

HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

Karina Friis, Martin Mejlby Jensen, Marie Hauge Pedersen, Mathias Lasgaard, Finn Breinholt Larsen,
Sarah Skov Jørgensen, Kristine Toftegaard Frandsen og Jes Bak Sørensen



HVORDAN HAR DU DET? 2021

SUNDHEDSPROFIL FOR REGION OG KOMMUNER | **BIND 1**

UDARBEJDET AF

Karina Friis
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

DEFACTUM | Marts 2022

TITEL

Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)

FORFATTERE

Karina Friis (projektleder)
Martin Mejlby Jensen
Marie Hauge Pedersen
Mathias Lasgaard
Finn Breinholt Larsen
Sarah Skov Jørgensen
Kristine Toftegaard Frandsen
Jes Bak Sørensen

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af DEFACTUM, Region Midtjylland.

UDGIVER

Region Midtjylland
DEFACTUM
Olof Palmes Allé 15
8200 Aarhus N
E-mail: hvordanhardudet@rm.dk

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1). Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland; 2022.

ISBN-nr: 978-87-93657-30-4

UDGIVELSE

Marts 2022

OPLAG

1.500

LAYOUT

2.1hartwork

FORSIDE

Malene Hald

FORORD

Dette er Region Midtjyllands femte sundhedsprofil. Sundhedsprofilen er udarbejdet på baggrund af *Hvordan har du det? 2021* – en spørgeskemaundersøgelse blandt knap 34.000 borgere i Region Midtjylland. Sundhedsprofilen giver rig mulighed for at få indblik i sundhedstilstanden, som den opleves og beskrives af borgerne selv. De fire tidligere sundhedsprofiler blev lavet i 2006, 2010, 2013 og 2017.

I rapporten kan man se opgørelser på både regionalt og kommunalt niveau, og man kan se udviklingen i befolkningens sundhed og trivsel i perioden fra 2010 til 2021.

Det særlige ved *Hvordan har du det?* er først og fremmest det store antal borgere, der medvirker i spørgeskemaundersøgelsen, samt at undersøgelsen gennemføres i hele Danmark på samme tid. Sundhedsprofilen er den største sundhedsundersøgelse af sin art i Danmark, og den giver en unik mulighed for at følge udviklingen i danskernes sundhed og trivsel på tværs af regioner og kommuner i hele landet.

Oplysningerne fra sundhedsprofilerne har siden 2006 været anvendt i den kommunale og regionale planlægning af sundhedsindsatsen, idet de giver et indblik i de udfordringer, som regionen og kommunerne står over for på forebyggelsesområdet. Sundhedsprofilen kan derved bruges til at planlægge, prioritere og gennemføre de regionale og kommunale forebyggelses- og behandlingsopgaver, som skal løfte borgernes sundhed i de kommende år.

Forskergruppen bag *Hvordan har du det?* bestræber sig på at inddrage emner i undersøgelsen, der kan understøtte denne proces med relevante tal og opgørelser. I rapporten belyses emner, som også har været med i de tidligere sundhedsprofiler, og som fortsat har en central betydning for folkesundheden. Det drejer sig om følgende temaer: rygning, alkohol, fysisk aktivitet, kost, overvægt, fysisk og mentalt helbred, kronisk sygdom og social og geografisk ulighed i sundhed.

Af nye emner indgår denne gang et kapitel om COVID-19 (pandemiens påvirkning af befolkningens trivsel mv.), og der er ligeledes som noget nyt tilføjet særskilte kapitler om henholdsvis seksuelle krænkelser, søvn og unges sundhed.

Undersøgelsen indeholder en kerne af spørgsmål, der er stillet til borgere i hele landet. Desuden indeholder undersøgelsen en række spørgsmål, der er særlige for Region Midtjylland.

Hvordan har du det? 2021 har i høj grad været præget af coronapandemien. Dataindsamlingen fandt sted mellem den 5. februar og den 12. maj 2021. I denne periode var der i Danmark en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien, og dette har med stor sandsynlighed påvirket nogle af resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv har været anderledes end normalt. Som læser af rapporten er dette væsentligt at have for øje.

Vi vil gerne rette en stor tak til de mange borgere, der har brugt tid på at svare på spørgeskemaet, og som dermed har medvirket til, at særligt regionen og kommunerne i dag med sundhedsprofilen i hånden har et vigtigt redskab til at igangsætte initiativer til fremme af borgernes sundhed og trivsel.

INDHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|---|-----|
| SAMMENFATNING | 6 |
| 1. BAGGRUND, FORMÅL OG METODE | 12 |
| Baggrund og formål | 12 |
| Metode | 12 |
| Beskrivelse af baggrundsvariable | 16 |
| Læsevejledning | 21 |
| 2. RYGNING | 24 |
| 3. ALKOHOL | 46 |
| 4. FYSISK AKTIVITET | 64 |
| 5. KOST | 86 |
| 6. OVERVÆGT | 98 |
| 7. SELVVURDERET HELBRED | 114 |
| 8. MENTAL SUNDHED | 122 |
| Trivsel og livskvalitet | 127 |
| Stress | 134 |
| Generet af angst og anspændthed | 140 |
| Ensomhed | 146 |
| Depression | 154 |
| 9. KRONISK SYGDOM OG MULTISYGDOM | 166 |
| Forekomsten af kroniske sygdomme og multisygdom | 172 |
| Sundhedsvaner hos personer med kronisk sygdom og multisygdom | 190 |
| Fysisk og mentalt helbred hos personer med kronisk sygdom og multisygdom | 201 |
| Behandlingsbyrde og sundhedskompetence | 212 |
| 10. UNGES SUNDHED | 236 |
| Unges risikoadfærd | 242 |
| Unges sundhedsvaner | 248 |
| Unges mentale sundhed | 252 |

