

Infertilitet

– Temarapport, Sundhedsprofil
for Region Hovedstaden og
kommuner **2021**

Titel: Infertilitet – Temarapport, Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021

Copyright: © 2024 Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden. Gengivelse af uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse – det skal herunder fremhæves, at rapporten er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden. ISBN 978-87-93775-31-2

Forfattere: Marie Holm Eliassen
Marie Stjerne Grønkjær
Anne Helms Andreasen
Cecilie Goltermann Toxværd
Peter Elsborg
Ditte Vassard (Rigshospitalet, Region Hovedstaden)
Lone Schmidt (Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet)

Forsidebillede: Modelfoto: Colourbox.dk/#245279

Udgiver: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00

Layout og grafisk produktion: Dantryk A/S

Publikationen citeres således:

Eliassen MH; Grønkjær MS; Andreasen AH; Toxværd CG; Elsborg P; Vassard D; Schmidt L: Infertilitet – Temarapport, Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021, Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2024

Forord

Det er med stor fornøjelse, at vi præsenterer den første temarapport relateret til Sundhedsprofil 2021, som er dedikeret til et emne af stor vigtighed: infertilitet. Denne temarapport kaster lys over infertilitetens udbredelse i Region Hovedstaden. Infertilitet er en folkesygdom, men til trods for dette, er der mangel på monitorering af forekomsten i den generelle befolkning. Det er derfor glædeligt, at der er kommet øget fokus på infertilitet på det seneste bl.a. som følge af statsministerens nytårstale i januar 2024.

'Hvordan har du det?'-spørgeskemaet fra 2021 danner grundlag for denne rapport, som er udarbejdet af Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Region Hovedstaden, i samarbejde med eksperter indenfor fertilitetsforskning. Rapporten afdækker forekomsten af infertilitet blandt borgere i Region Hovedstaden og giver indsigt i karakteristika samt trivsel og sundhed blandt borgere, som har oplevet infertilitet. Derudover præsenteres opgørelser over, i hvilket omfang borgere, der har oplevet infertilitet, har kunnet få de børn, de gerne ville.

Resultaterne viser, at mange borgere har oplevet infertilitet, og at det ikke kun berører bestemte demografiske grupper. Interessant nok viser rapporten, at der ikke er etnisk eller social ulighed i forekomsten af infertilitet, selvom der er stor ulighed i brugen af fertilitetsbehandling, hvor der ses en større brug blandt etnisk danske borgere og borgere med længere

uddannelse. Dette indikerer en potentiel barriere for adgang til behandling for visse grupper, hvilket kræver yderligere opmærksomhed og indsats. Det ses også, at borgere, der har oplevet infertilitet, generelt har dårligere helbred og i højere grad har tegn på stress - faktorer som enten kan være årsag til eller konsekvens af infertiliteten. Sidst men ikke mindst er det væsentligt at bemærke, at næsten halvdelen af de borgere, der har oplevet infertilitet, ikke har opnået at få de få børn, de gerne ville.

Vi håber, at denne rapport - ligesom tidligere sundhedsprofil-rapporter - kan blive et centralt værktøj i kommunerne og regionens planlægningsarbejde. Samtidig håber vi, at resultaterne kan være med til at understrege vigtigheden af kontinuerlig monitorering af infertilitet, ikke kun i Region Hovedstaden men også i andre regioner og på nationalt plan. Rapporten fremhæver ydermere behovet for fokuserede forebyggelsesindsatser samt sikring af lige adgang til god fertilitetsbehandling.

Vi takker eksperterne, samarbejdspartnere og ikke mindst de borgere, hvis deltagelse har gjort denne rapport mulig. Vi ser frem til at følge anvendelsen af denne rapport i det fremtidige arbejde med at forbedre forståelsen af infertilitet og understøtte borgere på deres rejse mod familiedannelse.

God læselyst!



Peter Elsborg
Ph.d., Forsker
Projektleder for Sundhedsprofilen



Line Lund Kårhus
Sektionschef, Læge, Ph.d.
Hovedansvarlig for Sundhedsprofilen

Indhold

Forord	3
Sammenfatning	7
Baggrund og metode	7
Resultater og perspektivering	7
1 Indledning	9
2 Materiale og metode	11
2.1 Materiale	11
2.2 Metode	12
2.3 Medarbejdere	14
3 Resultater	15
3.1 Forekomst af infertilitet blandt borgere, som har forsøgt at få børn	15
3.2 Fysisk og mental sundhed blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet	20
3.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet	21
3.4 Manglende opfyldelse af at kunne få de børn, man ønsker, blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet ..	22
4 Perspektivering	23
5 Litteratur	27
Bilag	31
Bilag A: Andelen, som har kunnet få de børn, de gerne ville, fordelt på aldersgrupper	31
Bilag B: Måling af fysisk og mental sundhed.....	31
Bilag C: Måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer	33

Sammenfatning

Baggrund og metode

Infertilitet er en sygdom, der af Verdenssundhedsorganisationen WHO defineres ved forsøg på opnåelse af en graviditet i mere end 12 måneder, uden at det lykkes. Infertilitet betragtes som en folkesygdom, der berører mange mennesker – især fordi familiedannelse er en helt central del af de fleste menneskers liv. Alligevel er forekomst og karakteristik af borgere med infertilitet i høj grad underbelyst. Denne rapport er dermed den første i nyere tid, der beskriver forekomsten af infertilitet i den generelle befolkning og karakteristik af de borgere, der har oplevet infertilitet.

Rapporten bygger på spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?', som gennemføres hvert fjerde år blandt tilfældigt udvalgte borgere på 16+ år. I Region Hovedstaden blev der for første gang i 2021 inkluderet spørgsmål til at måle livstidsforekomsten af infertilitet. Spørgsmålet lægger sig op ad WHO's definition af infertilitet og lyder på, om man nogensinde har forsøgt at blive gravid/gøre en kvinde gravid igennem mere end 1 år, uden at det er lykkedes. Det måles dermed i mand/kvinde par og siger ikke noget om hvem, der er årsagen til infertiliteten (manden, kvinden eller begge). Infertilitet opgøres i rapporten blandt borgere, der har forsøgt at få børn.

Resultater og perspektivering

I 2021 har 53.000 borgere i alderen 25-44 år på et tidspunkt oplevet infertilitet – det svarer til 11 % af alle borgere i denne aldersgruppe eller hver femte af de borgere, som har forsøgt at få børn. Blandt 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn, gælder følgende ift. oplevet infertilitet:

- Forekomsten af oplevet infertilitet er højere blandt kvinder (22 %) end blandt mænd (18 %) – dette siger dog ikke noget om hvem, der er årsagen til infertiliteten, da det måles i mand/kvinde par.
- Der ses ikke forskel i forekomsten på tværs af etnisk baggrund, uddannelseslængde og erhvervstilknytning.
- Forekomsten er højere blandt samlevende borgere end blandt enlige borgere.
- Forekomsten er højere blandt borgere uden børn i hjemmet – her er det næsten hver tredje borger på 25-44 år, som har forsøgt at få børn, der på et tidspunkt har oplevet infertilitet.
- Der ses generelt ikke stor geografisk variation i forekomsten hverken på tværs af sundhedsklynger eller kommuner og bydele.
 - Der ses dog en relativt høj forekomst i Bornholms Regionskommune samt Ishøj og Gribskov kommuner – her er det mere end hver fjerde borger på 25-44 år, som har forsøgt at få børn, der på et tidspunkt har oplevet infertilitet.

Borgere på 25-44 år, der har oplevet infertilitet, har generelt dårligere helbred (selvvurderet og fysisk), har i højere grad tegn på stress og har i højere grad svær overvægt end borgere i samme aldersgruppe, der ikke har oplevet infertilitet, men som har forsøgt at få børn. Derudover har borgere, der har oplevet infertilitet, i langt højere grad ikke kunnet få de børn, de gerne ville (44 % vs. 9 %).

Ovenstående resultater understreger et stort behov for forebyggende indsatser over for infertilitet samt indsatser, der sikrer, at alle, der har behov for fertilitetsbehandling, kan få det. Derudover er det vigtigt, at fertilitetsbehandlingen fortsat er af høj kvalitet, så flest borgere får mulighed for at danne den familie, de ønsker. Endelig er fortsat monitorering af infertilitet vigtig, så fx effekten af indsatser kan følges over tid.

1 Indledning

Langt de fleste unge kvinder og mænd i Danmark ønsker sig børn senere i livet; det gælder således for mere end ni ud af ti af de 18-22-årige ifølge den danske del af den internationale Generations- og Kønundersøgelse fra 2021 (1). I Verdenserklæringen om Menneskerettighederne fra 1948 er det ligeledes slået fast, at alle kvinder og mænd, der har nået myndighedsalderen, har ret til at gifte sig og stifte familie (2). I Danmark er det for

nyligt meldt ud, at regeringen vil fordoble antallet af forsøg i fertilitetsbehandling fra tre til seks (IVF-behandling), og at der også skal være skatteyderbetalt hjælp til at få barn nummer to. I Region Hovedstaden blev der i 2019 ligeledes udarbejdet en Strategi for Fertilitetsområdet (3) for at styrke fertilitetsområdet i regionen.

Infertilitet – årsager, psykosociale konsekvenser og forekomst

Nogle mennesker har nedsat frugtbarhed. De har svært ved at opnå en graviditet og/eller svært ved at gennemføre en graviditet frem til fødsel af levende barn. Infertilitet, som er en del af nedsat frugtbarhed, er en sygdom karakteriseret ved manglende graviditet efter 12 måneder med regelmæssige, ubeskyttede samlejer og er ofte kronisk (4). Både kvindelig og mandlig infertilitet er registrerede diagnoser i den internationale sygdomsklassifikation ICD og har været angivet med diagnosekoder i hvert fald siden 1949. Infertilitet skyldes enten nedsat frugtbarhed hos kvinden eller manden, hos begge i parret eller er uforklaret (ingen medicinsk årsag påvist). At være ufrivilligt barnløs kan være en stor sorg og en eksistentiel krise, hvor man kan komme i tvivl om selve meningen med livet (5). Det er veldokumenteret, at infertilitet kan være en stressfaktor både for kvinder og mænd, kan være alvorligt belastende både psykisk og socialt og kan medføre reaktioner som stress, angst og depressive symptomer (6-8). Infertilitet betyder dog ikke nødvendigvis, at man ikke får børn senere. Mange, der har oplevet infertilitet, vil således senere få et eller flere børn; ofte ved hjælp af fertilitetsbehandling.

Infertilitet skyldes en lang række meget forskellige reproduktive sygdomme. Blandt kvinder er de hyppigste årsager manglende ægløsning (anovulation), hormonsygdommen polycystisk ovariesyndrom (PCOS), endometriose (livmoderslimhinde i bughulen) og aflukkede eller dårligt fungerende æggeledere,

som bl.a. kan skyldes tidligere underlivsbetændelse, blindtarmsbetændelse eller endometriose. Hos omkring 40-50 % af infertile par har manden infertilitet/nedsat sædkvalitet. Dette kan bl.a. skyldes ikke-nedsunkne testikler ved fødslen, årebrot i pungen og sygdomme i hypofysen (9). Udover de reproduktive sygdomme er der en række risikofaktorer for infertilitet for både kvinder og mænd som f.eks. stigende alder, seksuelt overførte infektioner (klamydia og gonorré), rygning, overvægt og undervægt, jævnlig brug af cannabis, anabole steroider og reproduktionsskadelige stoffer i miljøet (9).

