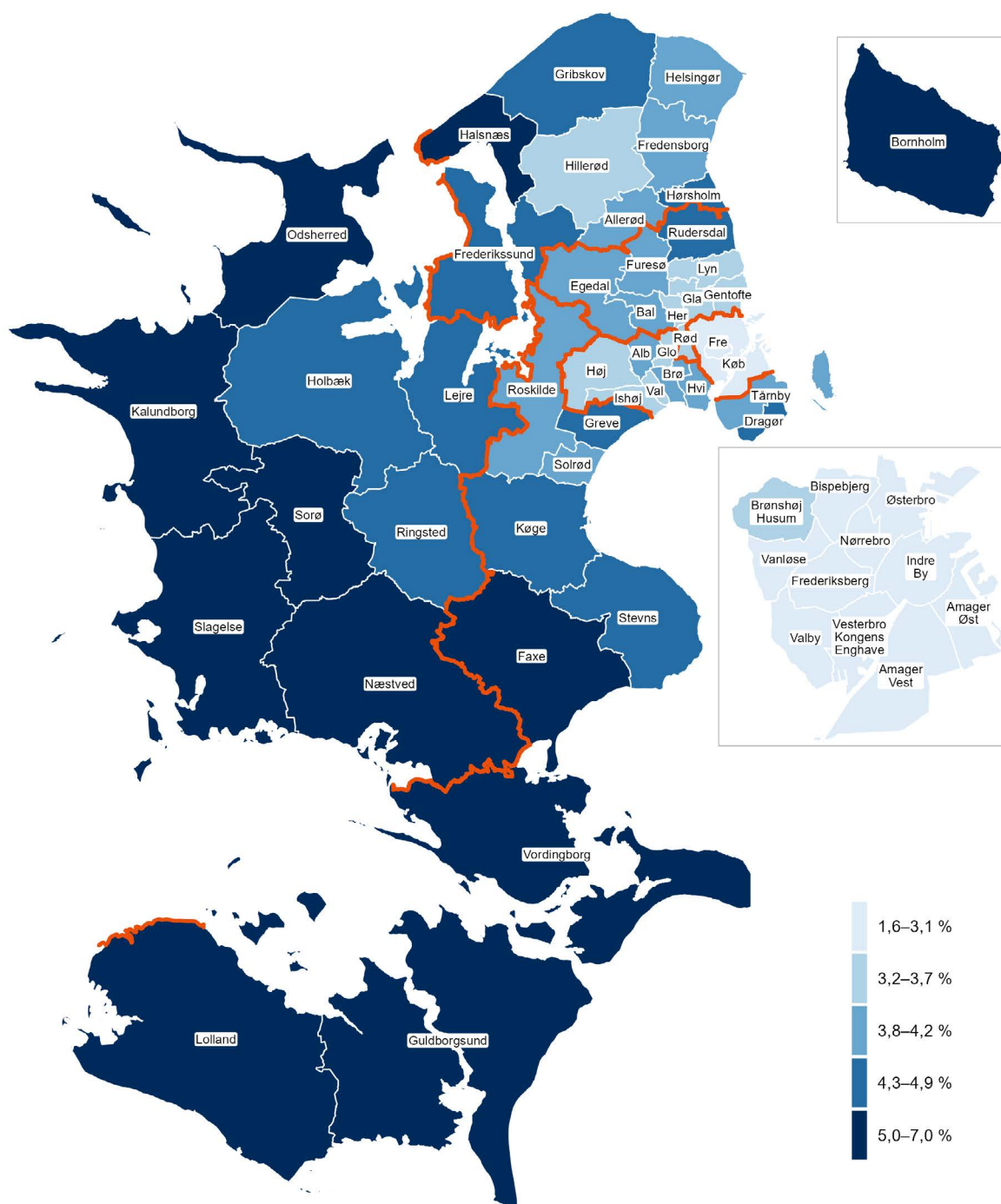
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

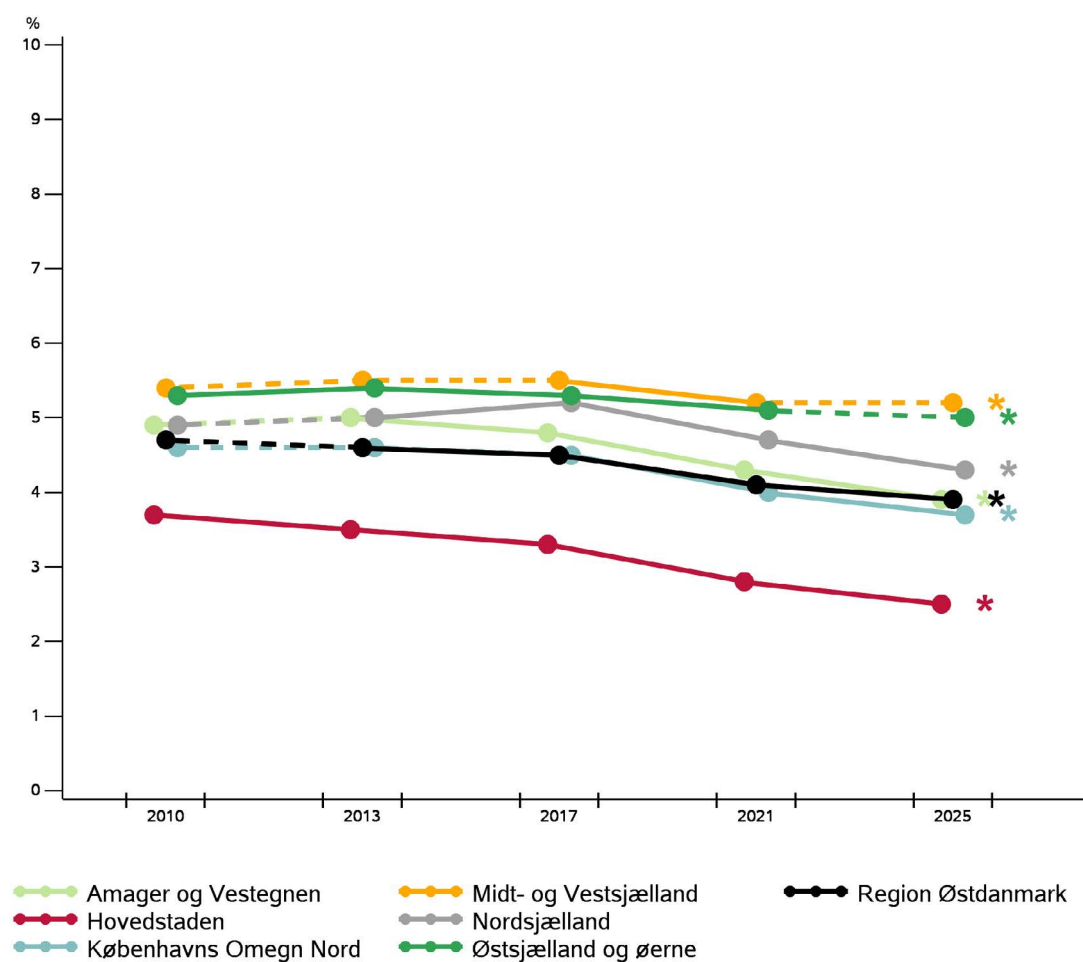
 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 20.1 Hjertesygdom i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 20.1 Hjertesygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Sundhedsstyrelsen. Opfølgning på hjerteområdet: status og udfordringer [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2023. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/mvbybf45/opfoelgning-pa-hjerteområdet-maj-2023.pdf>
2. Hjertereforeningen. Hjertereforeningen [Internet]. [Henvist 13. februar 2026]. Iskæmisk hjertesygdom. Tilgængelig hos: <https://hjertereforeningen.dk/min-hjerte-kar-sygdom/iskaemisk-hjertesygdom/>
3. Patienthåndbogen. Sundhed.dk [Internet]. 2024 [Henvist 13. februar 2026]. Hjertesvigt. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/oevrige-tilstande/hjertesvigt/>
4. Stege Bojer A, Mølager Christensen D, Lærum Sibillitz K, Hecht Olsen M, Hassan El-Chouli M, Sehested T. Dansk Cardiologisk Selskab [Internet]. 2025 [Henvist 10. juni 2026]. Forebyggelse af hjertesygdom. Tilgængelig hos: <https://nbv.cardio.dk/kapitel/forebyggelse/>
5. Hjertereforeningen. Hjertereforeningen [Internet]. [Henvist 10. juni 2026]. Nøgletal om hjertesygdom og hjertesundhed. Tilgængelig hos: <https://hjertereforeningen.dk/forskning/nogletal-om-hjertesygdom-og-hjertesundhed/>
6. Hjertereforeningen. Hjertereforeningen [Internet]. [Henvist 10. juni 2026]. Risikofaktorer. Tilgængelig hos: <https://hjertereforeningen.dk/sygdomme/risikofaktorer/>
7. Hjertereforeningen. Hjertereforeningen [Internet]. [Henvist 10. juni 2026]. Livet med hjertesygdom. Tilgængelig hos: <https://hjertereforeningen.dk/hjaelp-og-rad/livet-med-hjertesygdom/>
8. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
9. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf

21 Kronisk obstruktiv lungesygdom

- Knap 3 % af borgerne i Region Østdanmark har KOL i 2025.
- KOL er særligt udbredt blandt de 65+ årige borgere, blandt borgere med dansk baggrund samt blandt førtidspensionister og pensionister.
- Der ses en markant social ulighed i forekomsten af KOL, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er mere end otte gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af KOL med de højeste forekomster i den sydlige og vestlige del af regionen.
- Fra 2010 til 2017 er forekomsten af KOL steget i Region Østdanmark samlet set, hvorefter der er sket et mindre fald frem mod 2025. Samme udvikling ses overordnet set i regionens sundhedsråd.

Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) er en kronisk uhelbredelig lungesygdom, hvor der sker en forsnævring af luftvejene og en ødelæggelse af lungevævet (obstruktion) (1). KOL udvikler sig over mange år og viser sig ved tiltagende åndenød, hosten, slim og hyppige lungeinfektioner. Ifølge nyeste tal baseret på selvrapporterede spørgeskemaoplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil har 4,8 % af den voksne befolkning i Danmark i 2025 en kronisk lungesygdom, herunder KOL (2). Disse tal viser også, at Region Sjælland har den højeste forekomst (5,6 %) i landet, mens Region Hovedstaden har den laveste forekomst (4,1 %) (2)

Rygning er den hyppigste årsag til KOL, mens øvrige risikofaktorer for udvikling af KOL er genetiske faktorer, udsættelse for luftforurening over længere tid samt nedsat lungefunktion pga. tidligere lungesygdomme som fx svær astma (3). KOL giver øget risiko for andre alvorlige sygdomme og død samt nedsat livskvalitet og funktionsevne (1,4). Forebyggelse af KOL og følgevirkningerne af KOL er først og fremmest rygestop, og derudover består forebyggelsen også af fysisk aktivitet og at nedsætte eksponeringen for luftforurening (1).

Kronisk obstruktiv lungesygdom i Region Østdanmark

Borgere med KOL er i denne rapport identificeret ved brug af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS). RUKS identificerer borgere med KOL ud fra registeroplysninger om KOL-diagnose i hospitalsregi og/eller behandling for KOL med medicin blandt borgere på mindst 30 år. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret og Lægemiddelstatistikregistret (5). Der er således anvendt samme metode til afgrænsning af KOL som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (6).

I Region Østdanmark har 2,9 % af borgerne KOL i 2025, hvilket svarer til 67.500 personer (Tabel 21.1).

Køn og alder

Forekomsten af KOL er lidt højere blandt kvinder (3,1 %) end blandt mænd (2,7 %). For alder ses der en stigende forekomst med stigende alder. De højeste forekomster ses blandt de 65+ årige (hhv. 8,5 % og 11,0 %), og der ses en markant forskel i forekomsten sammenlignet med de øvrige aldersgrupper (<0,1-3,5 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses der en højere forekomst blandt de 55+ årige borgere og en lavere forekomst blandt de 25-54-årige borgere. Grundet definitionen af borgere med KOL, er der ingen borgere under 30 år, der har KOL.

Etnisk baggrund

Forekomsten af KOL er markant højere blandt borgere med dansk baggrund (3,4 %) end blandt de øvrige grupper (hhv. 1,2 og 1,1 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses der ligeledes en højere forekomst blandt borgere med dansk baggrund og en lavere forekomst blandt borgere med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund.

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af KOL falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er mere end otte gange så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,1 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (0,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er der således en højere forekomst blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse, mens forekomsten er lavere blandt borgere med hhv. gymnasial uddannelse og videregående uddannelse.

Erhvervstilknnytning

Forekomsten af KOL er særligt høj blandt førtidspensionister (8,1 %) og pensionister (10,0 %), og sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten også højere blandt disse to grupper. Forekomsten i de øvrige erhvervstilknyningsgrupper er omvendt lavere end i regionen som helhed (<0,1-2,6 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af KOL stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er markant ulighed, idet forekomsten er mere end dobbelt så høj i kommunesocialgruppe 6 (4,4 %) som i kommunesocialgruppe 1 (2,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af KOL varierer fra 2,0 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 3,9 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord og højere i de øvrige sundhedsråd.

Der ses også betydelig variation på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor forekomsten af KOL varierer fra 1,5 % i bydelene Indre By og Vesterbro/Kongens Enghave til 5,4 % i Lolland Kommune. Som det fremgår af Kort 21.1, er der generelt højere forekomster i kommunerne længst væk fra København og lavere forekomster i København og i kommunerne lige nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af KOL steget fra 2,4 % i 2010 til 3,2 % i 2017, hvorefter der er sket et mindre fald i forekomsten til 2,9 % i 2025 (Figur 21.1). Forekomsten i 2025 er således lavere end i 2017 og i 2021, men fortsat lidt højere end i 2010 og i 2013. Der ses generelt samme udviklingsmønster i sundhedsrådene. Det er dog værd at bemærke, at der samlet set er sket en større stigning i sundhedsrådene hhv. Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland og Østsjælland og Øerne end i de øvrige sundhedsråd. Sundhedsråd Amager og Vestegnen havde den højeste forekomst i 2010, men adskiller sig ved, at der ikke er sket en signifikant ændring i forekomsten fra 2010 til 2025.

