Risikofaktorer fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040

Anne Vinggaard Christensen
Cecilie Bladt
Michael Davidsen
Janne S. Tolstrup

Syddansk Universitet
Statens Institut for Folkesundhed

Risikofaktorer fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040

Anne Vinggaard Christensen
Cecilie Bladt
Michael Davidsen
Janne S. Tolstrup

Internt review: Ola Ekholm

Copyright © 2025
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

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

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-693-0

Statens Institut for Folkesundhed
Studiestræde 6
1455 København K
www.sdu.dk/sif

Rapporten kan downloades fra www.sdu.dk/sif

Forord

Hermed foreligger rapporten *Risikofaktorer fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040*. Formålet med rapporten er at fremskrive andelene med udvalgte risikofaktorer for årene 2025, 2030, 2035 og 2040. Datagrundlaget for fremskrivningerne er selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil for årene 2010, 2013, 2017 og 2021 samt befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik.

Der præsenteres fremskrivninger for følgende seks udvalgte risikofaktorer: daglig rygning, stillesiddende fritidsaktivitet, alkoholforbrug, lav score på den mentale helbredsskala, usundt kostmønster og svær overvægt. Fremskrivningerne præsenteres samlet samt opdelt på køn og aldersgrupper. De inkluderede risikofaktorer er udvalgt på baggrund af deres betydning for folkesundheden, potentialet for forebyggelse samt vurdering af datakvalitet.

Antagelsen bag fremskrivningerne er, at den udvikling i risikofaktorerne, vi har set hidtil, vil fortsætte frem til 2040. Hvis den udvikling, vi har set indtil 2021, ikke fortsætter, fx på grund af initiativer rettet mod enkelte risikofaktorer eller udefrakommende omstændigheder, vil fremskrivningerne enten være under- eller overestimerede.

Resultaterne af fremskrivningerne indikerer, at andelen af danskere, der ryger dagligt, og andelen, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, forventes at falde i de kommende år. Samtidig forventes andelen med svær overvægt, usundt kostmønster, stillesiddende fritidsaktivitet og lav score på den mentale helbredsskala at stige i de kommende år. Den Nationale Sundhedsprofil gennemføres igen her i 2025, og resultaterne herfra vil give et fingerpeg om, hvorvidt den forventede udvikling ser ud til at holde stik.

Fremskrivningerne giver en indikation af hvilke risikofaktorer der forventes at påvirke flest danskere og dermed også en retning for forebyggelsesarbejdet i de kommende år. Det er dog væsentligt at fremhæve, at samtidig med, at andelen af danskere, der ryger dagligt falder, stiger andelen, der bruger andre nikotinprodukter, særligt blandt unge. Desuden ved vi, at sygdomsbyrden er forskellig ved forskellige risikofaktorer, og at risikofaktorerne er ulige fordelt både demografisk og geografisk og ofte ophober sig. Resultaterne fra fremskrivningerne af risikofaktorerne i denne rapport skal derfor læses og fortolkes i sammenhæng med det, vi ellers ved om risikofaktorerne.

Rapporten er finansieret af Indenrigs- og Sundhedsministeriet og udarbejdet af en forskergruppe på Statens Institut for Folkesundhed, SDU, bestående af forsker Anne Vinggaard Christensen, videnskabelig assistent Cecilie Bladt, seniorforsker Michael Davidsen og professor Janne S. Tolstrup.

Morten Hulvej Rod, direktør
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

Indhold

1. Sammenfatning 7
1.1 Perspektivering 9
1.2 Metode til fremskrivning 9
1.3 Daglig rygning 10
1.4 Stillesiddende fritidsaktivitet 10
1.5 Alkohol 10
1.6 Lav score på den mentale helbredsskala 11
1.7 Usundt kostmønster 11
1.8 Svær overvægt 11

2. Perspektivering 14

3. Baggrund og formål 17
3.1 Udvalgte risikofaktorer 18

4. Metode 20
4.1 Definition af risikofaktorer 20
4.2 Metode til fremskrivning af risikofaktorer 23

5. Daglig rygning 30
5.1 Fremskrivning af daglig rygning 30
5.2 Daglig rygning opdelt på køn 31
5.3 Daglig rygning opdelt på aldersgrupper 32
5.4 Modeltjek 34
5.5 Betydningen af den demografiske udvikling 34

6. Stillesiddende fritidsaktivitet 37
6.1 Fremskrivning af stillesiddende fritidsaktivitet 37
6.2 Stillesiddende fritidsaktivitet opdelt på køn 38
6.3 Stillesiddende fritidsaktivitet opdelt på aldersgrupper 40
6.4 Modeltjek 42
6.5 Betydning af den demografiske udvikling 42

7. Alkohol 45
7.1 Fremskrivning af alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge 45
7.2 Alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge opdelt på køn 46
7.3 Alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge opdelt på alder 48
7.4 Modeltjek 50
7.5 Betydning af den demografiske udvikling 50
7.6 Fremskrivning af tegn på moderate eller svære alkoholproblemer 52
7.7 Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer opdelt på køn 53
7.8 Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer opdelt på aldersgrupper 54
7.9 Modeltjek 56
7.10 Betydning af den demografiske udvikling 56

8. Lav score på den mentale helbredsskala 59
8.1 Fremskrivning af lav score på den mentale helbredsskala 60

8.2 Lav score på den mentale helbredsskala opdelt på køn 61
8.3 Lav score på den mentale helbredsskala opdelt på aldersgrupper 62
8.4 Modeltjek 64
8.5 Betydning af den demografiske udvikling 64

9. Usundt kostmønster 67
9.1 Fremskrivning af usundt kostmønster 67
9.2 Usundt kostmønster opdelt på køn 68
9.3 Usundt kostmønster opdelt på aldersgrupper 69
9.4 Modeltjek 71
9.5 Betydning af den demografiske udvikling 71

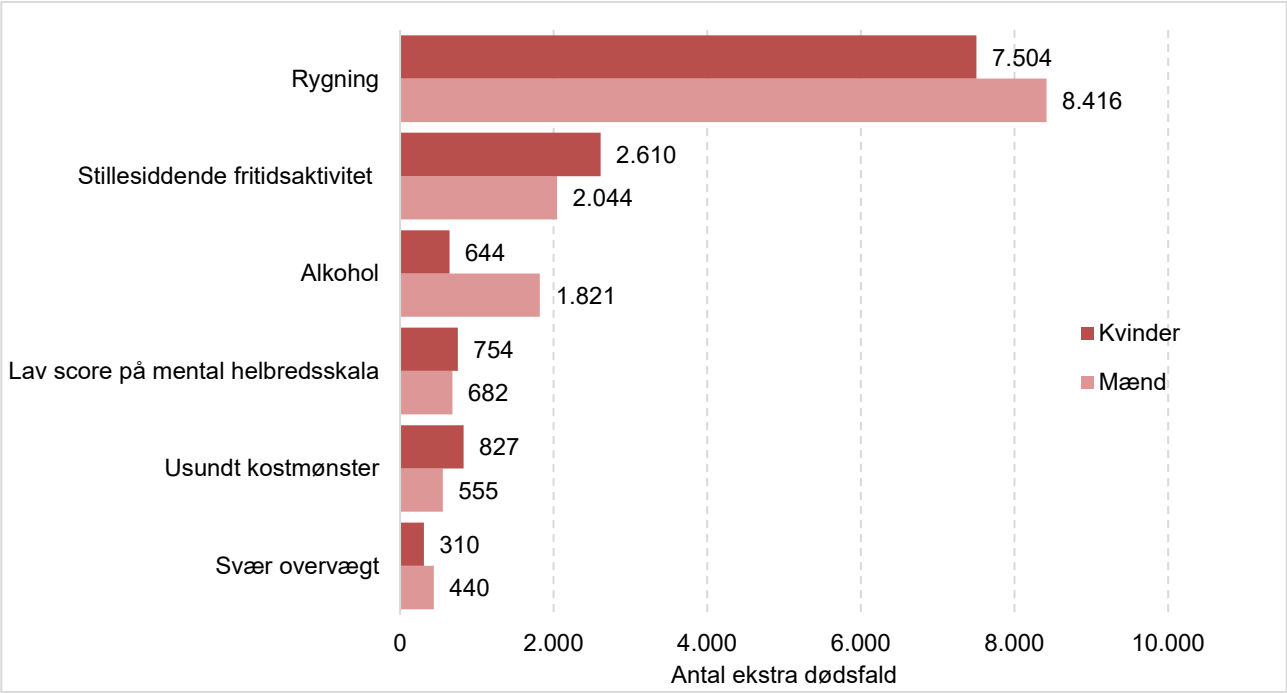
10. Svær overvægt 74
10.1 Fremskrivning af svær overvægt 74
10.2 Svær overvægt opdelt på køn 75
10.3 Svær overvægt opdelt på aldersgrupper 76
10.4 Modeltjek 78
10.5 Betydning af den demografiske udvikling 78

1. Sammenfatning

Denne rapport præsenterer resultaterne af fremskrivningsanalyser for en række udvalgte risikofaktorer for årene 2025, 2030, 2035 og 2040. Fremskrivningerne er lavet på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil for årene 2010, 2013, 2017 og 2021 samt befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik. Fremskrivningerne præsenteres for følgende seks udvalgte risikofaktorer: daglig rygning, stillesiddende fritidsaktivitet, alkohol, lav score på den mentale helbredsskala, usundt kostmønster og svær overvægt. Definition af hver risikofaktor er beskrevet i kapitel 4.
I Den Nationale Sundhedsprofil 2021[1] præsenteres prævalenser for flere risikofaktorer. Her præsenteres resultaterne også opdelt på kommuneniveau. Fremskrivningerne er lavet samlet for hele populationen samt opdelt på køn og aldersgrupper. Der er ikke lavet fremskrivninger på kommuneniveau, da usikkerheden bliver for stor ved fremskrivning i så små grupper.

En risikofaktor er en faktor eller et forhold, der øger risikoen for funktionsnedsættelse, sygdom eller død. Af Figur 1.1 fremgår det, hvor mange ekstra dødsfald der i 2017 var relateret til de enkelte risikofaktorer. Det ses, at rygning er den risikofaktor, der medfører flest ekstra dødsfald, med 7.504 ekstra dødsfald for kvinder og 8.416 ekstra dødsfald for mænd i 2017. Generelt ses samme mønster for kvinder og mænd, dog ses en betydelig kønsforskel i dødsfald relateret til alkohol (Figur 1.1). Risikofaktorerne bidrager ligeledes til tab i befolkningens middellevetid, til hospitalsindlæggelser og kontakter til almen praksis samt til sygefravær og førtidspension. Sygdomsbyrden forbundet med de udvalgte og andre risikofaktorer er præsenteret i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2022.[2]

Figur 1.1. Antal ekstra dødsfald relateret til de udvalgte risikofaktorer. 16 år eller derover, 2017.[2]



Justeret for alder, undersøgelsesår, længst fuldførte uddannelse, BMI, rygning, alkoholforbrug, fysisk aktivitet og kostmønster. Datakilder: Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013 og 2017.

De resultater der præsenteres i denne rapport, skal derfor læses i lyset af den betydning, de enkelte risikofaktorer har, både for den enkelte og for samfundet.

Fremskrivninger bør altid tolkes med forsigtighed, da ingen metode fuldstændigt kan forudsige, hvad der kommer til at ske i fremtiden. I fremskrivningen af de udvalgte risikofaktorer antager vi, at den udvikling, der er sket i perioden 2010 til 2021, vil fortsætte indtil 2040 under hensyntagen til den demografiske udvikling.

De resultater, der præsenteres i denne rapport, skal ses som et kvalificeret bud på hvordan daglig rygning, stillesiddende fritidsaktivitet, alkoholindtag, lav score på den mentale helbredsskala, usundt kostmønster og svær overvægt vil udvikle sig frem mod 2040. Hvis den udvikling, vi har set indtil 2021, ikke fortsætter, fx på grund af initiativer rettet mod enkelte risikofaktorer eller udefrakommende omstændigheder, vil fremskrivningerne enten være under- eller overestimerede.

1.1 Perspektivering

For alle de udvalgte risikofaktorer præsenteret i denne rapport gælder, at andelen med den enkelte risikofaktor enten konsekvent er steget eller faldet i perioden fra 2010 til 2021. Af den grund vil andelen med de forskellige risikofaktorer også tilsvarende enten stige eller falde i fremskrivningerne. Den Nationale Sundhedsprofil gennemføres igen i 2025, og resultaterne herfra vil vise, hvorvidt den forventede udvikling ser ud til at passe. Den hidtidige udvikling i risikofaktorer og mulige årsager hertil beskrives i tidligere rapporter om Den Nationale Sundhedsprofil.[1,3]

Ifølge fremskrivningerne forventer vi, at andelen, der ryger dagligt, og andelen, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, kommer til at falde frem mod 2040. Dette er naturligvis positivt. Vi ved dog samtidig, at andelen af danskere, der benytter røgfrie nikotinprodukter, er steget, særligt blandt de unge. Brugen af røgfrie nikotinprodukter indgår ikke i fremskrivningerne, da dette først er undersøgt i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2021. På samme måde ved vi også, at på trods af et generelt fald i alkoholindtaget er forbruget af alkohol blandt de helt unge, stadigt, højt og binge drinking, hvor der drikkes mere end fem genstande ved samme lejlighed, er stadig udbredt. De fremskrevne resultater for rygning og alkoholindtag kan derfor ikke danne baggrund for at sige, at nikotin og alkohol ikke længere er noget, vi skal bekymre os om i fremtiden.

I denne rapport undersøges hver enkelt risikofaktor for sig selv. Sådan ser virkeligheden sjældent ud, og ofte ophober flere risikofaktorer sig med potentielt store helbredskonsekvenser til følge. En ny undersøgelse, der gennemføres i 2025, skal identificere, dels hvilke risikofaktorer der oftest ophobes, og dels hvilken sygdomsbyrde der er forbundet med ophobningen af forskellige risikofaktorer.

1.2 Metode til fremskrivning

Fremskrivninger af risikofaktorerne præsenteres som henholdsvis andele og antal med de respektive risikofaktorer for årene 2025, 2030, 2035 og 2040. Befolkningen er fremskrevet samlet samt opdelt på køn og alder. De fremskrevne befolkningstal er hentet fra Danmarks Statistik, og de laves ud fra en række antagelser om dødelighed, fertilitet og til- og fraflytning i fremtiden. Der regnes ud fra, at udviklingen de seneste år vil fortsætte.

Til fremskrivningen af de enkelte risikofaktorer benyttes logistisk regression. Her regnes andelen som funktion af årstal, køn og aldersgruppe (16-29 år, 30-49 år, 50-64 år og 65+ år). Der er inddraget vægte for non-response i alle analyser.

Befolkningens størrelse og alderssammensætning ændrer sig over tid. For hver risikofaktor estimeres, hvor stor en del af udviklingen, der kan tilskrives den demografiske udvikling. Til dette formål låses befolkningens størrelse og alderssammensætning fast på 2021-niveau. De fremskrevne andele ganges på 2021-befolkningen for at få et forventet antal med den udvalgte risikofaktor i et givent år. Dette antal divideres med befolkningen i 2025 for at få den forventede andel, hvis befolkningen var som i 2021. Forskellen mellem denne andel og de fremskrevne andele kan tilskrives den demografiske udvikling.

Modellen, der er brugt til fremskrivning af risikofaktorer, er testet ved at bruge tal fra 2010, 2013 og 2017 til at fremskrive til 2021. Hvis der er overensstemmelse mellem den observerede og den fremskrevne andel i 2021, vurderes modellen at kunne benyttes til fremskrivningen.

1.3 Daglig rygning

Andelen, der ryger dagligt, er faldet i den observerede periode fra 20,8 % i 2010 til 14,0 % i 2021. I 2040 forventes det, at 7,2 % vil ryge dagligt. Samme tendens gør sig gældende for begge køn og for alle aldersgrupper. Den største andel af personer, der ryger dagligt forventes blandt de 50-64-årige, hvor 9,1 % forventes at ryge dagligt i 2040, og den mindste andel blandt de 16-29-årige, hvor tallet forventes at være 6,0 % i 2040.

1.4 Stillesiddende fritidsaktivitet

Hidtil er andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, steget fra 16,1 % i 2010 til 18,7 % i 2021. I 2040 forventes det, at 24,7 % vil have stillesiddende fritidsaktivitet. Der forventes ligeledes en stigning for begge køn og for de 16-29-årige, 30-49-årige og 50-64-årige. For de 65+-årige forventes andelen derimod at falde frem til 2040, hvor 21,2 % forventes at have stillesiddende fritidsaktivitet.

1.5 Alkohol

Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er faldet fra 25,0 % i 2010 til 15,5 % i 2021. I 2040 forventes 6,2 % at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Samme tendens ses for begge køn, dog med en større andel blandt mænd, hvor 9,4 % forventes at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2040. For kvinder forventes det at være 3,0 %. Ifølge fremskrivningerne forventes faldet i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, på tværs af alle aldersgrupper.

Andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer er faldet lidt fra 6,7 % i 2010 til 6,2 % i 2021. Ifølge fremskrivningerne forventes det, at 5,3 % vil have et moderat eller svært alkoholproblem i 2040. For kvinder er andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer nogenlunde stabilt over hele perioden mod 2040. For de 16-29-årige, 30-49-årige og 50-64-årige forventes andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer at falde frem til 2040. For de 65+-årige forventes andelen at stige fra 5,1 % i 2010 til 8,2 % i 2040.

1.6 Lav score på den mentale helbredsskala

I 2010 havde 9,9 % en lav score på den mentale helbredsskala, og i 2017 var dette steget til 13,3 %. Denne tendens forventes at fortsætte frem mod 2040, hvor det forventes, at 31,1 % vil have en lav score på den mentale helbredsskala. Der forventes en stigning på tværs af køn og aldersgrupper.

For en lav score på den mentale helbredsskala er data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021 ikke taget med. Disse data er indsamlet under nedlukningen i forbindelse med COVID-19 pandemien. Vurderet ud fra modeltjekket overestimerede målingerne af lav score på mental helbredsskala fra 2021 resultaterne fra fremskrivningen.

1.7 Usundt kostmønster

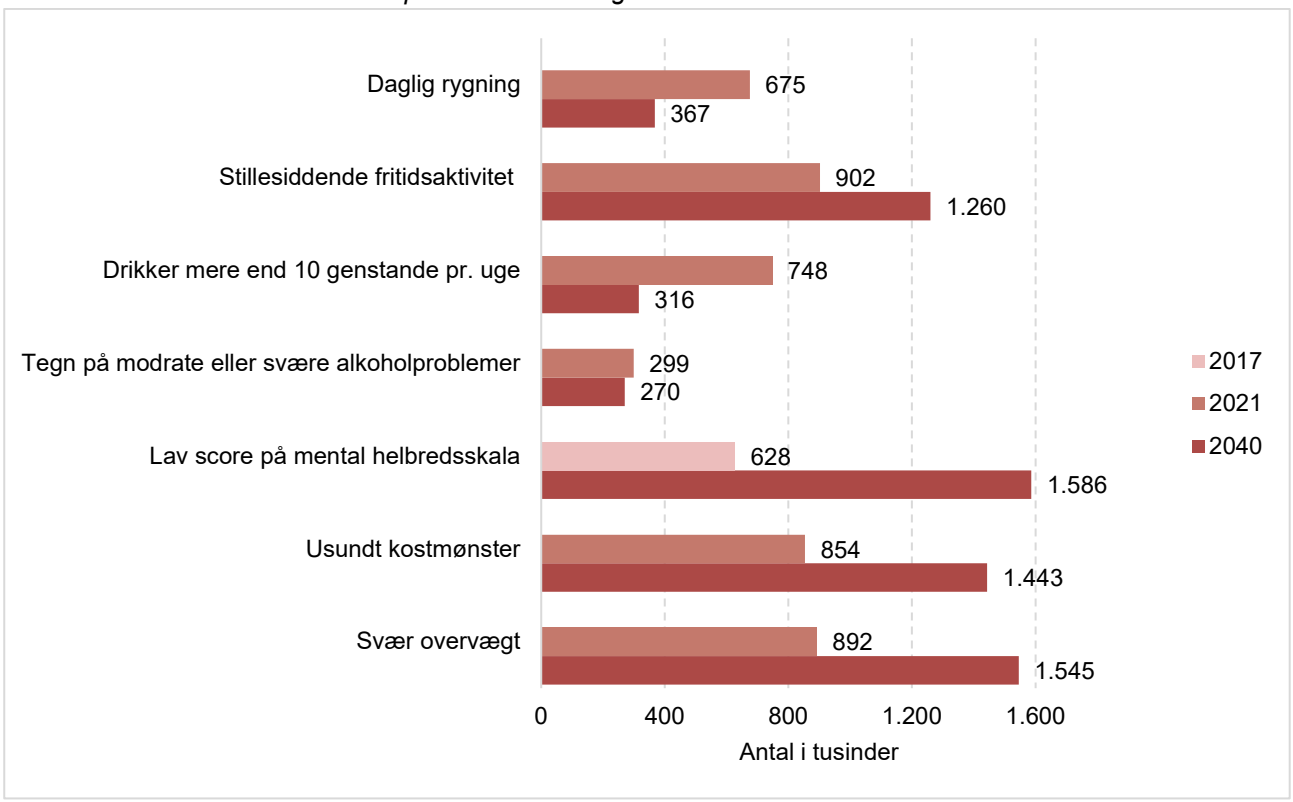
Andelen med usundt kostmønster er steget fra 13,3 % i 2010 til 17,7 % i 2021. Ifølge fremskrivningerne forventes denne stigning at fortsætte indtil 2040, hvor 28,3 % forventes at have et usundt kostmønster. Stigningen forventes ligeledes på tværs af køn og aldersgrupper.