I Danmark har der gennem de seneste knap 30 år været gennemført enkelte befolkningsstudier, hvor deltagerne er blevet spurgt om de nogensinde har forsøgt at blive gravide/gøre en kvinde gravid gennem 1 år eller mere, uden at det er lykkedes. I et befolkningsstudie blandt kvinder, hvor data blev indsamlet i 1989, rapporterede 26 % at have oplevet infertilitet blandt de 25-44-årige kvinder, der havde forsøgt at få børn (10). I et andet befolkningsstudie blandt 56-58-årige mænd, hvor data blev indsamlet i 2009-2011, angav 18 % af mændene at have oplevet infertilitet, men i dette studie var det ikke muligt at skelne mellem mænd, der havde forsøgt/ikke havde forsøgt at få børn (11). Derudover har en række danske studier blandt gravide kvinder vist, at 8-17 % af dem havde været længere tid end 12 måneder om at opnå graviditeten (12-15).

Fertilitetsbehandling

Mange mennesker med infertilitet opnår at blive forældre efter fertilitetsbehandling. Ved fertilitetsbehandling forsøger man med forskellige behandlingsteknologier at gøre kvinden gravid, mens fertilitetsbehandlingen ikke behandler den tilgrundliggende sygdomsårsag til infertiliteten. Omkring 12 % af alle børn født i Danmark i 2021 kom til verden efter fertilitetsbehandling (16). Danmark er et af de lande i verden, der har det højeste antal fertilitetsbehandlinger i forhold til befolkningens størrelse (17). Dette skyldes ikke, at forekomsten af infertilitet er højere i Danmark end i andre højindkomst lande, men at vi har bedre adgang til behandling af høj kvalitet i forhold til behovet for behandling. Et stort dansk registerstudie undersøgte, hvor stor en andel af kvinderne, der

5 år efter påbegyndt fertilitetsbehandling havde fået mindst et levendefødt barn. Blandt kvinder, der var yngre end 35 år ved påbegyndt fertilitetsbehandling, havde 80 % fået barn, for de 35-39-årige var det 60 %, og for kvinder, der var 40 år eller ældre ved påbegyndt behandling, havde 26 % opnået at få et barn (18). Disse faldende procenttal for at opnå et levendefødt barn viser tydeligt, hvorledes stigende alder også i forbindelse med fertilitetsbehandling er en vigtig faktor. Fertilitetsbehandling kan således ikke kompensere for den højere alders betydning for den faldende sandsynlighed for at opnå graviditet og et levendefødt barn.

Forebyggende indsatser og fertilitetsbehandling – et makkerpar

Infertilitet er en folkesygdom. Folkesygdomme er sygdomme, der er hyppige, har alvorlige menneskelige og/eller samfundsmæssige omkostninger, og hvor forebyggelse ofte er velbegrunderet (19). Der er et stort behov for at igangsætte forebyggende indsatser overfor infertilitet på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Da infertilitet skyldes mange forskellige sygdomme og er relateret til mange forskellige risikofaktorer, er der brug for forskellige og samtidige forebyggende indsatser, hvis forebyggelsen skal have effekt og reducere andelen af mennesker med infertilitet i fremtiden.

På kommunalt, regionalt og nationalt niveau er der brug for at øge befolkningens og professionelles viden om familiedannelse, frugtbarhed, risikofaktorer for nedsat frugtbarhed, og hvad man kan gøre for at passe på sit frugtbarhedspotentiale. Det vil fx sige fertilitetsundervisning integreret med seksualundervisning på ungdomsuddannelserne, individuel fertilitetsrådgivning hos praktiserende læger og på specialiserede fertilitetsrådgivningsklinikker, kampagner i det offentlige rum, viden spredt via forskellige medier og opdateret faglig viden på Sundhedsstyrelsens hjemmeside. En del af disse indsatser er også beskrevet i Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger til svangreomsorgen" (20) og i Danske Regioners "Hjælp til nyt liv" (21).

Der er ligeledes brug for, at allerede eksisterende sundhedskampagner for sunde valg fremover også fokuserer på den store betydning af god sundhedsadfærd i forhold til at tage vare på sit frugtbarhedspotentiale. Det kan fx være i forbindelse med

kampagner for rygestop, fysisk aktivitet og sund kost for at holde sig normalvægtig samt om betydningen af at beskytte sig mod seksuelt overførte sygdomme med kondom og blive behandlet, hvis man bliver smittet.

Der er ydermere brug for strukturelle indsatser, således at vi i højere grad indretter et samfund, der passer til vores biologi, herunder hvornår vi med størst sandsynlighed kan få børn. Det vil sige bedre muligheder for dem, der ønsker at blive forældre lidt tidligere. Dette forudsætter billigere boliger også i de store byer, billigere daginstitutionspladser, mere fleksibilitet og bedre balance mellem familie og studie/arbejdsliv særligt i årene som småbørnsfamilie.

For folkesygdommene er forebyggelse og behandling et makkerpar. Derfor er det også nødvendigt med yderligere forskning for i højere grad at forstå årsagerne til de reproduktive sygdomme og dermed mulighederne for at kunne forebygge og behandle disse sygdomme. Endvidere er det nødvendigt fortsat at forske i forbedringer af fertilitetsbehandlingen og nye behandlingsmetoder for at sikre, at mennesker, der har infertilitet eller af andre grunde ikke kan få børn, fortsat kan modtage behandling af høj kvalitet.

Endelig er det helt nødvendigt at iværksætte løbende monitoring af forekomsten af infertilitet, så vi ved, om forekomsten stiger, falder eller bliver på samme høje niveau.

2 Materiale og metode

Sundhedsprofil 2021 for Region Hovedstaden og kommuner består udover denne temarapport om infertilitet af to trykte rapporter og en webrapport. Den første rapport har fokus på sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt alle borgere i Region Hovedstaden på 16 år eller derover (22), den anden rapport har fokus på kronisk sygdom blandt borgere på 16 år eller derover (23), mens webrapporten (tredje del i Sundhedsprofil 2021) krydser de to første rapporter og handler om sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom (24). Alle rapporter, både fra 2021 og fra tidligere år, kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen. For detaljeret beskrivelse af sundhedsprofilen henvises til de tidligere rapporter, hvor der også kan findes læsevejledning til tabeller og figurer, der i høj grad minder om dem i denne rapport.

Formålet med nærværende temarapport er at undersøge forekomst af infertilitet blandt borgere under 65 år i Region Hovedstaden samt beskrive de demografiske, sociale og geografiske forskelle i forekomsten blandt borgere på 25-44 år. Denne mindre aldersgruppe er valgt til disse opgørelser, da det ofte er i denne alder, at borgere, som ønsker børn, forsøger at få børn, og det derfor også vil være denne aldersgruppe, der vil kunne have behov for behandling/hjælp ift. infertilitet. Opgørelserne vil dermed give et indtryk af, hvor mange borgere og hvem, der aktuelt kan have behov for hjælp. Rapporten bidrager derudover med viden om helbred, sundhedsadfærd og risikofaktorer samt familiedannelse blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet.

2.1 Materiale

Denne rapport bygger på spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det?' undersøgelsen i 2021 og data fra nationale registre. I dette afsnit beskrives kort de data, som danner grundlag for

opgørelserne i denne rapport, mens mere uddybende informationer kan læses i den første rapport af Sundhedsprofil 2021 om sundhedsadfærd og risikofaktorer (22).

2.1.1 Spørgeskemadata 2021

I denne rapport er der benyttet data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' fra 2021 i Region Hovedstaden. I undersøgelsen spørges bl.a. ind til borgernes trivsel, sundhedsadfærd, sygdomme og symptomer, sociale relationer, livskvalitet samt ønsker om adfærdssændring. Derudover er der som noget nyt i 2021 bl.a. blevet spurgt ind til, om borgerne har oplevet infertilitet.

I februar 2021 blev en tilfældig stikprøve af borgere inden for hver af de 29 kommuner i Region Hovedstaden samt 10 bydele i Københavns Kommune inviteret til at besvare spørgeskemaet 'Hvordan har du det? 2021'. Stikprøven blev lavet blandt alle borgere på 16 år eller derover, der havde folkeregisteradresse i den pågældende kommune pr. 1. januar 2021. Borgere, der var tilmeldt digital post (93 %), blev i første omgang inviteret gennem digital post med link til et elektronisk spørgeskema samt en efterfølgende digital påmindelse. Herefter fik de tilsendt en postomdelt invitation med trykt spørgeskema samt to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste indeholdt endnu et trykt spørgeskema. Borgere, der ikke var tilmeldt digital post (7 %), fik tilsendt en postomdelt invitation med trykt spørgeskema og efterfølgende to postomdelte påmindelser, hvoraf den sidste også indeholdt et trykt spørgeskema. Undersøgelsen kørte indtil maj 2021. Der blev udsendt spørgeskemaer til i alt 102.500 borgere i Region Hovedstaden, hvoraf 54,9 % (N=56.245) valgte at deltage. Af disse svarede 81,1 % på spørgeskemaet elektronisk. Der var en større andel af kvinder, ældre, borgere med dansk baggrund, borgere med erhvervsfaglig og videregående uddannelse, pensionister samt samlevende borgere, som deltog

i undersøgelsen sammenlignet med alle inviterede borgere. Derfor vægtes resultaterne i denne rapport også blandt andet for non-response (se mere om vægtning under afsnit 'Vægtning').

COVID-19-pandemien

Særligt for sundhedsprofilen i 2021 er, at dataindsamlingen blev gennemført under COVID-19-pandemien i en periode, hvor Danmark var underlagt restriktioner for at minimere smittespredning af COVID-19. Mere præcist fandt spørgeskema-dataindsamlingen sted mellem d. 5. februar og d. 12. maj 2021. I starten af perioden var der omfattende restriktioner (nedlukning), som var indført i december 2020. Dette gjaldt bl.a. hjemsendelse af skoleelever, hjemsendelse af offentligt ansatte i ikke-kritiske funktioner, samlingsloft samt lukning af butikker (bortset fra dagligvarebutikker og apoteker), restauranter og cafeer samt kultur-, idræts-, og nattelevet, herunder teatre, museer, biografer, svømmehaller og fitnesscentre. Derudover var der opfordring til at se så få personer som muligt. Studier indikerer, at vaner, adfærd, trivsel, sundhed og sygdom blev påvirket af pandemien, hvor der er eksempler på, at sundhedsadfærd, trivsel og risikofaktorer for nogen er blevet bedre, mens de for andre er blevet værre (25-35). I rapporten "'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner - sundhedsadfærd og risikofaktorer" (22) kan læses en mere komplet beskrivelse af COVID-19-pandemiens mulige betydning for borgernes adfærd i forhold til spørgeskemaundersøgelsen.

2.1.2 Registre

Oplysninger fra spørgeskemaundersøgelsen er suppleret med oplysninger fra nationale registre i forhold til køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse, erhvervstilknytning, samlivsstatus, indkomst og bopælskommune. For borgere bosat i Københavns Kommune er der desuden suppleret med oplysninger om bydel. I kapitlet om demografi og sociale forhold i Sund-

hedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer (kapitel 2) findes yderligere beskrivelse af de sociodemografiske variable (22). Metoden bag opgørelserne af disse variable kan desuden findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilresultater.

2.2 Metode

2.2.1 Infertilitet

I spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' medtog vi for første gang to spørgsmål til at måle livstidsforekomsten af infertilitet. Spørgsmålene blev udarbejdet i samarbejde med professor mso Lone Schmidt (Københavns Universitet) og indholdsvalideret ved brug af kvalitative interviews. De bygger på spørgsmål brugt i tidligere undersøgelser af infertilitet (10), dog tilpasset som følge af de kvalitative interviews. At have oplevet infertilitet defineres i denne rapport som havende svaret 'ja' til spørgsmålet: "Har du nogensinde forsøgt at blive gravid/gøre en kvinde gravid gennem mere end 1 år, uden at det er lykkedes?". Det skal ved måling af infertilitet bemærkes, at infertilitet måles i par, dvs. for både manden og kvinden, og opgørelserne derfor ikke siger noget om hvem, der er årsagen til infertilitet.