Tabel 21.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	2,9 	67.500
Køn		
Mænd	2,7 	30.600
Kvinder	3,1 	36.900
Alder		
16-24 år	-	-
25-34 år	<0,1 	100
35-44 år	0,3 	900
45-54 år	1,1 	3.900
55-64 år	3,5 	12.600
65-79 år	8,5 	33.500
80+ år	11,0 	16.400
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	3,4 	61.900
Anden vestlig baggrund	1,2 	2.100
Ikke-vestlig baggrund	1,1 	3.500
Uddannelse		
Grundskole	7,1 	24.200
Gymnasial	1,6 	1.900
Erhvervsfaglig	4,5 	26.500
Kort videregående	1,9 	2.000
Mellemlang videregående	2,0 	8.300
Lang videregående	0,8 	2.800
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	<0,1 	<50
I beskæftigelse	0,8 	10.700
Arbejdsløs	0,9 	200
Førtidspensionist	8,1 	9.600
Øvrige ikke-erhvervsaktive	2,6 	2.100
Pensionist	10,0 	44.300
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	2,0 	8.500
Kommunesocialgruppe 2	2,3 	9.700
Kommunesocialgruppe 3	2,8 	10.400
Kommunesocialgruppe 4	3,0 	10.600
Kommunesocialgruppe 5	3,3 	13.000
Kommunesocialgruppe 6	4,4 	15.200
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	3,0 	7.600
Hovedstaden	2,0 	13.700
Københavns Omegn Nord	2,5 	9.800
Midt- og Vestsjælland	3,9 	13.500
Nordsjælland	3,4 	9.300
Østsjælland og øerne	3,7 	13.700

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

Det tomme felt (-) angiver, at forekomsten af KOL blandt 16-24-årige ikke kan opgøres, idet borgere under 30 år pr. definition ikke kan have KOL.

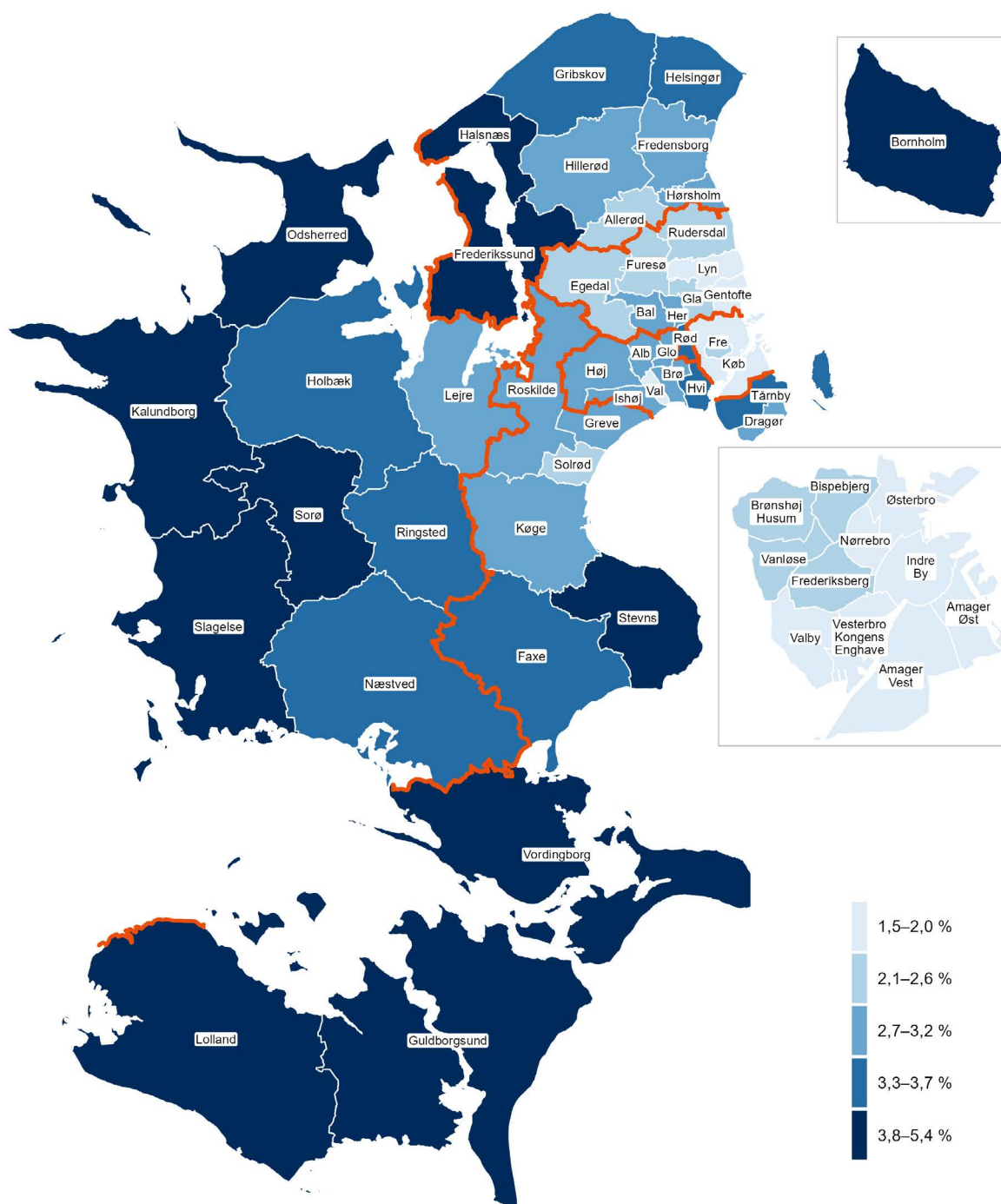
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

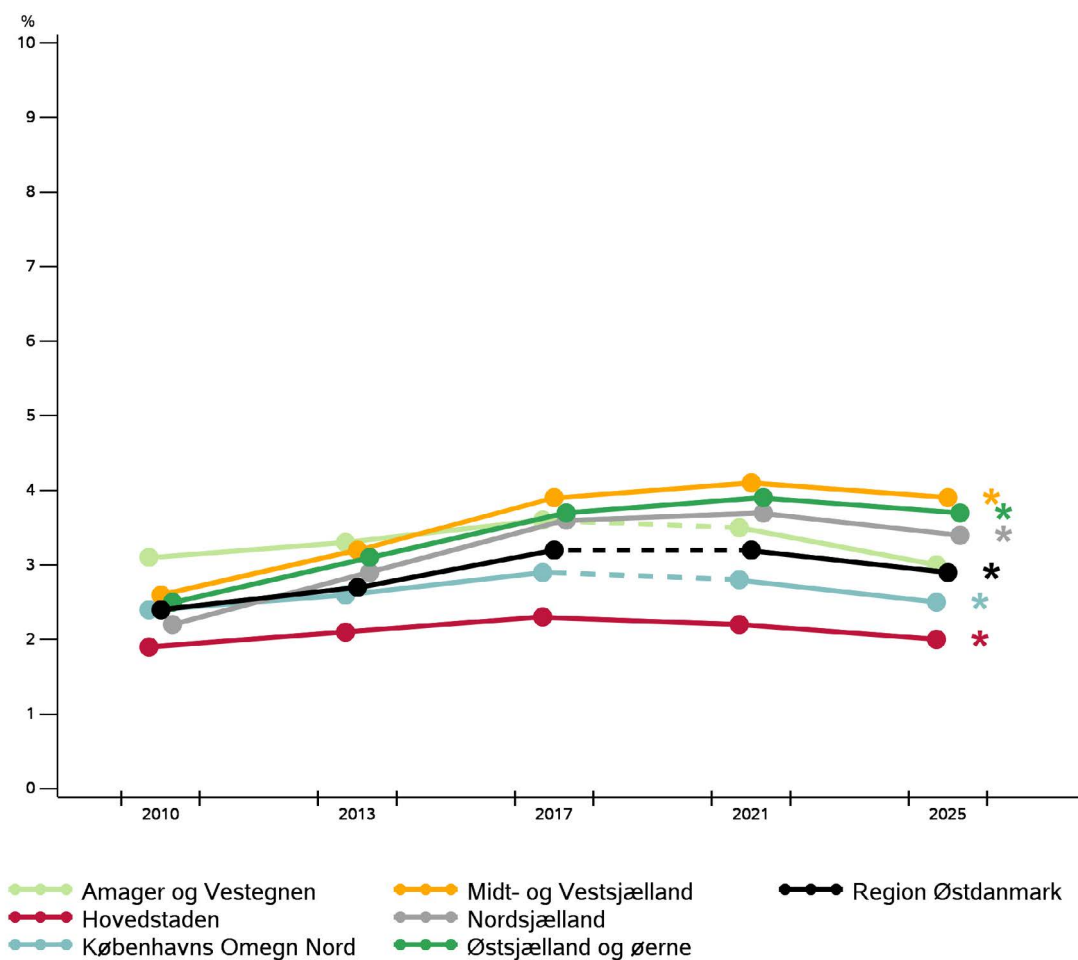
 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 21.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 21.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Lange P. Sundhed.dk [Internet]. 2023 [Henvist 15. juni 2026]. KOL – Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/lunger/sygdomme/kol/kol/>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
3. Lange P. Sundhed.dk [Internet]. 2023 [Henvist 15. juni 2026]. KOL, årsager til – Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/lunger/sygdomme/kol/kol-aarsager-til/>
4. World Health Organization. World Health Organization [Internet]. 2026 [Henvist 15. juni 2026]. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Tilgængelig hos: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))
5. Sundhedsdatastyrelsen. Notat. Algoritmer for Udvalgte Kroniske Sygdomme og Svære Psykiske Lidelser (RUKS) [Internet]. 2023. Tilgængelig hos: <https://www.esundhed.dk/Emner/Operationer-og-diagnoser/Udvalgte-kroniske-sygdomme-og-svaere-psykiske-lidelser>
6. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf

22 Kræft

- 4 % af borgerne i Region Østdanmark har kræft i 2025.
- Kræft er særligt udbredt blandt de 65+ årige borgere, blandt borgere med dansk baggrund samt blandt førtidspensionister og pensionister.
- Der ses ikke et entydigt billede ift. social ulighed i forekomsten af kræft. De højeste forekomster ses blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse og den laveste forekomst blandt borgere med lang videregående uddannelse. Anderledes ser det ud på tværs af kommunesocialgrupper, hvor forekomsten er højest i både den laveste og den højeste kommunesocialgruppe.
- Der er betydelig geografisk ulighed i forekomsten af kræft med de højeste forekomster i den sydlige og nordlige del af regionen samt på Bornholm.
- Fra 2010 til 2021 er forekomsten af kræft steget i Region Østdanmark samlet set, hvorefter der ikke er sket en signifikant ændring i forekomsten frem mod 2025. Samme udvikling ses i de fleste af regionens sundhedsråd, men over tid er forskellen mellem dem blevet større.

Kræft er en samlet betegnelse for mange forskellige sygdomme. Fælles for kræftsygdommene er, at de starter med ændringer i gener, som medfører ukontrolleret celledækning, vækst i omgivende organer og spredning til andre organer (1). Ifølge nyeste tal baseret på selvrapporterede spørgeskemaoplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil har 4,8 % af den voksne befolkning i Danmark i 2025 en kræftsygdom eller eftervirkninger heraf (2). Disse tal viser også, at Region Hovedstaden har den laveste forekomst i landet (4,2 %), mens Region Sjælland har en højere forekomst (5,2 %) (2).

De største risikofaktorer for kræft er uhensigtsmæssig sundhedsadfærd som fx rygning, alkoholforbrug, usund kost og fysisk inaktivitet (3). Derudover er UV-stråling, høj alder og genetisk disposition også væsentlige risikofaktorer (3). Kræft medfører en øget risiko for tidlig død samt store samfundsøkonomiske omkostninger (4). Derudover har kræft en række individuelle konsekvenser såsom nedsat livskvalitet, psykologisk belastning og senfølger efter sygdom og behandling, herunder fysiske gener (5). Forebyggelse af kræft samt begrænsning af sygdomsbyrden omfatter både reduktion af risikofaktorer relateret til sundhedsadfærd samt tidlig opsporing gennem deltagelse i screeningstilbud (3,6).

Kræft i Region Østdanmark

I denne rapport er borgere med kræft identificeret ud fra, om de har fået en kræftdiagnose i hospitalsregi indenfor de foregående fem år. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret. I opgørelserne skelnes der ikke mellem de forskellige typer af kræft. Der er således anvendt samme metode til afgrænsning af kræft som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (7), men der er i nærværende rapport også inkluderet diagnoser fra privathospitaler.

I Region Østdanmark har 4,0 % af borgerne kræft i 2025, hvilket svarer til 93.000 personer (Tabel 22.1).

Køn og alder

Forekomsten af kræft er lidt højere blandt kvinder (4,3 %) end blandt mænd (3,7 %). For alder ses det, at forekomsten stiger med stigende alder. De højeste forekomster ses således blandt de 65+ årige (hhv. 10,4 og 13,2 %), og der ses en markant forskel i forekomsten sammenlignet med de yngre aldersgrupper (0,1-4,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses en højere forekomst blandt de 55+ årige og en lavere forekomst blandt de 16-54-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af kræft er to til tre gange højere blandt borgere med dansk baggrund (4,6 %) som blandt borgere med hhv. anden vestlig baggrund (2,1 %) og ikke-vestlig baggrund (1,6 %). Sammenlignet med regionen som helhed ses det ligeledes, at forekomsten er højere blandt borgere med dansk baggrund og lavere blandt de to øvrige grupper.

Uddannelse

Forekomsten af kræft er betydeligt højere blandt borgere med hhv. grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse (begge 5,8 %) end blandt borgere med lang videregående uddannelse (3,1 %), men derudover ses der generelt ikke noget tydeligt mønster på tværs af uddannelsesgrupperne. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere med grundskole- og erhvervsfaglig uddannelse, samt blandt borgere med mellemlang videregående uddannelse, mens den er lavere blandt borgere med hhv. gymnasial og lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Forekomsten af kræft er højere end i regionen som helhed blandt førtidspensionister (5,9 %) og særligt blandt pensionister, hvoriblandt omkring hver ottende har kræft (11,9 %). Omvendt ses det, at forekomsten er lavere end i regionen som helhed i de øvrige erhvervstilknytningsgrupper, med den laveste forekomst blandt borgere under uddannelse (0,2 %).

Kommunesocialgrupper

Forekomsten af kræft varierer i mindre grad på tværs af kommunesocialgrupper, og der ses et atypisk mønster med de højeste forekomster i hhv. kommunesocialgruppe 1 og 6. Dvs. at forekomsten generelt er højere både i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner og i de socioøkonomisk mere velstillede kommuner. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten således højere i kommunesocialgruppe 1 (4,2 %) og 6 (4,7 %) og lavere i kommunesocialgruppe 2-4 (3,6-3,9 %).

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af kræft varierer fra 2,8 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 5,1 % i Sundhedsråd Nordsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed ses en lavere forekomst i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord, mens forekomsten i de øvrige sundhedsråd er højere end i regionen som helhed.