1.8 Svær overvægt

I perioden 2010 til 2021 er andelen med svær overvægt steget fra 13,5 % til 18,5 %. Denne stigning forventes at fortsætte i 2025, hvor 20,4% forventes at have svær overvægt og frem til 2040, hvor det forventes at være 30,3 %. Stigningen ses ligeledes for begge køn og alle aldersgrupper. Den mindste andel med svær overvægt (21,0%) forventes blandt de 16-29-årige og den største andel (37,2%) blandt de 50-64-årige i 2040.

Et overblik over observerede og fremskrevne antal personer med de udvalgte risikofaktorer er præsenteret i Figur 1.2. Der præsenteres de observerede antal for 2021 og fremskrevne antal for 2040. For lav score på den mentale helbredsskala præsenteres de observerede antal for 2017 og de fremskrevne antal for 2040.

Figur 1.2. Antal personer med de udvalgte risikofaktorer i 2021 og fremskrevet til 2040. For lav score på mental helbredsskala er det antal personer i 2017 og 2040. Antal i tusinder.



Referencer

1. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
3. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2021 - centrale udfordringer. København: Sundhedsstyrelsen. 2022.

2. Perspektivering

For alle de udvalgte risikofaktorer, der er præsenteret i denne rapport, gælder, at andelen med den enkelte risikofaktor enten konsekvent er steget eller faldet i perioden fra 2010 til 2021. Af den grund vil andelen med de forskellige risikofaktorer også enten stige eller falde i fremskrivningerne, da de er baseret på tendenser i den foregående periode. På den måde er der tale om en naiv fremskrivning. Indsatser rettet mod enkelte faktorer eller andre udefrakommende omstændigheder vil kunne påvirke, hvordan de forskellige risikofaktorer vil udvikle sig i fremtiden, og det er der ikke taget højde for i analyserne præsenteret i denne rapport. Hvorvidt udviklingen de kommende år rent faktisk vil se ud som i fremskrivningerne, kan vi ikke vide med sikkerhed. Den Nationale Sundhedsprofil gennemføres igen i 2025. Resultaterne herfra vil vise hvorvidt den forventede udvikling ser ud til at passe. Den hidtidige udvikling i risikofaktorer og mulige årsager hertil beskrives i tidligere rapporter om Den Nationale Sundhedsprofil.[1,2]

Resultaterne for rygning indikerer, at andelen af danskere, der ryger dagligt, falder på tværs af både køn og aldersgrupper. Denne udvikling er naturligvis positiv set i lyset af de alvorlige helbredskonsekvenser for individet og for samfundet, der er forbundet med rygning.[3] Vi ved dog også, at samtidig med at andelen af danskere, der ryger dagligt, er faldet, er andelen af danskere, der benytter andre nikotinprodukter steget. Det gælder for brugen af fx e-cigaretter, snus og nikotinposer. Særligt de røgfrie nikotinprodukter som fx snus bruges i stigende grad blandt de danske unge.[4,5] De fremskrevne resultater for daglig rygning kan derfor ikke danne baggrund for at sige, at nikotin ikke længere er noget vi skal bekymre os om i fremtiden. Brugen af øvrige nikotinprodukter indgår ikke i fremskrivningerne, da dette først er undersøgt i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2021.

Tilsvarende ser vi også i fremskrivningerne, at andelen af danskere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, forventes at falde i årene frem for begge køn og for alle aldersgrupper. Dette er positivt, da et højt alkoholindtag kan være forbundet med alvorlige helbredskonsekvenser, både fysisk og psykosocialt for den enkelte, men også for hele familien.[3,6,7] Samtidig viser fremskrivningerne dog også, at andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer forventes at være mere konstant over tid. På trods af et generelt fald i alkoholindtaget er forbruget af alkohol blandt de helt unge, stadig højt sammenlignet med andre nordiske lande,[8] og binge drinking, hvor der drikkes mere end fem genstande ved samme lejlighed, er stadig udbredt.[9] De fleste

sygdomme, der forbindes med et højt alkoholindtag, udvikles første senere i livet, men et højt alkoholforbrug er blandt unge forbundet med en øget risiko for ulykker, ligesom alkoholrelaterede dødsfald udgør en væsentlig del af ikke-naturlige dødsfald blandt danske unge.[10,11]

Sygdomsbyrden i form af fx dødelighed, indlæggelser, kontakter til almen praksis, langvarigt sygefravær og samfundsøkonomiske omkostninger forbundet med de forskellige risikofaktorer er beskrevet i *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer* fra 2022,[3] og forekomst samt udvikling af risikofaktorerne er præsenteret i *De Nationale Sundhedsprofiler*[1,12-14] og i databasen på danskernessundhed.dk. Vi ved herfra, at sygdomsbyrden er forskellig ved de forskellige risikofaktorer, og at risikofaktorerne er ulige fordelt både demografisk og geografisk. Som det også ses i denne rapport, varierer forekomsten af risikofaktorerne mellem køn og aldersgrupper. Det samme er tilfældet, når vi kigger på forekomsten af risikofaktorer på tværs af uddannelsesniveauer og kommuner. Resultaterne fra fremskrivningerne af risikofaktorerne i denne rapport skal derfor læses og fortolkes i sammenhæng med det, vi ellers ved om risikofaktorerne.

I denne rapport undersøges hver enkelt risikofaktor for sig selv. Sådan ser virkeligheden sjældent ud, og ofte ophober flere risikofaktorer sig med potentielt store helbredskonsekvenser til følge. Ophobningen af risikofaktorer har konsekvenser for sygdomsbyrden, der ofte bliver større end summen af helbredseffekterne af de enkelte risikofaktorer. Nogle af årsagerne interagerer, dvs. at de påvirker hinandens forekomst og effekt.[15] Ophobning af risikofaktorer sker ikke kun hos individer, men også geografisk. I kommuner, hvor befolkningen fx har kortere uddannelse, lavere beskæftigelse og indkomst, er der flere, som rapporterer, at de både ryger, spiser usundt, er fysisk inaktive, oplever stress og har svær overvægt.[16] En ny undersøgelse, der gennemføres i 2025, skal identificere, dels hvilke risikofaktorer der oftest ophobes, og dels hvilken sygdomsbyrde der er forbundet med ophobningen af forskellige risikofaktorer.

Referencer

1. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
2. Sundhedsstyrelsen. Danskernes sundhed. Den Nationale Sundhedsprofil 2021 - centrale udfordringer. København: Sundhedsstyrelsen. 2022.
3. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
4. Jarlstrup NS, Pedersen MT, Bast LS. Danskernes rygevaner 2022. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2023.
5. Lund L, Jarlstrup N, Bast LS. §RØG – en undersøgelse af tobak, adfærd og regler. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2024.
6. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser - En systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2020.
7. Tolstrup J, Ekholm O, Becker U, et al. Antallet af børn af forældre med alkoholproblemer: Notat om børn af forældre med alkoholproblemer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023
8. The ESPAD Group. ESPAD Report 2019 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. 2020.
9. Pisinger V, Kjeldsen AH, Tolstrup J. §ALKOHOL – En undersøgelse af unges alkoholforbrug, oplevelse af tilgængelighed og holdninger til alkohol. Basisrapport 2023. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023.
10. Hjarnaa L, Hviid SS, Becker U, et al. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge - Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistret. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2020.
11. Hviid SS, Holst CA, Becker U, et al. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2021.
12. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2011.
13. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2014.
14. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2018.
15. Rod NH, Bast LS, Diderichsen F, et al. Strukturel forebyggelse – med fokus på kost, tobak og nikotin, alkohol og fysisk aktivitet. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2024.
16. Diderichsen F. Responsum til Hvidbog om Social Ulighed i Kræft i Danmark. København: Kræftens Bekæmpelse. 2023.

3. Baggrund og formål

En risikofaktor kan bredt defineres som en faktor eller et forhold, der øger risikoen for funktionsnedsættelse, sygdom eller død. Nogle risikofaktorer kan have en direkte årsagssammenhæng med disse udfald, mens andre indgår i mere komplekse årsagskæder, hvor sammenhængen til sygdom og død er mere indirekte. Monitorering af risikofaktorer gør det muligt at identificere, hvilke faktorer der udgør den største byrde for samfundet, både i form af dødelighed, brug af sundhedsvæsenet, fravær fra arbejdsmarkedet og sundhedsøkonomiske omkostninger. Denne viden er afgørende for at kunne målrette og prioritere sundhedspolitiske indsatser samt styrke forskning og uddannelse inden for sundhedsområdet.[1,2]

Formål

Formålet med rapporten er at fremskrive andele og antal personer med udvalgte risikofaktorer for årene 2025, 2030, 2035 og 2040. Andele og antal vil blive fremskrevet både samlet og opdelt på køn og aldersgrupper. Desuden vil det blive opgjort, hvor stor en del af de fremskrevne andele, der kan tilskrives den demografiske udvikling.

I Danmark lever næsten halvdelen af befolkningen på 16 år og derover med 2 eller flere risikofaktorer. Forekomsten af disse faktorer er imidlertid ulige fordelt i samfundet og varierer blandt andet på tværs af demografiske forhold. Desuden kan forekomsten afhænge af ændringer i befolkningens alderssammensætning og dødelighed over tid.[2] Derfor vil der i denne rapport blive præsenteret fremskrivning af risikofaktorer opdelt på køn og aldersgrupper, ligesom det vil blive estimeret, hvor meget den demografiske udvikling betyder for, hvordan de enkelte risikofaktorer udvikler sig. Ved at lave prognoser for, hvordan forekomsten af forskellige risikofaktorer forventes at udvikle sig, skabes et grundlag for at planlægge og træffe velinformerede beslutninger om fremtidig ressourcefordeling i sundhedsvæsenet samt udvikling af forebyggelsesprogrammer.

Datagrundlaget for fremskrivningerne er oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil for årene 2010,[3] 2013,[4] 2017[5] og 2021.[6] Disse data udgør et solidt grundlag for at analysere tidligere tendenser og udarbejde prognoser for fremtiden.

3.1 Udvalgte risikofaktorer

Risikofaktorer kan klassificeres på forskellige måder. Eksempelvis anvender det internationale studie, Global Burden of Disease (GBD),[7,8] en inddeling, der blandt andet skelner mellem metaboliske, adfærdsmæssige og mentale risikofaktorer. En tilsvarende inddeling kan også benyttes til at beskrive de risikofaktorer, der indgår i denne rapport. En oversigt over de valgte risikofaktorer kan ses i Boks 3.1. For eksempel repræsenterer svær overvægt en metabolisk risikofaktor, mens rygning, alkohol, stillesiddende fritidsaktivitet og et usundt kostmønster anses som adfærdsmæssige risikofaktorer, og en lav score på den mentale helbredsskala kan betragtes som en mental risikofaktor. Andre kategoriseringer kan også anvendes, og benævnelserne af kategoriseringerne er ikke så afgørende; det er derimod vigtigt at være opmærksom på, at risikofaktorerne har forskellig karakter og forskelligt potentiale for forebyggelse.

Udvælgelsen af risikofaktorer i denne rapport er baseret på rapporten *Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer*[2] fra 2022. Overvejelserne om inklusion af risikofaktorer er baseret på forekomst, potentiale for forebyggelse samt datakvalitet og -tilgængelighed. Valget af risikofaktorer er blevet fastlagt i samarbejde med rapportens faglige ekspertgruppe. Definitioner og metodiske overvejelser vedrørende hver risikofaktor er nærmere beskrevet i kapitel 4.

Boks 3.1 Oversigt over udvalgte risikofaktorer.

Risikofaktorer
Daglig rygning
Stillesiddende fritidsaktivitet
Alkohol
Lav score på den mentale helbredsskala
Usundt kostmønster
Svær overvægt

Valget af risikofaktorer til denne rapport betyder, at en række andre risikofaktorer, der kan have betydning for befolkningens sundhed, sygelighed og dødelighed, ikke er blevet inkluderet. Dette fravalg skyldes primært utilstrækkeligt eller begrænset datamateriale samt et begrænset forebyggelsespotentiale.

Referencer

1. Murray CJ, Zheng P, Abbafati C, et al. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2020;396(10258):1223-1249. doi:10.1016/s0140-6736(20)30752-2
2. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.
3. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2011.
4. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2014.
5. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2018.
6. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
7. The Lancet. Global Burden of Disease. Tilgået oktober 2024. https://www.thelancet.com/gbd
8. The Institue for Health Metrics and Evaluation (IHME). Seattle, USA: University of Washington School of Medicine. Tilgået oktober 2024. https://www.healthdata.org/

4. Metode

I dette kapitel præsenteres opgørelsesmetoder for fremskrivningen af de udvalgte risikofaktorer. Til at fremskrive andele og antal med risikofaktorerne i fremtiden benyttes data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021. De Nationale Sundhedsprofiler har til formål at beskrive forekomsten og fordelingen af sundhed, trivsel og sygelighed blandt den voksne befolkning i Danmark ved hjælp af selvrapporterede oplysninger. Data er baseret på repræsentative tværsnitsundersøgelser, hvor der er udtaget stikprøver af borgere med bopæl i Danmark, der er 16 år eller ældre. Deltagerantallet for Den Nationale Sundhedsprofil har været 177.639 i 2010,[1] 162.283 i 2013,[2] 183.372 i 2017[3] og 183.646 i 2021.[4] Den Nationale Sundhedsprofil er finansieret af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Sundhedsstyrelsen, Indenrigs- og Sundhedsministeriet og Statens Institut for Folkesundhed, SDU

4.1 Definition af risikofaktorer

I det følgende gives en uddybende beskrivelse af de enkelte risikofaktorer. En samlet oversigt over definitionen af risikofaktorer ses i Boks 4.1.

4.1.1 Daglig rygning

I denne rapport defineres daglig rygning ud fra selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil. I undersøgelsen blev respondenterne spurgt ’Ryger du?’, hvortil de havde følgende svarmuligheder: ’Ja, hver dag’. ’Ja, mindst én gang om ugen’, ’Ja, sjældnere end hver uge’, ’Nej, jeg er holdt op’ og ’Nej, jeg har aldrig røget’. Daglig rygning er i denne rapport defineret ved svaret ’Ja, hver dag’. Personer, der ryger e-cigaretter, indgår ikke i disse analyser.

4.1.2 Stillesiddende fritidsaktivitet

Stillesiddende fritidsaktivitet defineres i denne rapport ud fra selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil. Her er respondenterne blevet spurgt om deres fysiske aktivitetsniveau i fritiden ved spørgsmålet: ’Hvis du ser på det sidste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?’, hvoraf de havde følgende svarmuligheder: ’Træner hårdt og driver konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen’, ’Dyrker motionsidræt eller

tungt havearbejde mindst 4 timer per uge', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer per uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' og 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'. Stillesiddende fritidsaktivitet er i denne rapport defineret ved svaret 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'.

Spørgsmålet om fysisk aktivitetsniveau i fritiden indgik ikke som et obligatorisk spørgsmål Den Nationale Sundhedsprofil 2017. Spørgsmålet var dog med i den supplerende, nationale stikprøve Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen (SUSY).[5] Opgørelsen af stillesiddende fritidsaktivitet for 2017 er derfor baseret på data fra SUSY og vægtet op imod den nationale befolkningssammensætning i 2017.

4.1.3 Alkohol

I denne rapport inddrages to mål for risikofaktoren alkohol. Dels et mål for hvor mange, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og dels et mål for hvor mange, der viser tegn på moderate eller svære alkoholproblemer. I Den Nationale Sundhedsprofil er respondenterne blevet spurgt 'Har du drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder?' Hvis svaret er 'Ja' er der spurgt 'Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?' med svarmulighederne øl, alkoholcider, vin, hedvin, spiritus og alkoholsodavand for hver ugedag. Kategoriseringen af respondenternes alkoholforbrug er baseret på Sundhedsstyrelsens anbefalinger om at drikke højst 10 genstande i løbet af en typisk uge for både kvinder og mænd.[6,7] Opgørelserne i denne rapport er således udført på baggrund af Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkoholforbrug per 7. marts 2022, også bagud i tid, selvom andre anbefalinger var gældende på tidspunktet for dataindsamlingen. Ifølge de nuværende udmeldinger bør man drikke mindre alkohol, end hvad der tidligere er blevet anbefalet.

Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer er målt ved hjælp af CAGE-C-spørgeskemaet, som består af seks spørgsmål om alkoholvaner. Respondenterne er her blevet spurgt om: 'Har du inden for det sidste år følt, at du burde nedsætte dit alkoholforbrug?', 'Er der nogen, der inden for det sidste år har 'brokket' sig over, at du drikker for meget?', 'Har du inden for det sidste år følt dig skidt tilpas eller skamfuld på grund af dine alkoholvaner?', 'Har du inden for det sidste år jævnligt taget en genstand som det første om morgenen for at 'berolige nerverne' eller blive 'tømmermændene' kvit?', 'Hvor mange dage om ugen drikker du alkohol?' og 'Drikker du alkohol uden for måltiderne på hverdage?'. For hvert 'nej'-svar tildeles 0 point og for hvert 'ja'-svar tildeles 1 point.[8] I

indeværende rapport er tegn på moderate eller svære alkoholproblemer defineret ved en samlet score på 3 point eller derover.[9]

4.1.4 Lav score på den mentale helbredsskala

Lav score på den mentale helbredsskala defineres i denne rapport ud fra selvrapporterede besvarelser af SF-12-spørgeskemaet,[10] som indgår i Den Nationale Sundhedsprofil. SF-12, der består af i alt 12 spørgsmål, har til formål at måle en persons helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Ud fra besvarelserne på spørgeskemaet beregnes en samlet score for henholdsvis en fysisk helbredskomponent og en mental helbredskomponent. I denne rapport anvendes udelukkende den mentale helbredskomponent. De 12 spørgsmål indgår alle i beregningen af den samlede score for såvel den fysiske som den mentale helbredskomponent, dog med en forskellig vægtning.[11] En højere score på den mentale helbredskomponent indikerer et bedre helbred. Baseret på data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010[1] er personer med en lav score på den mentale helbredsskala defineret svarende til en score på 35,76 eller derunder.[12] Dette cut-point er blevet anvendt i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 og frem, og vil således også blive anvendt i indeværende rapport.

4.1.5 Usundt kostmønster

I denne rapport defineres et usundt kostmønster ud fra selvrapporterede besvarelser fra Den Nationale Sundhedsprofil. Respondenterne blev bedt om at angive, hvor ofte de typisk spiser forskellige fødevarer som fedtstof på brødet, grøntsager, frugt, pålæg samt forskellige former for varm mad. På denne baggrund har forskere fra Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse i Region Hovedstaden udviklet et pointsystem ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjertekarsygdomme.[13] Ud fra deltagernes selvrapporterede indtag af frugt, grønt, fisk og fedt har de fået tildelt en score fra 1-9, der afspejler, hvor sundt deres kostmønster vurderes at være. Denne score fungerer som et samlet mål for kostens ernæringsmæssige kvalitet. På baggrund af deres score inddeles deltagerne i tre forskellige kostmønstergrupper:

- **Usundt kostmønster (1-3 point):** Generelt et kostmønster med et lavt indtag af frugt, grønt og fisk samt et højt indtag af fedt – især mættet fedt. Det er denne gruppe der fremskrives i rapporten.
- **Mellemsundt kostmønster (4-6 point):** Generelt et kostmønster med et lavt til moderat indtag af frugt, grønt og fisk samt et moderat til højt indtag af fedt – især mættet fedt.
- **Sundt kostmønster (7-9 point):** Generelt et kostmønster med et moderat til højt indtag af frugt, grønt og fisk samt et lavt til moderat indtag af fedt – især mættet fedt.

4.1.6 Svær overvægt

Svær overvægt defineres i denne rapport ud fra selvrapporterede oplysninger om højde og vægt fra Den Nationale Sundhedsprofil. Respondenterne er blevet spurgt 'Hvor høj er du (uden sko)?' med svarangivelse i centimeter og 'Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?' med svarangivelse i kilogram. På baggrund af disse oplysninger beregnes deltagernes Body Mass Index (BMI), der udregnes som vægten i kilogram divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m^2). Selvom BMI ikke tager højde for fordelingen af fedt og muskler på kroppen, vurderes BMI på befolkningsniveau at være et simpelt og objektivt mål til at vurdere vægtstatus.[14] Sammenhængen mellem BMI og dødelighed beskrives generelt ved en J- eller U-formet kurve. Den laveste dødelighed ses blandt personer med moderat overvægt (BMI≥25), mens der ved et BMI på 30 og derover ses en markant øget dødelighed.[15] World Health Organization (WHO) har derfor fastsat denne grænse som definition på svær overvægt.[14,16] I indeværende rapport anvendes samme definition, hvor personer med et BMI på 30 eller derover klassificeres som havende svær overvægt.