Afgrænsning af populationen

Infertilitet opgøres i denne rapport kun blandt borgere under 65 år, da der er en relativt stor andel manglende svar på spørgsmålet om infertilitet blandt borgere på 65+ år. Der er derfor en risiko for, at resultaterne blandt borgere i denne aldersgruppe ikke er pålidelige. Den større andel missing blandt borgere på 65+ år kan bl.a. skyldes, at spørgsmål om fertilitet betragtes som meget privat af de ældre generationer (36), eller at det ikke ses som relevant for dem.

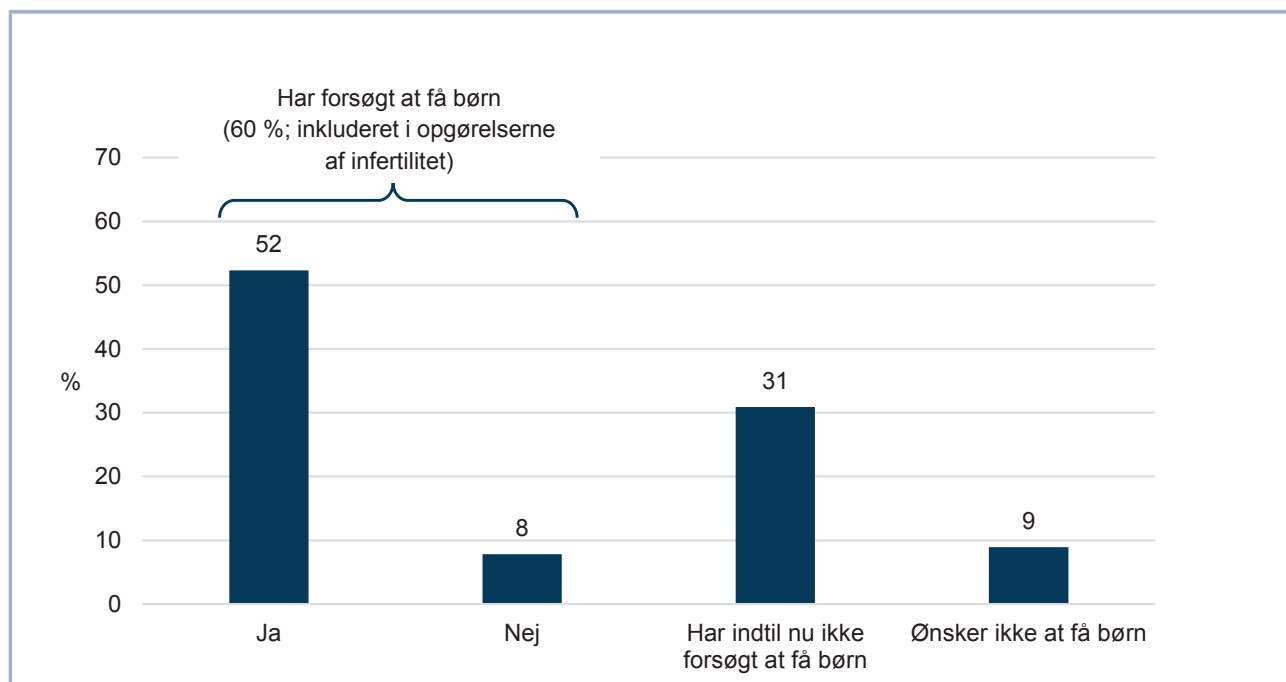
For at få et retvisende billede af forekomsten af infertilitet opgøres infertilitet derudover kun blandt personer, der har

mulighed for at vide, om de har/har haft problemer med deres fertilitet, hvilket gælder for personer, der har forsøgt at få børn/har fået børn (herefter benævnt 'forsøgt at få børn'). I denne rapport er det at have forsøgt at få børn defineret ved at have svaret 'Ja' eller 'Nej' til spørgsmålet: "Har du indtil nu kunnet få de børn, som du gerne ville have?", som også blev indholdsvalideret vha. kvalitative interviews. Dermed inkluderes borgere, som har forsøgt at få børn, både dem, som har kunnet få de børn, de gerne ville have og dem, som ikke har kunnet få de børn, de gerne ville. Samlet set er der 60 % af borgerne under 65 år i Region Hovedstaden, der har forsøgt at få børn (Figur 2.1). Blandt borgere på 35+ år er det 81-88 %, som har forsøgt at få børn, mens det kun er 4 % blandt de 16-24-årige (Bilag A: Andelen, som har kunnet få de børn, de gerne ville, fordelt på aldersgrupper). Derudover er der en større andel, som har forsøgt at få børn, blandt kvinder (62 %) end blandt mænd (58 %); dette gælder for samtlige aldersgrupper (resultater ikke vist). Personer, som har svaret 'har indtil nu ikke forsøgt at få børn' eller 'ønsker ikke at få børn' på spørgsmålet (40 %) (Figur 2.1), er dermed ikke med i opgørelserne af infertilitet.

I opgørelser, hvor der sammenlignes med forekomsten blandt borgere i regionen som helhed, er afgrænsningen den samme, dvs. der sammenlignes kun med borgere, som har forsøgt at få børn og er i samme aldersgruppe.

Figur 2.1 Har kunnet få de børn, de gerne ville, blandt borgere under 65 år

Spørgsmål: "Har du indtil nu kunnet få de børn, som du gerne ville have?"



Baseret på 36.214 besvarelser i 2021.

2.2.2 Fysisk og mental sundhed

Dårlig fysisk og mental sundhed omhandler i denne rapport dårlig eller meget dårlig livskvalitet, mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet, lav score på fysisk helbredsskala, lav score på mental helbredsskala, ensomhed samt høj score på

stressskalaen. Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det? 2021' er benyttet til disse opgørelser. I 'Bilag B: Måling af fysisk og mental sundhed' ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger bag opgørelserne af ovenstående indikatorer for dårlig fysisk og mental sundhed.

2.2.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer omhandler i denne rapport daglig rygning, alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden, svær overvægt samt at være meget generet af søvnproblemer. Spørgeskemadata fra 'Hvordan har du det? 2021' er anvendt

til disse opgørelser. I 'Bilag C: Måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer' kan ses de spørgsmål og afgrænsninger, der ligger til grund for opgørelserne af ovenstående indikatorer for uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer.

2.2.4 Vægtning

Til opgørelserne i denne rapport er benyttet de samme vægte af spørgeskemadata som i de øvrige rapporter i Sundhedsprofil 2021. Det betyder, at opgørelserne er vægtet både i forhold til hvilke borgere, der er inviteret til undersøgelsen (sampling) og i forhold til hvilke borgere, der har deltaget i undersøgelsen (non-response). Vægtningen i forhold til non-response er udarbejdet af Danmarks Statistik på baggrund af oplysninger fra centrale registre om køn, alder, uddannelse, indkomst, erhvervstilknytning, samlivsstatus, etnisk baggrund, boligforhold (ejer eller lejer) samt antal lægebesøg og indlæggelser på

sygehus. For mere detaljeret beskrivelse af vægtningen henvises til rapport 1 af Sundhedsprofil 2021 (22).

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

2.3 Medarbejdere

Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse har stået for undersøgelsen bag og udarbejdelse af "Infertilitet – Temarapport, Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021".

Teamet bag sundhedsprofilen består aktuelt af forsker og projektleder Peter Elsborg (ph.d.), forskere Marie Holm Eliassen (ph.d.) og Marie Stjerne Grønkjær (ph.d.), videnskabelig medarbejder Cecilie Goltermann Toxværd (cand.scient), datamanager Gert Virenfeldt (cand.scient) samt statistiker Anne Helms Andreasen (cand.scient).

Derudover har holdet bag gennemførelsen af spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det? 2021' samt den efterfølgende udarbejdelse af Sundhedsprofil 2021 bestået af seniorforsker Cathrine Juel Lau (ph.d.), videnskabelige medarbejdere Maj Bekker-Jepesen (cand.scient.), Nina Gøtzsche (cand.scient.) og Maria Helena Jacobsen (cand.scient.) samt dataanalytiker Signe Thorup (ph.d.).

De to spørgsmål, der danner grundlag for opgørelserne af infertilitet i denne rapport, blev udviklet i samarbejde med professor mso Lone Schmidt (Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet). Lone Schmidt har desuden sammen med postdoc Ditte Vassard (Rigshospitalet, Region Hovedstaden)

skrevet indledningen og perspektiveringen til denne rapport med feedback fra sundhedsprofil-teamet. Derudover har Lone Schmidt og Ditte Vassard sparret med sundhedsprofil-teamet på analysestrategien for rapporten og givet feedback på rapportens øvrige indhold.

Medarbejdere fra Enhed for Det Nære Sundhedsvæsen (DNS) i Region Hovedstaden, herunder chefkonsulent Lene Schack-Nielsen, har været sparringspartnere ifm. udarbejdelsen af denne rapport.

Opsætning af papirspørgeskemaet er foretaget af RegionH Design. Opsætning og håndtering af det elektroniske spørgeskema er sket i samarbejde med Huge Consulting ApS. Udsendelse af spørgeskema er sket i samarbejde med Express A/S og Bladkompagniet A/S. Express A/S har desuden stået for indscanning af besvarelser på papirspørgeskemaer. Grafisk opsætning af rapporten er foretaget af Dantryk A/S.

3 Resultater

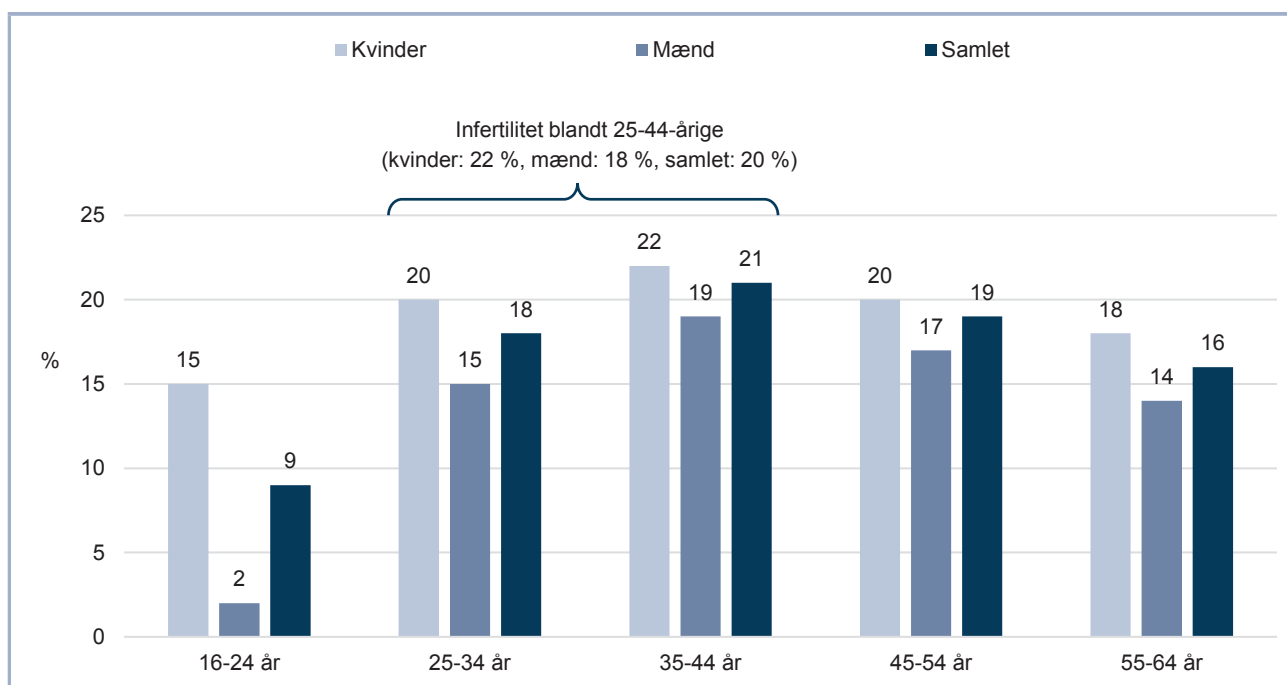
3.1 Forekomst af infertilitet blandt borgere, som har forsøgt at få børn