Der ses også betydelig variation på tværs af regionens kommuner og de københavnske bydele, hvor forekomsten af kræft varierer fra 2,0 % i bydelene Nørrebro og Vesterbro/Kongens Enghave til 6,1 % i Dragør og Hørsholm kommuner. Som det fremgår af Kort 22.1, er der generelt højere forekomster i kommunerne i den sydlige og nordlige del af regionen samt på Bornholm, mens der ses lavere forekomster i København og i kommunerne på den københavnske vestegn.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er forekomsten af kræft steget gradvist fra 3,0 % i 2010 til 4,0 % i 2021, hvorefter der ikke er sket en signifikant ændring i forekomsten fra 2021 til 2025 (Figur 22.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster i sundhedsrådene. Det skal dog bemærkes, at der ses et fald i forekomsten i Sundhedsråd Amager og Vestegnen fra 2021 til 2025, mens der fortsat ses en stigning i Sundhedsråd Nordsjælland. Derudover ses det, at forekomsten er steget mere i nogle sundhedsråd end i andre, og at der derfor er blevet større forskel i forekomsterne over tid.

Tabel 22.1 Kræft i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	4,0 	93.000
Køn		
Mænd	3,7 	41.800
Kvinder	4,3 	51.200
Alder		
16-24 år	0,1 	400
25-34 år	0,4 	1.700
35-44 år	1,0 	3.600
45-54 år	2,4 	8.600
55-64 år	4,9 	17.800
65-79 år	10,4 	41.300
80+ år	13,2 	19.800
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	4,6 	84.400
Anden vestlig baggrund	2,1 	3.600
Ikke-vestlig baggrund	1,6 	5.000
Uddannelse		
Grundskole	5,8 	19.700
Gymnasial	3,5 	4.100
Erhvervsfaglig	5,8 	33.800
Kort videregående	4,0 	4.300
Mellemlang videregående	4,3 	17.700
Lang videregående	3,1 	11.300
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	0,2 	500
I beskæftigelse	2,2 	28.500
Arbejdsløs	1,4 	300
Førtidspensionist	5,9 	7.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	3,1 	2.600
Pensionist	11,9 	52.900
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	4,2 	17.500
Kommunesocialgruppe 2	3,6 	15.200
Kommunesocialgruppe 3	3,9 	14.700
Kommunesocialgruppe 4	3,7 	13.300
Kommunesocialgruppe 5	4,0 	15.700
Kommunesocialgruppe 6	4,7 	16.500
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	3,9 	9.700
Hovedstaden	2,8 	19.700
Københavns Omegn Nord	4,3 	16.700
Midt- og Vestsjælland	4,6 	16.000
Nordsjælland	5,1 	14.000
Østsjælland og øerne	4,6 	17.000



Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

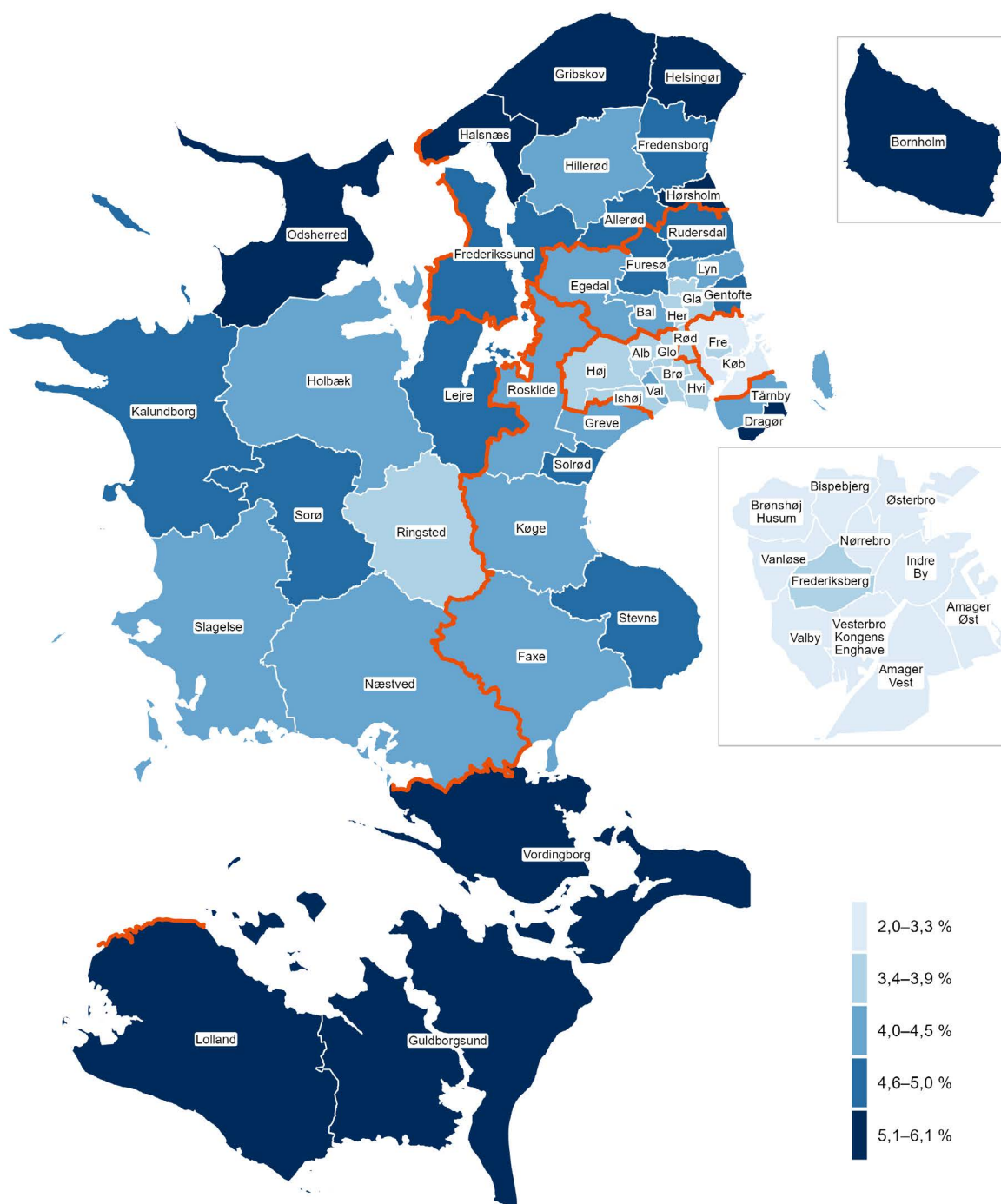
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

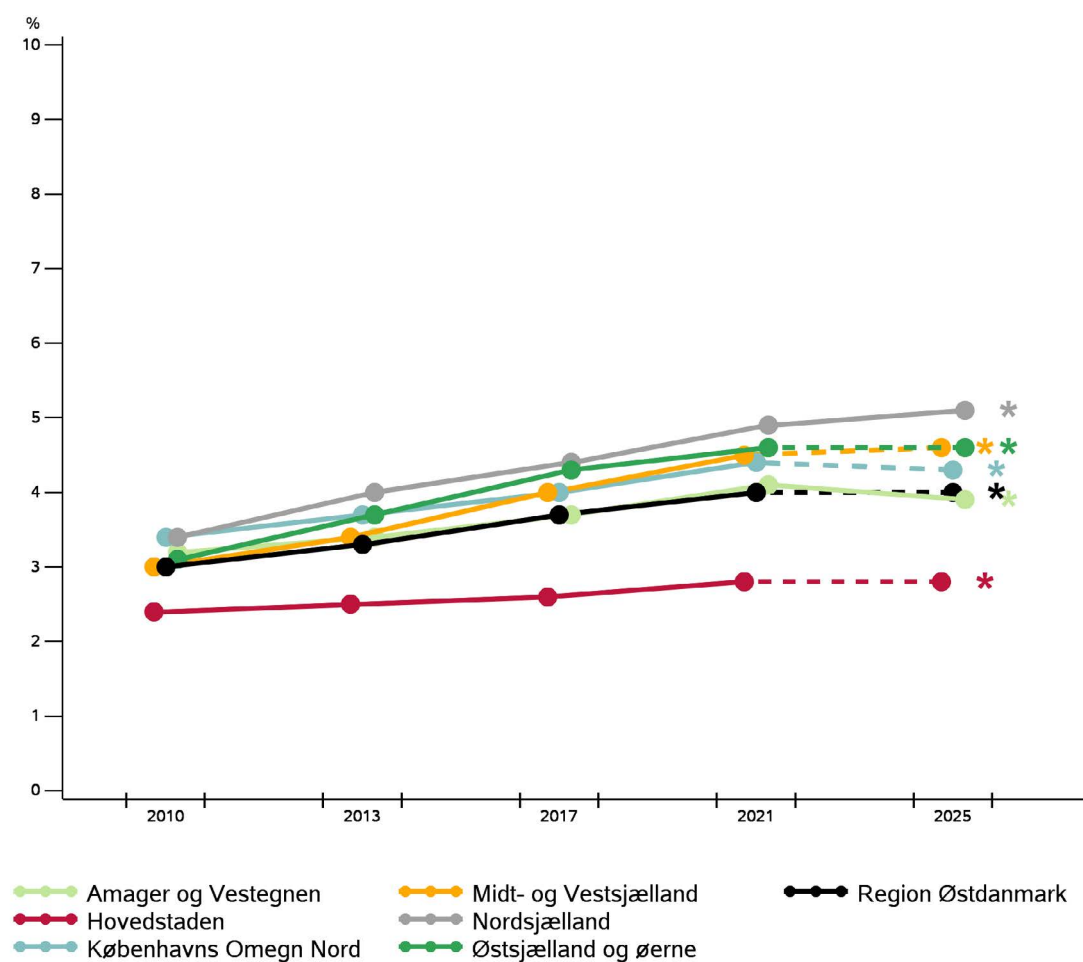
 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 22.1 Kræft i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 22.1 Kræft i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Sengeløv L. Sundhed.dk [Internet]. 2026 [Henvist 18. februar 2026].
Kræfttyper – Patienthåndbogen på Sundhed.dk. Tilgængelig hos:
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/kraeft/om-kraeft/kraefttyper/>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernesundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernesundhed.dk/>
3. World Health Organization. World Health Organization [Internet]. 2026 [Henvist 16. juni 2026]. Cancer. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
4. Kruse M, Hostenkamp G. De samfundsøkonomiske omkostninger ved kræft [Internet]. Syddansk Universitet: Center for Sundhedsøkonomisk Forskning, COHERE; 2016. s. 258. Tilgængelig hos: https://findresearcher.sdu.dk/ws/portalfiles/portal/123588496/COI_cancer.pdf
5. Stein KD, Syrjala KL, Andrykowski MA. Physical and psychological long-term and late effects of cancer. Cancer. 2008;112(S11):2577–92. doi: <https://doi.org/10.1002/cncr.23448>
6. Kræftens Bekæmpelse. Kræftens Bekæmpelse [Internet]. [Henvist 16. juni 2026]. Screening. Tilgængelig hos: <https://www.cancer.dk/forebyg-kraeft/screening/>
7. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos:
https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf

23 Rygsygdom

- Omkring hver syvende borger i Region Østdanmark har rygsygdom i 2025.
- Forekomsten stiger med alderen, og blandt de 80+ årige har mere end hver femte borger rygsygdom.
- Der er markant social ulighed i forekomsten af rygsygdom, som er langt mere udbredt blandt borgere med kort uddannelse end blandt borgere med lang videregående uddannelse. Forekomsten er desuden særligt høj blandt førtidspensionister og øvrige ikke-erhvervsaktive.
- Der ses en betydelig variation i forekomsten af rygsygdom på tværs af regionens kommuner med mange af de højeste forekomster i regionens nordlige og vestlige kommuner og de laveste i København.
- Over tid er der sket en mindre stigning i forekomsten af rygsygdom i regionen samlet set. I de fleste sundhedsråd ses ligeledes en mindre stigning siden 2010.

Rygsygdom omfatter flere forskellige diagnoser som diskusprolaps, hold i ryggen (lumbago/myoser), skæv ryg, slidgigt i ryggen og andre typer af rygsmerter (1). Ifølge de nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil har 15,1 % af befolkningen diskusprolaps eller andre rygsygdomme (i denne rapport benævnt 'Rygsygdom') i 2025, og forekomsten er steget over tid (2). Tallene, som er baseret på selvrapporterede data, viser også, at forekomsten er lavest i landet i Region Hovedstaden (13,4 %) og næsthøjest i Region Sjælland (16,5 %).

Årsagen til rygsygdomme og smerter i ryg og lænd kan være mange og er ofte ikke entydige. Risikofaktorerne inkluderer bl.a. livsstilsfaktorer som rygning og fysisk inaktivitet, langvarigt ensidigt arbejde samt skader og belastninger af ryggen. Derudover kan medfødte forandringer samt psykiske forhold som stress og anden mistrivsel også spille ind (3,4). Lænderygsmerter og rygsygdomme kan have konsekvenser som nedsat funktionsevne, arbejdsevne og livskvalitet samt store samfundsøkonomiske omkostninger (5). Forebyggelse af rygsygdomme omfatter hovedsageligt fysisk aktivitet, herunder især træning af ryg- og mavemuskler – også når smerterne er opstået (6).

Rygsygdom i Region Østdanmark

Da de fleste borgere med rygsygdom diagnosticeres og behandles i almen praksis og hos andre behandlere i den primære sektor, er det vanskeligt at anvende registerdata til at identificere borgere med rygsygdom. I denne rapport er borgere med rygsygdom derfor identificeret vha. spørgeskemaoplysninger.

I spørgeskemaet er borgerne blevet spurgt, om de har eller tidligere har haft "Diskusprolaps eller andre rygsygdomme". Andelen, der har svaret, at det har de nu, eller at de tidligere har haft det og fortsat har eftervirkninger, er opgjort i det følgende under benævnelsen 'Rygsygdom'.

I Region Østdanmark har 14,3 % af borgerne angivet, at de har rygsygdom i 2025 (Tabel 23.1). Det svarer til 333.100 personer.

Køn og alder

Forekomsten af rygsygdom er lidt højere blandt kvinder (14,9 %) end blandt mænd (13,8 %). Forekomsten stiger jævnt med alderen. Den er lavest blandt de 16-24-årige (3,5 %) og næsten seks gange så høj blandt de 80+ årige (22,0 %). Set i forhold til regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere over 45 år (16,7-22,0 %) og lavere blandt 16-44-årige borgere (3,8-12,3 %).

Etnisk baggrund

Forekomsten af rygsygdom er højere end i regionen som helhed blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (16,8 %), mens den er lidt lavere blandt borgere med dansk baggrund (14,1 %). Blandt borgere med anden vestlig baggrund ses en forekomst på 13,3 %. Forekomsten afviger dog ikke fra regionstallet, hvilket skyldes færre svar og dermed større statistisk usikkerhed i denne gruppe.