| | |
|--|------------|
| 11. COVID-19 | 264 |
| Hvor mange har haft COVID-19? | 270 |
| Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag? | 272 |
| Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19? | 276 |
| Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien? | 279 |
| Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten? | 282 |
| 12. SEKSUELLE KRÆNKELSER | 290 |
| 13. SØVN | 302 |
| 14. SOCIAL OG GEOGRAFISK ULIGHED I SUNDHED | 318 |
| Social ulighed i sundhed | 324 |
| Geografisk ulighed i sundhed | 326 |
| Sundhed på én side | 334 |
| Kommuner | |
| Favrskov Kommune | 336 |
| Hedensted Kommune | 338 |
| Herning Kommune | 340 |
| Holstebro Kommune | 342 |
| Horsens Kommune | 344 |
| Ikast-Brande Kommune | 346 |
| Lemvig Kommune | 348 |
| Norddjurs Kommune | 350 |
| Odder Kommune | 352 |
| Randers Kommune | 354 |
| Ringkøbing-Skjern Kommune | 356 |
| Samsø Kommune | 358 |
| Silkeborg Kommune | 360 |
| Skanderborg Kommune | 362 |
| Skive Kommune | 364 |
| Struer Kommune | 366 |
| Syddjurs Kommune | 368 |
| Viborg Kommune | 370 |
| Aarhus Kommune | 372 |
| Sundhedsklynger | |
| Horsensklyngen | 374 |
| Midtklyngen | 376 |
| Randersklyngen | 378 |
| Vestklyngen | 380 |
| Aarhusklyngen | 382 |
| Region Midtjylland | 384 |

13. SØVN

Søvn er uundværlig for, at vi kan fungere normalt, og en af søvnens vigtigste funktioner er restitution af kroppen samt vedligeholdelse af hjernens funktioner. Der er store individuelle forskelle på, hvor stort et søvnbehov man har, og søvnbehovet ændrer sig også markant i løbet af livet. Blandt voksne er det gennemsnitlige søvnbehov omkring 7,5 time i døgnet, og for langt de fleste voksne ligger søvnbehovet mellem 6 og 9 timer (1). Det er ganske almindeligt og ufarligt at opleve søvnproblemer i kortere perioder. Dog kan selv korte episoder med søvnmangel føre til svækket reaktions- og koncentrationsevne samt nedsat hukommelse (2, 3).

Søvnproblemer

Søvnproblemer er symptomer og gener forbundet med søvnen, som både omfatter dårlig søvnkvalitet samt for kort og for lang søvnlængde (1). Søvnkvalitet kan beskrives som den subjektive opfattelse af at være udhvilet, og *dårlig søvnkvalitet* omfatter vanskelighed ved at falde i søvn, urolig og fragmenteret søvn, hyppige opvågninger i løbet af natten og for tidlig opvågning, samt hvor udhvilet man føler sig (1, 4). *Kort søvn* defineres som mindre end seks timers samlet søvn i døgnet, mens *lang søvn* defineres som mere end ni timers søvn (1). Definitionen af søvnproblemer er således ikke kun afgrænset til klinisk definerede søvnsygdomme som insomni eller hypersomni. I stedet er der tale om en bred definition, som dækker flere forskellige aspekter af søvnen, og som ikke nødvendigvis siger noget om de bagvedliggende årsager til problemerne.

Konsekvenser af søvnproblemer

I de senere år er der kommet en del videnskabelig dokumentation for, at vedvarende søvnproblemer har stor betydning for vores helbred og trivsel (1). Således er vedvarende søvnproblemer associeret med udvikling af overvægt, type 2-diabetes samt forhøjet blodtryk, iskæmisk hjertesygdom og slagtilfælde (1, 5-9). Desuden peger forskning på, at oplevede søvnproblemer kan være en stærk prædikator for langvarigt sygefravær blandt beskæftigede (10). Der er endvidere en stigende videnskabelig evidens for, at søvnproblemer spiller en vigtig rolle i udviklingen af demens og Alzheimers (11, 12). Endelig har epidemiologiske undersøgelser fundet en U-formet sammenhæng

mellem søvnlængde og dødelighed, hvor der er en større dødelighed blandt personer med kort eller lang søvnlængde (13, 14).

Trods de observerede sammenhænge mellem søvn og sygelighed er de underliggende mekanismer endnu ikke fuldt ud kortlagt (1, 13). For henholdsvis kort og lang søvnlængde er der dog formentlig tale om forskellige mekanismer. Sammenhængen mellem kort søvnlængde og dødelighed kan forklares ved, at søvnen er med til at opretholde og styrke kroppens immunsystem, hvilket igen er med til at forebygge udviklingen af en række kroniske lidelser (1, 13). Igennem eksperimentelle undersøgelser er det påvist, at begrænset søvnmængde medfører markante stigninger i en række kliniske biomarkører for inflammation (15, 16). Undersøgelser som disse indikerer, at kronisk søvnmangel kan bidrage til en kronisk systemisk inflammation, som bidrager til udviklingen af en række kroniske sygdomme, såsom hjerte-kar-lidelser og diabetes. Ved lang søvnlængde er der formentlig tale om andre mekanismer, og den øgede sygelighed og dødelighed kan delvis forklares ved, at lang søvnlængde kan være en indikator for en underliggende fysisk eller psykisk sygdom (1, 13, 17). Udover ovenstående kan søvnproblemer også være indikator på en underliggende søvnsygdom (1).

Selvom de bagvedliggende mekanismer mellem søvnproblemer og sygelighed endnu ikke er kortlagt, indikerer ovenstående, at vedvarende søvnproblemer både kan betragtes som en risikofaktor for udvikling eller forværring af en række kroniske sygdomme samt en indikator for en underliggende ikke-diagnosticeret sygdom. Set i dette lys kan vedvarende søvnproblemer betragtes som et folkesundhedsanliggende på lige fod med eksempelvis fysisk aktivitet, overvægt og mental sundhed (1).