Boks 4.1 Definition af risikofaktorer.

Risikofaktorer	Svarkategorier	Benævnelse
Daglig rygning	Ja, hver dag	Personer, der ryger dagligt
Stillesiddende fritidsaktivitet	Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	Personer med stillesiddende fritidsaktivitet
Alkohol	Personer, der drikker >10 genstande per uge	Personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge
	CAGE-C score>3	Personer med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer
Lav score på den mentale helbredsskala	SF-12 MCS score ≤35,76	Personer med en lav score på den mentale helbredsskala
Usundt kostmønster	Kost score 1-3	Personer med usundt kostmønster
Svær overvægt	Personer med BMI ≥30	Personer med svær overvægt

4.2 Metode til fremskrivning af risikofaktorer

Fremskrivninger af risikofaktorerne vil blive præsenteret som henholdsvis andele og antal med de respektive risikofaktorer for årene 2025, 2030, 2035 og 2040. Befolkningen er fremskrevet samlet samt opdelt på køn og aldersgruppe. Fremskrivningerne af befolkningen er indhentet fra Danmarks

Statistik.[17] Befolkningsfremskrivningerne laves ud fra en række antagelser om dødelighed, fertilitet og til- og fraflytning i fremtiden. Som udgangspunkt regnes ud fra, at udviklingen de seneste år vil fortsætte.[18] Til beregning af antal med risikofaktorer i 2010, 2013, 2017 og 2021 er der ligeledes indhentet befolkningstal fra Danmarks Statistik.[19]

I Tabel 4.1 ses befolkningstal for årstal med observerede data samt de årstal, der fremskrives til. Tallene er præsenteret samlet for hele befolkningen og opdelt på køn og aldersgruppe. Af tabellen ses det, at vi generelt bliver flere mennesker i Danmark. Fra at være knap 4,5 millioner danskere i alderen 16 år eller derover i 2010 forventes vi i 2040 at være 5,1 millioner. Vi lever længere samtidig med, at der bliver født færre børn end tidligere. Dette medfører, at de ældre aldersgrupper i fremtiden vil udgøre en større andel af befolkningen, samtidig med at de yngre aldersgrupper vil udgøre en mindre andel. Andelen af unge i aldersgruppen 16-29 år er steget lidt i perioden 2010 til 2021. Det forventes, at denne aldersgruppe vil blive mindre i perioden frem til 2040. Gruppen af 65+-årige derimod er vokset mellem 2010 og 2021, og dette forventes at fortsætte indtil 2040 (Tabel 4.1).

Tabel 4.1. Den demografiske udvikling fra 2010 til 2040 blandt personer på 16 år eller derover. Tal fra 2010 til 2021 er observerede befolkningstal pr. 1. januar det pågældende år. Tal fra 2025 til 2040 er befolkningsfremskrivninger, begge fra Danmarks Statistik. Antal (n) og procent (%).

	2010		2013		2017		2021		2025		2030		2035		2040	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Total	4.460.874	100	4.555.439	100	4.719.646	100	4.823.384	100	4.982.854	100	5.027.788	100	5.071.156	100	5.099.971	100
Kvinder	2.267.695	51	2.313.017	51	2.387.274	51	2.440.151	51	2.521.804	51	2.544.999	51	2.568.875	51	2.583.177	51
Mænd	2.193.179	49	2.242.422	49	2.332.372	49	2.383.233	49	2.461.050	49	2.482.789	49	2.502.281	49	2.516.794	49
16-29 år	915.887	21	970.478	21	1.047.234	22	1.052.329	22	1.064.464	21	1.019.041	20	988.979	20	959.529	19
30-49 år	1.555.170	35	1.515.928	33	1.455.681	31	1.445.503	30	1.488.062	30	1.507.437	30	1.561.114	31	1.589.235	31
50-64 år	1.086.958	24	1.069.232	23	1.121.559	24	1.149.280	24	1.182.324	24	1.145.939	23	1.058.200	21	1.018.178	20
65+ år	902.859	20	999.801	22	1.095.172	23	1.176.272	24	1.248.004	25	1.355.371	27	1.462.863	29	1.533.029	30

Til fremskrivningen af de enkelte risikofaktorer benyttes logistisk regression. For hver risikofaktor er der benyttet en model, hvor sandsynligheden for at have den givne risikofaktor regnes som funktion af årstal, køn og aldersgruppe (16-29 år, 30-49 år, 50-64 år og 65+ år). Årstallet inddrages lineært, og estimaterne for 2025, 2030, 2035 og 2040 bruges til fremskrivningen. I analyserne opdelt på køn og aldersgruppe indsættes et interaktionsled i modellen for at muliggøre, at udviklingen i risikofaktorerne kan ske i forskelligt tempo i de forskellige undergrupper. Andelen med den givne risikofaktor til hvert tidspunkt og i hver undergruppe regnes ud fra denne model. Til beregning af de observerede andele med risikofaktorer i 2010, 2013, 2017 og 2021 benyttes en tilsvarende model, hvor årstallet inddrages kategorisk i modellen. Der er inddraget vægte for non-response og stikprøvekonstruktionen i alle analyser.

Metoden til fremskrivningen af risikofaktorer svarer til den metode, der blev benyttet i notatet *Andelen af danskere med overvægt, fremskrevet til 2040*.[20] Resultaterne fra notatet og resultaterne for fremskrivning af svær overvægt i denne rapport er dog ikke direkte sammenlignelige. I notatet fremskrives svær overvægt på baggrund af observationer fra 2000 og 2005, som ikke er med i denne rapport, ligesom der er kalibreret for selvrapporteringsbias ved rapportering af højde og vægt. I denne rapport benyttes desuden nyere befolkningsfremskrivninger fra Danmarks Statistik end i notatet om fremskrivning af overvægt.

4.2.1 Antagelser ved fremskrivning af risikofaktorer

Generelt bør fremskrivninger altid tolkes med forsigtighed, da ingen metode med stor sikkerhed kan forudsige, hvad der kommer til at ske i fremtiden. Særligt resultaterne blandt unge bør generelt fortolkes med forsigtighed. I fremskrivningen af risikofaktorer antager vi, at den udvikling, vi har set i perioden 2010 til 2021, vil fortsætte indtil 2040. For alle risikofaktorer gælder, at udviklingen i den betragtede periode fra 2010 til 2021 har været entydig, dvs. enten er andelen generelt steget i perioden, eller også er den generelt faldet i perioden. På denne baggrund vil andelen med de forskellige risikofaktorer tilsvarende enten stige eller falde i fremskrivningerne. Indsatser eller initiativer rettet mod de forskellige risikofaktorer eller udefrakommende omstændigheder kan dog påvirke denne udvikling, så den ikke vil se ud, som vi estimerer. Resultaterne i denne rapport skal derfor ses som et bud på, hvordan de udvalgte risikofaktorer vil udvikle sig i fremtiden. Hvis den udvikling, vi har set hidtil, ikke fortsætter frem til 2040, vil fremskrivningerne enten være under- eller overestimerede.

4.2.2 Modeltjek

For at teste den model, der er brugt til fremskrivning af risikofaktorer, er der benyttet data fra 2010, 2013 og 2017 til at fremskrive den enkelte risikofaktor i 2021. Denne test giver en indikation af, om der er overensstemmelse mellem den observerede andel i 2021 og den estimerede andel i 2021. I tilfælde af, at der er overensstemmelse mellem observeret og estimeret andel vurderes modellen at kunne benyttes til fremskrivningen.

Den Nationale Sundhedsprofil fra 2021 er udført et år, hvor vores hverdag var præget af COVID-19 pandemien. Dette har naturligvis haft indflydelse på besvarelserne, og vi ved, at særligt det mentale helbred var påvirket i denne periode på grund nedlukning og restriktioner for social kontakt. Hvis andelen med en risikofaktor fx er højere i 2021 end forventet på baggrund af udviklingen de tidligere år, kan dette have betydning for fremskrivningen, der på denne baggrund vil overestimere andelen med den pågældende risikofaktor i fremtiden.

4.2.3 Betydning af den demografiske udvikling

Størrelsen på og alderssammentætningen i befolkningen udvikler sig hele tiden, og dette kan have betydning for forekomsten af de undersøgte risikofaktorer i fremtiden. For at estimere, hvor stor en del af udviklingen i de forskellige risikofaktorer, der kan tilskrives den demografiske udvikling, låses befolkningens størrelse og alderssammensætning fast på 2021-niveau. De fremskrevne aldersspecifikke andele fra fx 2025 ganges på 2021-befolkningen og summeres. Herved fås et forventet antal med den udvalgte risikofaktor i et givent år. Ganges den fremskrevne andel fra 2025 på befolkningen i 2021, fås et forventet antal i 2025 med en given risikofaktor, hvis befolkningen så ud som i 2021. Dette antal divideres med befolkningen i 2025 for at få den forventede andel, hvis befolkningen var som i 2021. Således fortsættes for årene 2030, 2035 og 2040. Forskellen mellem de fremskrevne andele og de estimerede andele med 2021 befolkningen er den andel, der kan tilskrives den demografiske udvikling.

Referencer

1. Christensen AI, Davisen M, Ekholm O, et al. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2011.
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2014.
3. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2018.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
5. Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, et al. Materiale og metode. Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2018.
6. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsen melder nye genstandsgrænser ud. Sundhedsstyrelsen, 2022. Tilgået november 2024. https://www.sst.dk/da/Nyheder/2022/10-4-Sundhedsstyrelsen-melder-nye-genstandsgraenser-ud
7. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger om alkohol. Sundhedsstyrelsen, 2023. Tilgået november 2024. https://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Alkohol/Anbefalinger-om-alkohol
8. Zierau F, Hardt F, Henriksen JH, et al. Validation of a self-administered modified CAGE test (CAGE-C) in a somatic hospital ward: Comparison with biochemical markers. Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation. 2005;65(7):615-622. doi:10.1080/00365510500333445
9. Hjarnaa L, Tolstrup JS, Becker U, et al. Antal danskere med et alkoholproblem - En analyse baseret på alkoholscreeningsværktøjet CAGE-C. København, Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023.
10. Ware J, Jr., Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. Med Care. 1996;34(3):220-233. doi:10.1097/00005650-199603000-00003
11. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, et al. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv: En analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2017.
12. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, et al. What characterizes persons with poor mental health? A nationwide study in Denmark. Scand J Public Health. 2014;42(5):446-455. doi:10.1177/1403494814532877
13. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, et al. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007;61(2):270-278. doi:10.1038/sj.ejcn.1602503
14. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep Ser. 2000.
15. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.
16. World Health Organization: Obesity and overweight. 2024. Tilgået november 2024. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight
17. Danmarks Statistik. FRDK124: Befolkningsfremskrivning 2024 for hele landet efter herkomst, køn og alder. Tilgået november 2024. https://www.statistikbanken.dk/statbank5a/selectvarval/define.asp?MainTable=FRDK124
18. Danmarks Statistik. Befolkningsfremskrivning. Tilgået november 2024. https://www.dst.dk/da/Statistik/emner/borgere/befolkning/befolkningsfremskrivning

19. Danmarks Statistik. BEFOLK2: Befolkningen 1. januar efter køn og alder. Tilgået november 2024. https://statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?MainTable=BEFOLK2
20. Tolstrup JS, Curtis AB, Petersen CB. Andelen af danskere med overvægt, fremskrevet til 2040. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2024.

5. Daglig rygning

Rygning er den risikofaktor, der forårsager flest dødsfald, det største tab i befolkningens middellevetid og det største antal somatiske indlæggelser i Danmark.[1] For den enkelte øger rygning risikoen for en lang række sygdomme, bl.a. lungekræft, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdomme og type 2-diabetes.[2,3] Ud over at øge risikoen for at udvikle sygdom kan rygning desuden forværre prognosen efter sygdom og reducere effekten af behandling.[3] På samfundsniveau har rygning store effekter på udgifter til sundhedsvæsenet, tab af produktion, og det bidrager desuden til at øge uligheden i sundhed. Dermed har rygning stor betydning for sygelighed, dødelighed og levetid i Danmark.[1,4]

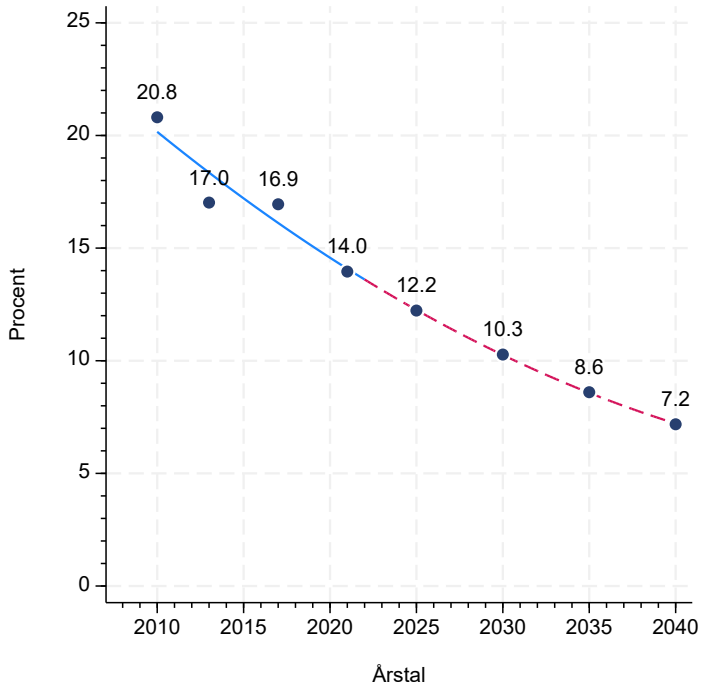
Andelen af danskere, der ryger dagligt, er faldet jævnt hen over de seneste årtier.[5] På trods heraf var rygning relateret til knap 16.000 ekstra dødsfald i Danmark i 2017.[1] Samtidig er andelen af danskere, der ryger, større end i øvrige nordiske lande,[6] og rygning er en del af forklaringen på, at middellevetiden i Danmark stadig halter efter de andre nordiske lande.[7]

Daglig rygning er i disse analyser opgjort på baggrund af selvrapporteret svar på spørgsmålet 'Ryger du?', hvor svaret 'Ja, hver dag' indikerer daglig rygning. Personer, der ryger e-cigaretter, indgår ikke i disse analyser.

5.1 Fremskrivning af daglig rygning

I perioden 2010 til 2021 er andelen af danskere, der ryger dagligt, faldet fra 20,8 % til 14,0 %. I 2025 forventes det, at 12,2 % af den danskerne vil ryge dagligt, og i 2040 forventes andelen at falde til 7,2 % (Figur 5.1).

Figur 5.1. Andel (i procent), der ryger dagligt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I 2010 røg 927.822 danskere dagligt, og i 2021 var dette tal faldet til 675.274. Fremskrivningen indikerer, at antallet af danskere, der ryger dagligt, vil falde yderligere fra et estimeret antal på 607.908 i 2025 og til 367.198 i 2040 (Tabel 5.1).

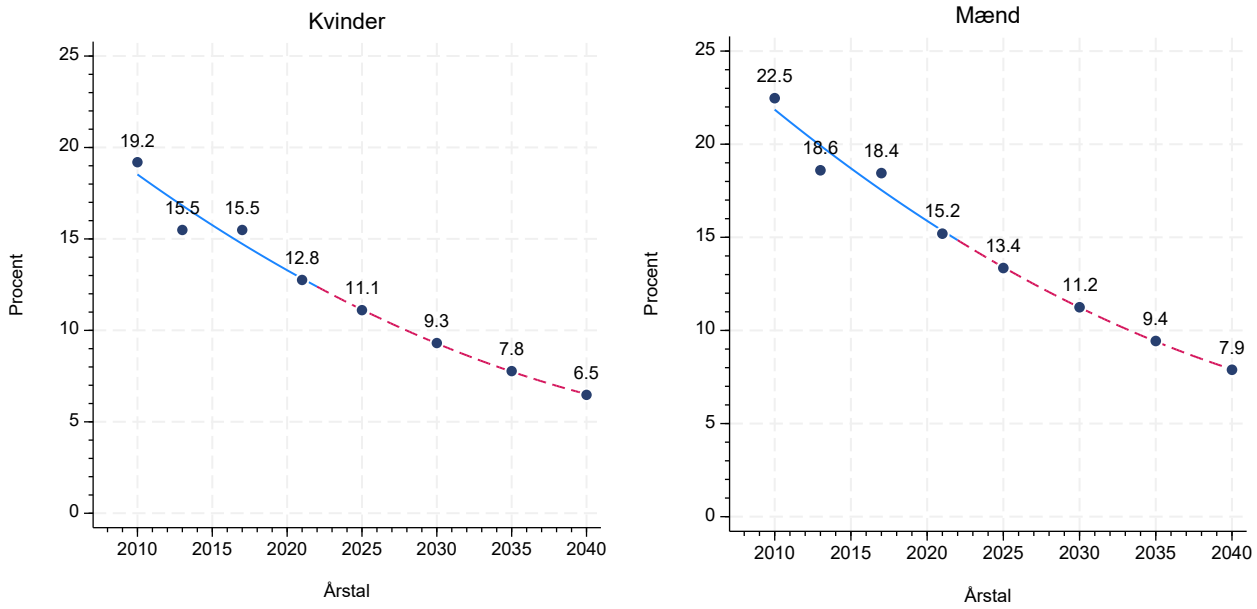
Tabel 5.1. Antal danskere, der ryger dagligt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	927.822	774.425	797.620	675.274	*607.908*	*517.862*	*436.119*	*367.198*

5.2 Daglig rygning opdelt på køn

For både kvinder og mænd er andelen, der ryger dagligt, faldet mellem 2010 og 2021. For kvinder er andelen faldet fra 19,2 % til 12,8 % og for mænd fra 22,5 % til 15,2 %. Det forventes, at andelen af kvinder, der ryger dagligt, i 2040 vil være 6,5 %, mens det blandt mænd forventes at være 7,9 %. Over hele perioden er andelen, der ryger dagligt, højest blandt mænd (Figur 5.2).

Figur 5.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der ryger dagligt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Blandt kvinder er antallet, der ryger dagligt, faldet fra 435.397 i 2010 til 312.339 i 2021. For mænd er antallet faldet tilsvarende fra 493.465 i 2010 til 362.251 i 2021. Ifølge fremskrivningen vil antallet af personer, der ryger dagligt, falde yderligere til 167.907 blandt kvinder og 198.827 blandt mænd i 2040 (Tabel 5.2).

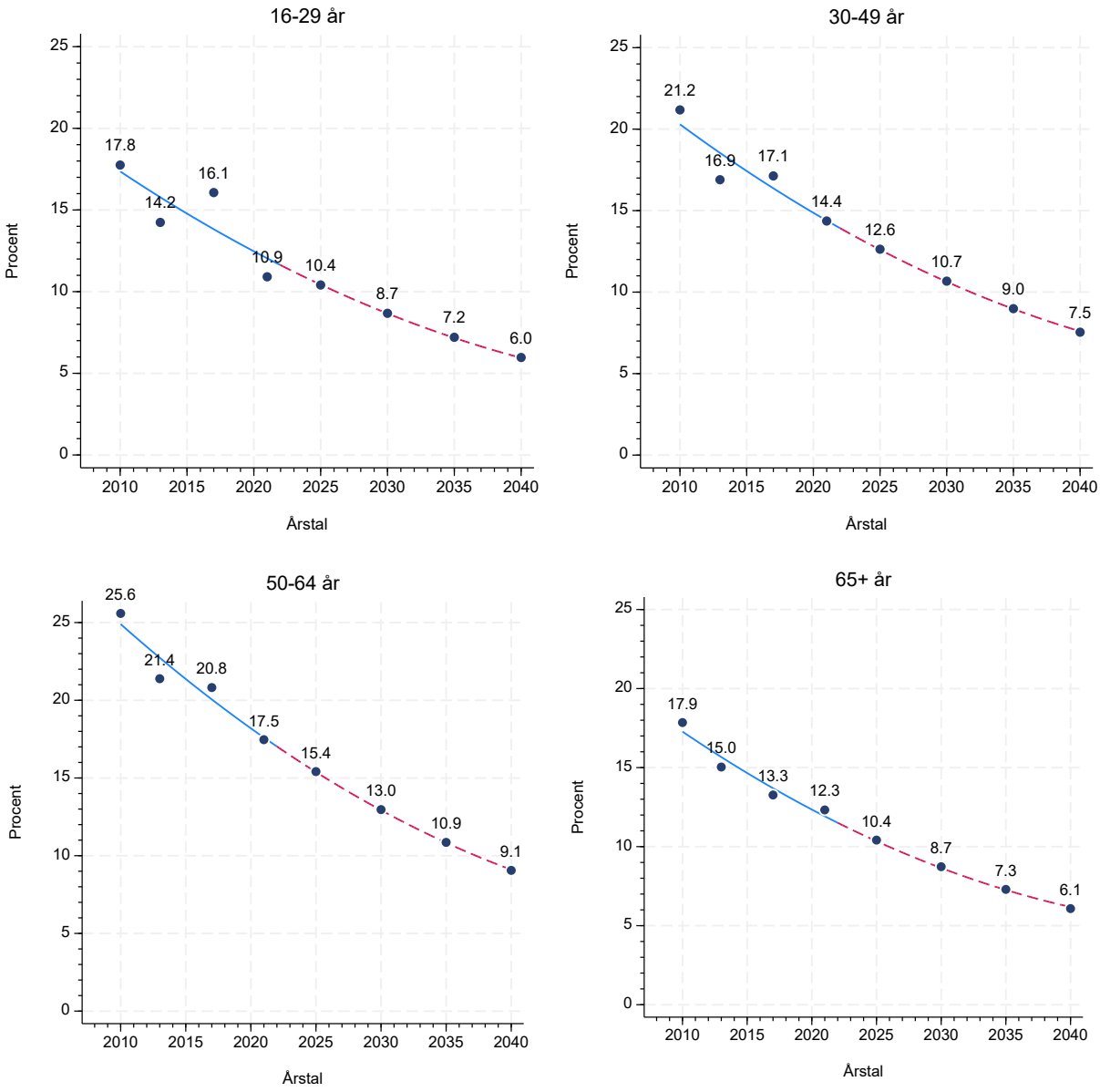
Tabel 5.2. Antal kvinder og mænd, der ryger dagligt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	435.397	358.518	370.028	312.339	*279.920*	*236.684*	*200.372*	*167.907*
Mænd	493.465	417.091	429.157	362.251	*329.781*	*278.072*	*235.214*	*198.827*

5.3 Daglig rygning opdelt på aldersgrupper

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af personer, der ryger dagligt, faldet i alle aldersgrupper. Den mindste andel over hele perioden ses blandt de 16-29-årige. Her røg 17,8 % dagligt i 2010, og ifølge fremskrivningen forventes det, at 6,0 % af de 16-29-årige vil ryge dagligt i 2040. Blandt de 50-64-årige ses den største andel, der ryger dagligt, i hele perioden. Fra en observeret andel på 25,6 % i 2021 forventes det, at 9,1 % vil ryge dagligt i 2040 (Figur 5.3).