Figur 3.1 viser andelen af borgere på tværs af aldersgrupper og køn, som har oplevet infertilitet, dvs. som har svaret ja til spørgsmålet "Har du nogensinde forsøgt at blive gravid/gøre en kvinde gravid igennem mere end 1 år, uden at det er lykkedes" blandt borgere, som har forsøgt at få børn (for nærmere beskrivelse se afsnit om 'Afgrænsning af populationen'). Det ses, at forekomsten generelt er højere blandt kvinder end blandt mænd; dette gælder for samtlige aldersgrupper. Det skal dog bemærkes, at opgørelserne ikke siger noget om, hvorvidt det er manden eller kvinden, der er årsagen til infertiliteten, da infertilitet i denne rapport måles i par. For begge køn ses den

højeste forekomst blandt de 35-44-årige, hvor forekomsten er 22 % blandt kvinderne, 19 % blandt mændene og 21 % samlet set. Den laveste forekomst ses blandt de 16-24-årige (samlet: 9 %), og her er forekomsten især lav blandt mændene (2 %). Derudover viser figuren den samlede forekomst af infertilitet blandt borgere på 25-44 år (kvinder: 22 %; mænd: 18 %; samlet: 20 %), som er den aldersgruppe, de øvrige opgørelser i denne rapport er baseret på. Denne mindre aldersgruppe er valgt, da det ofte er i denne alder, at borgere, som ønsker børn, forsøger at få børn, og det derfor også vil være denne aldersgruppe, der vil kunne have behov for behandling/hjælp ift. infertilitet.

Figur 3.1 Forekomst af infertilitet fordelt på aldersgrupper og køn blandt borgere, som har forsøgt at få børn

Svaret 'ja' til spørgsmålet: "Har du nogensinde forsøgt at blive gravid/gøre en kvinde gravid igennem mere end 1 år, uden at det er lykkedes?"



Baseret på 24.683 besvarelser i 2021.

Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – region

I 2021 er der i Region Hovedstaden 53.000 borgere i alderen 25-44 år, som på et tidspunkt har oplevet infertilitet (Tabel 3.1). Det svarer til, at 11 % af alle 25-44-årige borgere har oplevet infertilitet (resultater ikke vist), eller 20 % af de 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn. I det følgende beskrives de sociodemografiske forskelle i forekomsten af infertilitet blandt de 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn.

Alder og køn: Forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige er generelt højere blandt kvinder (22 %) end blandt mænd (18 %); dette gælder for begge aldersgrupper. For mænd er forekomsten signifikant højere blandt de 35-44-årige (19 %) end blandt de 25-34-årige (15 %), mens der blandt kvinderne ikke ses signifikant forskel i forekomsten mellem de to aldersgrupper (20-22 %).

Etnisk baggrund: Der er ikke signifikant forskel i forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige borgere med forskellig etnisk baggrund (19-21 %).

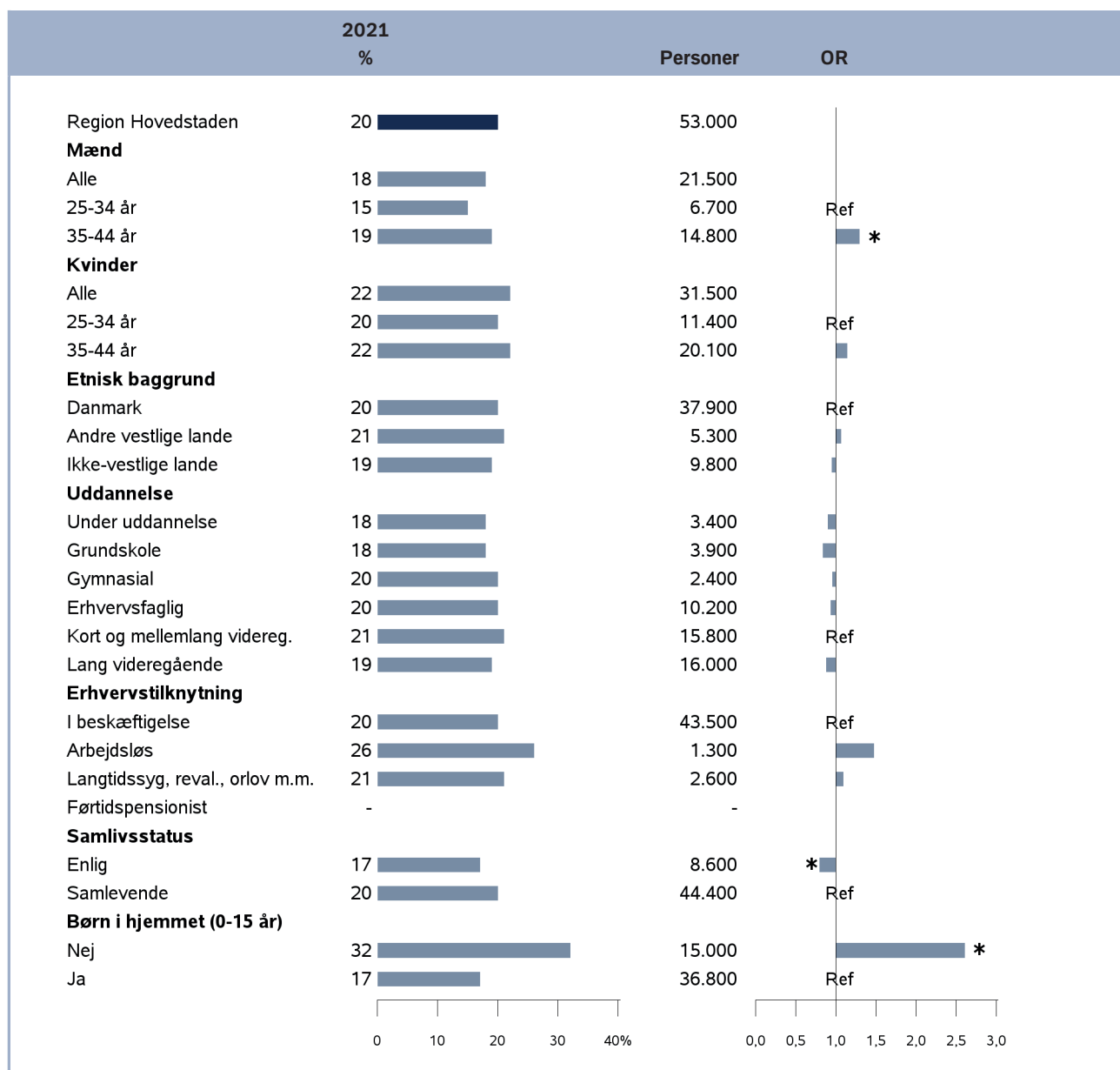
Uddannelse: Der er ikke signifikant forskel i forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige borgere med forskellig uddannelseslængde (18-21 %).

Erhvervstilknøytning: Der er ikke signifikant forskel i forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige borgere med forskellig erhvervstilknøytning. Det skal dog bemærkes, at tabellen bygger på få besvarelser for flere af grupperne, og tallene dermed er behæftet med stor usikkerhed. Forekomsten er således heller ikke opgjort blandt førtidspensionister grundet for få besvarelser i denne gruppe.

Samlivsstatus: Forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige er lavere blandt enlige borgere (17 %) end blandt samlevende borgere (20 %).

Børn i hjemmet: Forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige er betydeligt højere blandt borgere uden børn i hjemmet (32 %) sammenlignet med borgere med børn i hjemmet (17 %).

Tabel 3.1 Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – region



Baseret på 8.203 besvarelser i 2021.

De tomme felter skyldes for få besvarelser blandt 25-44-årige førtidspensionister, der har forsøgt at få børn (-).

OR (odds ratio) for alder er ujusteret, mens øvrige OR er justeret for køn og alder.

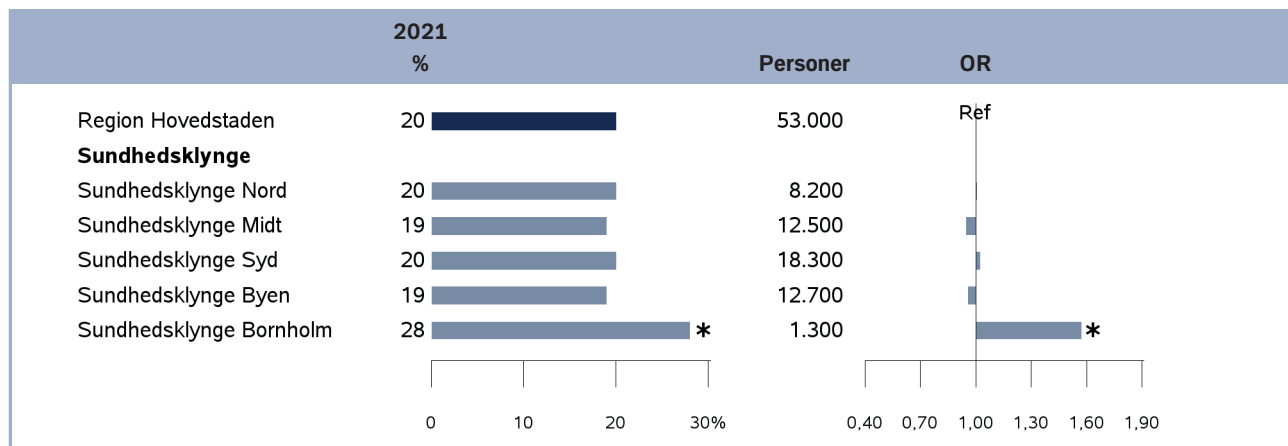
* Statistisk signifikant forskellig fra referencekategorien (Ref).

Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – sundhedsklynger

Der ses ikke en statistisk signifikant variation på tværs af sundhedsklyngerne i forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn (Tabel 3.2). De

fleste sundhedsklynger har således stort set samme forekomst (19-20 %), og kun Sundhedsklynge Bornholm adskiller sig signifikant fra andelen i Region Hovedstaden med en forekomst på 28 %. Det samme mønster ses for odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Tabel 3.2 Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – sundhedsklynger



Baseret på 8.203 besvarelser i 2021.