Faktorer, der påvirker søvnen

Vores livsstil er med til at påvirke søvnlængde og søvnkvalitet. Blandt andet kan rygning samt indtag af koffein, alkohol og energi- eller fedtrig kost før sengetid have en negativ indvirkning på både søvnlængde og søvnkvalitet (1). Udover livsstilfaktorer kan eksempelvis lys fra skærme inden sengetid, støj samt for høj eller for lav temperatur i soveværelset medvirke til udviklingen og fastholdelsen af søvnproblemer (1). Omvendt viser undersøgelser, at regelmæssig moderat fysisk aktivitet

har en lille, men gavnlige effekt på både søvnlængde og søvnkvalitet (18, 19).

Der er et betydeligt overlap mellem oplevet stress og forekomsten af søvnproblemer (20). Stress er forbundet med øget fysisk, psykisk og følelsesmæssig aktivering, der kan manifestere sig som overdreven bekymring over dagligdagens udfordringer og hændelser. Dette aktiverer en række biologiske processer, som øger sandsynligheden for nedsat søvnkvalitet, hvilket i sig selv kan være med til at øge risikoen for stress i løbet af dagen (21).

En række undersøgelser har fokuseret på sammenhængen mellem strukturelle forhold på arbejdspladsen og risikoen for at udvikle søvnproblemer. Herigennem har man identificeret en række faktorer vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø, der er associeret med udviklingen af søvnproblemer. Faktorerne spænder over høje arbejdskrav, lav grad af kontrol over arbejdet, psykisk belastende arbejde, hyppige deadlines og lange arbejdstider (22). Omvendt er der også forhold vedrørende det psykosociale arbejdsmiljø, som har vist sig at have en beskyttende effekt. Personer, der således oplever høj grad af kontrol over deres arbejde eller støtte fra kolleger og ledelse, ser ud til at have en lavere risiko for at udvikle søvnproblemer (22). På trods af den veldokumenterede sammenhæng har det dog vist sig at være vanskeligt at opstille et samlet billede af de mekanismer, der er på spil. Psykisk belastende arbejde kan på den ene side medvirke til et højere stressniveau, som manifesterer sig som dårlig og urolig søvn. Omvendt kan søvnproblemer også være årsag til ændringer i individets opfattelse af arbejdsmiljøet eller være direkte årsag til reduceret produktivitet, hvilket giver en følelse af, at arbejdet stiller højere krav til individet (23).

Måling af søvnproblemer i *Hvordan har du det?* 2021

I rapporten belyses tre forskellige former for søvnproblemer: kort søvnlængde (mindre end seks timers søvn i døgn), lang søvnlængde (mere end ni timers søvn i døgn) samt dårlig søvnkvalitet.

I rapporten måles svarpersonernes søvnlængde med spørgsmålet: "I de seneste 4 uger: Hvor mange timer og minutter sov du cirka på et almindeligt hverdags-

døgn?". Dette spørgsmål bruges til at opgøre henholdsvis *kort* og *lang* søvnlængde:

- Kort søvnlængde: sover mindre end seks timer på et almindeligt hverdagsdøgn
- Lang søvnlængde: sover mere end ni timer på et almindeligt hverdagsdøgn

Svarpersonernes søvnkvalitet belyses ved hjælp af en søvnskala baseret på fem spørgsmål omkring den oplevede søvnkvalitet de seneste fire uger:

- Har du fået nok søvn til at føle dig udhvilet?
- Har du haft svært ved at falde i søvn?
- Er du vågnet flere gange om natten og har haft svært ved at falde i søvn igen?
- Er du vågnet tidligt uden at kunne falde i søvn igen?
- Har du sovet dårligt og uroligt?

Søvnskalaen er udarbejdet på baggrund af en Mokkenanalyse, der er en psykometrisk analysemetode til at validere sammenhængen mellem en række spørgsmål (24). Resultaterne fra analysen viser, at de fem spørgsmål tilsammen danner en stærk endimensionel skala til at belyse søvnkvalitet i befolkningen. På skalaen er det muligt at score fra 0 til 100 point, hvor en højere score indikerer dårligere søvnkvalitet. Figur 13.1 viser, hvordan scoren fordeler sig i hele befolkningen. Den gennemsnitlige score på skalaen er på 35,0. Som det kan udledes af figuren, er der mange, der scorer lavt på skalaen, hvilket indikerer, at en stor del af befolkningen oplever ingen eller få problemer med deres søvn. Omvendt ses også en mindre del med en høj score på skalaen. Denne gruppe er karakteriseret ved at opleve søvnproblemer flere gange ugentlig.

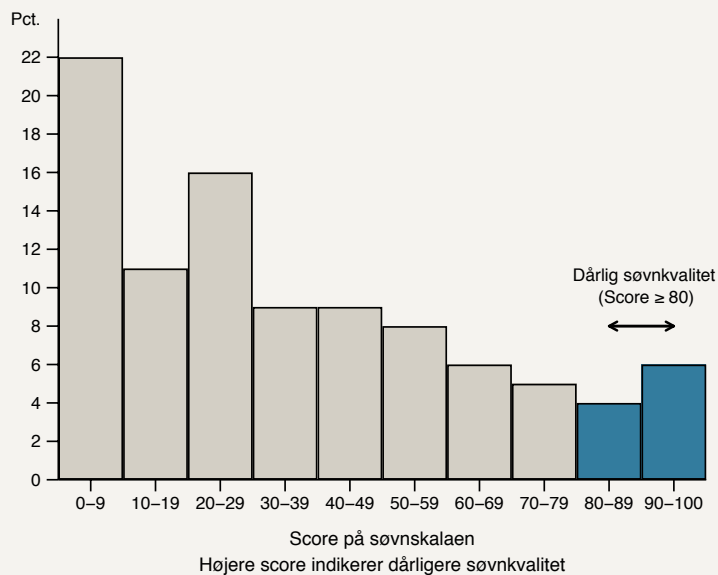
Det er vigtigt at fremhæve, at der i skalaen ikke er en indbygget standard for, hvornår man karakteriseres som havende dårlig søvnkvalitet. Andre epidemiologiske undersøgelser peger dog på, at forekomsten af søvnløshed forekommer hos 5-15 % af den voksne befolkning (25-27). Da der er et betydeligt overlap mellem egentlig søvnløshed og dårlig søvnkvalitet (1), antages det, at en score på skalaen svarende til de øverste 10 % indikerer dårlig søvnkvalitet. Dette svarer til en score på 80 eller mere på søvnskala.