Figur 5.3. Andel (i procent), der ryger dagligt opdelt i aldersgrupper, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I aldersgruppen 16-29 år røg 163.028 personer dagligt i 2010. I denne aldersgruppe forventes det, at 110.704 vil ryge dagligt i 2025 og 57.572 i 2040. Blandt de 50-64-årige røg 278.261 dagligt i 2010. Dette tal forventes at falde til 182.078 i 2025 og 92.654 i 2040 (Tabel 5.3).

Tabel 5.3. Antal, der ryger dagligt opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	163.028	137.808	168.605	114.704	*110.704*	*88.657*	*71.206*	*57.572*
30-49 år	329.696	256.192	248.922	208.152	*187.495*	*161.296*	*140.500*	*119.193*
50-64 år	278.261	228.816	233.284	201.124	*182.078*	*148.972*	*115.343*	*92.654*
65+ år	161.612	149.970	145.658	144.682	*129.792*	*117.917*	*106.789*	*93.515*

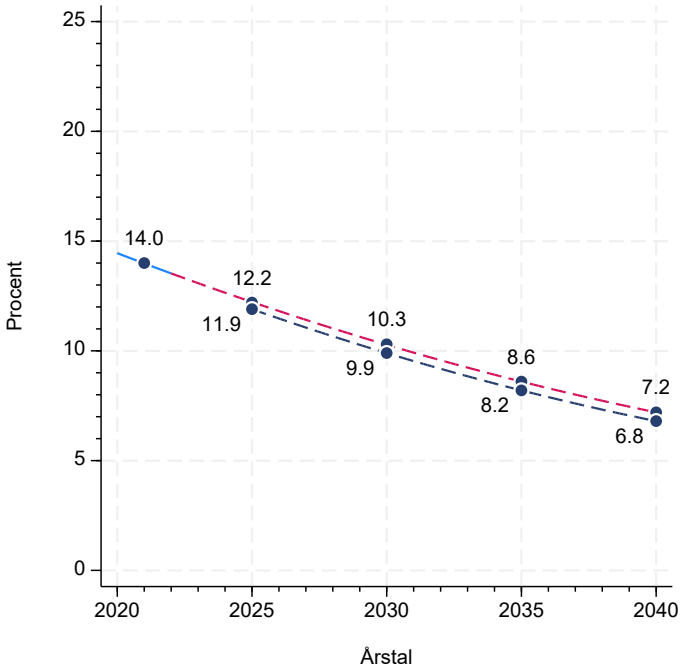
5.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af daglig rygning, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive daglig rygning i 2021. Med denne metode estimeres andelen af daglig rygere i 2021 til at være 14,4 %, hvilket er i god overensstemmelse med den observerede andel i 2021 på 14,0 %.

5.5 Betydningen af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, der ryger dagligt i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 11,9 %, 9,9 %, 8,2 % og 6,8 % (Figur 5.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen, der ryger dagligt, således være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen der ryger dagligt være 11,9 %, hvis befolkningen var som i 2021, mod de estimerede 12,2 %. Det svarer til en forskel på 0,3 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på 0,4 procentpoint (Figur 5.4).

Figur 5.4. Estimerede andele (procent) der ryger dagligt fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.
2. Møller SP, Christensen AI, Tolstrup JS. Risikofaktorer for udvalgte hjertesygdomme – Livsstil og psykosociale forhold. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2017.
3. National Center for Chronic Disease P, Health Promotion Office on S, Health. The Health Consequences of Smoking—50 Years of Progress: A Report of the Surgeon General. Centers for Disease Control and Prevention (US). 2014.
4. Bryazka D, Reitsma MB, Abate YH, et al. Forecasting the effects of smoking prevalence scenarios on years of life lost and life expectancy from 2022 to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. The Lancet Public Health. 2024;9(10):e729-e744. doi:10.1016/S2468-2667(24)00166-X
5. Schramm S, Jarlstrup NS, Christensen AI. Danskernes rygevaner - Årsrapport 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2018.
6. Nomesco. Health Statistics in the Nordic Countries 2015. 2015.
7. Jensen HAR, Juel K. Social inequality in mortality in the Nordic countries – The impact of smoking and alcohol. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Nordic Medico Statistical Committee. 2017.

6. Stillesiddende fritidsaktivitet

Stillesiddende fritidsaktivitet udgør en væsentlig risikofaktor for folkesundheden i Danmark, idet fysisk inaktivitet øger risikoen for en række alvorlige tilstande og sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, metabolisk syndrom samt visse former for kræft. Fysisk inaktivitet er desuden forbundet med en øget risiko for tidlig død.[1-5] Omvendt viser forskning, at en fysisk aktiv livsstil kan forebygge mange af de sygdomme, som er knyttet til inaktivitet, da regelmæssig fysisk aktivitet både styrker muskler, hjertekarsystemet og knoglerne samt bidrager til et stærkere immunforsvar.[6,7]

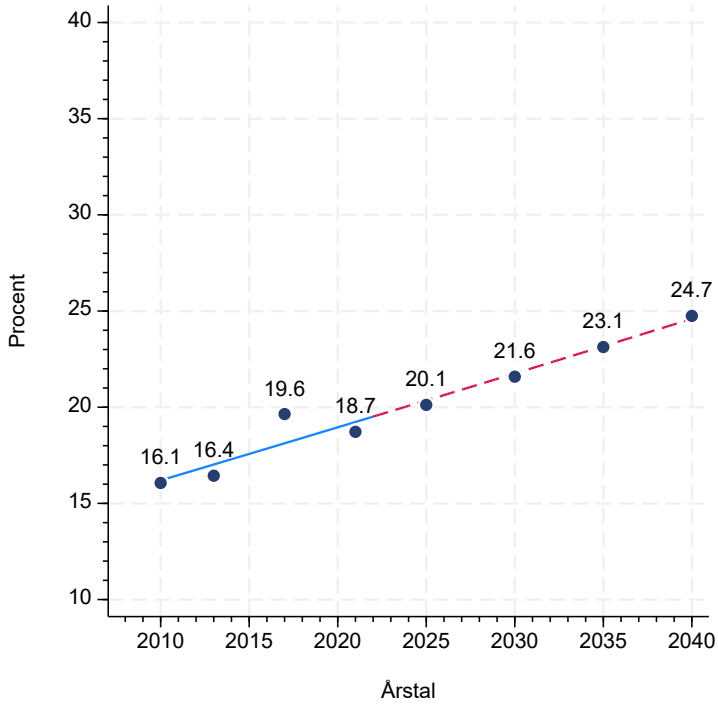
I Danmark er andelen af personer, der har overvejende stillesiddende fritidsaktivitet, steget de seneste år, hvilket medfører betydelige sundhedsmæssige konsekvenser. Blandt voksne er fysisk inaktivitet, næst efter rygning, den forebyggelige risikofaktor, der skønnes at være årsag til flest dødsfald. Det anslås, at der i 2017 var ca. 4.700 ekstra dødsfald blandt fysisk inaktive personer i forhold til fysisk aktive personer. Dette svarer til ca. 9 % af alle dødsfald i Danmark.[8]

Stillesiddende fritidsaktivitet er i disse analyser opgjort ud fra svaret ’Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse’ til spørgsmålet om, hvad der bedst beskriver respondentens fysiske aktivitet i fritiden.

6.1 Fremskrivning af stillesiddende fritidsaktivitet

Andelen af danskere, der har stillesiddende fritidsaktivitet, er i perioden 2010 til 2021 steget fra 16,1 % til 18,7 %. I 2025 forventes det, at 20,1 % af den voksne befolkning vil have stillesiddende fritidsaktivitet, og i 2040 forventes andelen at stige til 24,7 % (Figur 6.1).

Figur 6.1. Andel (i procent), der har stillesiddende fritidsaktivitet, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010, 2013 og 2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Datapunkt fra 2017 stammer fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Antallet af danskere med stillesiddende fritidsaktivitet var i 2010 på 718.201 og i 2021 var dette tal steget til 901.973. Fremskrivningen viser, at dette antal forventes at stige yderligere til 1.001.554 i 2025 og til 1.259.693 i 2040 (Tabel 6.1).

Tabel 6.1. Antal danskere, der har stillesiddende fritidsaktivitet, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

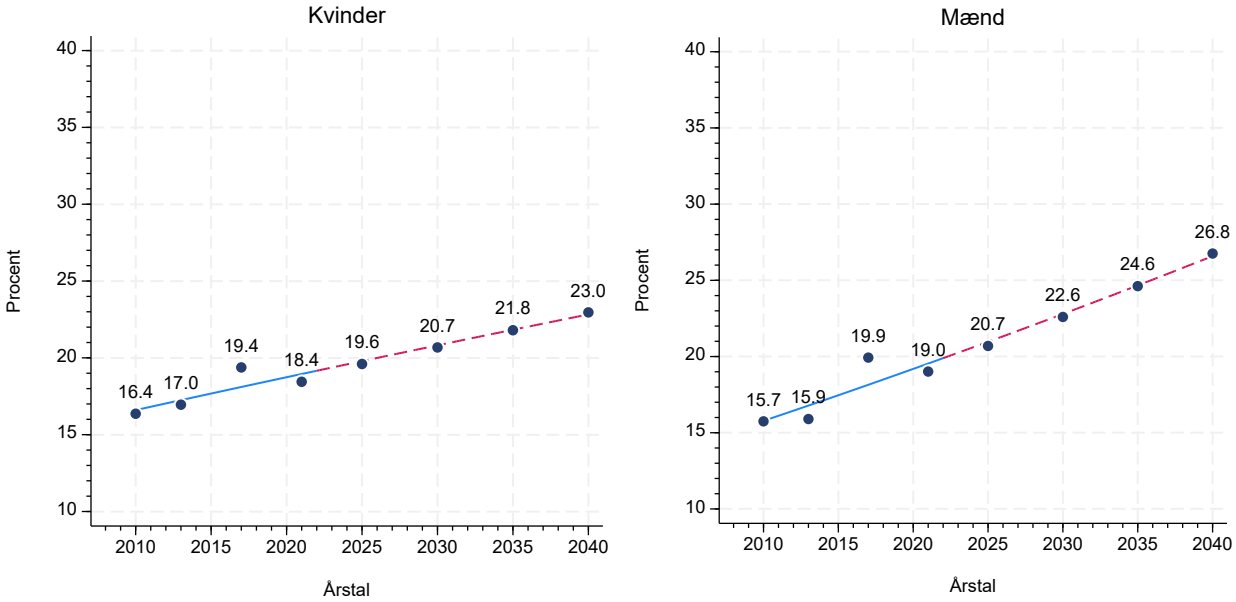
	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	718.201	747.092	925.051	901.973	*1.001.554*	*1.086.002*	*1.171.437*	*1.259.693*

6.2 Stillesiddende fritidsaktivitet opdelt på køn

I perioden 2010 til 2021 er andelen af personer med stillesiddende fritidsaktivitet steget for både mænd og kvinder. For kvinder er andelen steget fra 16,4 % til 18,4 %, mens den for mænd er steget fra 15,7 % til 19,0 %. I 2040 forventes andelen af kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet at være 23,0 %, mens den blandt mænd forventes at stige til 26,8 %. Med undtagelse af perioden fra

2010 til 2013 er andelen med stillesiddende fritidsaktivitet højere blandt mænd end blandt kvinder (Figur 6.2).

Figur 6.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der har stillesiddende fritidsaktivitet, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010, 2013 og 2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Datapunkt fra 2017 stammer fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Antallet af kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet er i perioden 2010 til 2021 steget fra 371.902 til 448.988. I samme periode er antallet blandt mænd tilsvarende steget fra 344.329 i 2010 til 452.814 i 2021. Ifølge fremskrivningen forventes antallet af fortsætte med at stige, og i 2040 vil antallet af kvinder med stillesiddende fritidsaktivitet være 594.131, mens det blandt mænd vil være 674.501 (Tabel 6.2).

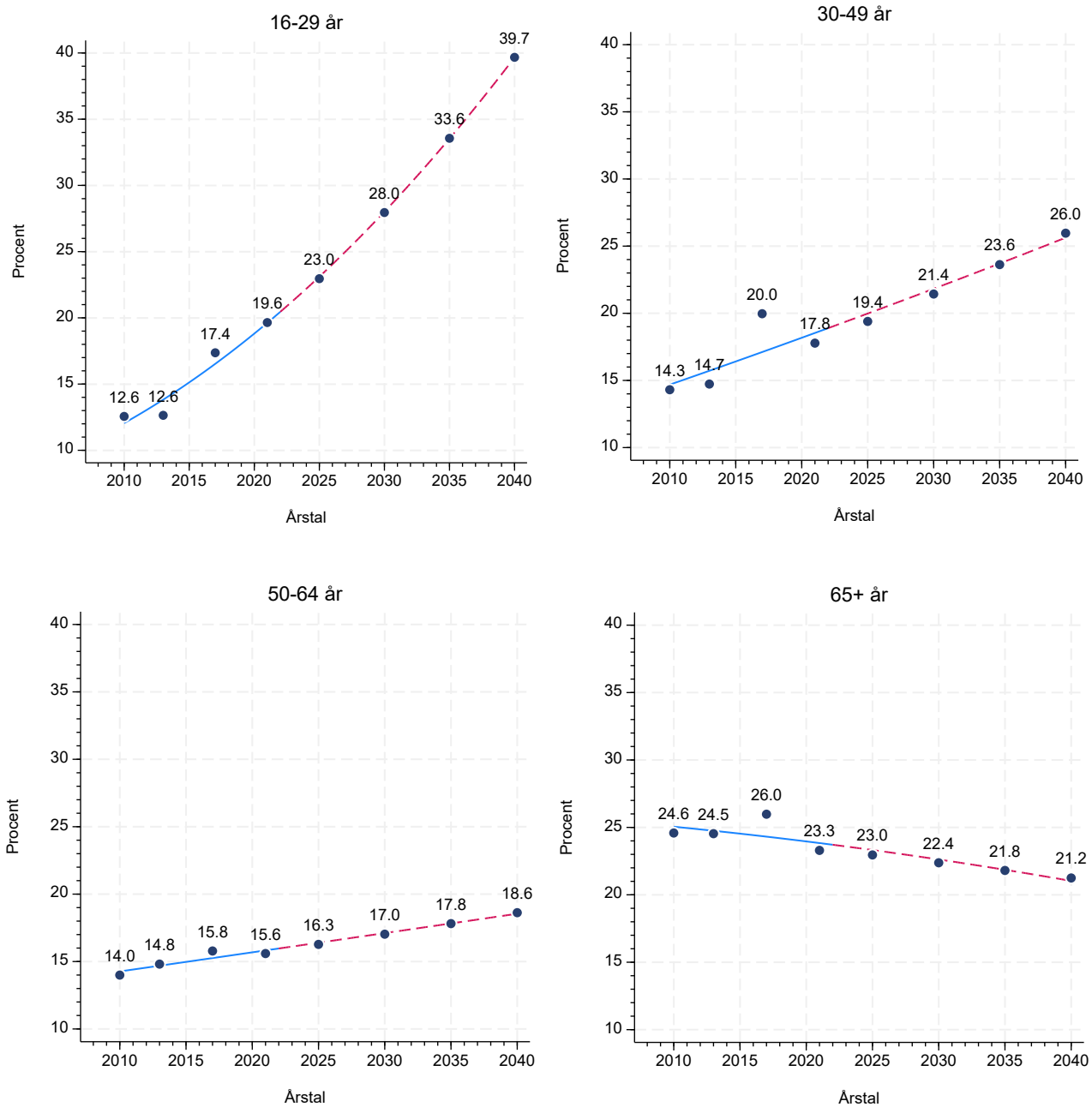
Tabel 6.2. Antal kvinder og mænd, der har stillesiddende fritidsaktivitet, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	371.902	393.213	463.131	448.988	*494.274*	*526.815*	*560.015*	*594.131*
Mænd	344.329	356.545	464.142	452.814	*509.437*	*561.110*	*615.561*	*674.501*

6.3 Stillesiddende fritidsaktivitet opdelt på aldersgrupper

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af personer med stillesiddende fritidsaktivitet steget i alle aldersgrupper på nær blandt de 65+-årige. Stigningen blandt de 16-29-årige, 30-49- årige og 50-64-årige forventes at fortsætte frem til 2040, mens der for den ældste aldersgruppe forventes et lille fald i andelen med stillesiddende fritidsaktivitet. Blandt de 65+-årige havde 24,6 % stillesiddende fritidsaktivitet i 2010, og ifølge fremskrivningen forventes dette tal at falde til 21,2 % i 2040. Blandt de 16-29-årige havde 12,6 % stillesiddende fritidsaktivitet i 2010, og ifølge fremskrivningen forventes tallet at stige til 39,7 % i 2040. Generelt ses den mindste andel af personer med stillesiddende fritidsaktivitet blandt de 50-64-årige, med undtagelse af perioden fra 2010 til 2013, hvor de 16-29-årige har den mindste andel. I 2010 havde 14,0 % af 50-64-årige stillesiddende fritidsaktivitet, hvilket ifølge fremskrivningen forventes at stige til 18,6 % i 2040 (Figur 6.3).

Figur 6.3. Andel (i procent), der har stillesiddende fritidsaktivitet, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2040. Datapunkter fra 2010, 2013 og 2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Datapunkt fra 2017 stammer fra Sundheds- og Sygelighedsundersøgelsen. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I aldersgruppen 16-29 år havde 115.402 personer stillesiddende fritidsaktivitet i 2010. Ifølge fremskrivningerne forventes dette at stige til 244.827 i 2025 og 380.933 i 2040. Blandt de 30-49-årige havde 222.389 personer stillesiddende fritidsaktivitet i 2010, hvilket forventes at stige til 288.684 i

2025 og 413.201 i 2040. Blandt 65+-årige havde 222.103 stillesiddende fritidsaktivitet i 2010. Dette tal forventes at stige til 287.041 i 2025 og 325.002 i 2040 (Tabel 6.3).

Tabel 6.3. Antal, der har stillesiddende fritidsaktivitet opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	115.402	122.280	182.219	206.257	*244.827*	*285.332*	*332.297*	*380.933*
30-49 år	222.389	222.841	291.136	257.300	*288.684*	*322.592*	*368.423*	*413.201*
50-64 år	152.174	158.246	177.206	179.288	*192.719*	*194.810*	*188.360*	*189.381*
65+ år	222.103	244.951	284.745	274.071	*287.041*	*303.603*	*318.904*	*325.002*

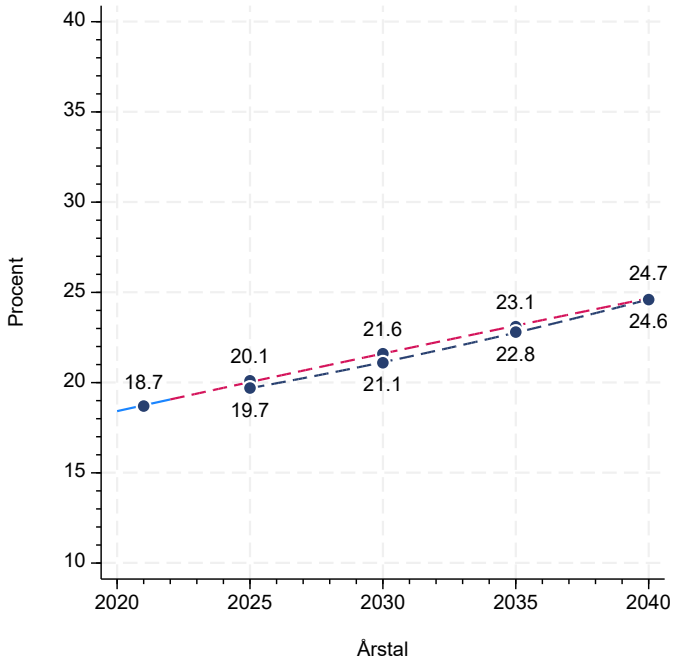
6.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af stillesiddende fritidsaktivitet, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive stillesiddende fritidsaktivitet i 2021. Med denne metode estimeres andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, i 2021 til at være 19,6 %, hvilket er i overensstemmelse med den observerede andel i 2021 på 18,7 %.