Uddannelse

Generelt ses en tendens til, at forekomsten af rygsygdom falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er således langt over dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse (23,3 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (8,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er der ud over borgere med grundskoleuddannelse desuden en højere forekomst blandt borgere med erhvervsfaglig uddannelse (18,8 %), mens forekomsten kun er lavere blandt borgere med lang videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en højere forekomst af rygsygdom blandt borgere uden for arbejdsmarkedet end blandt borgere i beskæftigelse og blandt borgere under uddannelse. Forekomsten er særligt høj blandt førtidspensionister (36,0 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive (30,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten desuden højere blandt pensionister (20,3 %), mens den er lavere blandt borgere i beskæftigelse (11,6 %) og især blandt borgere under uddannelse (4,0 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tydelig tendens til, at forekomsten af rygsygdom stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Forekomsten er således betydeligt højere i kommunesocialgruppe 6 (17,6 %) end i kommunesocialgruppe 1 (11,7 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 5 og 6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1 og 2.

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af ryg sygdom varierer fra 11,0 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 17,1 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Hovedstaden og Københavns Omegn Nord.

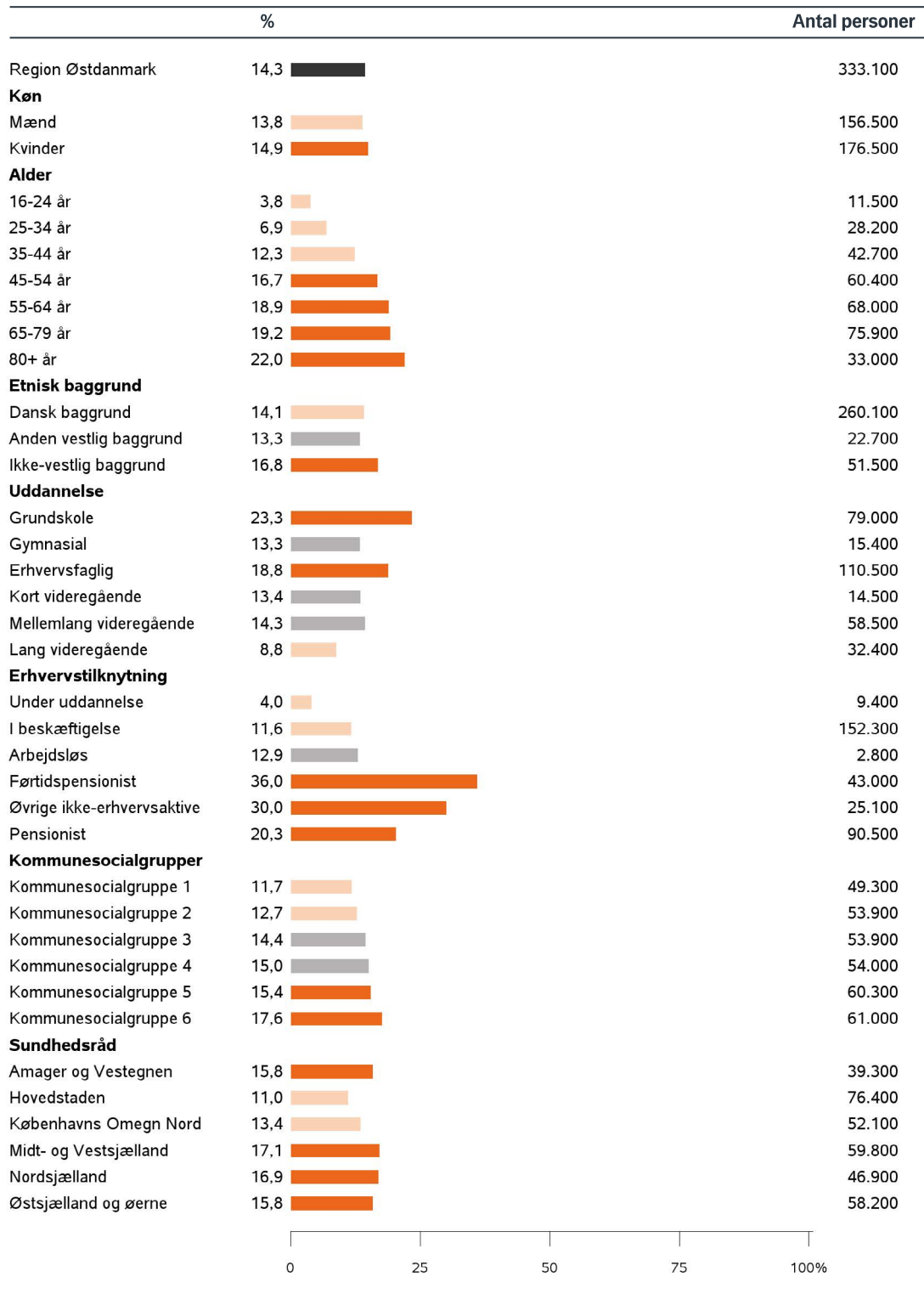
Tilsvarende ses en betydelig variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af ryg sygdom varierer fra 9,2 % i den københavnske bydel Østerbro til 20,2 % i Odsherred Kommune. Som det fremgår af Kort 23.1, findes mange af de højeste forekomster generelt i regionens nordlige og vestlige kommuner, mens de laveste forekomster findes i København.

Udvikling over tid

I Region Østdanmark er forekomsten af ryg sygdom steget fra 13,3 % i 2010 til 14,3 % i 2025 (Figur 23.1). Stigningen er sket fra 2017 til 2025.

I fire af de seks sundhedsråd ses tilsvarende en højere forekomst i 2025 end i 2010, mens forekomsten i 2025 i sundhedsrådene Hovedstaden samt Østsjælland og Øerne er på niveau med forekomsten i 2010.

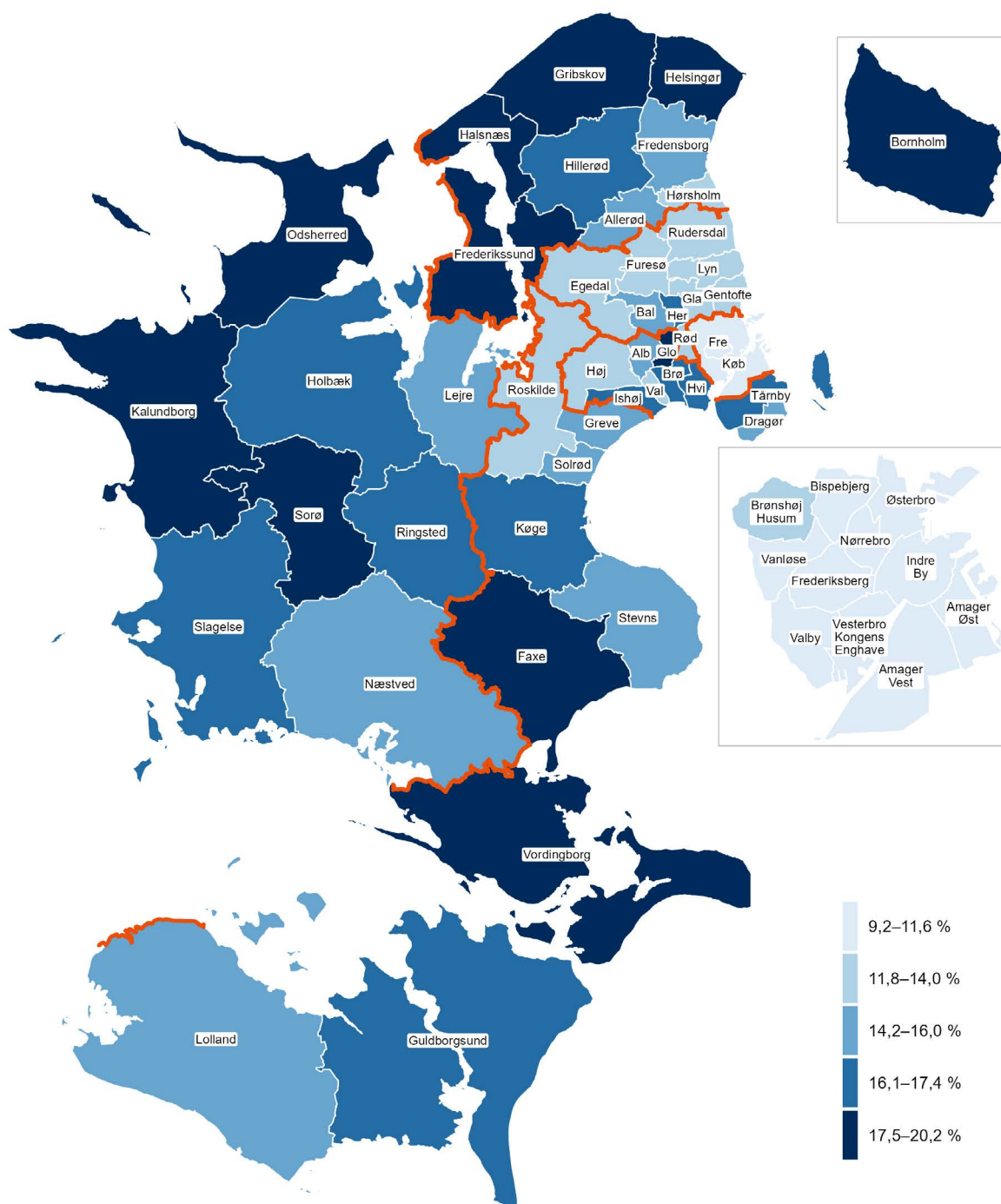
Tabel 23.1 Rygsygdom i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025



Note:

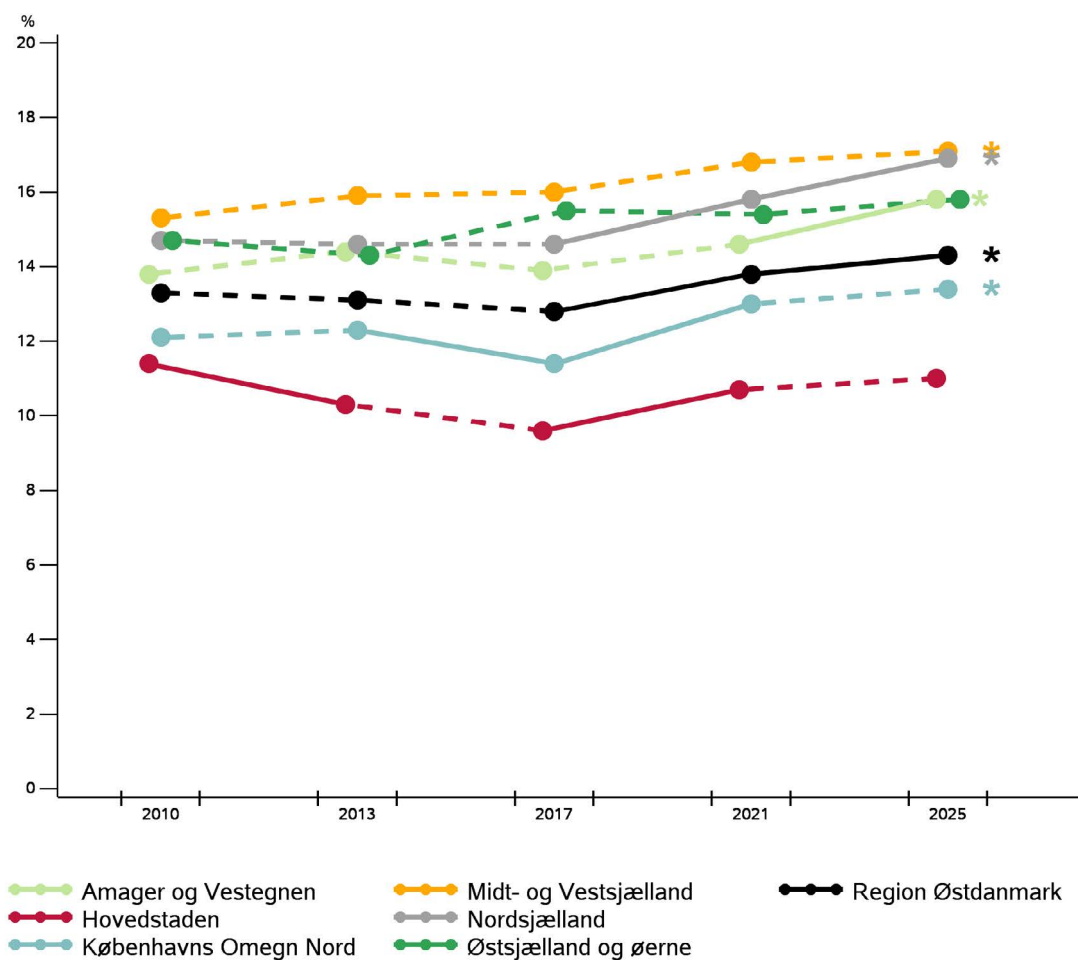
Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.
 Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

- Forekomst i Region Østdanmark
- Signifikant lavere end regionsforekomsten
- Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten
- Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 23.1 Rygsygdom på tværs af regionens kommuner i 2025

Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 23.1 Rygsygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Patienthåndbogen. Sundhed.dk [Internet]. [Henvist 6. februar 2026]. Ryg- og nakkesygdomme – Patienthåndbogen på Sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/ryg-og-nakke-sygdomme/>
2. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernesundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernesundhed.dk/>
3. Kold S. Sundhed.dk [Internet]. 2024 [Henvist 16. juni 2026]. Lændesmerter – lave rygsmerter – Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/ryg-nakke-bryst/laendesmerter-lave-rygsmerter/>
4. Poulsen FR. Sundhed.dk [Internet]. 2026 [Henvist 18. marts 2026]. Diskusprolaps i lænderyggen – Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerne-og-nerver/sygdomme/ryg-og-nakke-sygdomme/diskusprolaps-i-laenderyggen/>
5. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
6. Kold S. Sundhed.dk [Internet]. 2026 [Henvist 16. juni 2026]. Rygsmerter – bliv ved med at bevæge ryggen – Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/knogler-muskler-og-led/sygdomme/ryg-nakke-bryst/rygsmerter-bliv-ved-med-at-bevaege-ryggen/>

24 Angst

- I Region Østdanmark har 4,7 % af borgerne angst i 2025, når det opgøres på baggrund af oplysninger om hospitalsdiagnoser og medicin.
- Angst er særligt udbredt blandt kvinder og de yngre borgere.
- Der er social ulighed i forekomsten af angst, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er over dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Derudover er forekomsten også høj blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder.
- Der er ulighed på tværs af regionen i forekomsten af angst, hvor de højeste forekomster især ses i kommuner i den sydlige del af regionen.
- Forekomsten af angst i Region Østdanmark er steget gradvist fra 2010 til 2025. Det samme udviklingsmønster ses i samtlige af regionens sundhedsråd.