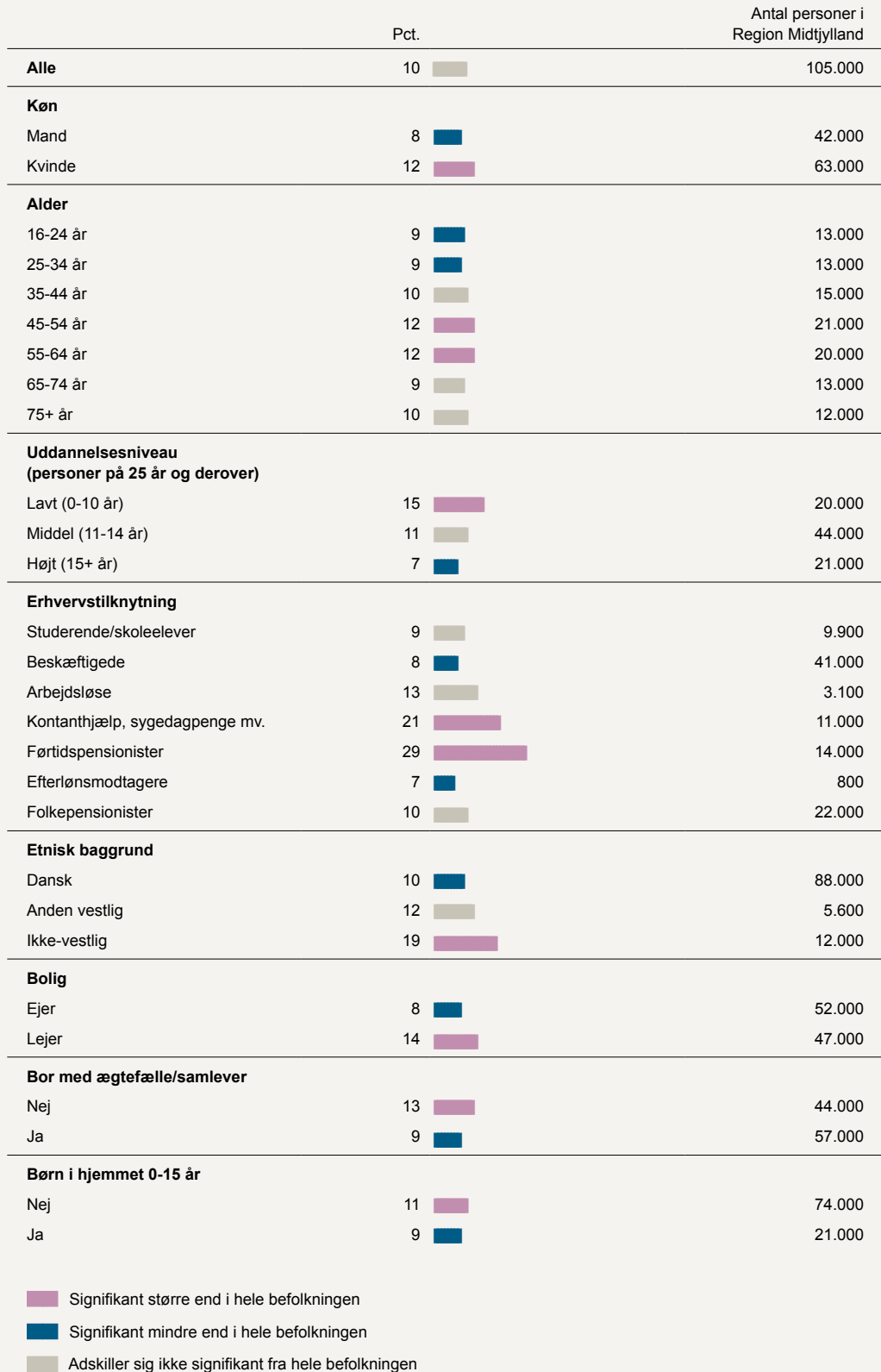
Da andelen med dårlig søvnkvalitet således er defineret på forhånd, giver det ikke mening at tale om en egentlig forekomst. I stedet er det vigtigt at fokusere

på de grupper, der afviger signifikant fra det regionale gennemsnit. For at sikre at den observerede fordeling ikke skyldes vores valg af cut-off, er der foretaget sensitivitetssanalyser, hvor der er anvendt flere forskellige cut-offs på søvnskalaen. Derefter sammenholdes fordelingen ved de forskellige cut-offs med den observerede fordeling på tværs af køn, alder og sociale forhold. Resultaterne af sensitivitetssanalyserne peger på, at det er de samme grupper, der træder frem, uanset hvor vi lægger snittet. Ligeledes er det overordnet set den samme tendens, der ses, når vi ser på udviklingen i befolkningens søvnkvalitet over tid. Selvom definitionen af dårlig søvnkvalitet ikke beror på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, så indikerer ovenstående, at resultaterne fra analyserne er robuste til at identificere de grupper, hvor forekomsten af dårlig søvnkvalitet må forventes at være størst.

Figur 13.1

Befolkningens søvnkvalitet målt ved Region Midtjyllands søvnskala – histogram, der viser fordelingen i hele befolkningen



Figur 13.2Dårlig søvnkvalitet (≥ 80 point) – køn, alder og sociale forhold

Dårlig søvnkvalitet – køn, alder og sociale forhold

Af figur 13.2 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en signifikant større andel kvinder med dårlig søvnkvalitet sammenlignet med mænd.