6.5 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 19,7 %, 21,1 %, 22,8 % og 24,6 % (Figur 6.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, være 19,7 %, hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 20,1 %. Det svarer til en forskel på 0,4 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030 ville forskellen være på 0,5 procentpoint, i 2035 på 0,3 procentpoint og i 2040 på 0,1 procentpoint (Figur 6.4).

Figur 6.4. Estimerede andele (procent), der har stillesiddende fritidsaktivitet, fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. WHO. WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: World Health Organization. 2020.
2. U.S. Department of Health and Human Services. Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition. Washington: U.S. Department of Health and Human Services. 2018.
3. Moore SC, Lee IM, Weiderpass E, et al. Association of Leisure-Time Physical Activity With Risk of 26 Types of Cancer in 1.44 Million Adults. JAMA Intern Med. 2016;176(6):816-825. doi:10.1001/jamainternmed.2016.1548
4. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet. 2012;380(9838):219-229. doi:10.1016/s0140-6736(12)61031-9
5. Ahrensberg H, Nørgaard S, Petersen CB. Fysisk aktivitet for voksne (18-64 år) - Viden om forebyggelse og sundhed. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2023.
6. Pedersen BK, Bugge A, Nielsen G, et al. Fysisk aktivitet - Læring, trivsel og sundhed i folkeskolen. København: Vidensråd for Forebyggelse. 2016.
7. Toftager M. Fysisk aktivitet og stillesiddende adfærd blandt 11-15 årige - National monitorering med objektive målinger. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyselsen. 2019.
8. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.

7. Alkohol

Alkohol er blandt de risikofaktorer, der har størst indflydelse på folkesundheden i Danmark, idet et højt forbrug bidrager til en lang række sundheds- og samfundsmæssige udfordringer.[1] Mere end 200 internationalt klassificerede sygdomme og tilstande kan direkte eller indirekte tilskrives et højt alkoholforbrug, herunder alkoholafhængighed, leversygdomme, visse kræftformer, fosterskader samt muskel- og skeletsygdomme.[2,3]

Ud over de fysiske helbredsproblemer fører et højt alkoholforbrug også til betydelige psykosociale udfordringer. Et højt forbrug kan blandt andet øge risikoen for en lang række psykiske lidelser som bl.a. angst og depression, hvilket ofte påvirker livskvaliteten for den enkelte. Derudover kan det have betydelige konsekvenser for hele familien, både for partneren til den, der drikker for meget, men også for de børn, der vokser op i et hjem med alkoholproblemer.[4] Et højt alkoholforbrug kan desuden medføre frafald fra arbejdsmarkedet, trafikulykker, vold og selvmord.[5-9] Konsekvenserne af alkohol afhænger dog både af forbrugsmængden samt drikkemønsteret.[5,10]

Andelen af danskere, der drikker mere end 10 genstande om ugen, er faldet jævnt det seneste årti.[11] På trods heraf har særligt unge danskere stadig et højere alkoholforbrug end i de øvrige nordiske lande og udviser samtidig hyppigere binge-drinking adfærd, der inkluderer indtag af 5 eller flere genstande ved samme lejlighed.[12-14] Denne adfærd har alvorlige konsekvenser for danskernes sundhed, og hvert år registreres omkring 3.000 dødsfald, hvor alkohol enten er den primære eller medvirkende årsag, svarende til omkring 6 % af alle dødsfald.[1,15]

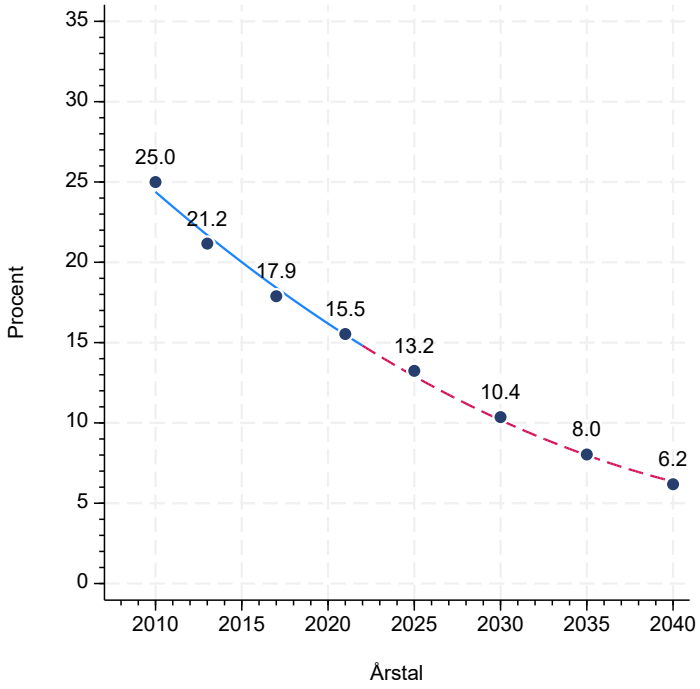
Alkoholforbrug er i disse analyser opgjort på baggrund af selvrapporterede svar på spørgsmålet: 'Hvor mange genstande drikker du typisk på hver af dagene i løbet af ugen?' – med angivelse af antal genstande for hver af ugens dage. Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer er opgjort på baggrund af en score på 3 eller derover på CAGE-C.

7.1 Fremskrivning af alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

Andelen af danskere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er i perioden 2010 til 2021 faldet fra 25,0 % til 15,5 %. I 2025 forventes 13,2 % af den voksne befolkning at

drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, mens denne andel forventes at falde til 6,2 % i 2040 (Figur 7.1).

Figur 7.1. Andel (i procent), der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Antallet af danskere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, var i 2010 på 1.115.219. I 2021 var det faldet til 747.625. Fremskrivningen indikerer, at dette antal forventes at falde yderligere til 657.737 i 2025 og til 316.198 i 2040 (Tabel 7.1).

Tabel 7.1. Antal danskere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

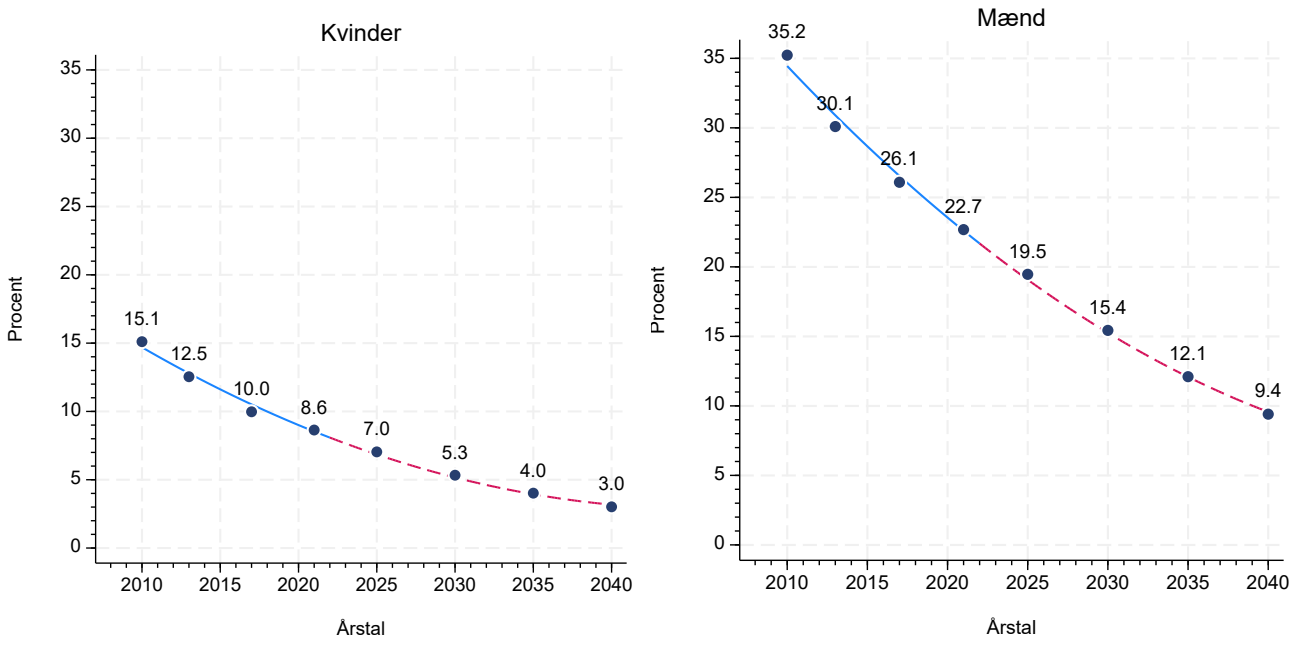
	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	1.115.219	965.753	844.817	747.625	*657.737*	*522.890*	*405.692*	*316.198*

7.2 Alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge opdelt på køn

For både kvinder og mænd er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, faldet i perioden 2010 til 2021. Blandt kvinder er andelen faldet fra 15,1 % til 8,6 %, mens den blandt mænd er faldet fra 35,2 % til 22,7 %. I 2040 forventes andelen af kvinder, der drikker mere

end 10 genstande i løbet af en typisk uge at være 3,0 %, mens andelen for mænd vil være 9,4 %. Over hele perioden er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, højest blandt mænd (Figur 7.2).

Figur 7.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundheds-profil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Antallet af kvinder, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er faldet fra 342.422 i 2010 til 209.853 i 2021. I samme periode er antallet for mænd faldet fra 771.999 til 540.994. Ifølge fremskrivningen forventes antallet at falde yderligere, så 77.495 kvinder og 236.579 mænd vil drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2040 (Tabel 7.2).

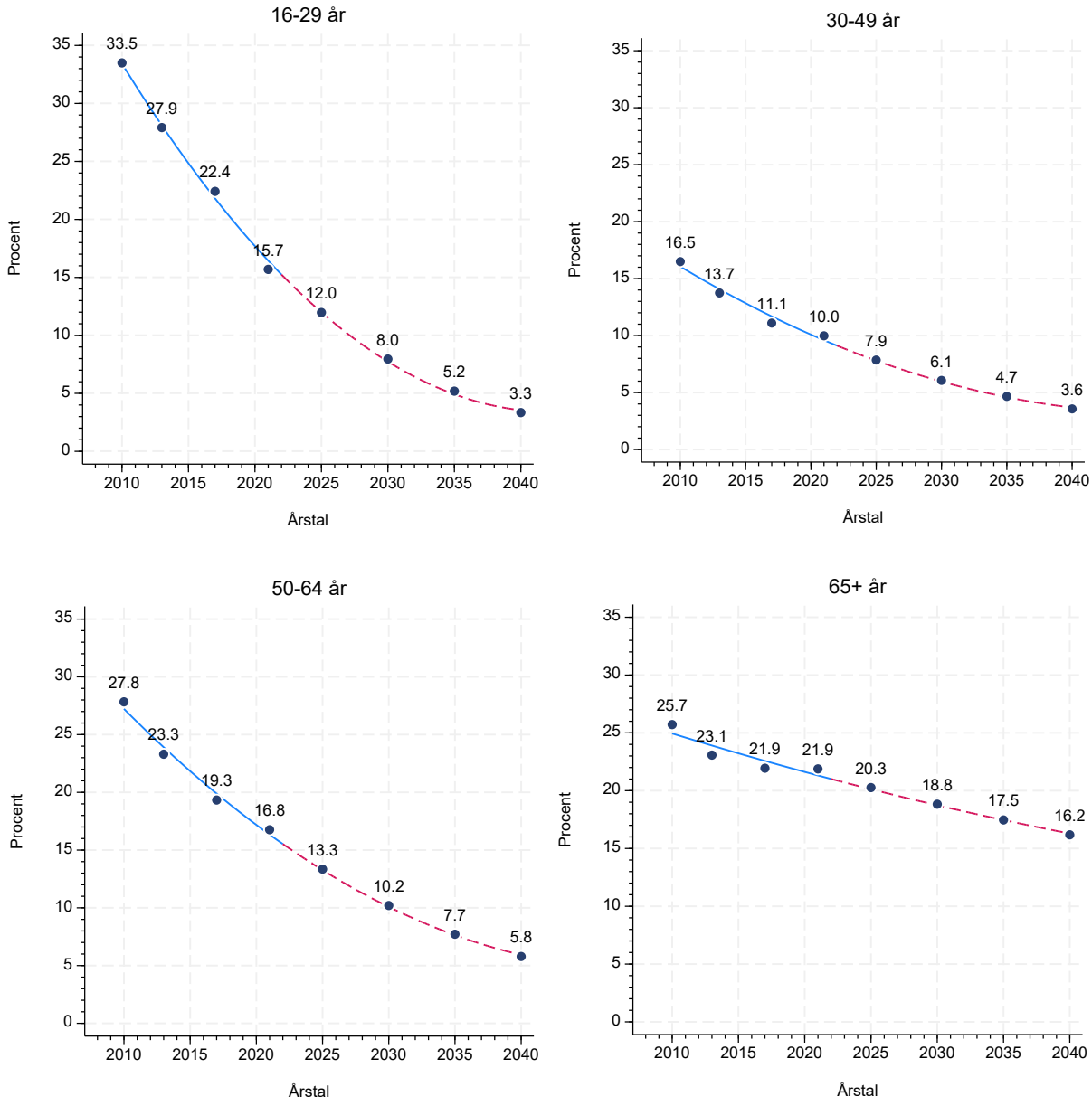
Tabel 7.2. Antal kvinder og mænd, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	342.422	289.127	238.727	209.853	*176.526*	*134.885*	*102.755*	*77.495*
Mænd	771.999	674.969	608.749	540.994	*479.905*	*382.350*	*302.776*	*236.579*

7.3 Alkoholindtag på mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge opdelt på aldersgrupper

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, faldet i alle aldersgrupper. Det største fald i perioden ses blandt de 16-29-årige, hvor andelen i 2010 var på 33,5 %, hvilket ifølge fremskrivningen forventes at falde til 3,3 % i 2040. Over hele perioden ses den mindste andel af personer, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, blandt de 30-49-årige, med undtagelse af 2040, hvor der ses en anelse lavere andel blandt de 16-29-årige. I 2010 drak 16,5 % af de 30-49-årige mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og denne andel forventes at være 3,6 % i 2040 (Figur 7.3).

Figur 7.3. Andel (i procent), der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I 2010 drak 232.035 personer i alderen 65+ år mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, og ifølge fremskrivningen forventes antallet at stige til 248.351 i 2040. Blandt de 16-29-årige drak 306.822 personer mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2010. Dette forventes at falde til 31.665 i 2040 (Tabel 7.3).

Tabel 7.3. Antal, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	306.822	270.763	234.580	165.216	*127.736*	*81.524*	*51.427*	*31.665*
30-49 år	256.603	207.682	161.581	144.550	*117.557*	*91.954*	*73.372*	*57.213*
50-64 år	302.174	249.131	216.461	193.079	*157.249*	*116.886*	*81.481*	*59.054*
65+ år	232.035	230.954	239.843	257.604	*253.345*	*254.810*	*256.001*	*248.351*

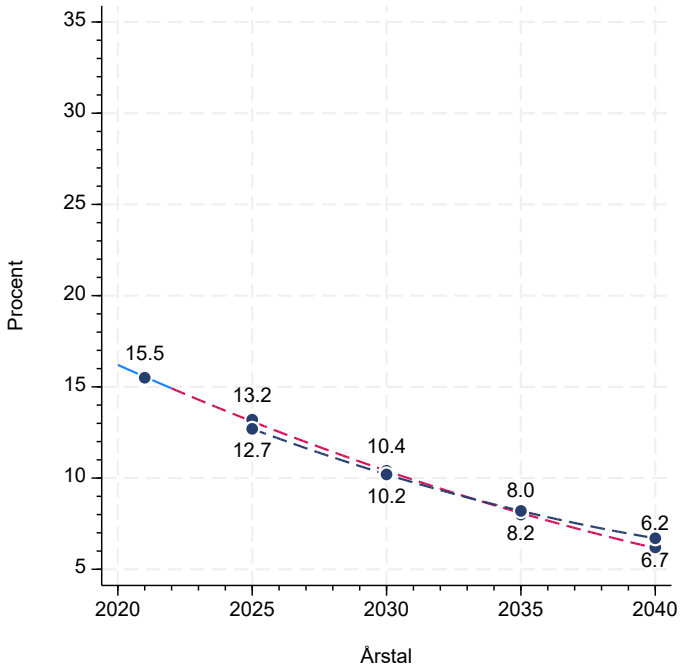
7.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af alkoholindtag, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive alkoholindtag i 2021. Med denne metode estimeres andelen af danskere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2021 til at være 15,2%, hvilket et i god overensstemmelse med den observerede andel i 2021 på 15,5%.

7.5 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 12,7 %, 10,2 %, 8,2 % og 6,7 % (Figur 7.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, være 12,7 %, hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 13,2 %. Det svarer til en forskel på 0,5 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på henholdsvis 0,2, 0,2 og 0,5 procentpoint (Figur 7.4).

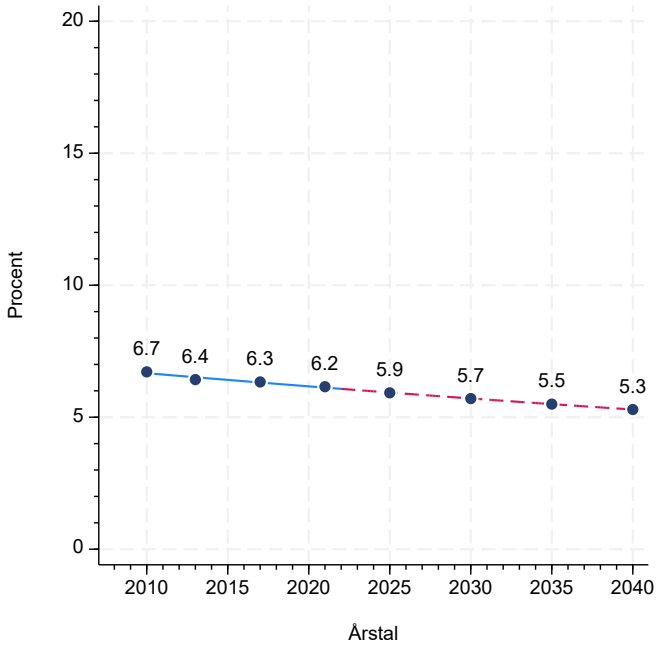
Figur 7.4. Estimerede andele (procent), der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



7.6 Fremskrivning af tegn på moderate eller svære alkoholproblemer

I perioden 2010 til 2021 har andelen af danskere med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer været forholdsvist konstant, med et lille fald fra 6,7 % til 6,2 %. I 2025 forventes 5,9 % at have tegn på moderate eller svære alkoholproblemer. I 2040 forventes tallet at være 5,3 % (Figur 7.5).

Figur 7.5. Andel (i procent), der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I 2010 havde 298.879 voksne danskere tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, og i 2021 var dette antal stort set uændret på 299.050 personer. I 2025 forventes der at være 293.989 med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer og i 2040 forventes tallet at være 270.299 (Tabel 7.4).