Angst er en naturlig og nyttig reaktion på noget, som føles farligt, mens der er tale om sygdom eller lidelse, når angsten ikke stemmer overens med den reelle fare og bliver dominerende, vedvarende og belastende i så høj grad, at det påvirker ens måde at leve på (1). Symptomerne er ud over angstfølelsen fx hjertebanken, vejrtrækningsbesvær eller rysten. Der findes forskellige former for angst, hvoraf de mest udbredte er socialfobi, panikangst, generaliseret angst og OCD (2). Forekomsten af angst afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2025 er forekomsten 14 % baseret på selvrapporterede oplysninger, mens forekomsten er 4,6 %, baseret på registeroplysninger (3). De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil, som er baseret på selvrapporterede spørgeskemaoplysninger, viser, at 13,5 % af den voksne danske befolkning angiver, at de har angst (4). Disse tal viser også, at Region Hovedstaden er den region med den højeste forekomst i landet (14,3 %) efterfulgt af Region Sjælland (13,6 %) (4).

Angstsygdomme opstår typisk i et komplekst samspil mellem arv og miljø (5). Blandt de vigtigste årsager til angst er genetik (hvis fx man har en forælder med en angstsygdom), personlighed, traumatiske oplevelser, vedvarende stressbelastning og utrygge opvækstforhold (5,6). Angstlidelser er forbundet med betydelige individuelle konsekvenser i form af nedsat funktionsevne, reduceret livskvalitet og social isolation, og ses desuden ofte sammen med andre psykiske lidelser, særligt depression (2).

Tidlig opsporing og udredning af angstsymptomer er vigtigt, da angst både kan forekomme som selvstændig lidelse og som symptom i forbindelse med andre psykiske eller fysiske sygdomme (2). Der findes dog gode behandlingsmuligheder mod angst. Behandlingsmetoderne afhænger af sværhedsgraden samt typen af angst, men psykoterapi og medicin er de to primære behandlingsformer (7).

Angst i Region Østdanmark

I denne rapport er borgere med angst identificeret ud fra, om de har fået en angstdiagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling eller er blevet behandlet for angst med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret, Landspatientregisteret-Psykiatri og Lægemediddatabasen. Der er således anvendt samme metode til afgrænsning af angst som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (3), men i nærværende rapport er der også inkluderet diagnoser fra privathospitaler.

I Region Østdanmark har 4,7 % af borgerne angst i 2025 (Tabel 24.1). Det svarer til 110.100 borgere.

Køn og alder

Der ses en højere forekomst af angst blandt kvinder (6,0 %) end blandt mænd (3,4 %). Desuden falder forekomsten med stigende alder op til 65-79 år. Forekomsten er således dobbelt så høj blandt de 16-24-årige (6,2 %) som blandt de 65-79-årige (3,1 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt de 16-54-årige, mens den er lavere blandt de 55+ årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af angst er højere blandt borgere med dansk baggrund (5,0 %) end i regionen som helhed, mens den er lavere blandt borgere med ikke-vestlig baggrund (4,4 %) og især blandt borgere med anden vestlig baggrund (3,0 %).

Uddannelse

Generelt ses det, at forekomsten af angst falder med stigende uddannelseslængde, og at der er markant ulighed. Forekomsten er over dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse (7,1 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (2,9 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten således højere blandt borgere med grundskole- og gymnasial uddannelse, mens den er lavere blandt borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelse.

Erhvervstilknytning

Der ses generelt en tendens til en højere forekomst af angst blandt borgere under uddannelse og blandt borgere uden for arbejdsmarkedet i den erhvervsaktive alder. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt borgere under uddannelse (6,0 %), arbejdsløse borgere (5,6 %) og især blandt førtidspensionister (14,2 %) og øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (20,8 %). Omvendt er forekomsten lavere end i regionen som helhed blandt borgere i beskæftigelse (3,1 %) og pensionister (3,3 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at forekomsten af angst stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet forekomsten i kommunesocialgruppe 6 (5,4 %) er højere end i kommunesocialgruppe 1 (4,0 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af angst varierer fra 4,2 % i Sundhedsråd Københavns Omegn Nord til 5,1 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Hovedstaden, Midt- og Vestsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen samt Københavns Omegn Nord.

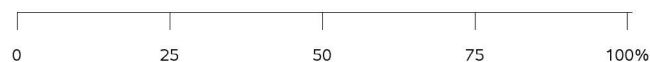
Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af angst varierer fra 3,6 % i Vallensbæk Kommune til 6,3 % i Bornholms Regionskommune. Som det fremgår af Kort 24.1, ses de højeste forekomster af angst derudover generelt i kommuner i den sydlige del af regionen. Omvendt ses der generelt lave forekomster i kommunerne nord for København.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er forekomsten af angst steget gradvist fra 2,8 % i 2010 til 4,7 % i 2025 (Figur 24.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd.

Tabel 24.1 Angst i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

	%	Antal personer
Region Østdanmark	4,7 	110.100
Køn		
Mænd	3,4 	39.100
Kvinder	6,0 	71.000
Alder		
16-24 år	6,2 	18.900
25-34 år	5,9 	23.900
35-44 år	5,2 	18.000
45-54 år	4,8 	17.400
55-64 år	4,0 	14.500
65-79 år	3,1 	12.400
80+ år	3,3 	5.000
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	5,0 	91.400
Anden vestlig baggrund	3,0 	5.100
Ikke-vestlig baggrund	4,4 	13.500
Uddannelse		
Grundskole	7,1 	24.100
Gymnasial	5,3 	6.100
Erhvervsfaglig	4,2 	24.400
Kort videregående	3,4 	3.700
Mellemlang videregående	3,9 	16.100
Lang videregående	2,9 	10.800
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	6,0 	14.200
I beskæftigelse	3,1 	40.300
Arbejdsløs	5,6 	1.200
Førtidspensionist	14,2 	17.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	20,8 	17.400
Pensionist	3,3 	14.600
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	4,0 	16.900
Kommunesocialgruppe 2	4,6 	19.800
Kommunesocialgruppe 3	4,6 	17.200
Kommunesocialgruppe 4	4,9 	17.600
Kommunesocialgruppe 5	5,0 	19.700
Kommunesocialgruppe 6	5,4 	18.700
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	4,5 	11.300
Hovedstaden	4,9 	33.800
Københavns Omegn Nord	4,2 	16.300
Midt- og Vestsjælland	5,1 	17.800
Nordsjælland	4,7 	13.000
Østsjælland og øerne	4,9 	18.000



Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.

Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

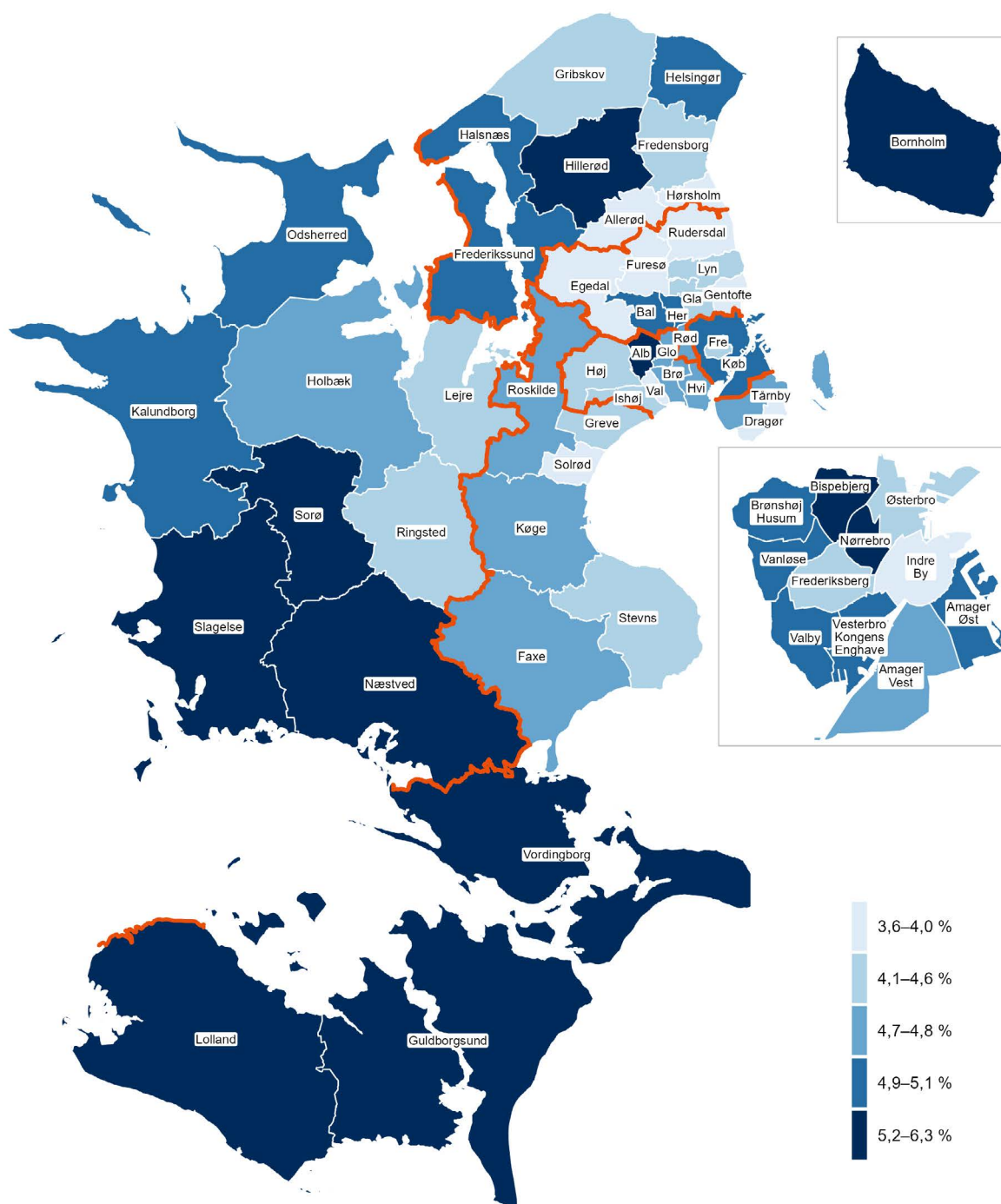
 Forekomst i Region Østdanmark

 Signifikant lavere end regionsforekomsten

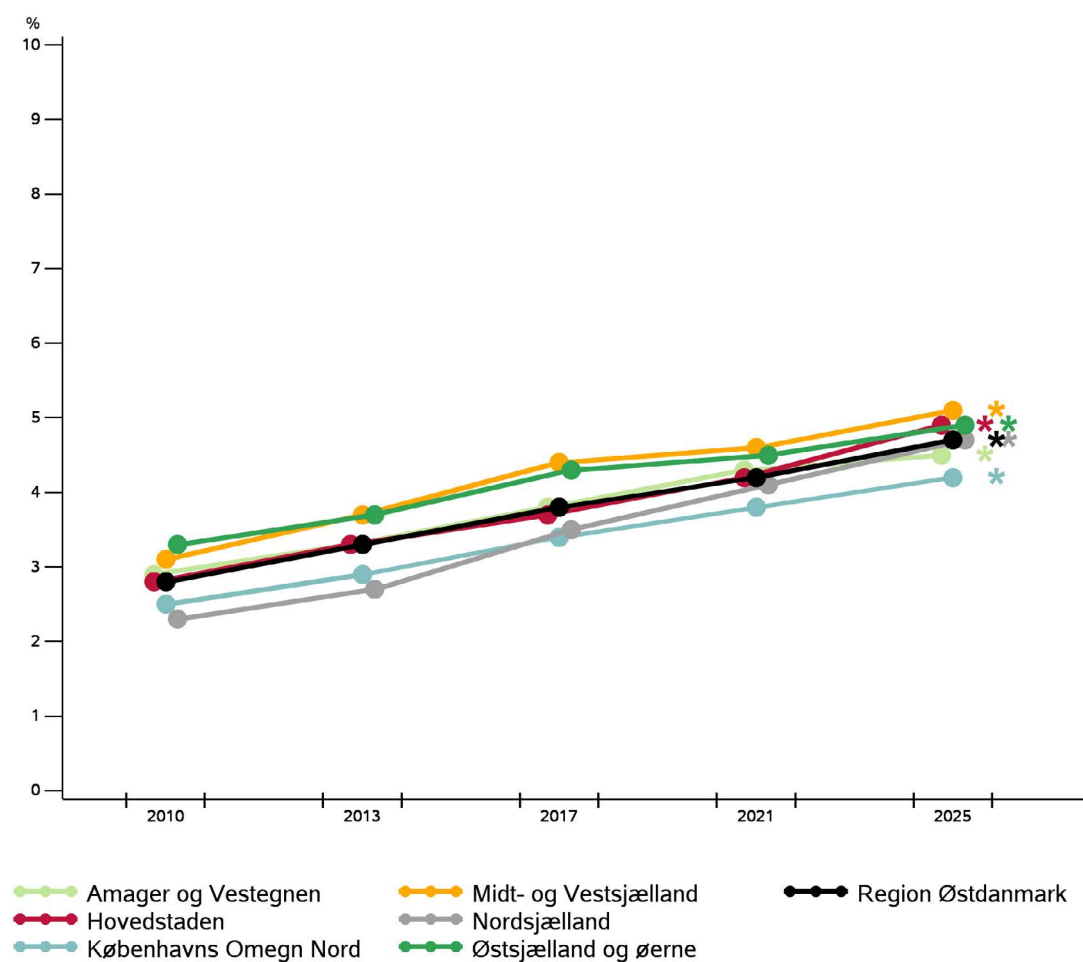
 Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten

 Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 24.1 Angst i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Figur 24.1 Angst i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder. Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Bentzen J, Nielsen LT, Jepsen KYB, Vendsborg P. Tal og fakta om psykisk sygdom i Danmark [Internet]. København: Psykiatrifonden; 2021. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Rapport_Talofakta_PsykisksygdomDK_300621.pdf
2. Psykiatrifonden. Psykiatrifonden [Internet]. [Henvist 16. februar 2026]. Angst. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/angst>
3. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf
4. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
5. Region Hovedstadens Psykiatri. Psykiatriguiden [Internet]. 2026 [Henvist 18. juni 2026]. Viden om angst. Tilgængelig hos: <https://www.psykiatri-regionh.dk/psykiatriguiden-hjaelp-til-patienter-og-paaroerende/jeg-er-patient-i-psykiatrien/alt-om-psykiske-sygdomme-og-behandlingen-af-dem/alt-om-psykiske-sygdomme/angstlidelser-hos-voksne/Sider/viden-om-angst.aspx?rhKeywords=viden+om+angst>
6. World Health Organization. World Health Organization [Internet]. [Henvist 18. juni 2026]. Anxiety disorders. Tilgængelig hos: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
7. Sundhedsstyrelsen. Behandling af angstlidelser hos voksne: national kritisk retningslinje [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2021. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/degizof/nkr-for-behandling-af-angstlidelser-hos-voksne.pdf>

25 Depression

- I Region Østdanmark har 6,9 % af borgerne depression i 2025, når det opgøres på baggrund af oplysninger om hospitalsdiagnoser og medicin.
- Depression er særligt udbredt blandt kvinder og de ældste borgere, og forekomsten stiger med stigende alder.
- Der er social ulighed i forekomsten af depression, hvilket bl.a. ses ved, at forekomsten er over dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse som blandt borgere med lang videregående uddannelse. Derudover er forekomsten også særligt høj blandt borgere, der hverken er i beskæftigelse eller under uddannelse.
- Der er ulighed på tværs af regionen i forekomsten af depression, hvor de højeste forekomster især ses i kommunerne længst væk fra København.
- Forekomsten af depression i Region Østdanmark er generelt faldet over tid, men er steget en smule fra 2021 til 2025. Der ses samme udviklingsmønster over tid i de seks sundhedsråd, men forskellene mellem sundhedsrådene er blevet mindre i 2025 end tidligere.