Alder. De største andele med dårlig søvnkvalitet ses blandt de 45-64-årige. De mindste andele ses blandt personer i alderen 16-34 år.

Uddannelsesniveau. Andelen med dårlig søvnkvalitet falder med stigende uddannelsesniveau. Der er 15 % med dårlig søvnkvalitet blandt personer med lavt uddannelsesniveau og 7 % blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen med dårlig søvnkvalitet er størst blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. Omvendt er der en mindre andel blandt beskæftigede og efterlønsmodtagere.

Etnisk baggrund. Andelen med dårlig søvnkvalitet er mindre blandt personer med dansk baggrund og større blandt personer med ikke-vestlig baggrund.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har dårlig søvnkvalitet end blandt personer, der bor i ejerbolig.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har dårlig søvnkvalitet, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.

► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-74 år og på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◀

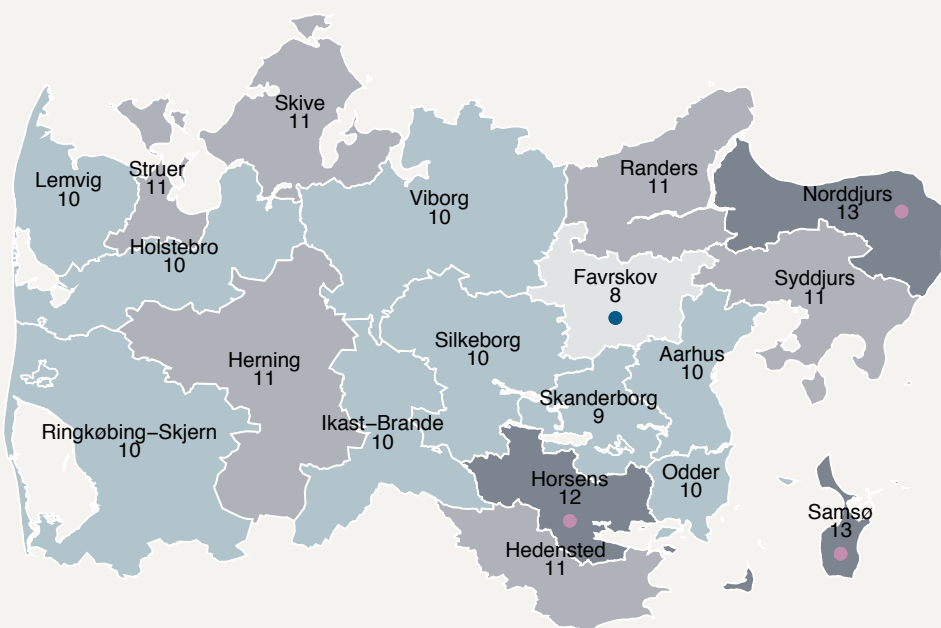
► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-64 år og blandt personer i alderen 75 år og derover. Dertil ses en stigning på tværs af uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, personer i alderen 16-24 år samt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se figur 11.2.S i bind 2. ◀

Figur 13.3Dårlig søvnkvalitet (≥ 80 point) – kommuner

| | Pct. | | Antal personer i kommunerne |
|--------------------|------|--|-----------------------------|
| Samsø | 13 | ■ | 400 |
| Norddjurs | 13 | ■ | 3.700 |
| Horsens | 12 | ■ | 8.600 |
| Randers | 11 | ■ | 8.500 |
| Herning | 11 | ■ | 7.600 |
| Hedensted | 11 | ■ | 3.900 |
| Skive | 11 | ■ | 3.800 |
| Syddjurs | 11 | ■ | 3.600 |
| Struer | 11 | ■ | 1.700 |
| Viborg | 10 | ■ | 7.600 |
| Ikast-Brande | 10 | ■ | 3.200 |
| Lemvig | 10 | ■ | 1.500 |
| Ringkøbing-Skjern | 10 | ■ | 4.300 |
| Aarhus | 10 | ■ | 27.000 |
| Odder | 10 | ■ | 1.700 |
| Holstebro | 10 | ■ | 4.200 |
| Silkeborg | 10 | ■ | 6.800 |
| Skanderborg | 9 | ■ | 4.400 |
| Favrskov | 8 | ■ | 2.900 |
| Region Midtjylland | 10 | ■ | 105.000 |

- Signifikant større end i hele befolkningen
- Signifikant mindre end i hele befolkningen
- Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen



Dårlig søvnkvalitet – kommuner

Figur 13.3 viser, at andelen med dårlig søvnkvalitet varierer mellem kommunerne fra 8 % i Favrskov til 13 % på Samsø og i Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet i følgende kommuner:

- Samsø
- Norddjurs
- Horsens

I disse kommuner varierer andelen fra 12 % til 13 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med dårlig søvnkvalitet i Favrskov, hvor andelen er på 8 %.



























































► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i samtlige kommuner. Se [figur 11.3.S i bind 2.](#) ◀




► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i Favrskov, Hedensted, Herning, Horsens, Lemvig, Norddjurs, Odder, Randers, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Struer, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Se [figur 11.3.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med dårlig søvnkvalitet i Norddjurs, Randers og Aarhus. Se [figur 11.3.S i bind 2.](#) ◀