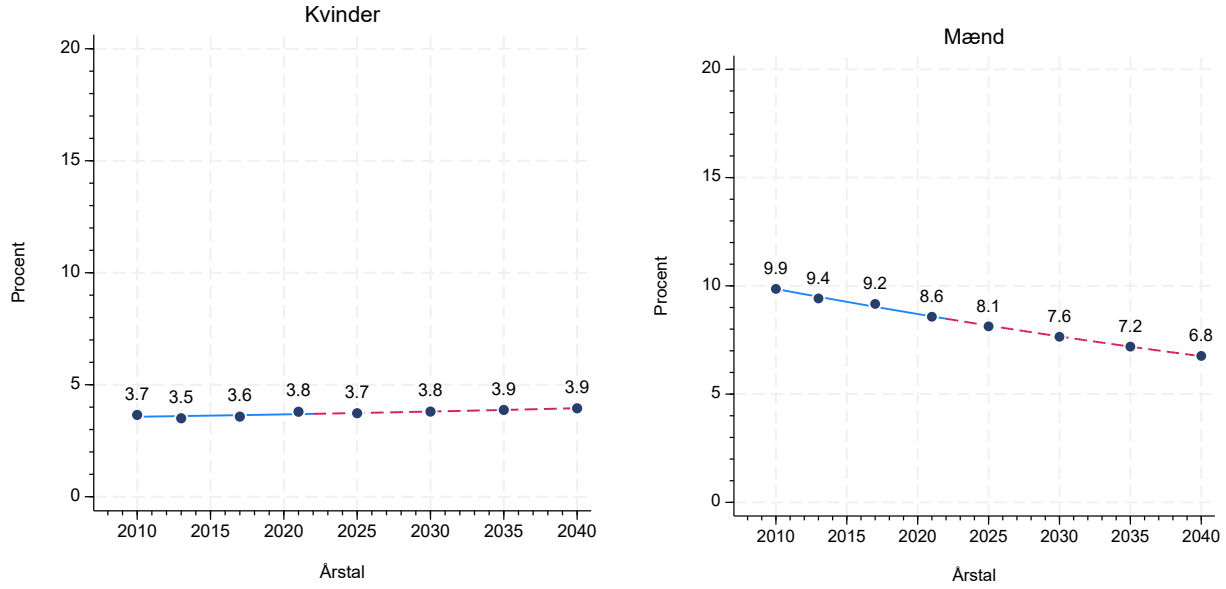
Tabel 7.4. Antal danskere, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	298.879	291.548	297.338	299.050	*293.989*	*286.583*	*278.916*	*270.299*

7.7 Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer opdelt på køn

Andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer har i perioden 2010 til 2021 været konstant blandt kvinder, med henholdsvis 3,7 % i 2010 og 3,8 % i 2021, mens andelen blandt mænd er faldet en smule fra 9,9 % til 8,6. I 2040 estimeres andelen blandt kvinder til at være 3,9 %, mens den blandt mænd forventes at falde til 6,8 %. Over hele perioden er andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer højest blandt mændene (Figur 7.6).

Figur 7.6. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundheds-profil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I perioden fra 2010 til 2021 er antallet af kvinder med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer steget fra 83.905 til 92.726. For mænd er antallet derimod faldet fra henholdsvis 217.125 i 2010 til 204.958 i 2021. Ifølge fremskrivningen vil antallet blandt kvinder stige en smule, mens det blandt mænd fortsat vil falde. I 2040 forventes det således, at 100.743 kvinder og 171.144 mænd vil have tegn på moderate eller svære alkoholproblemer (Tabel 7.5).

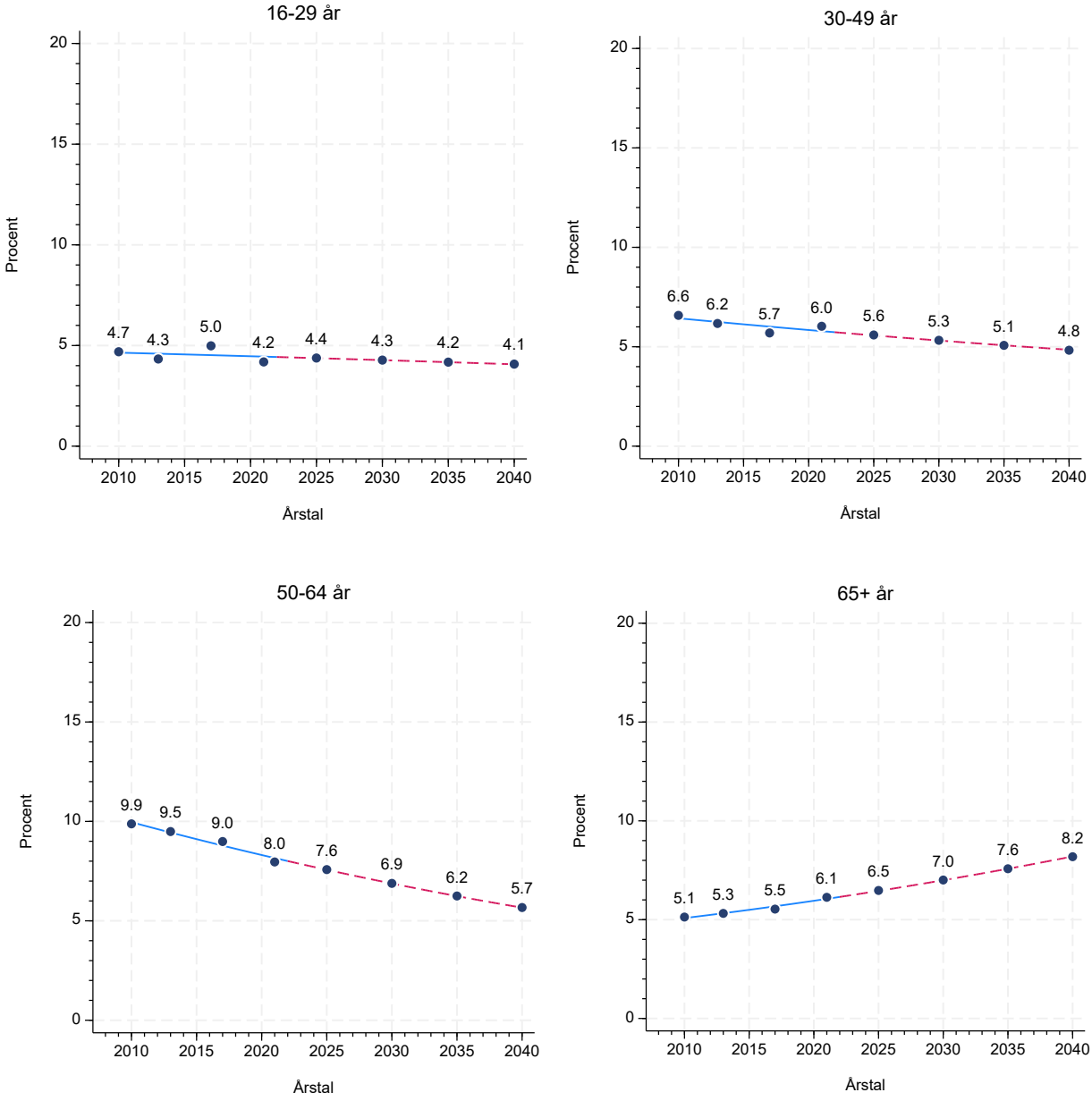
Tabel 7.5. Antal kvinder og mænd, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	83.905	80.956	85.942	92.726	*93.308*	*96.712*	*100.187*	*100.743*
Mænd	217.125	210.788	214.578	204.958	*199.344*	*188.687*	*180.166*	*171.144*

7.8 Tegn på moderate eller svære alkoholproblemer opdelt på aldersgrupper

I perioden 2010 til 2021 har andelen af personer med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer været forholdsvist konstant blandt de 16-29-årige og de 30-49-årige. Omvendt er andelen faldet en smule blandt de 50-64-årige, mens den er steget lidt blandt de 65+-årige. Blandt de 50-64-årige var andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer på 9,9 % i 2010 og 8,0 % i 2021. Blandt de 65+-årige forventes en andel med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer på 8,2 % i 2040. Over hele perioden ses den mindste andel med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer blandt de 16-29-årige, hvor andelen i 2010 var på 4,7 %. Tallet forventes at udgøre 4,1 % i 2040 (Figur 7.7).

Figur 7.7. Andel (i procent), der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I aldersgruppen 16-29 år havde 43.047 personer tegn på moderate eller svære alkoholproblemer i 2010. Ifølge fremskrivningen forventes dette tal at forblive konstant med henholdsvis 46.785 personer i 2025 og 39.250 personer i 2040. Blandt de 50-64-årige havde 107.609 personer tegn på moderate eller svære alkoholproblemer i 2010, hvilket forventes at falde til 58.037 personer i 2040. Hos de 65+-årige var antallet i 2010 på 46.046 personer, hvilket forventes at stige til 125.888 personer i 2040 (Tabel 7.6).

Tabel 7.6. Antal, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	43.047	41.731	52.362	44.198	*46.785*	*43.769*	*41.476*	*39.250*
30-49 år	102.641	93.988	82.974	86.730	*83.331*	*79.894*	*79.616*	*76.284*
50-64 år	107.609	101.577	100.940	91.942	*89.857*	*79.069*	*65.608*	*58.037*
65 år	46.046	52.989	60.234	71.753	*81.197*	*94.957*	*111.293*	*125.888*

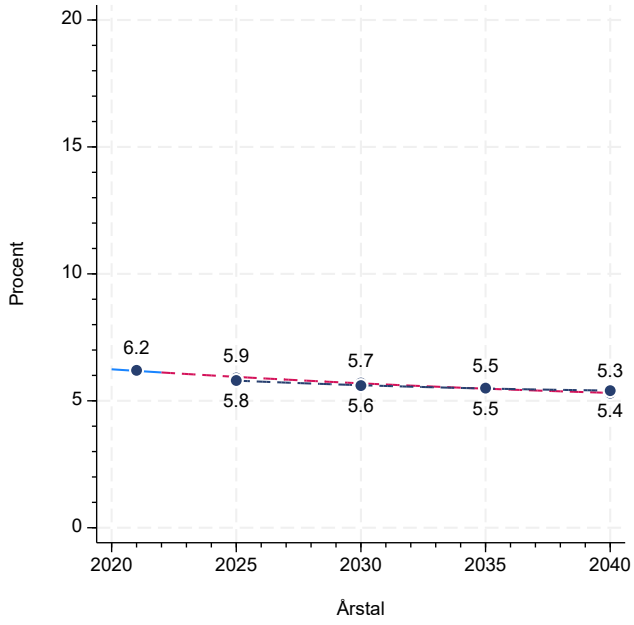
7.9 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive til 2021. Med denne metode estimeres andelen af danskere, der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, i 2021 til at være 6,1 %, hvilket et i god overensstemmelse med den observerede andel i 2021 på 6,2 %.

7.10 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 5,8 %, 5,6 %, 5,5 % og 5,4 % (Figur 7.8). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen med tegn på moderate eller svære alkoholproblemer være 5,8 %, hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 5,9 %. Det svarer til en forskel på 0,1 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på henholdsvis 0,1, 0,0 og 0,1 procentpoint (Figur 7.8).

Figur 7.8. Estimerede andele (procent), der har tegn på moderate eller svære alkoholproblemer, fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.
2. WHO. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization. 2018.
3. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol - brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave, 1. Oplag. København: Munksgaard. 2016.
4. Tolstrup J, Ekholm O, Becker U, et al. Antallet af børn af forældre med alkoholproblemer: Notat om børn af forældre med alkoholproblemer. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2023;
5. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. Addiction. 2017;112(6):968-1001. doi:https://doi.org/10.1111/add.13757
6. Hviid SS, Holst CA, Becker U, et al. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2021.
7. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - Ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2016.
8. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, et al. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. Eur J Epidemiol. 2019;34(4):397-407. doi:10.1007/s10654-018-0476-7
9. Hjarnaa L, Hviid SS, Becker U, et al. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge - Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistret. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU. 2020.
10. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser - En systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2020.
11. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2022.
12. Eurostat. Statistics explained: Alcohol consumption statistics. Tilgået oktober 2024, https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Alcohol_consumption_statistics#General_overview
13. OECD. Alcohol consumption (indicator). Tilgået oktober 2024, https://www.oecd.org/en/data/indicators/alcohol-consumption.html
14. The ESPAD Group. ESPAD Report 2019 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2020.
15. Eliasen M, Becker U, Grønbæk M, et al. 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:10.1007/s10654-013-9855-2

8. Lav score på den mentale helbredsskala

En lav score på den mentale helbredsskala udgør en væsentlig risikofaktor for folkesundheden, da dårlig mental sundhed er forbundet med en øget risiko for en række sygdomme som f.eks. angst og depression.[1] Ifølge WHO defineres mental sundhed som 'en tilstand af trivsel, hvor individet kan udfolde sine evner, kan håndtere dagligdagsudfordringer og stress, samt indgå i fællesskaber med andre mennesker'.[2] Personer med en lav score på den mentale helbredsskala oplever ofte en betydelig forringelse af livskvaliteten, herunder dårligere arbejdsevne, øget fravær fra arbejdsmarkedet samt tab af sociale relationer.[3]

Mental sundhed påvirkes af et samspil af både sociale, psykologiske og biologiske faktorer, som kan være både beskyttende og risikobetonede. Både de beskyttende faktorer og risikofaktorerne kan inddeles i tre niveauer; individuelt, strukturelt og socialt niveau. På et individuelt niveau kan faktorer som lavt selvværd, dårlige evner til at håndtere stress og udfordringer samt dårlige familiære relationer øge risikoen for lav mental sundhed, mens strukturelle faktorer som arbejdsløshed, manglende skolegang samt voldelige og kriminelle omgivelser ligeledes kan påvirke den mentale sundhed. På et socialt niveau kan faktorer som misbrug, vold og social eksklusion forværre den mentale sundhed.[4]

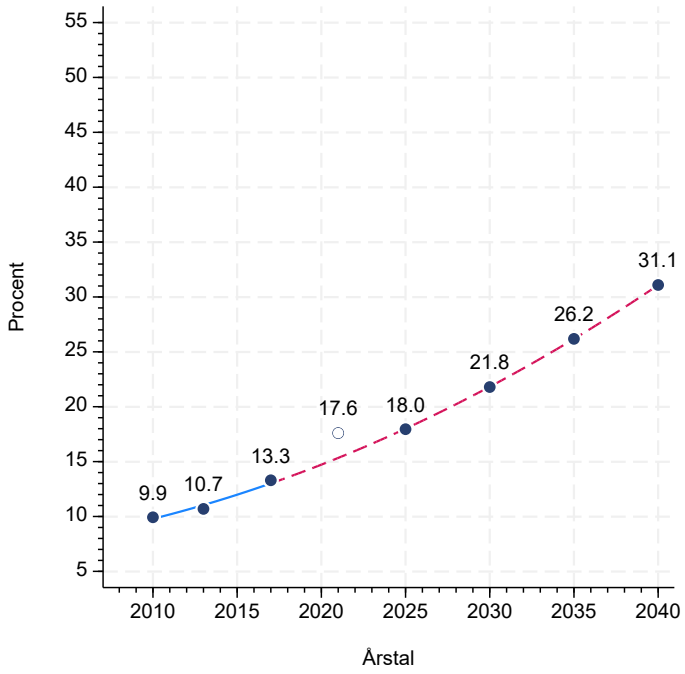
I Danmark har personer med lav score på den mentale helbredsskala en markant højere risiko for både sygdom og død sammenlignet med de personer, der har god mental sundhed. I 2017 resulterede dårlig mental sundhed i ca. 1.400 ekstra dødsfald. Derudover medførte dårlig mental sundhed henholdsvis ca. 40.500 ekstra somatiske indlæggelser og ca. 18.500 ekstra psykiatriske indlæggelser.[5]

Lav score på den mentale helbredsskala er i disse analyser opgjort på baggrund af besvarelser på SF-12 spørgeskemaet, der har til formål at belyse svarpersonens helbredstilstand inden for de seneste fire uger.

8.1 Fremskrivning af lav score på den mentale helbredsskala

I perioden 2010 til 2017 er andelen af danskere med lav score på den mentale helbredsskala steget fra 9,9 % til 13,3 %. Det forventes, at 18,0 % af den voksne befolkning vil have en lav score på den mentale helbredsskala i 2025, med en yderligere stigning til 31,1 % i 2040 (Figur 8.1).

Figur 8.1. Andel (i procent), der har en lav score på den mentale helbredsskala, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2017 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele. Den observerede andel fra 2021 indgår ikke fremskrivningerne.



Antallet af danskere med en lav score på den mentale helbredsskala var i 2010 på 441.627 personer og i 2017 på 627.713 personer. Fremskrivningen viser, at antallet forventes at stige, og i 2025 forventes der således at være 896.916 personer med en lav score på den mentale helbredsskala. I 2040 forventes der at være 1.586.095 personer (Tabel 8.1).

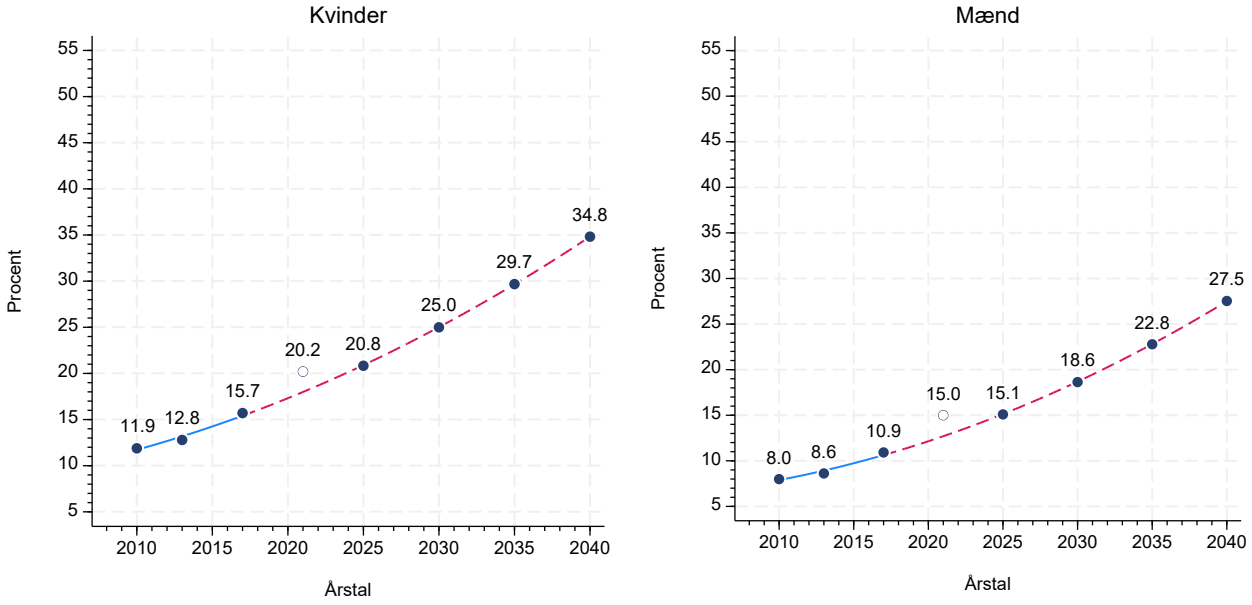
Tabel 8.1. Antal danskere, der har en lav score på den mentale helbredsskala, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal		Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	441.627	487.432	627.713	*896.916*	*1.096.054*	*1.328.653*	*1.586.095*

8.2 Lav score på den mentale helbredsskala opdelt på køn

For både kvinder og mænd er andelen med en lav score på den mentale helbredsskala steget fra 2010 til 2017. For kvinder er andelen steget fra 11,9 % i 2010 til 15,7 % i 2017, mens den for mænd er steget fra 8,0 % til 10,9 %. I 2040 forventes det, at 34,8 % af kvinderne og 27,5 % af mændene har en lav score på den mentale helbredsskala. Over hele perioden er andelen med en lav score højest blandt kvinderne (Figur 8.2).

Figur 8.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der har en lav score på den mentale helbredsskala, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2017 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne på den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne på den stiplede linje viser estimerede andele. Den observerede andel fra 2021 indgår ikke fremskrivningerne.



I perioden fra 2010 til 2017 er antallet af kvinder med en lav score på den mentale helbredsskala steget fra 269.856 til 372.415. For mænd er der sket en tilsvarende stigning, fra 175.454 i 2010 til 254.229 i 2017. Ifølge fremskrivningen forventes antallet fortsat at stige til 898.941 kvinder og 692.126 mænd i 2040 (Tabel 8.2).