Baseret på sundhedsklyngeinddeling for somatik.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

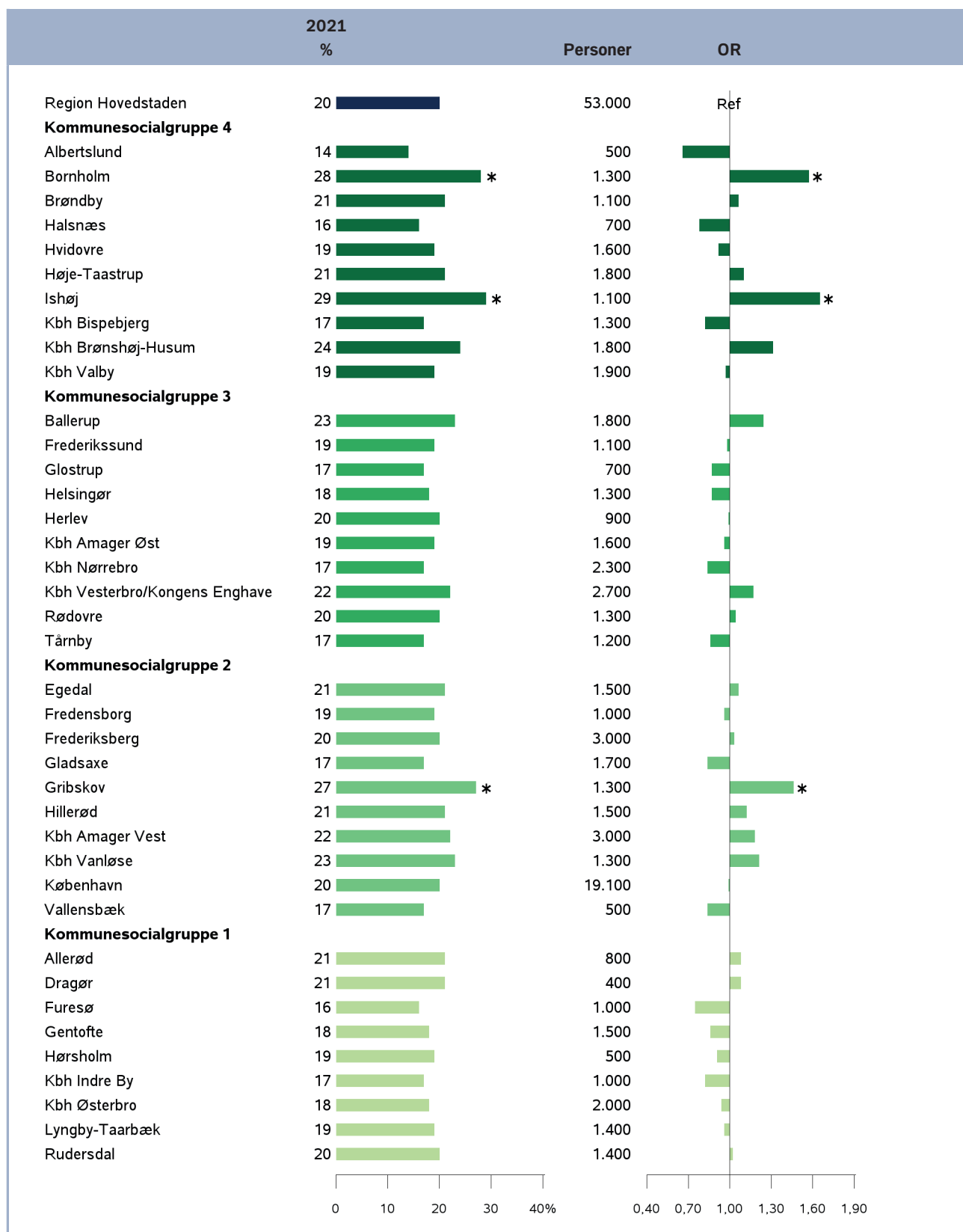
* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (Ref).

Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – kommuner

Der ses ikke en statistisk signifikant variation på tværs af kommuner og bydele i forekomsten af infertilitet blandt 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn (Tabel 3.3). Der ses derfor heller ikke en social gradient på tværs af kommune-socialgrupperne. Det skal dog bemærkes, at tabellen bygger på

få besvarelser i de enkelte kommuner og bydele, og dermed er behæftet med stor usikkerhed. Der er kun tre kommuner, hvor andelen adskiller sig signifikant fra andelen i regionen som helhed: Andelen i Bornholms Regionskommune (28 %), Ishøj Kommune (29 %) og Gribskov Kommune (27 %) er signifikant større end andelen i regionen samlet set. Det samme mønster ses for odds ratio (OR) justeret for køn og alder.

Tabel 3.3 Forekomst af infertilitet blandt 25-44-årige, som har forsøgt at få børn – kommuner



Baseret på 8.203 besvarelser i 2021.

OR (odds ratio) er justeret for køn og alder.

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H (Ref).

3.2 Fysisk og mental sundhed blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet

I 2021 har 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, for nogle indikatorer lidt højere forekomst af dårlig fysisk og mental sundhed sammenlignet med 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn, i regionen som helhed (Tabel 3.4). Det er især andelen med høj score på stressskalaen, der er større blandt borgere, som har oplevet infertilitet, sammenlignet med alle borgere i regionen. Således har 32 % af 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, en høj score på stressskalaen (Region H: 28 %), hvilket svarer til 16.700 personer. Der ses også en lidt større andel, som har mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (11 % vs. 9 %), og som har lav score på hhv. den fysiske helbredsskala (5 % vs. 4 %) og den mentale helbredsskala (18 % vs. 16 %). For dårlig eller meget dårlig livskvalitet, meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet og ensomhed

er andelen på samme niveau blandt borgere, der har oplevet infertilitet, og borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, og 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn, i regionen som helhed, ses der ikke længere en forskel mellem de to grupper i forhold til andelen, der har lav score på den mentale helbredsskala (resultater ikke vist). Dette stemmer overens med, at en større andel kvinder end mænd har lav score på den mentale helbredsskala, og en større andel kvinder har oplevet infertilitet. For de øvrige indikatorer for fysisk og mental sundhed er tendenserne i forhold til infertilitet de samme, når der tages højde for alder og køn.

Tabel 3.4 Fysisk og mental sundhed blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet

	2021 %	Personer
Dårlig eller meget dårlig livskvalitet (3 %)	4	2.000
Mindre godt eller dårligt selv vurderet helbred (9 %)	11 *	6.000
Meget generet af smerter/ubehag i bevægeapp. (26 %)	28	14.400
Lav score på fysisk helbredsskala (4 %)	5 *	2.800
Lav score på mental helbredsskala (16 %)	18 *	9.500
Ensomhed (11 %)	12	6.200
Høj score på stressskalaen (28 %)	32 *	16.700

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

Andelen i Region H (i parentes) afviger fra andelen i Region H i rapport 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer', da opgørelserne i tabellen udelukkende inkluderer 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn.

3.3 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet

I 2021 er forekomsten af u hensigtsmæssig sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, i de fleste tilfælde på samme niveau som blandt 25-44-årige borgere i regionen som helhed, som har forsøgt at få børn (Tabel 3.5). Andelen med svær overvægt er imidlertid større blandt borgere, der har oplevet infertilitet, sammenlignet med borgere i regionen samlet set. Således har 17 % af 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, svær overvægt (Region H: 14 %), hvilket svarer til 8.900 personer. For daglig rygning, alkoholindtag over 10 genstande om ugen, usundt

kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden og meget generet af søvnproblemer er andelen på samme niveau blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, og 25-44-årige borgere i regionen samlet set.

Når der tages højde for forskellig alders- og kønsfordeling blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, og 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn, i regionen som helhed, ses samme tendenser for alle indikatorerne for sundhedsadfærd og risikofaktorer (resultater ikke vist).

Tabel 3.5 Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet

	2021 %	Personer
Daglig rygning (11 %)	10	5.400
Drikker over 10 genstande om ugen (9 %)	8	4.300
Usundt kostmønster (11 %)	11	5.600
Lav fysisk aktivitet i fritiden (16 %)	17	9.100
Svær overvægt (14 %)	17 *	8.900
Meget generet af søvnproblemer (11 %)	13	6.600

0 10 20 30 40 50%

* Statistisk signifikant forskellig fra andel i Region H.

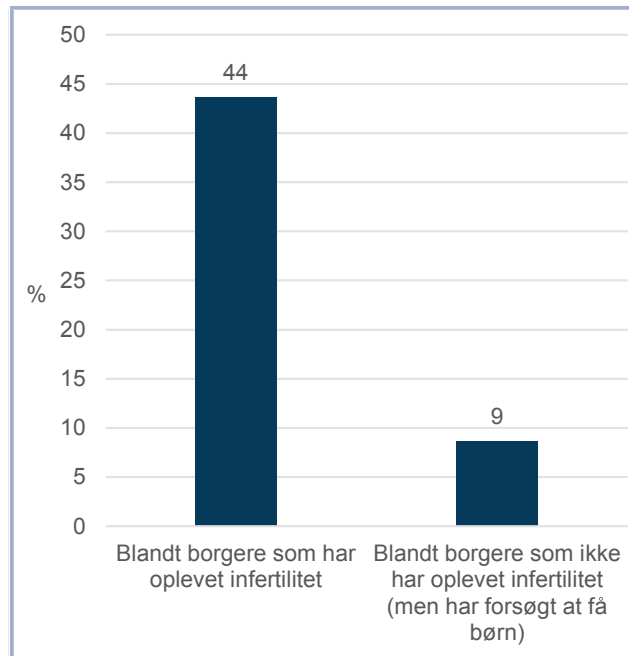
Andelen i Region H (i parentes) afviger fra andelen i Region H i rapport 'Sundhedsprofil 2021 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer', da opgørelserne i tabellen udelukkende inkluderer 25-44-årige borgere, som har forsøgt at få børn.

3.4 Manglende opfyldelse af at kunne få de børn, man ønsker, blandt 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet

I alt 44 % af de 25-44-årige borgere, der har oplevet infertilitet, angiver, at de ikke har kunnet få de børn, de gerne ville (Figur 3.2). For 25-44-årige borgere, som ikke har oplevet infertilitet men har forsøgt at få børn, drejer det sig om 9 %. Der er således en betydeligt større andel, som ikke har kunnet få de børn, de gerne ville, blandt borgere, der har oplevet infertilitet. Generelt har borgere, der ikke har kunnet få de børn, de gerne ville, dårligere helbred og trivsel end borgere, der har kunnet få de børn, de gerne ville - uafhængig af, om de har oplevet infertilitet eller ej (resultater ikke vist).

Figur 3.2 Har ikke kunnet få de børn, de gerne ville, blandt 25-44-årige borgere som hhv. har oplevet infertilitet og ikke har oplevet infertilitet (men har forsøgt at få børn)

Svaret 'nej' til spørgsmålet: "Har du indtil nu kunnet få de børn, som du gerne ville have?"



Baseret på 8.203 besvarelser i 2021.

4 Perspektivering

I det følgende perspektiveres fundene i denne rapport i forhold til anden litteratur og især med fokus på mulige forebyggende indsatser.

Forekomsten af infertilitet – løbende monitorering

Denne rapport viser, at i Region Hovedstaden i 2021 er der 20 % af de 25-44-årige borgere, der har forsøgt at få børn, som på et tidspunkt har oplevet infertilitet. Forekomsten er således på niveau med tidligere danske befolkningsstudier, hvor forekomsten af infertilitet varierede mellem 18 % blandt mænd og 26 % blandt kvinder (10,11). Ligeledes er den på niveau med forekomsten globalt, hvor et nyligt globalt systematisk review og metaanalyse af infertilitet i befolkningsstudier viste, at den globale gennemsnitlige forekomst af infertilitet var 18 %, når det blev beregnet blandt alle studiedeltagere, hvoraf hovedparten havde forsøgt at få barn/børn (37).

Infertilitet er således en hyppig folkesygdom, der har alvorlige menneskelige og samfundsmæssige konsekvenser. Det er derfor helt centralt at få etableret en løbende monitorering

af forekomsten af infertilitet, så det er muligt at følge, om forekomsten stiger, falder eller er uændret høj. Dette blandt andet for at kunne se, om forebyggende indsatser har en effekt på forekomsten. En sådan monitorering kunne fx ske ved også at inkludere de to spørgsmål om infertilitet i 'Hvordan har du det?' spørgeskemaet i de andre regioner og i den nationale del af undersøgelsen, så det bliver en del af Den Nationale Sundhedsprofil. Vigtigheden i at gennemføre systematiske dataindsamlinger vedrørende forekomsten af infertilitet blev også pointeret i det nylige globale systematiske review fra bl.a. Verdenssundhedsorganisation WHO's afdeling for seksuel og reproduktiv sundhed (37). Tilsvarende identificerer en ny global policy artikel om familiedannelse det også som væsentlig manglende viden, at infertilitet i befolkninger ikke monitoreres systematisk (38).