Depression hører under de affektive sindslidelser, som er kendetegnet ved, at hele stemningslejet ændres (1). For depression er stemningslejet præget af nedtrykthed, og symptomerne er herudover fx nedsat energi eller øget træthed, selvbefejdelser eller skyldfølelse, tanker om død og selvmord, koncentrationsbesvær, motorisk uro, søvnforstyrrelser eller appetitændring (2). Forekomsten af depression afhænger af, hvordan sygdommen afgrænses. I Region Hovedstadens Sundhedsprofil 2025 er forekomsten 14 % baseret på selvrapporterede oplysninger, mens forekomsten er 6,7 % baseret på registeroplysninger (3). De nyeste tal fra Den Nationale Sundhedsprofil, som er baseret på selvrapporterede spørgeskemaoplysninger, viser, at 14,0 % af den voksne danske befolkning angiver, at de har en depression (4). Disse tal viser også, at Region Sjælland er den region med den højeste forekomst i landet (14,6 %) efterfulgt af Region Hovedstaden (14,0 %) (4).

Depression opstår i et komplekst samspil mellem biologiske, psykologiske og sociale faktorer. De væsentligste risikofaktorer for depression omfatter genetisk disposition, tidligere depression, fysisk sygdom, belastende livsbegivenheder, manglende social støtte samt misbrug af alkohol eller medicin (5,6). Depression er forbundet med betydelige individuelle konsekvenser, fx nedsat livskvalitet og begrænset funktionsevne samt øget risiko for selvmord. Ved sværere eller længerevarende forløb kan depression desuden føre til tab af erhvervsevne og varige funktionsmæssige begrænsninger (7,8).

Milde depressioner behandles ofte med psykoterapi, mens moderate og svære depressioner primært behandles med antidepressiv medicin og i sjældne tilfælde elektrochok (9).

Depression i Region Østjylland

I denne rapport er borgere med depression identificeret ud fra, om de har fået en depressionsdiagnose i hospitalsregi på en psykiatrisk afdeling eller er blevet behandlet for depression med medicin. Oplysninger herom er fundet via Landspatientregisteret, Landspatientregisteret-Psykiatri og Lægemiddeldatabasen. Der er således anvendt samme metode til afgrænsning af depression som i Region Hovedstadens rapport om kronisk sygdom (3), men i nærværende rapport er der også inkluderet diagnoser fra privathospitaler.

I Region Østjylland har 6,9 % af borgerne depression i 2025 (Tabel 25.1). Det svarer til 160.300 borgere.

Køn og alder

Der ses en højere forekomst af depression blandt kvinder (8,6 %) end blandt mænd (5,1 %). Desuden stiger forekomsten med stigende alder. Forekomsten er knap tre gange så høj blandt de 80+ årige (10,8 %) som blandt de 16-24-årige (3,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt de 45+ årige, mens den er lavere blandt de 16-44-årige.

Etnisk baggrund

Forekomsten af depression er højere blandt borgere med dansk baggrund (7,4 %) end i regionen som helhed, mens den er lavere blandt borgere med anden vestlig baggrund (4,5 %) og ikke-vestlig baggrund (5,3 %).

Uddannelse

Generelt ses en tendens til, at forekomsten af depression falder med stigende uddannelseslængde, og at der er betydelig ulighed. Forekomsten er over dobbelt så høj blandt borgere med grundskoleuddannelse (10,3 %) som blandt borgere med lang videregående uddannelse (4,8 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten således højere blandt borgere med hhv. grundskole-, gymnasial og erhvervsfaglig uddannelse, mens den er lavere blandt borgere med videregående uddannelse.

Erhvervstilknnytning

Der ses generelt en tendens til en højere forekomst af depression blandt borgere, som ikke er i beskæftigelse eller under uddannelse. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere blandt arbejdsløse borgere (7,8 %), førtidspensionister (19,3 %) og især blandt øvrige ikke-erhvervsaktive borgere (23,3 %), men også blandt pensionister (9,4 %). Omvendt er forekomsten lavere end i regionen som helhed blandt borgere i beskæftigelse (4,5 %) og borgere under uddannelse (4,4 %).

Kommunesocialgrupper

Der ses en tendens til, at forekomsten af depression stiger med højere kommunesocialgruppe, dvs. forekomsten er generelt højere i de socioøkonomisk mere udfordrede kommuner. Der er ulighed, idet forekomsten i kommunesocialgruppe 6 (8,0 %) er højere end i kommunesocialgruppe 1 (6,2 %). Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i kommunesocialgruppe 4-6, mens den er lavere i kommunesocialgruppe 1-3.

Sundhedsråd og kommuner

Forekomsten af depression varierer fra 6,5 % i Sundhedsråd Hovedstaden til 7,6 % i Sundhedsråd Midt- og Vestsjælland. Sammenlignet med regionen som helhed er forekomsten højere i sundhedsrådene Midt- og Vestsjælland, Nordsjælland samt Østsjælland og Øerne, mens den er lavere i sundhedsrådene Amager og Vestegnen, Hovedstaden samt Københavns Omegn Nord.

Der ses også variation på tværs af regionens kommuner, hvor forekomsten af depression varierer fra 5,1 % i Vallensbæk Kommune til 8,8 % i Bornholms Regionskommune. Som det fremgår af Kort 25.1, ses de højeste forekomster af depression også generelt i kommuner længst væk fra København.

Udvikling over tid

I Region Østjylland er forekomsten af depression faldet gradvist fra 8,7 % i 2013 til 6,8 % i 2021, hvorefter der er sket en lille stigning til 6,9 % i 2025 (Figur 25.1). Der ses generelt samme udviklingsmønster over tid i hvert af de seks sundhedsråd. Det er dog værd at bemærke, at det kun er i sundhedsrådene Hovedstaden og Nordsjælland, at forekomsten er steget lidt fra 2021 til 2025, mens der i de øvrige sundhedsråd er sket begrænset ændring eller et lille fald i forekomsten. Forskellene mellem sundhedsrådene i forekomsten af depression er desuden blevet mindre i 2025 end i tidligere år.

Tabel 25.1 Depression i Region Østdanmark samlet set og på tværs af sociodemografi, kommunesocialgrupper og sundhedsråd i 2025

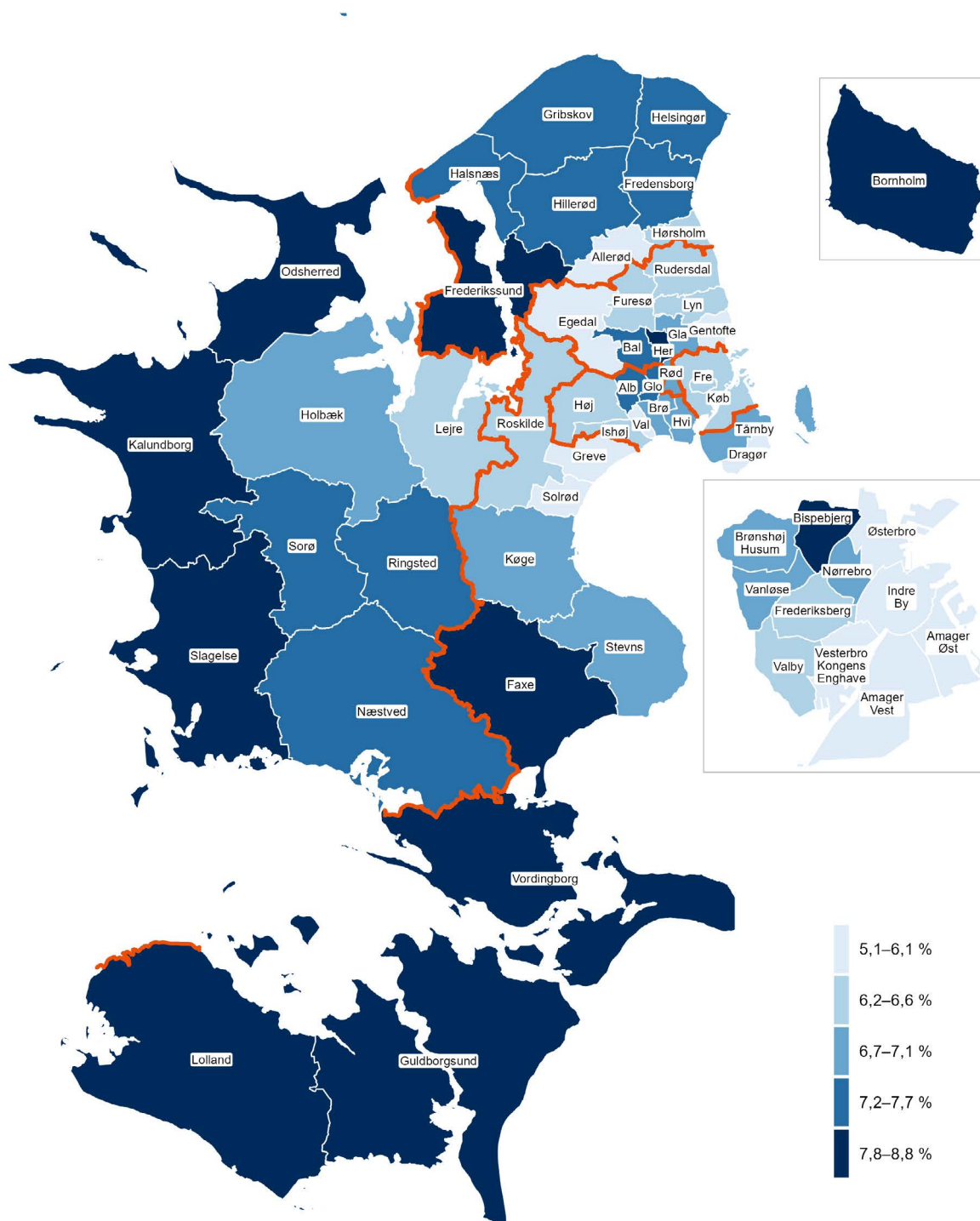
	%	Antal personer
Region Østdanmark	6,9 	160.300
Køn		
Mænd	5,1 	58.200
Kvinder	8,6 	102.000
Alder		
16-24 år	3,8 	11.600
25-34 år	6,0 	24.300
35-44 år	6,2 	21.600
45-54 år	7,3 	26.400
55-64 år	7,8 	27.900
65-79 år	8,1 	32.200
80+ år	10,8 	16.200
Etnisk baggrund		
Dansk baggrund	7,4 	136.100
Anden vestlig baggrund	4,5 	7.700
Ikke-vestlig baggrund	5,3 	16.500
Uddannelse		
Grundskole	10,3 	34.900
Gymnasial	7,6 	8.900
Erhvervsfaglig	7,8 	45.700
Kort videregående	5,9 	6.300
Mellemlang videregående	6,8 	27.700
Lang videregående	4,8 	17.700
Erhvervstilknytning		
Under uddannelse	4,4 	10.300
I beskæftigelse	4,5 	58.800
Arbejdsløs	7,8 	1.700
Førtidspensionist	19,3 	23.000
Øvrige ikke-erhvervsaktive	23,3 	19.500
Pensionist	9,4 	41.800
Kommunesocialgrupper		
Kommunesocialgruppe 1	6,2 	25.900
Kommunesocialgruppe 2	6,4 	27.400
Kommunesocialgruppe 3	6,6 	24.500
Kommunesocialgruppe 4	7,2 	25.900
Kommunesocialgruppe 5	7,3 	28.600
Kommunesocialgruppe 6	8,0 	27.800
Sundhedsråd		
Amager og Vestegnen	6,6 	16.500
Hovedstaden	6,5 	44.700
Københavns Omegn Nord	6,7 	26.000
Midt- og Vestsjælland	7,6 	26.700
Nordsjælland	7,3 	20.200
Østsjælland og øerne	7,1 	26.200

Note:

Uddannelse: Højeste fuldførte uddannelse blandt 25+ årige, som ikke er under uddannelse.
 Personer: estimeret antal personer i den pågældende gruppe i regionen