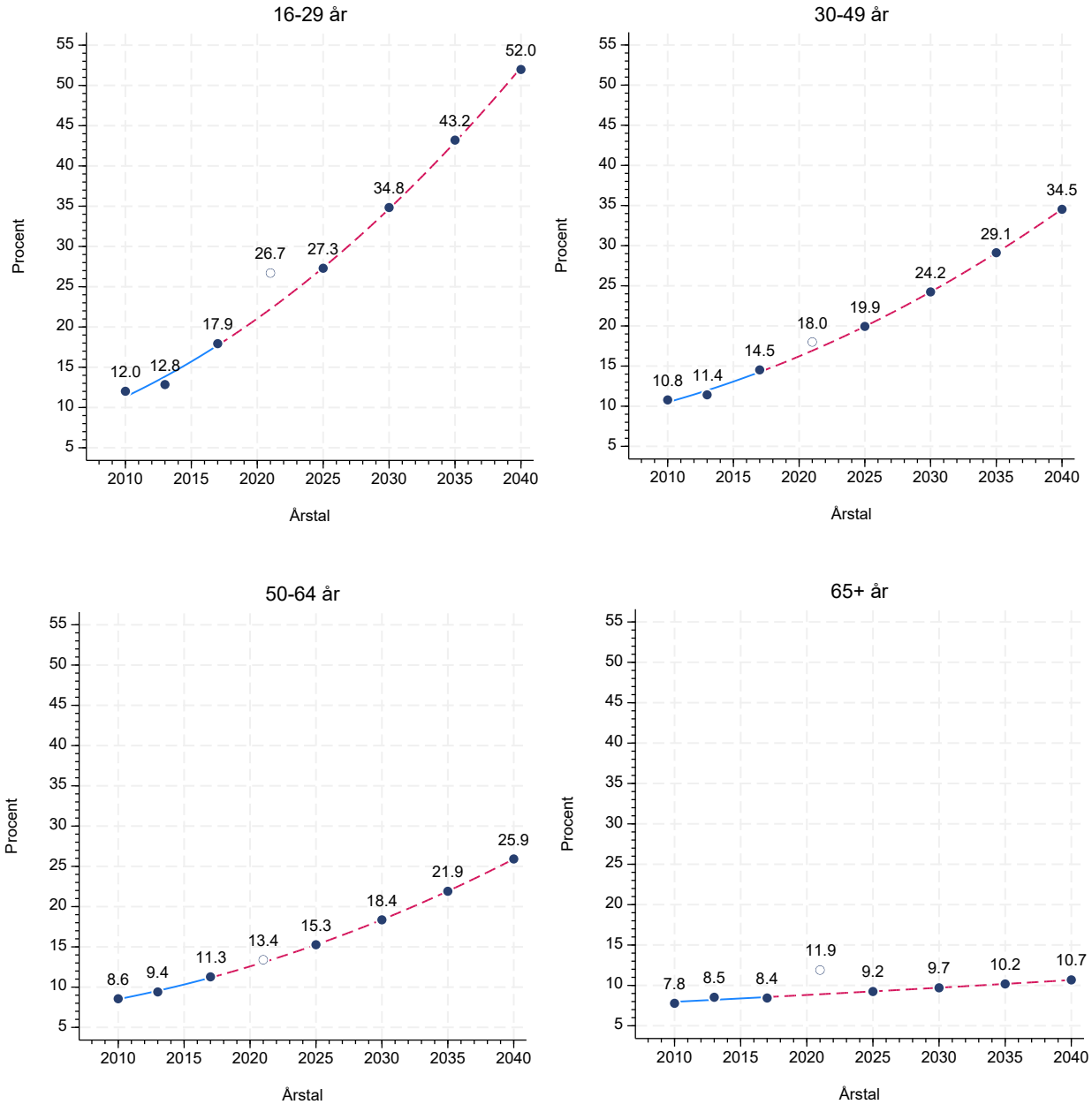
Tabel 8.2. Antal kvinder og mænd, der har en lav score på den mentale helbredsskala, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal		Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn							
Kvinder	269.856	293.753	372.415	*524.542*	*636.263*	*762.959*	*898.941*
Mænd	175.454	192.848	254.229	*371.616*	*461.786*	*570.526*	*692.126*

8.3 Lav score på den mentale helbredsskala opdelt på aldersgrupper

I perioden 2010 til 2017 er andelen af personer med en lav score på den mentale helbredsskala steget i alle aldersgrupper. Over hele perioden ses den største andel af personer med en lav score blandt de 16-29-årige. I 2010 havde 12,0 % af de 16-29-årige en lav score, og ifølge fremskrivningen forventes det, at denne andel vil stige til 52,0 % i 2040. Blandt de 65+-årige ses den mindste andel af personer med en lav score på den mentale helbredsskala, fra en observeret andel på 7,8 % i 2010 forventes det, at andelen vil stige til 10,7 % i 2040 (Figur 8.3).

Figur 8.3. Andel (i procent), der har en lav score på den mentale helbredsskala, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2017 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne på den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne på den stiplede linje viser estimerede andele. Den observerede andel fra 2021 indgår ikke fremskrivningerne.



I 2010 havde 109.906 personer i alderen 16-29 år en lav score på den mentale helbredsskala, og det forventes, at dette tal vil stige til 290.280 i 2025 og 497.807 i 2040. I 2010 havde henholdsvis 93.478 personer i aldersgruppen 50-64 år og 70.423 i aldersgruppen 65+ år en lav score. Dette forventes at stige til henholdsvis 180.897 i 2025 og til 263.712 i 2040 for de 50-64-årige samt til 114.925 i 2025 og til 164.268 i 2040 blandt de 65+-årige (Tabel 8.3).

Tabel 8.3. Antal, der har en lav score på den mentale helbredsskala opdelt i aldersgrupper, og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal			
	2010	**2013**	**2017**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder							
16-29 år	109.906	125.192	187.455	*290.280*	*354.223*	*426.610*	*497.807*
30-49 år	167.958	172.816	211.074	*296.122*	*364.798*	*454.279*	*548.293*
50-64 år	93.478	100.508	126.736	*180.897*	*210.851*	*231.745*	*263.712*
65+ år	70.423	84.983	91.995	*114.925*	*131.583*	*149.367*	*164.268*

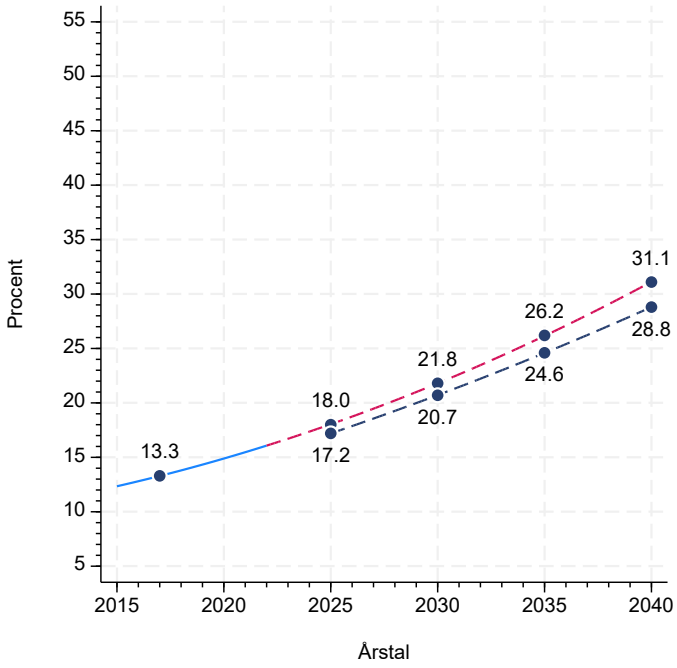
8.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive lav score på den mentale helbredsskala i 2021. Med denne metode estimeres andelen med lav score på den mentale helbredsskala i 2021 til at være 15,3 %, hvilket er lavere end den observerede andel i 2021 på 17,6 %. På denne baggrund bruges data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021 ikke i fremskrivningerne, da det vurderes, at inddragelse af tallene fra 2021 ville overestimere andelene med lav score på den mentale helbredsskala i fremtiden. Dataindsamlingen til Den Nationale Sundhedsprofil 2021 fandt sted under nedlukningen pga. COVID-19 pandemien, hvor bl.a. det mentale helbred var påvirket.

8.5 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen med lav score på den mentale helbredsskala i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 17,2 %, 20,7 %, 24,6 % og 28,8 % (Figur 8.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen med lav score på den mentale helbredsskala således være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen med lav score på den mentale helbredsskala være 17,2 % hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 18,0 %. Det svarer til en forskel på 0,8 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på henholdsvis 1,1, 1,6 og 2,3 procentpoint (Figur 8.4).

Figur 8.4. Estimerede andele (procent), der har lav score på den mentale helbredsskala, fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, et al. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2010.
2. World Health Organization. The World health report: 2001: Mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization. 2001.
3. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, et al. Betydning af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv: En analyse af registerdata fra "Sundhedsprofilen 2010". København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen. 2017.
4. Barry M, Jenkins R. Implementing Mental Health Promotion. Edinburgh; New York: Churchill Livingstone. 2007.
5. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.

9. Usundt kostmønster

Kosten har stor betydning for befolkningens sundhedstilstand, da sunde kost- og måltidsvaner både fremmer og opretholder et godt helbred samt forebygger en række kostrelaterede tilstande og sygdomme.[1] I Danmark er de officielle kostråd baseret på de nordiske næringsstofanbefalinger og inkluderer anbefalinger om at spise en varieret og planterig kost; øge indtaget af grøntsager og frugter; vælge bælgfrugter og fisk fremfor kød; spise fuldkornsprodukter; vælge planteolier og magre mejeriprodukter; reducere indtaget af sukker, salt og fedt; samt slukke tørsten i vand. Ved at følge disse råd dækkes kroppens behov for vitaminer, mineraler og andre vigtige næringsstoffer, samtidig med at det bliver lettere at opretholde en sund vægt.[2]

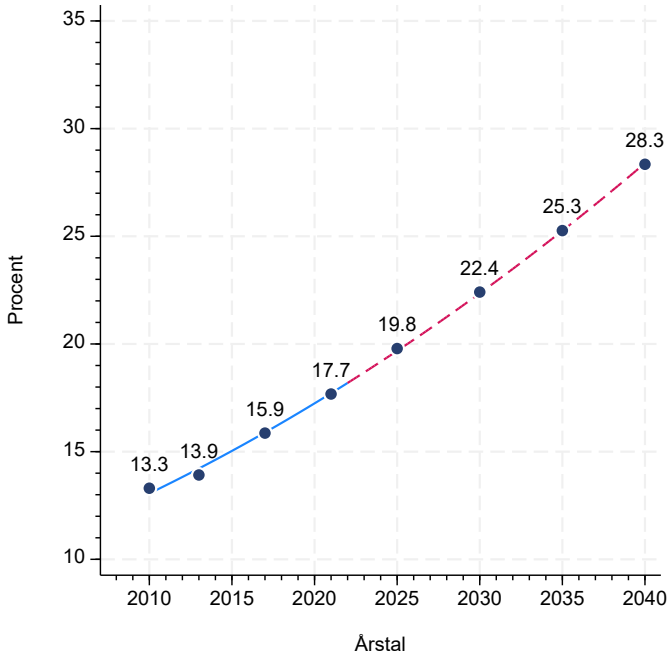
Et usundt kostmønster er kendetegnet ved et lavt indtag af næringsrige fødevarer som frugt, grøntsager og fisk, mens indtaget af sukker og mættet fedt er højt. Når man vurderer et usundt kostmønster, fokuseres der ikke på én enkelt fødevare, da det som udgangspunkt ikke er muligt at vurdere, om en fødevare i sig selv er sund eller usund. Derimod vil opgørelser over en persons kostmønster over en længere periode i højere grad kunne belyse kostens samlede ernæringsmæssige kvalitet og sundhed.[3] Et usundt kostmønster kan være en væsentlig medvirkende årsag til udviklingen af flere alvorlige sygdomme og tilstande, herunder forhøjet blodtryk, type 2-diabetes, hjerte-kar-sygdomme, visse former for kræft, muskel- og skeletsygdomme samt overvægt og svær overvægt.[4,5] Sammenlignet med personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster, forekom der i 2017 cirka 1.400 ekstra dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster.[6]

Et usundt kostmønster er i disse analyser opgjort på baggrund af selvrapporterede oplysninger om generelt indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, hvorefter en samlet score udregnes for hver person. En score på 1-3 indikerer et usundt kostmønster.[7] Sukkerindtag indgår ikke i beregning af kostmønstret.

9.1 Fremskrivning af usundt kostmønster

I perioden 2010 til 2021 er andelen af danskere, der har et usundt kostmønster, steget fra 13,3 % til 17,7 %. I 2025 forventes andelen at være på 19,8 % og med en yderligere stigning til 28,3 % i 2040 (Figur 9.1).

Figur 9.1. Andel (i procent), der har et usundt kostmønster, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I 2010 havde 593.296 danskere et usundt kostmønster, hvilket steg til 853.739 i 2021. Ifølge fremskrivningen vil dette tal stige yderligere til et estimeret antal på 986.605 personer i 2025 og 1.443.292 personer i 2040 (Tabel 9.1).

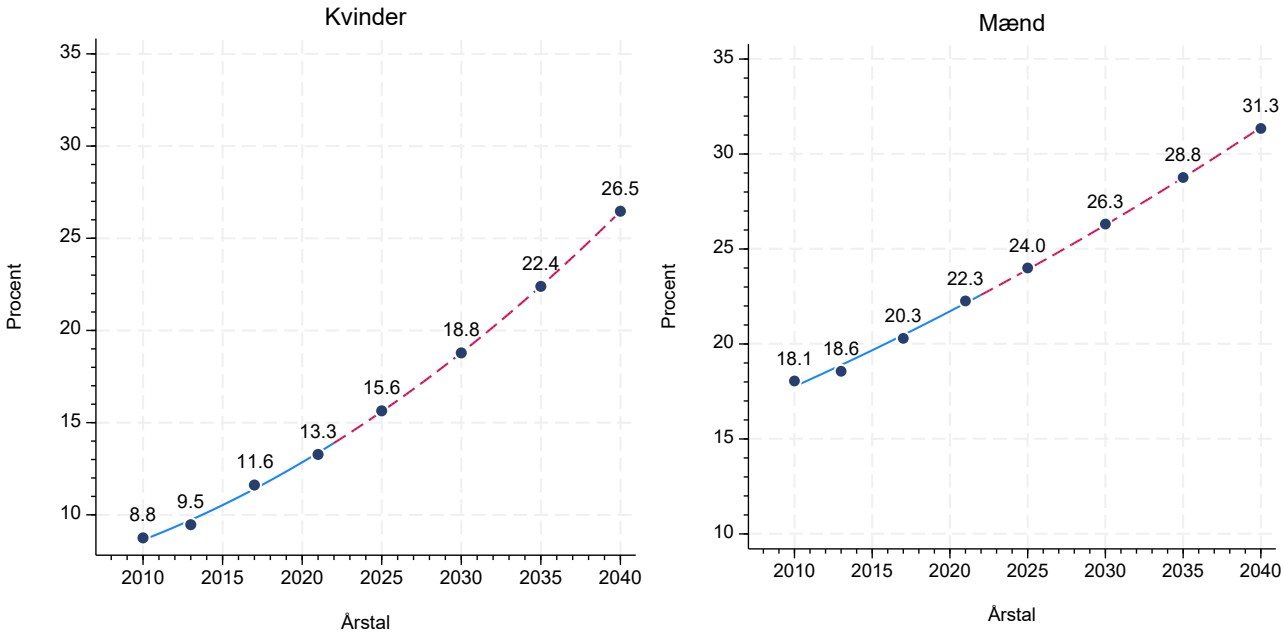
Tabel 9.1. Antal danskere, der har et usundt kostmønster, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	593.296	633.206	750.424	853.739	*986.605*	*1.126.225*	*1.283.002*	*1.443.292*

9.2 Usundt kostmønster opdelt på køn

Andelen med et usundt kostmønster er for både kvinder og mænd steget fra 2010 til 2021. Blandt kvinder er andelen steget fra 8,8 % til 13,3 %, mens den for mænd er steget fra 18,1 % til 22,3 %. I 2040 forventes 26,5 % af kvinderne og 31,3 % af mændene at have et usundt kostmønster. Gennem hele perioden ses den største andel blandt mænd (Figur 9.2).

Figur 9.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd, der har et usundt kostmønster, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Blandt kvinder er antallet med et usundt kostmønster steget fra 199.557 i 2010 til 324.540 i 2021, mens det for mænd er steget fra 396.965 til 531.461. I 2040 forventes henholdsvis 684.542 kvinder og 787.757 mænd at have et usundt kostmønster (Tabel 9.2).

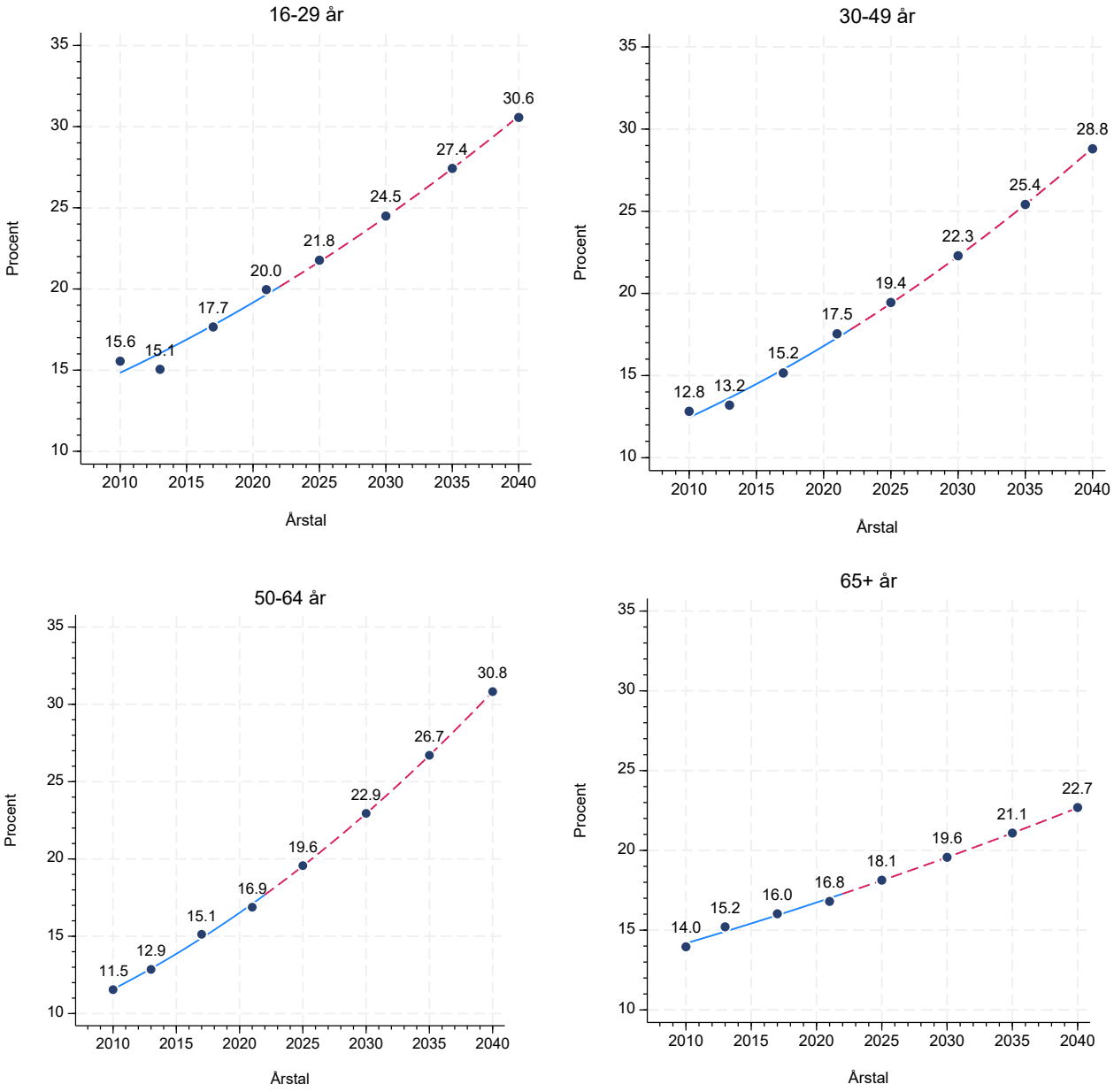
Tabel 9.2. Antal kvinder og mænd, der har et usundt kostmønster, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	199.557	219.737	276.924	324.540	*393.401*	*478.460*	*575.428*	*684.542*
Mænd	396.965	417.090	473.472	531.461	*590.652*	*652.974*	*720.657*	*787.757*

9.3 Usundt kostmønster opdelt på aldersgrupper

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af danskere med et usundt kostmønster steget i alle aldersgrupper. Den største stigning ses blandt de 50-64-årige. Her havde 11,5 % et usundt kostmønster i 2010, hvilket forventes at stige til 30,8 % i 2040. Den største andel med et usundt kostmønster ses overordnet i den yngste aldersgruppe, 16-29 år, hvor 15,6 % havde et usundt kostmønster i 2010, hvilket forventes at stige til 30,6 % i 2040 (Figur 9.3).

Figur 9.3. Andel (i procent), der har et usundt kostmønster, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Blandt de 16-29-årige var antallet med et usundt kostmønster i 2010 på 210.466 personer. Dette forventes at stige til 293.616 i 2040. I 2010 var antallet af personer med usundt kostmønster blandt de 30-49-årige på 199.062 personer, og dette forventes at stige til 457.700 personer i 2040. Tilsvarende ses hos de 50-64-årige og de 65+-årige, hvor henholdsvis 194.228 og 197.614 havde et usundt kostmønster i 2021. Disse tal forventes at stige til henholdsvis 313.599 og 347.998 i 2040 (Tabel 9.3).