Kønsskel i forekomsten – men ingen aldersforskkel blandt kvinder

Rapporten viser, at hhv. 18 % og 22 % af de 25-44-årige mænd og kvinder, der havde forsøgt at få børn, rapporterede at have oplevet infertilitet. Denne kønsforskkel var ikke forventet, da infertilitet er et fælles mål for de par, der forsøger at få barn. Infertilitet dækker, som nævnt, både over nedsat frugtbarhed hos kvinden eller manden eller hos begge i parret. Forekomsten af infertilitet rapporteret af kvinder og mænd skal således ikke tolkes som forekomsten af hhv. kvindelig og mandlig infertilitet. Et tidligere studie blandt par, der forsøgte at få børn, viste, at når tiden til graviditet varede 12 måneder eller længere (dvs. infertilitet), rapporterede mændene i gennemsnit, at det havde taget næsten fem måneder kortere at blive gravid, end kvinden rapporterede (39). Det tyder således på, at mænd erindrer varigheden af tidsrummet, hvor parret har forsøgt at opnå graviditet, som kortere end kvinden. Dette kan bidrage til forståelsen af, hvorfor opgørelserne i denne rapport viser, at mændene har en lavere forekomst af rapporteret infertilitet end kvinderne.

I forhold til forekomsten af infertilitet på tværs af alder i denne rapport var forekomsten blandt kvinder ikke signifikant forskellig i de to aldersgrupper: 20 % blandt de 25-34-årige og 22 % blandt de 35-44-årige. Dette stemmer overens med resultaterne fra en tidligere dansk befolkningsundersøgelse blandt kvinder, hvor forekomsten af infertilitet i de tre aldersgrupper 15-24 år, 25-34 år og 35-44 år var hhv. 26 %, 29 % og 24 % blandt kvinder, der havde forsøgt at få børn (10). Stigende alder er en selvstændig risikofaktor for infertilitet, og man kunne derfor tro, at forekomsten ville være højere blandt de ældre aldersgrupper. Alder er dog ikke i sig selv årsag til infertilitet. Infertilitet skyldes en lang række forskellige reproduktive sygdomme hos kvinden og/eller manden – sygdomme, der også forekommer i de yngre aldersgrupper. Det kan fx dreje sig om lukkede æggeledere efter en infektion som klamydia eller medfødt lav sædkvalitet hos manden. Stigende alder kan dog forlænge ventetiden til graviditet (men ikke nødvendigvis give infertilitet) og kan derfor spille sammen med sygdomme, der giver infertilitet.

Ingen social eller etnisk ulighed i infertilitet – men stor ulighed i fertilitetsbehandlingen

I Region Hovedstaden var der ingen social eller etnisk ulighed i forekomsten af infertilitet, hvilket stemmer overens med resultaterne i to af de tidligere danske befolkningsundersøgelser om infertilitet omfattende i alt 1.907 kvinder i alderen 25-44 år, der havde forsøgt at få børn (10) og 2.140 mænd i alderen 56-58 år (11).

Der er derimod en stor social og etnisk ulighed i forhold til brugen af fertilitetsbehandling i Danmark. Dette gælder både i forhold til fertilitetsbehandling i det offentlige, skattefinan-

sierede sundhedsvæsen og ved private fertilitetsklinikker, hvor patienterne selv betaler for behandlingen. Nationale registerstudier har vist, at der er en signifikant større sandsynlighed for at søge et første ART-behandlingsforsøg (dvs. de højteknologiske behandlinger, hvor æg og sæd er taget ud af kroppen, og befrugtningen foregår i laboratoriet) for kvinder med en længere uddannelse sammenlignet med kvinder med ungdomsuddannelse som højeste uddannelse (40). Tilsvarende ses større sandsynlighed blandt kvinder i arbejde sammenlignet med kvinder uden arbejde og blandt kvinder med

stigende indtægtsniveau. Endvidere er der en signifikant trinvis stigende sandsynlighed for at få et første levendefødt barn efter påbegyndt ART-behandling for kvinder med længere uddannelse og højere indkomst sammenlignet med kvinder med kortere uddannelse og lavere indkomst (41). Ligeledes ses for etnisk baggrund, at migranter og efterkommere af migranter har hhv.

56 % og 22 % mindre sandsynlighed for at modtage et første ART-behandlingsforsøg sammenlignet med sandsynligheden blandt etnisk danske kvinder (42). Der er behov for at undersøge årsagerne til den markante sociale og etniske ulighed i fertilitetsbehandling nærmere og dermed på sigt at kunne forebygge denne ulighed.

Mentalt helbred og stress

Resultaterne i denne rapport viser, at der var en signifikant større andel borgere med infertilitet, der havde lav score på den mentale helbredsskala, sammenlignet med alle borgere i regionen, som havde forsøgt at få børn. Efter der blev taget højde for forskellig sammensætning af alder og køn blandt borgere med infertilitet og øvrige borgere, forsvandt denne sammenhæng dog, så borgere med infertilitet ikke havde dårligere mentalt helbred. Derudover havde borgere med infertilitet – uafhængig af alder og køn – i højere grad tegn på stress sammenlignet med borgere i Region Hovedstaden som helhed, der havde forsøgt at få børn. Dette stemmer overens med fund fra systematiske reviews om, hvordan mennesker oplever infertilitet (7,8). Hvis der ses på, hvad sammenhængen skyldes, er det i en metaanalyse af opfølgingsstudier blandt fertilitetspatienter vist, at sandsynligheden for at opnå graviditet i et fertilitetsbehandlingsforsøg ikke hang sammen med kvindernes niveau af stress, angst, uro,

bekymring og depressive symptomer (43). Et højt stress-niveau vurderes således ikke til at være årsag til infertiliteten, men en følge af den belastning mange mennesker med infertilitet oplever.

Det er relevant, at fx egen læge og personale ved fertilitetsklinikkerne er endnu mere opmærksomme på at identificere de mennesker med infertilitet, der er særligt stressbelastede. Der er udviklet et valideret screeningsspørgeskema, SCREENIVE, til kvinder i fertilitetsbehandling (senere også udviklet til mænd), der kan anvendes til at identificere de psykisk mest belastede fertilitetspatienter (44). Dermed er det muligt at identificere de patienter, der bør have et tilbud om ekstra støtte. Dette er desuden også nævnt som et indsatsområde i Danske Regioners initiativer på fertilitetsområdet (21).

Sundhedsadfærd og risikofaktorer

Der var i denne rapport ingen signifikante forskelle i forhold til daglig rygning, alkoholforbrug, usundt kostmønster, lav fysisk aktivitet i fritiden eller søvnproblemer blandt borgere med infertilitet sammenlignet med borgere i regionen som helhed, som havde forsøgt at få børn. Dette betyder dog ikke, at disse faktorer ikke kan være risikofaktorer for infertilitet. Rapporten "Forebyggelse af nedsat frugtbarhed" fra Vidensråd for Forebyggelse, der gennemgår den videnskabelige litteratur på området, viser, at for både kvinder og mænd er aktiv og passiv rygning samt højt alkoholforbrug risikofaktorer for nedsat frugtbarhed, mens fysisk aktivitet er gavnligt for frugtbarheden (9).

Resultaterne i nærværende temarapport viser, at forekomsten af svær overvægt var signifikant højere blandt borgere med infertilitet sammenlignet med borgere i regionen som helhed, som havde forsøgt at få børn. Det er veldokumenteret, at overvægt blandt kvinder nedsætter frugtbarheden, og at overvægt blandt mænd er en risikofaktor for nedsat sædkvalitet (9). Det vil være hensigtsmæssigt at inkludere information om overvægtens betydning for nedsat frugtbarhed i allerede eksisterende forebyggende kampagner for sunde valg.

Familiedannelse

Denne rapport viste, at knap halvdelen af borgerne mellem 25-44 år, der havde oplevet infertilitet, ikke havde kunnet få de børn, de ønskede, mens det kun gjaldt knap én ud af ti borgere, der ikke havde oplevet infertilitet, men havde prøvet at få børn. Dette betyder ikke, at de er barnløse, men at de i høj grad ikke har kunnet få den familie, de havde ønsket sig. Ekstra analyser antydede derudover, at det måske snarere var den manglende familiedannelse, der hang sammen med det dårligere fysiske og mentale helbred, frem for selve det at have oplevet infertilitet. Dette understreger vigtigheden i både at forebygge/behandle

infertilitet og at sikre lige og fri adgang til god fertilitetsbehandling for alle, der har behovet – også til at få mere end et barn. Dette understøttes også af FN's definition af begrebet 'reproduktiv sundhed' fra 1994, som omfatter fysisk, mentalt og socialt velbefindende i forhold til det reproduktive system og dets funktion og processer, hvor reproduktiv sundhed bl.a. indebærer, at mennesker har evnen til at få børn og friheden til selv at bestemme om, hvornår og hvor ofte de vil have et barn (45) samt af FN's Menneskerettighedserklæring fra 1948 om retten til at stifte familie (2).

Viden om familiedannelse, frugtbarhed og risikofaktorer for nedsat frugtbarhed

Gennem mange år har et fokus i seksualundervisningen været, hvordan man undgår uønskede graviditeter, hvilket naturligvis er meget væsentligt. Men i de senere år har der været en stigende opmærksomhed på, at unge har brug for at vide mere om familiedannelse, om frugtbarhed og risikofaktorer for nedsat frugtbarhed, og hvordan man tager vare på sit frugtbarhedspotentiale. Denne viden er en forudsætning for, at mennesker kan tage velinformerede beslutninger om deres egen familiedannelse. En øget viden i dette felt kan forhåbentlig også bidrage til at forebygge infertilitet. En række systematiske reviews har vist, at menneskers viden om disse emner generelt er lav eller moderat (46-49), hvilket også gælder for deltagere i danske studier (50-52). Kvalitative studier blandt unge i Danmark viser, at unge efterspørger undervisning om familiedannelse og viden om, hvordan man passer på sit frugtbarhedspotentiale som en integreret del af seksualundervisningen på ungdomsuddannelserne (53, 54). Undervisningen skal gives af eksperter og ikke af deres vanlige undervisere, og undervisningen skal være faktuel, troværdig og fra pålidelige kilder.

En væsentlig faktor i forebyggelse af infertilitet er viden om stigende alders betydning for frugtbarheden. Kvinder og mænd har faldende frugtbarhed med alderen og øget risiko for graviditetstab, samtidig med at en højere alder betyder stigende risiko for, at kvinder og mænd kan lide af sygdomme, der reducerer deres frugtbarhed. En stigende alder har også betydning i forhold til en lavere sandsynlighed for at opnå graviditet og fødsel af et levende barn efter fertilitetsbehandling. Derfor er det også væsentligt at vide, at hvis man forsøger at få børn og ikke opnår graviditet, har det betydning ikke at vente for længe med at søge hjælp i sundhedsvæsenet, hvis man ønsker at modtage fertilitetsbehandling. En anden vigtig faktor at få viden om er betydningen af de seksuelt overførte sygdomme klamydia og gonorré, som øger risikoen for infertilitet. Dette indebærer vigtigheden af at beskytte sig mod sygdommene ved brug af kondom, og at både en selv og ens partner bliver behandlet, hvis man får en seksuelt overført sygdom. Det er således vigtigt at inkludere information om risikoen for nedsat frugtbarhed i forebyggelsesmateriale for seksuelt overførte sygdomme, hvilket også allerede gøres fra Sundhedsstyrelsen og Sex & Samfund.