Figur 13.4

Kort og lang søvnlængde – køn, alder og sociale forhold

| | Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) | Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) | Kort søvn­længde | Lang søvn­længde |
|---|--|--|---------------------|---------------------|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Alle | 10  | 5  | 100.000 | 47.000 |
| Køn | | | | |
| Mand | 9  | 5  | 46.000 | 23.000 |
| Kvinde | 11  | 5  | 54.000 | 24.000 |
| Alder | | | | |
| 16-24 år | 9  | 6  | 13.000 | 7.800 |
| 25-34 år | 10  | 4  | 15.000 | 6.800 |
| 35-44 år | 10  | 3  | 14.000 | 3.800 |
| 45-54 år | 11  | 3  | 18.000 | 4.800 |
| 55-64 år | 11  | 3  | 18.000 | 5.400 |
| 65-74 år | 8  | 5  | 11.000 | 7.400 |
| 75+ år | 10  | 11  | 11.000 | 12.000 |
| Uddannelsesniveau (personer på 25 år og derover) | | | | |
| Lavt (0-10 år) | 15  | 9  | 19.000 | 11.000 |
| Middel (11-14 år) | 10  | 4  | 43.000 | 18.000 |
| Højt (15+ år) | 7  | 3  | 19.000 | 8.000 |
| Erhvervstilknytning | | | | |
| Studerende/skoleelever | 9  | 4  | 9.100 | 4.200 |
| Beskæftigede | 9  | 2  | 46.000 | 10.000 |
| Arbejds­løse | 12  | 7  | 2.800 | 1.600 |
| Kontanthjælp, sygedagpenge mv. | 16  | 11  | 8.300 | 5.600 |
| Førtidspensionister | 21  | 13  | 9.800 | 6.000 |
| Efterlønsmødtagere | 7  | 3  | 800 | 400 |
| Folkepensionister | 9  | 8  | 20.000 | 18.000 |
| Etnisk baggrund | | | | |
| Dansk | 9  | 5  | 83.000 | 42.000 |
| Anden vestlig | 11  | 6  | 5.200 | 2.800 |
| Ikke-vestlig | 20  | 4  | 12.000 | 2.600 |
| Bolig | | | | |
| Ejer | 8  | 4  | 51.000 | 22.000 |
| Lejer | 13  | 6  | 43.000 | 22.000 |
| Bor med ægtefælle/samlever | | | | |
| Nej | 13  | 6  | 43.000 | 22.000 |
| Ja | 8  | 4  | 53.000 | 23.000 |
| Børn i hjemmet 0-15 år | | | | |
| Nej | 10  | 5  | 67.000 | 36.000 |
| Ja | 10  | 2  | 24.000 | 5.200 |

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Kort og lang søvnlængde – køn, alder og sociale forhold

Af figur 13.4 fremgår det, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med *kort søvnlængde* (<6 timer/døgn) blandt følgende grupper:

- Kvinder
- Personer i alderen 45-64 år
- Personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister
- Personer med ikke-vestlig baggrund
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever

Af figur 13.4 fremgår det desuden, at sammenlignet med hele befolkningen er der en signifikant større andel med *lang søvnlængde* (>9 timer/døgn) blandt følgende grupper:

- Personer i alderen 16-24 år og personer i alderen 65 år eller derover
- Personer med lavt uddannelsesniveau
- Modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensionister og folkepensionister
- Personer, der bor i lejebolig
- Personer, der ikke bor med ægtefælle eller samlever
- Personer uden børn i hjemmet

Køn. Der er en lidt større andel kvinder end mænd med kort søvnlængde. Der er ikke nogen sammenhæng mellem køn og lang søvnlængde.

Alder. De største andele med kort søvnlængde ses blandt de 45-64-årige, mens de mindste andele ses blandt de 65-74-årige. De største andele med lang søvnlængde ses blandt de 16-24-årige og blandt personer i alderen 65 år og derover. De mindste andele ses blandt personer i alderen 34-64 år.

Uddannelsesniveau. Andelene med henholdsvis kort og lang søvnlængde falder med stigende uddannelsesniveau. Det gælder for både kort og lang søvnlængde, at andelene er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau og lavest blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Erhvervstilknytning. Andelen med kort søvnlængde er signifikant større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og blandt førtidspensionister. Omvendt er andelen signifikant mindre blandt efterlønsmodtagere og personer i beskæftigelse. Andelen med lang søvnlængde er signifikant større blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv., førtidspensio-

nister samt folkepensionister. Omvendt er andelen med lang søvnlængde signifikant mindre blandt personer i beskæftigelse.

Etnisk baggrund. Andelen med kort søvnlængde er mindst blandt personer med dansk baggrund og størst blandt personer med ikke-vestlig baggrund. Der ses ikke nogen sammenhæng mellem etnisk baggrund og lang søvnlængde.

Bolig. En større andel personer, der bor i lejebolig, har kort søvnlængde, end det er tilfældet for personer, der bor i ejerbolig. Det samme mønster gør sig gældende ved lang søvnlængde.

Bor med ægtefælle/samlever. En større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har en kort søvnlængde, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Det samme mønster gør sig gældende ved lang søvnlængde.

Børn i hjemmet. Der er ingen sammenhæng mellem kort søvnlængde, og hvorvidt der bor børn i hjemmet. En større andel personer uden børn i hjemmet har en lang søvnlængde, end det er tilfældet for personer med børn i hjemmet.









































► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd og kvinder, blandt personer i alderen 16-74 år samt på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 11.4.S i bind 2](#). Ligeledes har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde. Stigningen ses både blandt mænd og kvinder, blandt de 45-54-årige og på tværs af uddannelsesniveau. Se [figur 11.6.S i bind 2](#). ◀




► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd og kvinder og blandt personer i alderen 16-64 år samt blandt personer med lavt og middelhøjt uddannelsesniveau. Se [figur 11.4.S i bind 2](#). I perioden har der været en mindre stigning i andelen med lang søvnlængde blandt mænd og kvinder, personer i alderen 65-74 år samt blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau. Se [figur 11.6.S i bind 2](#). ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde blandt de 16-24-årige. Se [figur 11.4.S i bind 2](#). I perioden har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde. Stigningen ses blandt mænd. Se [figur 11.6.S i bind 2](#). ◀