Tabel 9.3. Antal, der har et usundt kostmønster, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	142.878	146.542	185.360	210.466	*232.053*	*249.665*	*270.980*	*293.616*
30-49 år	199.062	200.102	221.264	252.963	*288.684*	*336.158*	*396.523*	*457.700*
50-64 år	125.000	137.931	169.355	194.228	*231.736*	*262.420*	*282.539*	*313.599*
65+ år	126.400	151.970	175.228	197.614	*225.889*	*265.653*	*308.664*	*347.998*

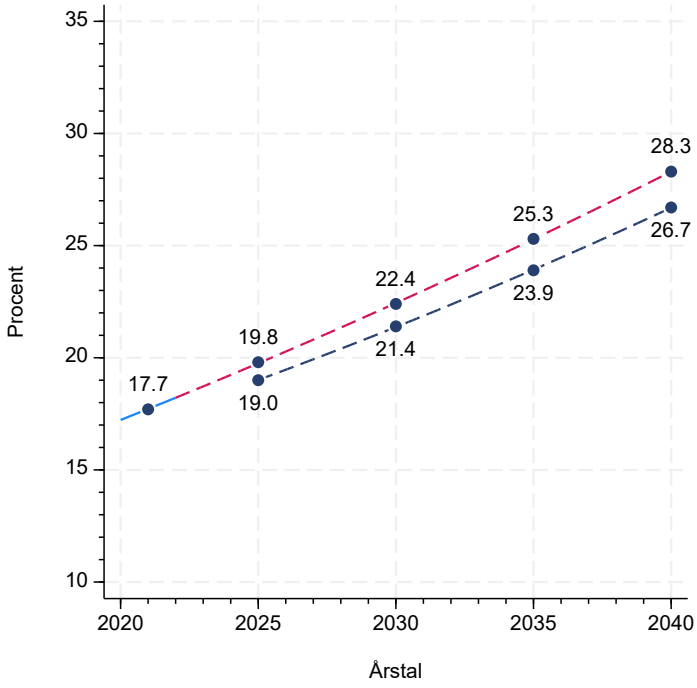
9.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af usundt kostmønster, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive usundt kostmønster i 2021. Med denne metode estimeres andelen af danskere, der har et usundt kostmønster, i 2021 til at være 17,7 %, præcist som den observerede andel i 2021.

9.5 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, der har et usundt kostmønster, i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 19,0 %, 21,4 %, 23,9 % og 26,7 % (Figur 9.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen, der har et usundt kostmønster, være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen, der har et usundt kostmønster, være 19,0 %, hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 19,8 %. Det svarer til en forskel på 0,8 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på henholdsvis 1,0, 1,4 og 1,6 procentpoint (Figur 9.4).

Figur 9.4. Estimerede andele (procent), der har et usundt kostmønster, fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint WHO/FAO expert consultation. Genève: World Health Organization. 2003.
2. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De officielle Kostråd - godt for sundhed og klima. Glostrup: Fødevarestyrelsen. 2021.
3. Fødevarestyrelsen. Hvad er sundt, og hvad er usundt? Glostrup: Fødevarestyrelsen. 2024.
4. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevareinstituttet. 2013.
5. Sundhedsstyrelsen og Fødevarestyrelsen. Forebyggelsespakke Mad & måltider. København: Sundhedsstyrelsen. 2018.
6. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.
7. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, et al. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. Eur J Clin Nutr. 2007;61(2):270-8. doi:10.1038/sj.ejcn.1602503

10. Svær overvægt

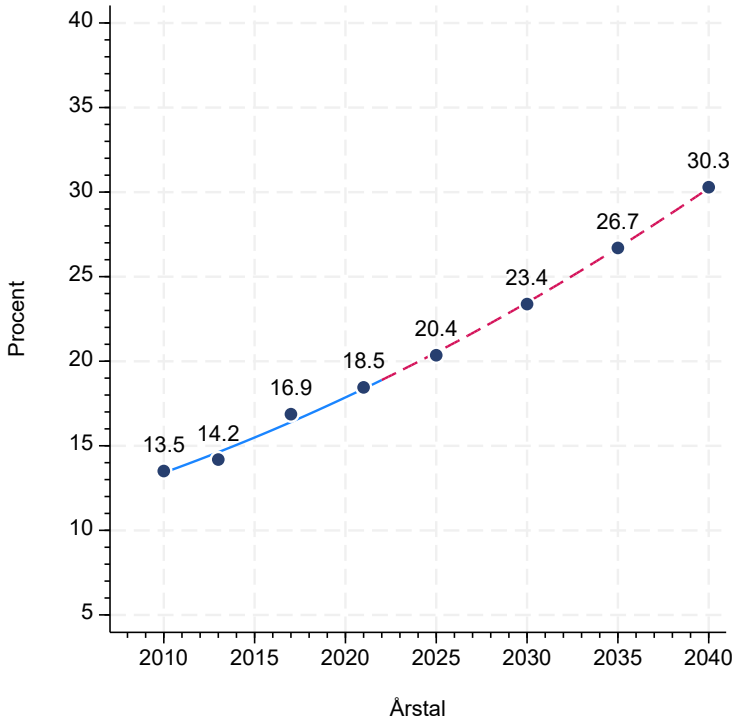
Andelen af personer med svær overvægt er steget markant gennem de seneste årtier og udgør et alvorligt folkesundhedsproblem, der påvirker både individet og samfundet som helhed.[1] Denne udvikling har betydelige sundhedsmæssige konsekvenser, da svær overvægt er forbundet med en øget risiko for en lang række kroniske sygdomme og tilstande, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere former for kræft, bevægeapparatslidelser, søvnapnø og reproduktionsproblemer. Derudover kan svær overvægt føre til psykosociale problemer som blandt andet dårlig trivsel, lavt selvværd og stigmatisering samt en øget risiko for tidlig død.[2-11] Sammenlignet med personer uden svær overvægt forekom der blandt personer med svær overvægt i 2017 ca. 50.000 ekstra somatiske indlæggelser og ca. 750 ekstra dødsfald.[12] Endvidere udgør personer med svær overvægt en betydelig samfundsøkonomisk byrde, bestående af ekstra direkte omkostninger i sundhedsvæsenet til behandling, pleje og medicin på ca. 3,8 milliarder kroner samt ekstra indirekte omkostninger i form af tabt arbejdsproduktion relateret til fravær på arbejdsmarkedet og for tidlig død på ca. 5 milliarder kroner.[12]

Svær overvægt er i disse analyser opgjort på baggrund af selvrapporterede oplysninger om højde og vægt, som bruges til at beregne BMI. BMI defineres som vægten i kilo divideret med kvadratet på højden i meter (kg/m^2), hvoraf et BMI på 30 kg/m^2 eller derover klassificeres som svær overvægt.

10.1 Fremskrivning af svær overvægt

Andelen af danskere med svær overvægt er steget fra 13,5 % i 2010 til 18,5 % i 2021. I 2025 anslås det, at 20,4 % af voksne danskere vil have svær overvægt, mens andelen i 2040 forventes at stige til 30,3 % (Figur 10.1).

Figur 10.1. Andel (i procent) med svær overvægt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I 2010 var der 602.218 voksne danskere med svær overvægt, og dette tal steg til 892.326 personer i 2021. Ifølge fremskrivningen anslås det, at antallet vil stige yderligere til 1.016.502 personer i 2025 og 1.545.291 personer i 2040 (Tabel 10.1).

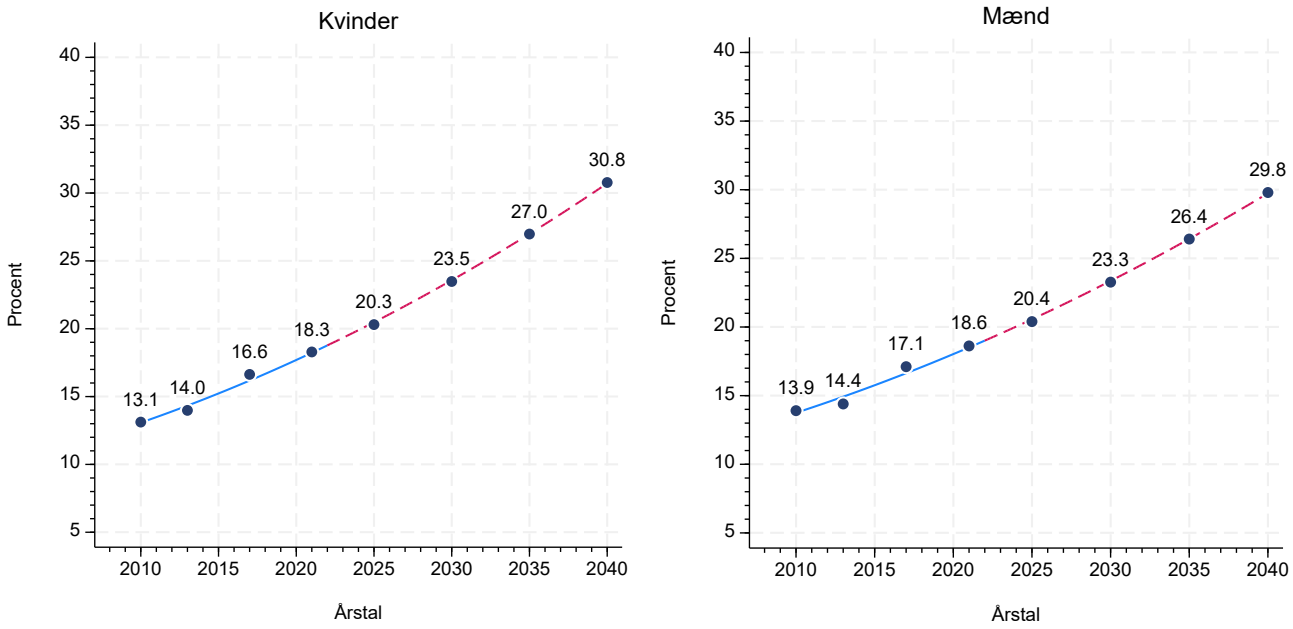
Tabel 10.1. Antal danskere med svær overvægt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Total	602.218	646.872	797.620	892.326	*1.016.502*	*1.176.502*	*1.353.999*	*1.545.291*

10.2 Svær overvægt opdelt på køn

Stigningen i andelen af danskere med svær overvægt har i perioden 2010 til 2021 været stigende for både kvinder og mænd. For kvinder steg andelen fra 13,1 % i 2010 til 18,3 % i 2021, mens den for mænd steg fra 13,9 % til 18,6 %. I 2040 forventes 30,8 % af kvinderne og 29,8 % af mændene at have svær overvægt (Figur 10.2).

Figur 10.2. Andel (i procent) af kvinder og mænd med svær overvægt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



I perioden 2010 til 2021 har antallet af kvinder og mænd med svær overvægt været næsten ens. I 2010 var der 297.069 kvinder og 304.852 mænd med svær overvægt, hvilket steg til henholdsvis 446.548 kvinder og 443.281 mænd i 2021. Ifølge fremskrivningen forventes antallet at være en smule højere blandt kvinder frem mod 2040, hvor det forventes, at 795.619 kvinder og 750.005 mænd vil have svær overvægt (Tabel 10.2).

Tabel 10.2. Antal kvinder og mænd med svær overvægt, fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

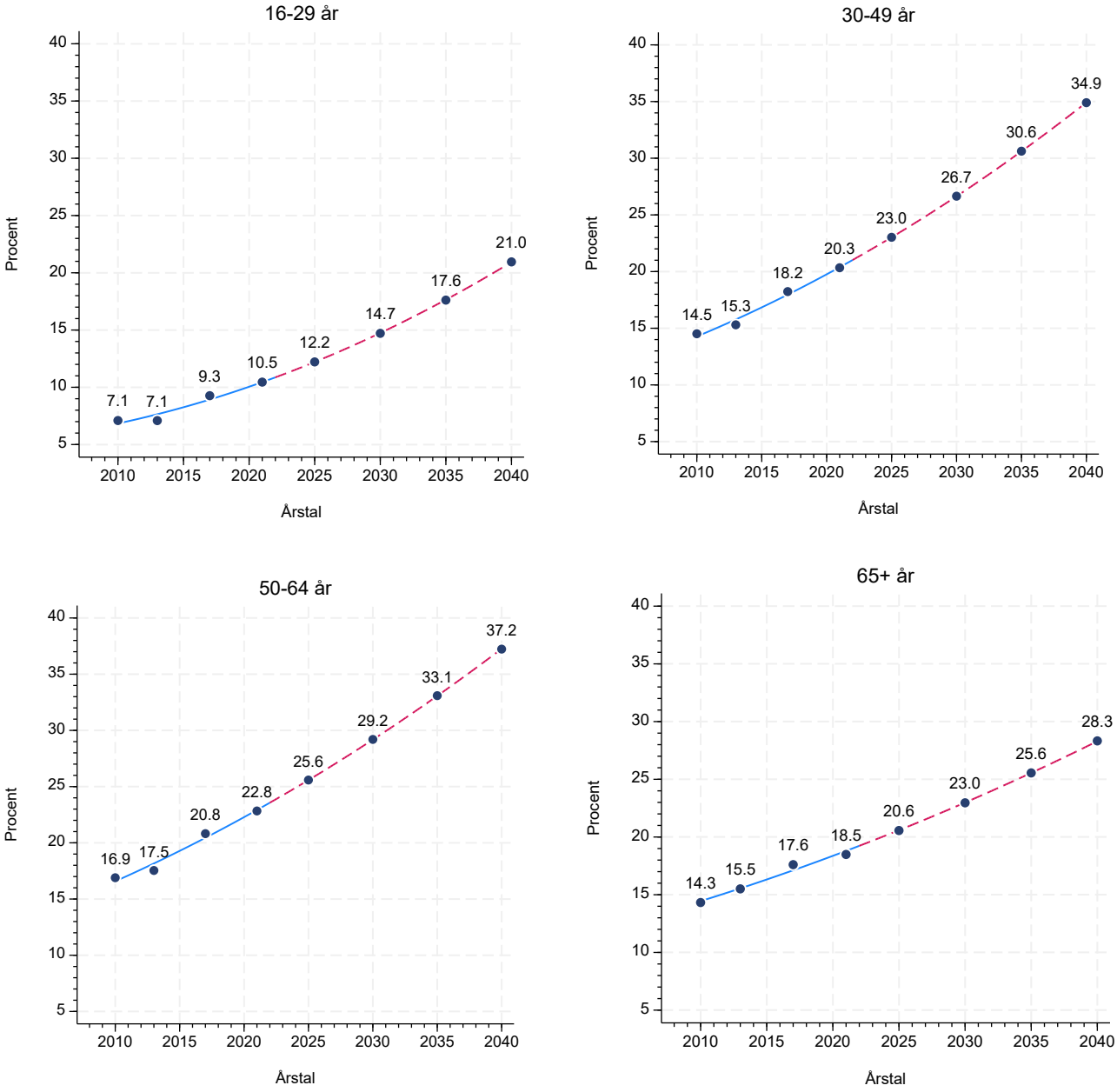
	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Køn								
Kvinder	297.068	323.822	396.287	446.548	*511.926*	*598.075*	*693.596*	*795.619*
Mænd	304.852	322.909	398.836	443.281	*502.054*	*578.490*	*660.602*	*750.005*

10.3 Svær overvægt opdelt på aldersgrupper

I perioden fra 2010 til 2021 er andelen af personer med svær overvægt steget blandt alle aldersgrupper. Gennem hele perioden ses den største andel blandt de 50-64-årige, hvor 16,9 % havde svær overvægt i 2010, hvilket forventes at stige til 37,2 % i 2040. Den mindste andel med svær

overvægt gennem hele perioden ses derimod blandt de 16-29-årige. Her havde 7,1 % svær overvægt i 2010, hvilket ifølge fremskrivningen forventes at stige til 21,0 % i 2040 (Figur 10.3).

Figur 10.3. Andel (i procent) med svær overvægt, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040. Datapunkter fra 2010-2021 stammer fra Den Nationale Sundhedsprofil. Punkterne ved den fuldt optrukne linje viser observerede andele, og punkterne ved den stiplede linje viser estimerede andele.



Blandt de 30-49-årige havde 225.500 personer svær overvægt i 2010, hvilket forventes at stige til 342.254 i 2025 og yderligere til 554.643 i 2040. I den yngste aldersgruppe, 16-29 år, havde 65.028 personer svær overvægt i 2010, hvilket ifølge fremskrivningen forventes at stige til 129.865 i 2025 og til 201.501 i 2040 (Tabel 10.3).

Tabel 10.3. Antal med svær overvægt, opdelt i aldersgrupper og fremskrevet til 2025, 2030, 2035 og 2040.

	Observerede antal			Estimerede antal				
	2010	**2013**	**2017**	**2021**	**2025**	**2030**	**2035**	**2040**
Alder								
16-29 år	65.028	68.904	97.393	110.495	*129.865*	*149.799*	*174.060*	*201.501*
30-49 år	225.500	231.937	264.934	293.437	*342.254*	*402.486*	*477.701*	*554.643*
50-64 år	183.696	187.116	233.284	262.036	*302.675*	*334.614*	*350.264*	*378.762*
65+ år	129.109	154.969	192.750	217.610	*257.089*	*311.735*	*374.493*	*433.847*

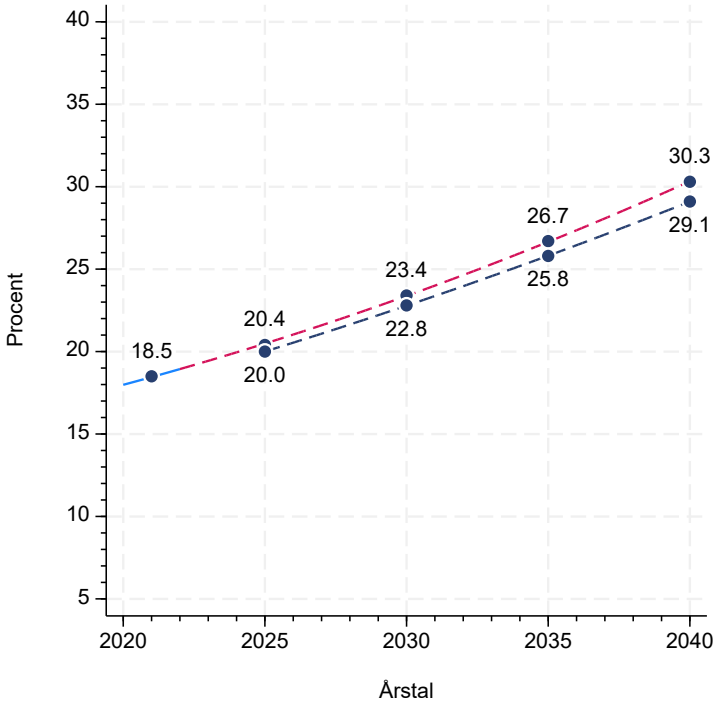
10.4 Modeltjek

For at teste modellen, der er brugt til fremskrivning af svær overvægt, har vi brugt data for perioden 2010 til 2017 til at fremskrive svær overvægt i 2021. Med denne metode estimeres andelen af danskere med svær overvægt i 2021 til at være 18,5 %, præcist som den observerede andel i 2021.

10.5 Betydning af den demografiske udvikling

Hvis befolkningens størrelse og alderssammensætning ikke udviklede sig efter 2021, ville andelen, der har svær overvægt, i 2025, 2030, 2035 og 2040 være henholdsvis 20,0 %, 22,8 %, 25,8 % og 29,1 % (Figur 10.4). Hvis befolkningen forblev som i 2021, ville andelen med svær overvægt være lavere end de estimerede andele i fremskrivningen. I 2025 ville andelen, der har svær overvægt, være 20,0 %, hvis befolkningen var som i 2021 mod de estimerede 20,4 %. Det svarer til en forskel på 0,4 procentpoint, der kan forklares af den demografiske udvikling. I 2030, 2035 og 2040 ville forskellen være på henholdsvis 0,6, 0,9 og 1,2 procentpoint (Figur 10.4).

Figur 10.4. Estimerede andele (procent), der har svær overvægt, fra fremskrivningen samt estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021 for henholdsvis 2025, 2030, 2035 og 2040. Punktet ved den fuldt optrukne linje viser den observerede andel, punkterne ved den røde stiplede linje viser estimerede andele, og punkterne ved den blå stiplede linje viser estimerede andele, hvis befolkningen forblev som i 2021.



Referencer

1. Chong B, Jayabaskaran J, Kong G, et al. Trends and predictions of malnutrition and obesity in 204 countries and territories: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2019. EClinicalMedicine. 2023;57:101850. doi:10.1016/j.eclinm.2023.101850
2. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, et al. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. PLoS Med. 2020;17(7):e1003198. doi:10.1371/journal.pmed.1003198
3. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. Nat Rev Cancer. 2004;4(8):579-91. doi:10.1038/nrc1408
4. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: A cohort study. PLoS Med. 2018;15(5):e1002571. doi:10.1371/journal.pmed.1002571
5. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. N Engl J Med. 2017;377(1):13-27. doi:10.1056/NEJMoa1614362
6. Freisling H, Viallon V, Lennon H, et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. BMC Med. 2020;18(1):5. doi:10.1186/s12916-019-1474-7
7. Bhaskaran K, Dos-Santos-Silva I, Leon DA, et al. Association of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3·6 million adults in the UK. Lancet Diabetes Endocrinol. 2018;6(12):944-953. doi:10.1016/s2213-8587(18)30288-2
8. Aune D, Sen A, Prasad M, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. BMJ. 2016;353:i2156. doi:10.1136/bmj.i2156
9. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. Lancet. 2016;388(10046):776-86. doi:10.1016/s0140-6736(16)30175-1
10. World Health Organization (WHO) Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. København: WHO. 2022.
11. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. J Postgrad Med. 2017;63(3):182-190. doi:10.4103/jpgm.JPGM_712_16
12. Schramm S, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU for Sundhedsstyrelsen. 2022.