Konklusion

Resultaterne fra denne rapport understreger, at infertilitet er en folkesygdom med høj forekomst på tværs af sociodemografiske grupper, og at næsten halvdelen af dem, der har oplevet infertilitet, ikke har kunnet få de børn, de gerne ville. Der er således både behov for forebyggende indsatser og indsatser, der sikrer, at alle, der har behov for behandling, får den. Derudover er det vigtigt, at behandlingen fortsat er af høj kvalitet, så flest

borgere får mulighed for at danne den familie, de ønsker. Et skridt i den rigtige retning kunne være, at infertilitet i højere grad integreres i nationale strategier og programmer i tråd med FN's verdensmål 3.7 fra 2015 om at "sikre universel adgang til seksuelle og reproduktive sundhedsydelser og at reproduktiv sundhed integreres i nationale strategier og programmer" (55).

5 Litteratur

1. Fallesen P. Flere yngre kvinder ønsker ikke at få børn. ROCK-WOOL Fonden [Internet]. 23. august 2023 [henvist 8. februar 2024]; Tilgængelig hos: <https://rockwoolfonden.dk/udgivelser/flere-yngre-kvinder-oensker-ikke-at-faa-boern/>
2. United Nations. Universal Declaration of Human Rights [Internet]. 1948 [henvist 2. januar 2024]. Tilgængelig hos: <https://www.un.org>
3. Region Hovedstaden, Center for Sundhed. Strategi for Fertilitetsområdet [Internet]. 2019. Tilgængelig hos: <https://edagsorden.regionh.dk/cms/HtmlPublication-7384/enclosures/28.pdf>
4. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, Dyer S, Racowsky C, de Mouzon J, Sokol R, m.fl. The International Glossary on Infertility and Fertility Care, 2017. Hum Reprod. 2017;32(9):1786–801.
5. Schmidt L. Psykosociale konsekvenser af infertilitet og behandling. [Ph.d.-afhandling]. København: FADLs Forlag; 1996.
6. Schmidt L. Infertility and assisted reproduction in Denmark. Epidemiology and psychosocial consequences. [Disputats]. København: Lægeforeningens Forlag; 2006.
7. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: a review of recent literature. Social Health Illn. 2010;32(1):140–62.
8. Greil A, Schmidt L, Peterson B. Understanding and Treating the Psychosocial Consequences of Infertility. I: Wenzel A, redaktør. The Oxford Handbook of Perinatal Psychology [Internet]. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016. s. 524–47. Tilgængelig hos: https://digitalcommons.chapman.edu/mft_books/3
9. Nielsen HS, Schmidt L, Andersen AN, Petersen KB, Gyrd-Hansen D, Jensen TK, m.fl. Forebyggelse af nedsat frugtbarhed [Internet]. København: Vidensråd for Forebyggelse; 2016. Tilgængelig hos: <https://vidensraad.dk/rapport/forebyggelse-af-nedsat-frugtbarhed>
10. Schmidt L, Münster K, Helm P. Infertility and the seeking of infertility treatment in a representative population. Br J Obstet Gynaecol. 1995;102(12):978–84.
11. Hærvig KK, Kierkegaard L, Lund R, Bruunsgaard H, Osler M, Schmidt L. Is male factor infertility associated with midlife low-grade inflammation? A population based study. Human Fertility. 2018;21(2):146–54.
12. Henriksen TB, Baird DD, Olsen J, Hedegaard M, Secher NJ, Wilcox AJ. Time to pregnancy and preterm delivery. Obstet Gynecol. 1997;89(4):594–9.
13. Jensen TK, Slama R, Ducot B, Suominen J, Cawood EH, Andersen AG, m.fl. Regional differences in waiting time to pregnancy among fertile couples from four European cities. Hum Reprod. 2001;16(12):2697–704.
14. Nohr EA, Vaeth M, Rasmussen S, Ramlau-Hansen CH, Olsen J. Waiting time to pregnancy according to maternal birthweight and prepregnancy BMI. Hum Reprod. 2009;24(1):226–32.
15. Juul S, Karmaus W, Olsen J, The European Infertility Subfecundity Study Group. Regional differences in waiting time to pregnancy: pregnancy-based surveys from Denmark, France, Germany, Italy and Sweden. Human Reproduction. 1999;14(5):1250–4.
16. Dansk Fertilitetselskab. Årsrapport 2021 [Internet]. 2021 [henvist 2. januar 2024]. Tilgængelig hos: <https://fertilitetselskab.dk/wp-content/uploads/2022/08/dfs2021-tal.pdf>
17. Smeenk J, Wyns C, De Geyter C, Kupka M, Bergh C, Cuevas Saiz I, m.fl. ART in Europe, 2019: results generated from European registries by ESHRE. Human Reproduction. 2023;38:2321–38.
18. Malchau SS, Henningsen AA, Loft A, Rasmussen S, Forman J, Nyboe Andersen A, m.fl. The long-term prognosis for live birth in couples initiating fertility treatments. Hum Reprod. 2017;32(7):1439–49.
19. Krasnik A. Hvad er en folkesygdom? Ugeskrift for Læger [Internet]. 2004 [henvist 8. februar 2024]; Tilgængelig hos: <https://ugeskriftet.dk/nyhed/hvad-er-en-folkesygdom>
20. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger til svangreomsorgen. København: Sundhedsstyrelsen; 2021.
21. Danske Regioner. Hjælp til nyt liv. Danske regioners initiativer på fertilitetsområdet. Danske Regioner; 2021.
22. Lau CJ, Eliassen M, Grønkjær MS, Bekker-Jeppesen M, Toxværd CG, Gøtzsche N, m.fl. "Hvordan har du det" Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2022.
23. Lau CJ, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Elsborg P, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.
24. Elsborg P, Grønkjær MS, Toxværd CG, Eliassen MH, Lau CJ, Bekker-Jeppesen M, m.fl. 'Hvordan har du det?' Sundhedsprofil for Region Hovedstaden og kommuner 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer blandt borgere med kronisk sygdom. Frederiksberg: Center for Klinisk Forskning og Forebyggelse, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, Region Hovedstaden; 2023.

25. Pisinger V, Hviid S, Hoffmann S, Rosing J, Tolstrup J. Sammen - hver for sig - Hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet; 2021.
26. Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Ugens tal, uge 38 2021, SDU. 2021 [henvist 26. januar 2023]. Corona fik mange unge til at ændre rygevaner. Tilgængelig hos: https://www.sdu.dk/da/sif/ugens_tal/38_2021
27. Ibsen B, Høyer-Kruse, J, Elmose-Østerlund, K. Hvordan har Corona påvirket det fysiske aktivitetsniveau? Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Center for forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU; 2021.
28. Mulugeta W, Desalegn H, Solomon S. Impact of the COVID-19 pandemic lockdown on weight status and factors associated with weight gain among adults in Massachusetts. *Clinical Obesity*. 2021;11(4):e12453.
29. Didriksen M, Werge T, Nissen J, Schwinn M, Sørensen E, Nielsen KR, m.fl. Impact of COVID-19 Pandemic on Sleep Quality, Stress Level and Health-Related Quality of Life—A Large Prospective Cohort Study on Adult Danes. *IJERPH*. 17. juli 2021;18(14):7610.
30. Petersen MB, Roepstorff A. Danskernes adfærd og holdninger til corona-epidemien. Resultater fra HOPE-projektet. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet; 2020.
31. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen TL, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, m.fl. 'Standing together - at a distance': Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. *Scand J Public Health*. 1. februar 2021;49(1):79-87.
32. Varga TV, Bu F, Dissing AS, Elsenburg LK, Bustamante JJH, Matta J, m.fl. Loneliness, worries, anxiety, and precautionary behaviours in response to the COVID-19 pandemic: A longitudinal analysis of 200,000 Western and Northern Europeans. *The Lancet Regional Health - Europe*. 1. marts 2021;2.
33. Giacalone D, Frøst MB, Rodríguez-Pérez C. Reported Changes in Dietary Habits During the COVID-19 Lockdown in the Danish Population: The Danish COVIDiet Study. *Front Nutr*. 8. december 2020;7.
34. Møller SP, Ekholm O, Thygesen LC. Betydningen af Covid-19 krisen for mental sundhed, helbred og arbejdsmiljø. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU; 2021.
35. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*. oktober 2020;32(5):277-9.
36. Bodin M, Holmström C, Plantin L, Schmidt L, Ziebe S, Elmerstig E. Preconditions to parenthood: changes over time and generations. *Reprod Biomed Soc Online*. 2021;13:14-23.
37. Cox CM, Thoma ME, Tchangalova N, Mburu G, Bornstein MJ, Johnson CL, m.fl. Infertility prevalence and the methods of estimation from 1990 to 2021: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Open*. 2022;2022(4):hoac051.
38. Fauser BCJM, Adamson GD, Boivin J, Chambers GM, de Geyter C, Dyer S, m.fl. Declining global fertility rates and the implications for family planning and family building: an IFFS consensus document based on a narrative review of the literature. *Human Reproduction Update*. 2024;dmad028.
39. Nguyen RHN, Baird DD. Accuracy of men's recall of their partner's time to pregnancy. *Epidemiology*. 2005;16(5):694-8.
40. Brautsch LAS, Voss I, Schmidt L, Vassard D. Social disparities in the use of ART treatment: a national register-based cross-sectional study among women in Denmark. *Hum Reprod*. 2023;38(3):503-10.
41. Skaaning A, Uggerhøj R. Social ulighed i at opnå første levendefødte barn efter påbegyndt ART-behandling [Specialeafhandling]. København: Københavns Universitet; 2024.
42. Petersen A, Østergaard S. Etnisk ulighed i brugen af behandling med assisteret reproduktionsteknologi (ART) [Specialeafhandling]. København: Københavns Universitet; 2024.
43. Boivin J, Griffiths E, Venetis CA. Emotional distress in infertile women and failure of assisted reproductive technologies: meta-analysis of prospective psychosocial studies. *BMJ*. 2011;342:d223.
44. Verhaak CM, Lintsen AME, Evers AWM, Braat DDM. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod*. 2010;25(5):1234-40.
45. United Nations. Report of the International Conference on Population and Development. New York: United Nations; 1995.
46. Hammarberg K, Collins V, Holden C, Young K, McLachlan R. Men's knowledge, attitudes and behaviours relating to fertility. *Hum Reprod Update*. 2017;23(4):458-80.
47. Pedro J, Brandão T, Schmidt L, Costa ME, Martins MV. What do people know about fertility? A systematic review on fertility awareness and its associated factors. *Ups J Med Sci*. 2018;123(2):71-81.
48. Delbaere I, Pitsillos T, Greek Collaborating Group, Tydén T, Kerckhof L, Iliadis SI. Fertility awareness and parenthood intentions among medical students in three European countries. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2021;26(4):312-22.
49. Ren Y, Xie Y, Xu Q, Long M, Zheng Y, Li L, m.fl. University students' fertility awareness and its influencing factors: a systematic review. *Reproductive Health*. 2023;20(1):85.