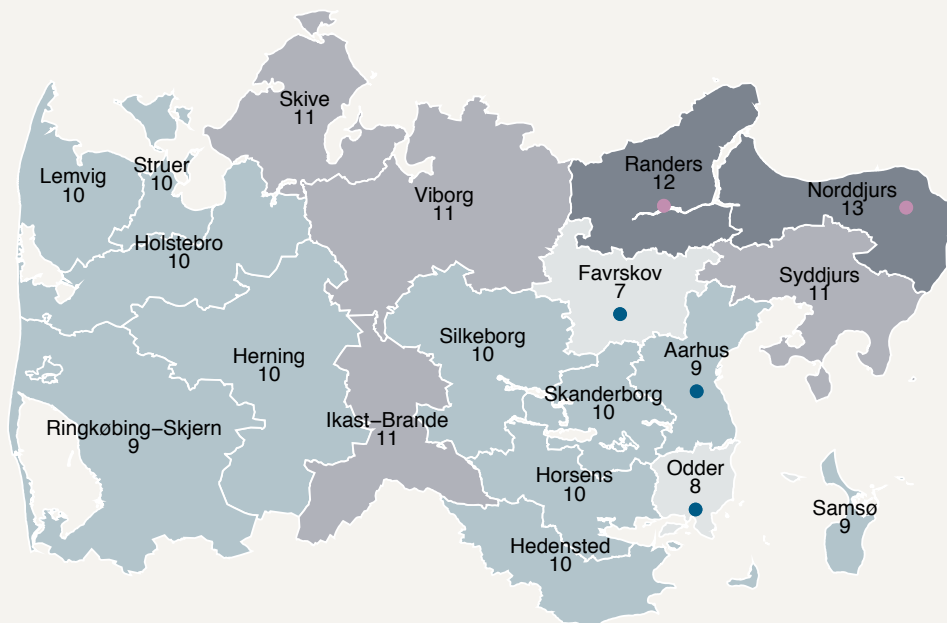
Figur 13.5

Kort og lang søvnlængde – kommuner

| | Kort søvnlængde (<6 timer/døgn) | Lang søvnlængde (>9 timer/døgn) | Kort søvn­længde | Lang søvn­længde |
|--------------------|--|---|---------------------|---------------------|
| | Pct. | Pct. | Personer | Personer |
| Norddjurs | 13  | 6  | 3.700 | 1.600 |
| Randers | 12  | 6  | 8.700 | 4.100 |
| Skive | 11  | 5  | 4.000 | 1.600 |
| Viborg | 11  | 4  | 8.300 | 3.100 |
| Ikast-Brande | 11  | 6  | 3.500 | 1.700 |
| Syddjurs | 11  | 6  | 3.600 | 1.800 |
| Horsens | 10  | 5  | 7.100 | 3.700 |
| Struer | 10  | 5  | 1.700 | 900 |
| Hedensted | 10  | 5  | 3.600 | 1.800 |
| Skanderborg | 10  | 5  | 4.500 | 2.200 |
| Holstebro | 10  | 4  | 4.200 | 1.800 |
| Silkeborg | 10  | 4  | 6.900 | 2.900 |
| Lemvig | 10  | 5  | 1.500 | 800 |
| Herning | 10  | 4  | 6.400 | 2.800 |
| Aarhus | 9  | 4  | 25.000 | 12.000 |
| Samsø | 9  | 7  | 300 | 200 |
| Ringkøbing-Skjern | 9  | 5  | 3.700 | 2.000 |
| Odder | 8  | 4  | 1.300 | 800 |
| Favrskov | 7  | 4  | 2.600 | 1.600 |
| Region Midtjylland | 10  | 5  | 100.000 | 47.000 |

-  Signifikant større end i hele befolkningen
-  Signifikant mindre end i hele befolkningen
-  Adskiller sig ikke signifikant fra hele befolkningen

Kort søvnlængde



Lang søvnlængde



Kort søvnlængde – kommuner

Figur 13.5 viser, at andelen med kort søvnlængde varierer mellem kommunerne fra 7 % i Favrskov til 13 % i Norddjurs.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Norddjurs
- Randers

I disse kommuner varierer andelen fra 12 % til 13 %.

Sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant mindre andel med kort søvnlængde i følgende kommuner:

- Aarhus
- Odder
- Favrskov

I disse kommuner varierer andelen fra 7 % til 9 %.

► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde i Herning, Holstebro, Horsens, Ikast-Brande, Norddjurs, Randers, Samsø, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Struer, Syddjurs, Viborg og Aarhus. Se [figur 11.5.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med kort søvnlængde i Norddjurs, Randers, Silkeborg, Skanderborg, Skive, Viborg og Aarhus. Se [figur 11.5.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der ikke været signifikante ændringer i andelen med kort søvnlængde i nogen af kommunerne i Region Midtjylland. Se [figur 11.5.S i bind 2.](#) ◀

Lang søvnlængde – kommuner

Figur 13.5 viser, at sammenlignet med hele Region Midtjylland er der en signifikant større andel med lang søvnlængde på Samsø, hvor forekomsten er 7 %.

► **Udvikling fra 2010 til 2021.** I perioden fra 2010 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Favrskov, Hedensted og Lemvig. Se [figur 11.7.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2013 til 2021.** I perioden fra 2013 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Hedensted, Lemvig og Struer. Se [figur 11.7.S i bind 2.](#) ◀

► **Udvikling fra 2017 til 2021.** I perioden fra 2017 til 2021 har der været en stigning i andelen med lang søvnlængde i Hedensted, Horsens, Norddjurs og Struer. Se [figur 11.7.S i bind 2.](#) ◀

Sammenfatning

I *Hvordan har du det? 2021* har vi fokuseret på tre former for søvnproblemer: dårlig søvnkvalitet, kort søvnlængde og lang søvnlængde. Andelen med dårlig søvnkvalitet er defineret som de øverste 10 % i befolkningen, der scorer højest på søvnskalaen. Andelen med kort søvnlængde, svarende til mindre end seks timers søvn i løbet af et døgn, er på 10 %. Endvidere har 5 % af befolkningen en lang søvnlængde, svarende til mere end ni timers søvn i løbet af et døgn. Der er flere kvinder end mænd, som har dårlig søvnkvalitet og kort søvnlængde, mens der ikke ses nogen kønsforskel i andelen med lang søvnlængde.