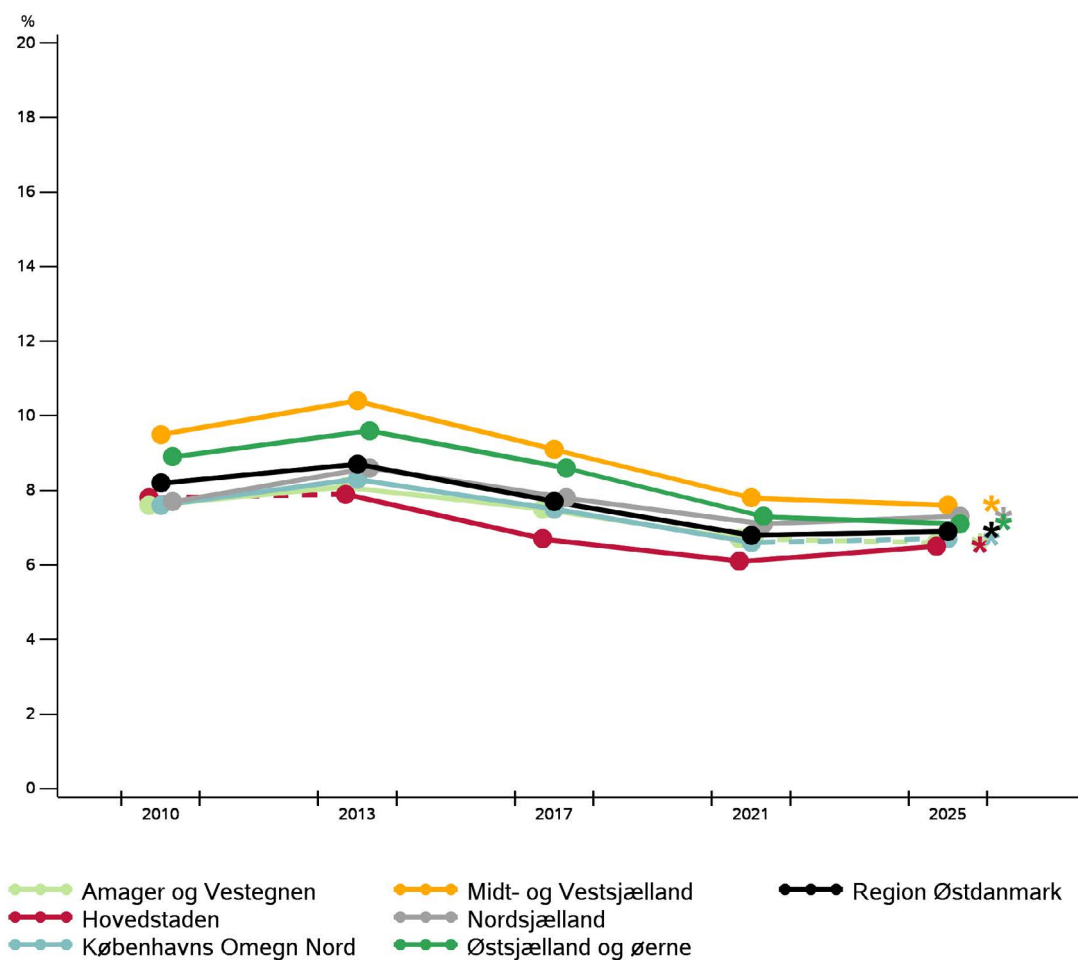
-  Forekomst i Region Østdanmark
-  Signifikant lavere end regionsforekomsten
-  Ikke signifikant forskellig fra regionsforekomsten
-  Signifikant højere end regionsforekomsten

Kort 25.1 Depression i Region Østdanmarks kommuner i 2025



Note: De orange streger angiver grænserne mellem de seks sundhedsråd

Figur 25.1 Depression i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd i 2025 samt udvikling over tid



Stiplet linje: ikke signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.

Fuldt optrukken linje: signifikant forskel mellem årene, linjen forbinder.
Punkterne for de fem år er forskudt en anelse vandret, så alle punkter og linjer er synlige, også når andelen er ens på tværs af sundhedsråd.

* Statistisk signifikant forskel på andelen i 2010 og 2025.

Referencer

1. Olsen, R. F, Mertz Poulsen, A, Vendsborg, P., Knudsen, L., Tranberg, E. Tal og Fakta om psykisk sygdom i Danmark 2023 [Internet]. København: Psykiatrifonden; 2024. Tilgængelig hos: https://psykiatrifonden.dk/files/media/document/Tal_og_fakta_om_psykisk_sygdom_i_Danmark_2023.pdf
2. Psykiatrifonden. Psykiatrifonden [Internet]. [Henvist 13. februar 2026]. Depression. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/diagnoser/depression>
3. Eliassen MH, Hendriksen IS, Holflod JF, Toxværd CG, Grønkjær MS, Elsborg PJ, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner – Kronisk sygdom [Internet]. Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026 [Henvist 2. juni 2026]. Tilgængelig hos: https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil%202025_kronisk%20sygdom.pdf
4. Sundhedsstyrelsen, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Danskernes sundhed – Tal fra den Nationale Sundhedsprofil [Internet]. [Henvist 17. august 2026]. Danskernessundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.danskernessundhed.dk/>
5. Kessing LV. Sundhed.dk [Internet]. 2026 [Henvist 19. juni 2026]. Depression, forekomst - Patienthåndbogen på sundhed.dk. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-forekomst/>
6. Psykiatrifonden. Psykiatrifonden [Internet]. 2024 [Henvist 19. juni 2026]. Risikofaktorer og årsager til psykisk sygdom. Tilgængelig hos: <https://psykiatrifonden.dk/viden/fakta-forskning/tal-fakta-om-psykisk-sygdom-danmark-2023/risikofaktorer-aarsager-til-psykisk>
7. Region Midtjylland. Sundhed - Region Midtjylland [Internet]. 2023 [Henvist 19. juni 2026]. Om depression hos voksne. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.rm.dk/sundhedstilbud/psykiatri/psykiatriske-sygdomme-hos-voksne/depression-hos-voksne/om-depression-hos-voksne/>
8. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme [Internet]. København: Sundhedsstyrelsen; 2022. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/media/jvxbxjnk/sygdomme-sygdomsbyrden-2023.pdf>
9. Depression, behandling - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. 2024 [Henvist 9. september 2026]. Tilgængelig hos: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/depression-behandling/>

26 Materiale og metode

Denne rapport bygger i høj grad på samme materiale og metode som Sundhedsprofil 2025 for hhv. Region Hovedstaden og Region Sjælland. Nedenfor beskrives de mest centrale forhold relateret til materiale og metode i denne rapport, mens en mere detaljeret beskrivelse af bl.a. datagrundlag og dataindsamling findes i de to regionale sundhedsprofilrapporter (1,2).

Spørgeskemadata

Stikprøve

Rapporten bygger på data fra spørgeskemaundersøgelserne Hvordan har du det? gennemført i 2025, 2021, 2017, 2013 og 2010 i Region Sjælland og Region Hovedstaden. Undersøgelserne blev gennemført i alle landets fem regioner efter en national aftale herom. I begge regioner blev der udtrukket tilfældige stikprøver blandt borgere på 16 år eller derover med bopæl i regionen. Der blev udtrukket omtrent samme antal borgere fra hver kommune (N = 2.000-2.450) uafhængigt af kommunens størrelse, dog med enkelte undtagelser, hvor der blev inviteret flere borgere. Dette gælder blandt andet Københavns Kommune (N = 24.500) og Frederiksberg Kommune (N = 4.500), hvor stikprøven i alle undersøgelsesår har været større. Det betyder, at sandsynligheden for at blive udtrukket varierer mellem kommunerne, hvilket der efterfølgende korrigeres for ved vægtning af data. For de nationale spørgsmål indgår desuden besvarelser fra en national stikprøve, som er blevet indsamlet af Statens Institut for Folkesundhed. For Region Sjælland indgår disse data for 2021 og 2025, mens de for Region Hovedstaden indgår for alle år.

Udsendelse

Dataindsamlingen er i alle årene blevet gennemført i forårsmånederne efter en fælles national udsendelsesprocedure. Siden 2017 er borgere, som ikke er fritaget fra Digital Post fra det offentlige, blevet inviteret med en digital invitation med efterfølgende digitale og fysiske påmindelser, mens borgere fritaget for Digital Post fra det offentlige har modtaget spørgeskemaet med fysisk post. Spørgeskemaet har kunnet besvares både elektronisk og på papir.

Svarprocent

I 2025 blev i alt 147.779 borgere i Region Sjælland og Region Hovedstaden inviteret til spørgeskemaundersøgelsen, hvoraf 61.359 borgere deltog. Dette giver en samlet svarprocent på 41,5 % for Region Østdanmark som helhed.

Svarprocenten var nogenlunde ens i de to regionale undersøgelser i 2025, og i begge undersøgelser var der betydelig variation i deltagelsen mellem forskellige befolkningsgrupper. Deltagelsen var generelt højere blandt kvinder, ældre borgere og personer med højere uddannelsesniveau, mens yngre borgere og personer med anden etnisk baggrund end dansk sjældnere deltog. Blandt andet for at tage højde for disse forskelle i deltagelsen vægtes besvarelserne forskelligt i opgørelserne (se også afsnit om 'Vægtning af besvarelserne').

I begge regionale undersøgelser var svarprocenten desuden lavere i 2025 end i de tidligere år. Den nationale metodegruppe har imidlertid vurderet, at den lavere svarprocent ikke i væsentlig grad påvirker resultaternes repræsentativitet på regions- og kommuneniveau, men den øger den statistiske usikkerhed, hvilket imidlertid har mindre betydning for opgørelser af større befolkningsgrupper som i denne rapport.

Spørgeskemaindhold og valg af indikatorer

Hvordan har du det?-spørgeskemaet dækker en række emner om trivsel, sundhed og sygdom. Spørgeskemaet er bygget op ud fra et fælles nationalt spørgeskema med fælles kernespørgsmål, der indgår i spørgeskemaerne i alle fem regioner og i den nationale stikprøve. I 2025 inkluderede spørgeskemaet 55 nationale spørgsmål. Derudover indgik en række spørgsmål, som de enkelte regioner har besluttet at tage med. En del af disse regionale spørgsmål er ens i Region Sjælland og Region Hovedstaden.

Til denne rapport er der udvalgt 26 indikatorer, som dækker trivsel, sundhed og sygdom bredt, og som kan måles ens på tværs af Region Østjylland ved hjælp af enten spørgeskemadata eller registerdata.

Registerdata

Spørgeskemadata er koblet med oplysninger fra nationale registre om blandt andet køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning, indkomst og bopæl. Disse registeroplysninger anvendes både til at opdele befolkningen i sociodemografiske grupper og geografiske områder (se nærmere i Kapitel 3), ligesom de indgår i vægtningen af data.

Der er desuden anvendt registerdata om bl.a. hospitalsdiagnoser og brug af medicin til opgørelse af nogle af de inkluderede kroniske sygdomme.

Analysemetode

Vægtning af besvarelsene

Alle analyser er vægtede for at sikre, at resultaterne er så repræsentative som muligt for befolkningen. Vægtningen korrigerer både for forskelle i udtræksandsynlighed mellem kommunerne og for forskelle i svarprocenter mellem befolkningsgrupper. Vægtene er beregnet af Danmarks Statistik på baggrund af en række registeroplysninger om køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, indkomst og erhvervstilknytning, familietype, indlæggelser, lægebesøg, bolig og socioøkonomisk gruppering.

Signifikansvurdering

Forskelle mellem grupper og regionen som helhed samt udvikling over tid vurderes ved statistiske test med et signifikansniveau på 5 %. Kun forskelle/ændringer, der vurderes statistisk signifikante, omtales som egentlige forskelle/ændringer i rapporten.

Beregning af antal personer

Estimerede antal personer er beregnet ved at kombinere de vægtede forekomster med registeroplysninger om befolkningens størrelse i de relevante grupper. De opgjorte antal er derfor estimater og ikke observerede antal deltagere.

Udvikling over tid

Resultater fra 2010, 2013, 2017, 2021 og 2025 præsenteres, hvor det er muligt, for at belyse udviklingen over tid. Da undersøgelserne bygger på uafhængige stikprøver, beskriver de udviklingen i befolkningen og ikke hos de samme personer. Ændringer i resultaterne kan være påvirket af demografiske, samfundsmæssige og metodiske forhold, herunder ændringer i befolkningssammensætning og særlige begivenheder som fx COVID-19-pandemien. Disse forhold bør tages i betragtning ved fortolkningen af udviklingen over tid.

Referencer

1. Elsborg PJ, Eliassen MH, Andreasen AH, Toxværd CG, Virenfelt GM, Holflod JF, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Hovedstaden og kommuner - Helbred, trivsel og sundhedsadfærd [Internet]. København: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2026. Tilgængelig hos:
https://www.regionh.dk/til-fagfolk/Sundhed/Sundhedsprofilen/Resultater/Documents/Sundhedsprofil%202025/Rapporter%20og%20supplerende%20materiale/Sundhedsprofil_2025_Web.pdf
2. Poulsen, HS, Christiansen, ASJ, Christensen BS, Boss S, Elmer TS, Hallund LC, m.fl. Sundhedsprofil 2025 for Region Sjælland og kommuner – »Hvordan har du det?« [Internet]. Region Sjælland, Koncern Digitalisering; 2026. Tilgængelig hos:
https://www.regionsjaelland.dk/media/icmn5un4/sundhedsprofilen25_opt-a_2udgave-juli-2026-1.pdf

Bilag

Bilag til figur 3.1

16-24-årige i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	13,1	13,8	13,8	13,1	13,0
Amager og Vestegnen	13,3	13,8	13,6	12,6	13,5
Hovedstaden	15,5	16,2	16,0	15,5	14,9
Københavns Omegn Nord	12,5	13,2	13,5	12,8	13,2
Midt- og Vestsjælland	12,1	12,6	12,8	11,9	11,7
Nordsjælland	11,3	11,9	12,2	11,3	11,3
Østsjælland og Øerne	11,7	12,5	12,6	11,5	11,6

Bilag til figur 3.2

80+ årige i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	5,0	4,9	5,0	5,5	6,4
Amager og Vestegnen	4,6	4,8	5,1	5,6	6,3
Hovedstaden	4,2	3,7	3,2	3,2	3,6
Københavns Omegn Nord	6,2	6,2	6,3	6,8	7,6
Midt- og Vestsjælland	5,1	5,2	5,5	6,2	7,4
Nordsjælland	4,9	5,2	5,8	6,9	8,7
Østsjælland og Øerne	5,1	5,2	5,6	6,5	8,0

Bilag til figur 3.3

Ikke-vestlig baggrund i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	8,2	8,8	10,3	11,2	13,2
Amager og Vestegnen	14,3	15,7	18,4	20,9	25,3
Hovedstaden	11,9	12,4	13,5	14,2	15,7
Københavns Omegn Nord	7,7	8,4	10,3	11,7	14,6
Midt- og Vestsjælland	4,3	4,6	5,9	6,3	7,5
Nordsjælland	5,5	5,9	7,0	7,5	8,7
Østsjælland og Øerne	4,3	4,6	5,8	6,4	7,9

Bilag til figur 3.4*Grundskoleuddannelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	25,8	24,3	21,8	19,8	17,6
Amager og Vestegnen	29,5	28,2	25,9	24,2	21,9
Hovedstaden	23,0	20,8	17,5	15,1	13,0
Københavns Omegn Nord	19,8	18,6	16,8	15,3	13,7
Midt- og Vestsjælland	31,8	30,4	28,3	26,1	23,6
Nordsjælland	23,3	22,2	20,4	18,8	16,9
Østsjælland og Øerne	29,9	28,4	26,3	24,0	21,7