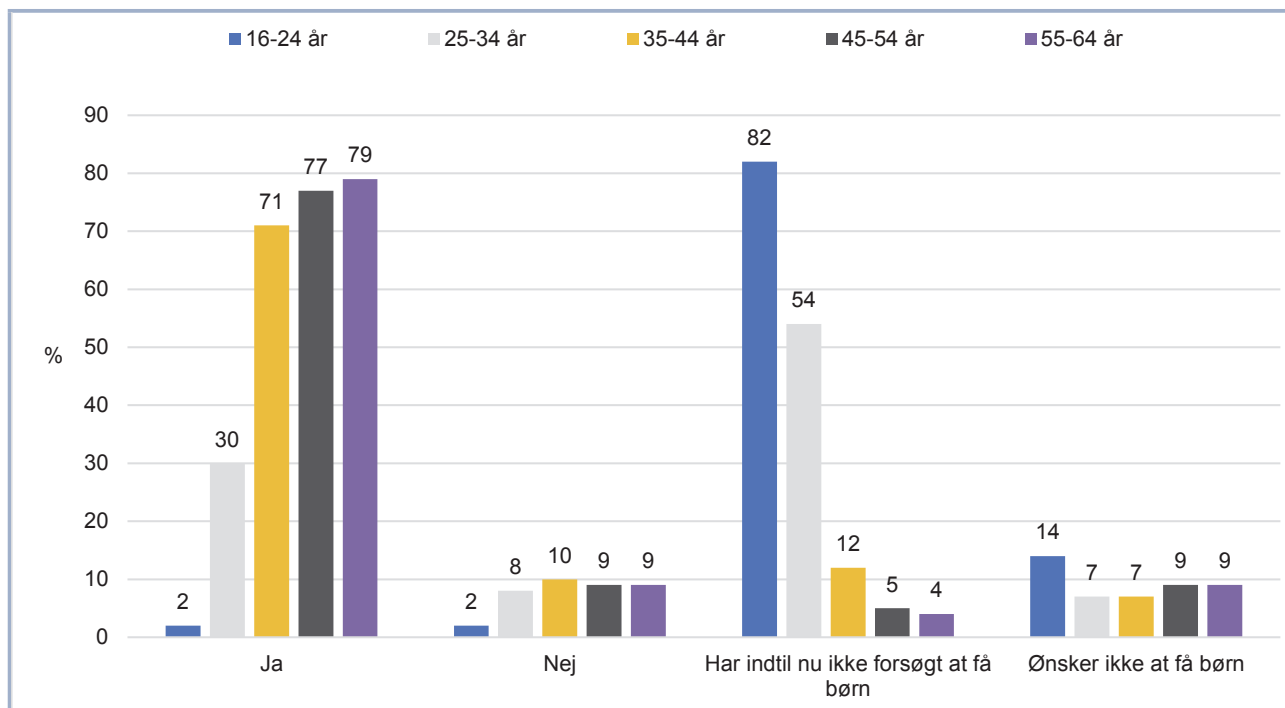
50. Sørensen NO, Marcussen S, Backhausen MG, Juhl M, Schmidt L, Tydén T, m.fl. Fertility awareness and attitudes towards parenthood among Danish university college students. *Reproductive Health*. 2016;13(1):146.
51. Hviid Malling GM, Schmidt L, Pitsillos T, Hammarberg K, Tydén T, Friberg B, m.fl. Taking fertility for granted – a qualitative exploration of fertility awareness among young, childless men in Denmark and Sweden. *Human Fertility*. 2022;25(2):337–48.
52. Vassard D, Lallemand C, Nyboe Andersen A, Macklon N, Schmidt L. A population-based survey on family intentions and fertility awareness in women and men in the United Kingdom and Denmark. *Upsala Journal of Medical Sciences*. 2016;121(4):244–51.
53. Berthelsen ASN, Gamby ALN, Christensen U, Schmidt L, Koert E. How do young men want to receive information about fertility? Young men's attitudes towards a fertility campaign targeting men in Copenhagen, Denmark. *Human Reproduction Open*. 2021;2021(3):hoab027.
54. Larsen CN, Mortensen L, Sylvest R, Schmidt L, Koert E. Young men's perceptions and attitudes towards two fertility awareness interventions and preferences for future initiatives. *Hum Fertil (Camb)*. 2023;26(2):312–25.
55. United Nations. The UN Sustainable Development Goals [Internet]. 2015 [henvist 2. januar 2024]. Tilgængelig hos: <https://sdgs.un.org/>

Bilag

Bilag A: Andelen, som har kunnet få de børn, de gerne ville, fordelt på aldersgrupper

Figur A.1 Har kunnet få de børn, de gerne ville, fordelt på aldersgrupper blandt borgere under 65 år

Spørgsmål: "Har du indtil nu kunnet få de børn, som du gerne ville have?"



Baseret på 36.214 besvarelser i 2021.

Bilag B: Måling af fysisk og mental sundhed

Livskvalitet

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af dårlig eller meget dårlig livskvalitet i Sundhedsprofil 2021. Borgere med **dårlig eller meget dårlig livskvalitet** inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "dårlig" eller "meget dårlig" til nedenstående spørgsmål. For

yderligere detaljer om opgørelser af livskvalitet henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af livskvalitet:

- "Hvordan vil du bedømme din livskvalitet?"

Selvvrurderet helbred

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred** i Sundhedsprofil 2021. Borgere med mindre godt eller dårligt selvvurderet helbred inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "mindre godt" eller "dårligt" til nedenstående

spørgsmål. For yderligere detaljer om opgørelser af selvvurderet helbred henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 - Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af selvvurderet helbred:

- "Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?"

Smerter eller ubehag i bevægeapparatet

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af andelen, som er meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet i Sundhedsprofil 2021. Borgere, som er **meget generet af smerter eller ubehag i bevægeapparatet**, inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "ja, meget" til minimum ét af de tre nedenstående

spørgsmål. For yderligere detaljer om opgørelser af smerter eller ubehag i bevægeapparatet henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af smerter eller ubehag i bevægeapparatet:

- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led? Var du meget eller lidt generet af det?
- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd? Var du meget eller lidt generet af det?

Fysisk og mentalt helbred

Til måling af borgernes fysiske og mentale helbred anvendes Short Form Health Survey (SF-12). På baggrund af 12 spørgsmål bestemmes helbredsstatus i to dimensioner: fysisk helbred og mentalt helbred. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i SF-12, som danner baggrund for opgørelser af **lav score på den fysiske helbredsskala** samt **lav score på den mentale**

helbredsskala i Sundhedsprofil 2021. For yderligere detaljer om SF-12 scoren og opgørelser af fysisk og mentalt helbred henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af den fysiske og mentale helbredsskala:

- Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?
- Er du på grund af dit helbred begrænset i disse aktiviteter? I så fald, hvor meget? (Lettere aktiviteter, såsom at flytte et bord, støvsuge eller cykle; At gå flere etager op ad trapper)
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af dit fysiske helbred?
- Hvor stor en del af tiden inden for de sidste 4 uger har du haft følgende problemer med dit arbejde eller andre daglige aktiviteter på grund af følelsesmæssige problemer?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor meget har fysisk smerte vanskeliggjort dit daglige arbejde (både arbejde uden for hjemmet og husarbejde)?
- Hvor stor en del af tiden i de sidste 4 uger: Har du følt dig rolig og afslappet?; Har du været fuld af energi?; Har du følt dig trist til mode?
- Inden for de sidste 4 uger, hvor stor en del af tiden har dit fysiske helbred eller følelsesmæssige problemer gjort det vanskeligt at se andre mennesker (f.eks. besøge venner, slægtninge osv.)?

Ensomhed

Til måling af ensomhed anvendes the Three-Item Loneliness Scale (T-ILS), som består af tre spørgsmål. Tekstboksen nedenfor viser de tre spørgsmål i T-ILS, som danner baggrund for opgørelser af ensomhed i Sundhedsprofil 2021. For yderligere

detaljer om T-ILS scoren og opgørelser af ensomhed henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ensomhed:

- Hvor ofte føler du dig isoleret fra andre?
- Hvor ofte føler du, at du savner nogen at være sammen med?
- Hvor ofte føler du dig udenfor?

Stress

Til måling af stress anvendes Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som består af ti spørgsmål. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i PSS, som danner baggrund for opgørelser af **høj score på stressskalaen** i Sundhedsprofil 2021. For yderligere

detaljer om PSS scoren og opgørelser af stress henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af stressskalaen:

- Hvor ofte inden for de seneste 4 uger:
- Er du blevet oprevet over noget, der skete uventet?
- Har du følt, at du ikke kunne kontrollere de betydningsfulde ting i dit liv?
- Har du følt dig nervøs og "stresset"?
- Har du følt dig sikker på din evne til at klare dine personlige problemer?
- Har du følt, at tingene gik, som du gerne ville have det?
- Har du følt, at du ikke kunne overkomme alle de ting, du skulle?
- Har du været i stand til at håndtere dagligdags irritations-momenter?
- Har du følt, at du havde styr på tingene?
- Er du blevet vred over ting, som du ikke havde indflydelse på?
- Har du følt, at dine problemer hobede sig så meget op, at du ikke kunne klare dem?

Bilag C: Måling af sundhedsadfærd og risikofaktorer

Rygevaner

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af **daglig rygning** i Sundhedsprofil 2021. Borgere, som ryger dagligt, inkluderer i denne rapport borgere, som har svaret "ja, dagligt" til nedenstående spørgsmål. For yderli-

gere detaljer om opgørelser af rygevaner henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af daglig rygning:

- Ryger du (gælder ikke e-cigaretter)?

Ugentligt alkoholindtag

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af andelen, der **drikker over 10 genstande om ugen** i Sundhedsprofil 2021. For yderligere detaljer om opgørelser af ugentligt alkoholindtag henvises til rapporten

'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af ugentligt alkoholindtag:

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

Kostmønster

Til måling af kostmønster anvendes en kostscore, som er baseret på information om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene i kostscoren, som danner baggrund for opgørelser af **usundt kostmønster** i Sundhedsprofil 2021. For yderligere detaljer om kostscoren og

opgørelser af kostmønstre henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af kostmønster:

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

Bevægelsesvaner i fritiden

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af lav fysisk aktivitet i fritiden i Sundhedsprofil 2021. Borgere, som har **lav fysisk aktivitet i fritiden**, inkluderer borgere, der har svaret 'læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse' til nedenstående spørgsmål. For

yderligere detaljer om opgørelser af bevægelsesvaner i fritiden henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af bevægelsesvaner i fritiden:

- Hvis du ser på det seneste år, hvad vil du så sige passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet?

Vægt

Til måling af svær overvægt anvendes body mass index (BMI) og WHO's grænseværdier for BMI hos voksne. Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålene, som danner baggrund for opgørelser af **svær overvægt** (dvs. $BMI \geq 30$) i Sundhedsprofil 2021. For

yderligere detaljer om BMI, WHO's grænseværdier og opgørelser af vægtgrupper henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af vægtgrupper:

- Hvor høj er du (uden sko)?
- Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?

Søvnproblemer

Tekstboksen nedenfor viser spørgsmålet, som danner baggrund for opgørelser af andelen, som er **meget generet af søvnproblemer**, i Sundhedsprofil 2021. Borgere som er meget generet af søvnproblemer, inkluderer borgere, der har svaret 'ja, meget generet' til nedenstående spørgsmål. For yderligere detaljer om

opgørelser af søvnproblemer henvises til rapporten 'Sundhedsprofil 2021 – Sundhedsadfærd og risikofaktorer' (22), som kan findes på sundhedsprofilens hjemmeside: regionh.dk/sundhedsprofilen.

Spørgsmål, som danner baggrund for opgørelser af søvnproblemer:

- Har du inden for de seneste 14 dage været generet af søvnbesvær, søvnproblemer? Var du meget eller lidt generet af det?

HVORDAN HAR DU DET?



**Region
Hovedstaden**

**Center for Klinisk
Forskning og Forebyggelse**
Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
Hovedvejen 5
Nordre Fasanvej 57
2000 Frederiksberg

www.ckff.dk
Telefon: 38 16 31 00