Der ses en tydelig social gradient i andelen med søvnproblemer. Blandt personer med lavt uddannelsesniveau er der en signifikant større andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlængde sammenlignet med regionen som helhed. Omvendt er der en signifikant mindre andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlængde blandt personer med højt uddannelsesniveau.

Søvnproblemer er mere udbredt blandt modtagere af kontanthjælp eller sygedagpenge mv. og førtidspensionister. I disse grupper er der en markant større andel med dårlig søvnkvalitet samt kort og lang søvnlængde. Omvendt er der en signifikant mindre andel med søvnproblemer blandt personer i beskæftigelse og efterlønsmodtagere.

Sammenfattende er der siden 2010 sket en stigning i andelen af borgere, der oplever søvnproblemer. Der ses en markant stigning i andelen af borgere med dårlig søvnkvalitet samt kort søvnlængde. Denne udvikling er sket i de fleste aldersgrupper, om end der er sket en markant negativ udvikling blandt de 16-34-årige. Ligeledes er der sket en mindre stigning i andelen med lang søvnlængde.

Referencer

1. Jennum P, Bonke J, Clark AJ, Flyvbjerg A, Garde AH, Hermansen K, et al. *Søvn og sundhed: Vidensråd for Forebyggelse*; 2015.
2. Goel N, Basner M, Rao H, Dinges DF. Circadian rhythms, sleep deprivation, and human performance. *Progress in molecular biology and translational science*. 2013;119:155-90.
3. Tononi G, Cirelli C. Sleep and the price of plasticity: from synaptic and cellular homeostasis to memory consolidation and integration. *Neuron*. 2014;81(1):12-34.
4. Fabbri M, Beracci A, Martoni M, Meneo D, Tonetti L, Natale V. Measuring Subjective Sleep Quality: A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021;18(3):1082.
5. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep medicine*. 2017;32:246-56.
6. Jike M, Itani O, Watanabe N, Buysse DJ, Kaneita Y. Long sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Sleep medicine reviews*. 2018;39:25-36.
7. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes care*. 2010;33(2):414-20.
8. Cappuccio FP, Cooper D, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration predicts cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *European heart journal*. 2011;32(12):1484-92.
9. Anothaisintawee T, Reutrakul S, Van Cauter E, Thakkinstian A. Sleep disturbances compared to traditional risk factors for diabetes development: systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2016;30:11-24.
10. Madsen IE, Larsen AD, Thorsen SV, Pejtersen JH, Rugulies R, Sivertsen B. Joint association of sleep problems and psychosocial working conditions with registered long-term sickness absence. A Danish cohort study. *Scandinavian journal of work, environment & health*. 2016:299-308.
11. Xu W, Tan C-C, Zou J-J, Cao X-P, Tan L. Sleep problems and risk of all-cause cognitive decline or dementia: an updated systematic review and meta-analysis. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. 2020;91(3):236-44.
12. Shi L, Chen S-J, Ma M-Y, Bao Y-P, Han Y, Wang Y-M, et al. Sleep disturbances increase the risk of dementia: a systematic review and meta-analysis. *Sleep medicine reviews*. 2018;40:4-16.
13. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep*. 2010;33(5):585-92.
14. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Journal of sleep research*. 2009;18(2):148-58.
15. Meier-Ewert HK, Ridker PM, Rifai N, Regan MM, Price NJ, Dinges DF, et al. Effect of sleep loss on C-reactive protein, an inflammatory marker of cardiovascular risk. *Journal of the American College of Cardiology*. 2004;43(4):678-83.
16. Mullington JM, Haack M, Toth M, Serrador JM, Meier-Ewert HK. Cardiovascular, inflammatory, and metabolic consequences of sleep deprivation. *Progress in cardiovascular diseases*. 2009;51(4):294-302.
17. Grandner MA, Drummond SP. Who are the long sleepers? Towards an understanding of the mortality relationship. *Sleep medicine reviews*. 2007;11(5):341-60.
18. Yang P-Y, Ho K-H, Chen H-C, Chien M-Y. Exercise training improves sleep quality in middle-aged and older adults with sleep problems: a systematic review. *Journal of physiotherapy*. 2012;58(3):157-63.

19. Kredlow MA, Capozzoli MC, Hearon BA, Calkins AW, Otto MW. The effects of physical activity on sleep: a meta-analytic review. *Journal of behavioral medicine*. 2015;38(3):427-49.
20. Jennum P, Zachariae B. Stress og insomni. *Ugeskrift for Læger*. 2012;174(4):197-200.
21. Garde AH, Albertsen K, Persson R, Hansen ÅM, Rugulies R. Bi-directional associations between psychological arousal, cortisol, and sleep. *Behavioral Sleep Medicine*. 2012;10(1):28-40.
22. Linton SJ, Kecklund G, Franklin KA, Leissner LC, Sivertsen B, Lindberg E, et al. The effect of the work environment on future sleep disturbances: a systematic review. *Sleep medicine reviews*. 2015;23:10-9.
23. Magnusson Hanson LL, Åkerstedt T, Näswall K, Leineweber C, Theorell T, Westerlund H. Cross-lagged relationships between workplace demands, control, support, and sleep problems. *Sleep*. 2011;34(10):1403-10.
24. Hardouin J-B, Bonnaud-Antignac A, Sébille V. Nonparametric item response theory using Stata. *The Stata Journal*. 2011;11(1):30-51.
25. Mallon L, Broman J-E, Åkerstedt T, Hetta J. Insomnia in Sweden: a population-based survey. *Sleep disorders*. 2014;2014.
26. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH, Bjorvatn B. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. *Sleep medicine*. 2014;15(2):173-9.
27. Calem M, Bisla J, Begum A, Dewey M, Bebbington PE, Brugha T, et al. Increased prevalence of insomnia and changes in hypnotics use in England over 15 years: analysis of the 1993, 2000, and 2007 National Psychiatric Morbidity Surveys. *Sleep*. 2012;35(3):377-84.