Bilag til figur 3.5*Lang videregående uddannelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	10,9	12,4	14,9	16,9	19,1
Amager og Vestegnen	10,10	6,4	8,2	9,7	11,7
Hovedstaden	10,11	21,3	26,2	29,4	32,1
Københavns Omegn Nord	10,12	18,3	20,8	23,0	25,8
Midt- og Vestsjælland	10,13	4,5	5,3	6,0	7,2
Nordsjælland	10,14	10,5	11,7	13,1	15,0
Østsjælland og Øerne	10,15	5,8	6,8	7,9	9,3

Bilag til figur 3.6*I beskæftigelse i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	58,7	55,7	56,0	56,4	59,3
Amager og Vestegnen	59,3	56,0	56,2	56,5	59,9
Hovedstaden	58,3	56,3	58,3	59,4	63,5
Københavns Omegn Nord	60,2	57,7	57,7	58,0	60,3
Midt- og Vestsjælland	57,7	54,0	53,2	53,2	55,4
Nordsjælland	60,5	56,8	55,8	55,6	57,4
Østsjælland og Øerne	57,0	53,4	52,7	53,0	55,3

Bilag til figur 3.7

Ikke i beskæftigelse i den erhvervsaktive alder i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	12,7	14,0	13,1	13,4	12,5
Amager og Vestegnen	13,0	15,0	14,1	14,7	13,4
Hovedstaden	13,7	14,0	12,1	12,0	10,1
Københavns Omegn Nord	9,5	10,9	10,2	10,5	9,9
Midt- og Vestsjælland	14,4	16,3	16,3	16,8	16,8
Nordsjælland	11,0	12,3	12,0	12,4	12,3
Østsjælland og Øerne	13,7	15,4	15,4	15,8	15,8

Bilag til figur 4.1

Daglig rygning i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	20,4	16,1	16,8	13,9	10,6
Amager og Vestegnen	21,9	17,0	17,2	15,1	12,3
Hovedstaden	19,4	15,7	16,8	13,4	10,6
Københavns Omegn Nord	16,9	12,8	13,8	10,5	7,5
Midt- og Vestsjælland	23,5	18,9	19,1	16,8	12,7
Nordsjælland	19,8	14,7	15,8	13,0	9,4
Østsjælland og Øerne	22,3	18,0	18,2	15,5	11,8

Bilag til figur 4.2

Daglig brug af e-cigaretter/vapes i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2017–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland			1,9	2,1	3,6
Amager og Vestegnen			2,1	2,9	4,1
Hovedstaden			1,5	1,7	2,8
Københavns Omegn Nord			1,5	1,7	2,7
Midt- og Vestsjælland			2,6	2,7	4,7
Nordsjælland			1,7	2,1	3,2
Østsjælland og Øerne			2,5	2,5	4,7

Bilag til figur 4.3

Daglig brug af snus, nikotinposer eller lignende i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2021–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark				2,0	2,8
Amager og Vestegnen				1,5	3,0
Hovedstaden				2,8	4,1
Københavns Omegn Nord				1,7	2,5
Midt- og Vestsjælland				1,4	2,2
Nordsjælland				1,6	2,2
Østsjælland og Øerne				1,9	1,9

Bilag til figur 5.1

Drikker over 10 genstande om ugen i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	27,0	23,1	20,2	17,4	15,3
Amager og Vestegnen	24,2	19,8	16,7	13,8	12,4
Hovedstaden	30,3	27,3	23,3	19,0	17,6
Københavns Omegn Nord	28,7	24,0	20,9	18,4	15,2
Midt- og Vestsjælland	23,5	19,5	17,2	14,9	12,8
Nordsjælland	27,5	23,2	21,0	19,5	16,7
Østsjælland og Øerne	24,7	20,3	18,3	16,3	14,5

Bilag til figur 5.2

Rusdrikker ugentligt i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2013–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark		13,5	12,1	10,4	9,6
Amager og Vestegnen		10,4	9,8	7,8	7,4
Hovedstaden		20,9	18,1	14,5	14,1
Københavns Omegn Nord		12,2	11,4	9,9	8,1
Midt- og Vestsjælland		10,1	8,4	7,6	6,7
Nordsjælland		10,1	10,2	10,0	8,3
Østsjælland og Øerne		9,6	8,2	8,3	7,9

Bilag til figur 6.1*Lav score på kostskalaen i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	11,1	11,3	13,6	15,7	15,9
Amager og Vestegnen	13,7	13,9	16,8	19,0	19,3
Hovedstaden	8,5	9,2	10,5	12,5	12,2
Københavns Omegn Nord	9,4	9,0	11,5	13,1	12,8
Midt- og Vestsjælland	13,7	14,7	17,5	19,6	20,6
Nordsjælland	9,8	10,3	13,3	15,6	15,6
Østsjælland og Øerne	14,0	13,2	15,7	18,3	19,3

Bilag til figur 7.1*Lav fysisk aktivitet i fritiden i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	14,8	15,3	19,9	18,8	16,6
Amager og Vestegnen	18,7	19,5	23,4	23,3	20,5
Hovedstaden	12,6	13,5	16,5	16,2	13,6
Københavns Omegn Nord	13,8	14,4	18,8	17,4	15,1
Midt- og Vestsjælland	16,2	16,9	22,9	21,6	18,8
Nordsjælland	14,1	15,9	20,2	17,8	15,9
Østsjælland og Øerne	15,9	14,4	22,4	20,2	19,6

Bilag til figur 8.1*Meget generet af søvnproblemer i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	10,6	11,1	14,0	14,9	16,6
Amager og Vestegnen	11,8	12,3	15,1	16,0	18,3
Hovedstaden	10,6	10,8	13,2	14,5	16,0
Københavns Omegn Nord	9,8	9,4	12,1	13,1	15,2
Midt- og Vestsjælland	10,8	12,3	16,0	16,4	18,6
Nordsjælland	10,4	10,3	13,4	14,1	15,2
Østsjælland og Øerne	10,5	11,8	15,1	16,1	17,3

Bilag til figur 10.1

Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	14,9	14,2	16,1	16,6	17,6
Amager og Vestegnen	16,0	16,3	18,0	17,8	19,6
Hovedstaden	13,4	12,0	13,3	14,6	14,9
Københavns Omegn Nord	12,7	12,2	14,5	14,9	15,4
Midt- og Vestsjælland	16,1	16,7	19,5	19,5	20,5
Nordsjælland	15,6	14,5	16,2	17,1	18,5
Østsjælland og Øerne	17,2	16,0	18,1	18,2	20,3

Bilag til figur 11.1

Daglige arbejde begrænset af smerte i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	10,3	10,0	11,5	11,4	11,9
Amager og Vestegnen	11,3	11,9	12,9	12,6	14,2
Hovedstaden	8,4	7,8	8,4	8,7	9,1
Københavns Omegn Nord	8,3	7,9	9,9	9,8	10,1
Midt- og Vestsjælland	11,9	12,8	14,4	14,7	14,8
Nordsjælland	11,0	10,5	11,8	11,9	13,1
Østsjælland og Øerne	12,6	12,0	14,6	13,6	13,7

Bilag til figur 12.1

Høj score på stressskalaen i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	22,6	21,4	25,6	29,6	31,0
Amager og Vestegnen	24,8	22,4	27,5	31,0	33,4
Hovedstaden	23,9	21,7	26,9	32,6	33,1
Københavns Omegn Nord	19,4	18,8	22,6	26,7	27,8
Midt- og Vestsjælland	22,8	23,3	26,7	29,2	32,0
Nordsjælland	21,4	19,5	23,4	27,4	27,4
Østsjælland og Øerne	23,3	22,6	26,1	28,0	30,4

Bilag til figur 13.1*Psykisk mistrivsel i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	4,2	4,5	5,6	6,8	6,3
Amager og Vestegnen	4,8	5,0	6,0	7,5	7,3
Hovedstaden	4,5	4,5	5,8	7,3	6,5
Københavns Omegn Nord	3,7	3,9	4,9	5,8	5,3
Midt- og Vestsjælland	4,0	4,8	6,0	7,4	6,7
Nordsjælland	3,8	4,3	5,0	6,2	5,3
Østsjælland og Øerne	4,4	4,2	5,6	6,5	6,6

Bilag til figur 14.1*Ensomhed i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2017–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland			8,3	12,7	11,3
Amager og Vestegnen			8,7	13,0	12,3
Hovedstaden			9,1	14,0	12,4
Københavns Omegn Nord			7,2	11,3	9,5
Midt- og Vestsjælland			8,9	13,5	11,4
Nordsjælland			7,3	11,2	9,7
Østsjælland og Øerne			8,3	11,9	11,3

Bilag til figur 16.1*Svær overvægt i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	12,7	12,8	15,4	17,1	16,5
Amager og Vestegnen	15,2	14,7	18,0	20,1	20,6
Hovedstaden	9,6	9,0	10,6	12,0	11,5
Københavns Omegn Nord	10,8	10,9	12,7	14,3	13,5
Midt- og Vestsjælland	15,9	17,0	21,3	23,4	22,2
Nordsjælland	12,3	12,9	16,2	17,6	16,9
Østsjælland og Øerne	15,5	16,4	19,9	20,8	20,6

Bilag til figur 17.1*Langvarig sygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	32,9	34,0	35,2	34,9	37,0
Amager og Vestegnen	33,4	36,1	36,6	35,4	37,7
Hovedstaden	29,1	31,4	31,1	29,6	31,8
Københavns Omegn Nord	32,0	33,6	34,3	33,7	35,1
Midt- og Vestsjælland	35,4	36,0	37,5	39,8	42,1
Nordsjælland	35,1	36,5	38,9	37,0	40,7
Østsjælland og Øerne	35,8	33,9	37,5	39,1	40,6

Bilag til figur 18.1*To eller flere samtidige sygdomme (multisygdom) i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	8,9	10,1	10,7	10,8	11,5
Amager og Vestegnen	9,7	10,9	11,5	11,9	12,0
Hovedstaden	7,9	8,4	8,3	8,3	9,1
Københavns Omegn Nord	8,8	10,0	10,5	10,6	11,3
Midt- og Vestsjælland	9,9	11,7	12,8	13,0	13,8
Nordsjælland	8,4	10,1	11,3	12,0	13,0
Østsjælland og Øerne	9,7	11,2	12,1	12,1	12,9

Bilag til figur 19.1*Type 2-diabetes i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	3,8	4,6	4,9	5,1	5,5
Amager og Vestegnen	4,8	5,8	6,4	6,7	7,2
Hovedstaden	3,2	3,6	3,6	3,5	3,7
Københavns Omegn Nord	3,5	4,2	4,4	4,5	4,7
Midt- og Vestsjælland	4,3	5,3	5,9	6,4	7,0
Nordsjælland	3,9	4,9	5,1	5,6	5,9
Østsjælland og Øerne	4,2	5,2	5,8	6,2	6,6

Bilag til figur 20.1*Hjertesygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	4,7	4,6	4,5	4,1	3,9
Amager og Vestegnen	4,9	5,0	4,8	4,3	3,9
Hovedstaden	3,7	3,5	3,3	2,8	2,5
Københavns Omegn Nord	4,6	4,6	4,5	4,0	3,7
Midt- og Vestsjælland	5,4	5,5	5,5	5,2	5,2
Nordsjælland	4,9	5,0	5,2	4,7	4,3
Østsjælland og Øerne	5,3	5,4	5,3	5,1	5,0

Bilag til figur 21.1*Kronisk obstruktiv lungesygdom i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	2,4	2,7	3,2	3,2	2,9
Amager og Vestegnen	3,1	3,3	3,6	3,5	3,0
Hovedstaden	1,9	2,1	2,3	2,2	2,0
Københavns Omegn Nord	2,4	2,6	2,9	2,8	2,5
Midt- og Vestsjælland	2,6	3,2	3,9	4,1	3,9
Nordsjælland	2,2	2,9	3,6	3,7	3,4
Østsjælland og Øerne	2,5	3,1	3,7	3,9	3,7

Bilag til figur 22.1*Kræft i Region Østdanmark samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østdanmark	3,0	3,3	3,7	4,0	4,0
Amager og Vestegnen	3,2	3,4	3,7	4,1	3,9
Hovedstaden	2,4	2,5	2,6	2,8	2,8
Københavns Omegn Nord	3,4	3,7	4,0	4,4	4,3
Midt- og Vestsjælland	3,0	3,4	4,0	4,5	4,6
Nordsjælland	3,4	4,0	4,4	4,9	5,1
Østsjælland og Øerne	3,1	3,7	4,3	4,6	4,6

Bilag til figur 23.1*Rygsygdom i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	13,3	13,1	12,8	13,8	14,3
Amager og Vestegnen	13,8	14,4	13,9	14,6	15,8
Hovedstaden	11,4	10,3	9,6	10,7	11,0
Københavns Omegn Nord	12,1	12,3	11,4	13,0	13,4
Midt- og Vestsjælland	15,3	15,9	16,0	16,8	17,1
Nordsjælland	14,7	14,6	14,6	15,8	16,9
Østsjælland og Øerne	14,7	14,3	15,5	15,4	15,8

Bilag til figur 24.1*Angst i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	2,8	3,3	3,8	4,2	4,7
Amager og Vestegnen	2,9	3,3	3,8	4,3	4,5
Hovedstaden	2,8	3,3	3,7	4,2	4,9
Københavns Omegn Nord	2,5	2,9	3,4	3,8	4,2
Midt- og Vestsjælland	3,1	3,7	4,4	4,6	5,1
Nordsjælland	2,3	2,7	3,5	4,1	4,7
Østsjælland og Øerne	3,3	3,7	4,3	4,5	4,9

Bilag til figur 25.1*Depression i Region Østjylland samlet set og i de seks sundhedsråd, 2010–2025 (%)*

	2010	2013	2017	2021	2025
Region Østjylland	8,2	8,7	7,7	6,8	6,9
Amager og Vestegnen	7,6	8,1	7,5	6,7	6,6
Hovedstaden	7,8	7,9	6,7	6,1	6,5
Københavns Omegn Nord	7,6	8,3	7,5	6,6	6,7
Midt- og Vestsjælland	9,5	10,4	9,1	7,8	7,6
Nordsjælland	7,7	8,6	7,8	7,1	7,3
Østsjælland og Øerne	8,9	9,6	8,6	7,3	7,1

Hvordan har det?

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse

Bispebjerg og Frederiksberg Hospital,
Region Hovedstaden
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

www.ckff.dk

sundhedsprofil@regionh.dk

Data og analyse

Koncern Digitalisering, Region Sjælland
Ærtetildevvej 1
4100 Ringsted

www.regionsjaelland.dk/fagfolk/sundhedsprofilen
sundhedsprofilen@regionsjaelland.dk