



SUNDHEDSSTYRELSEN

SDU

STATENS INSTITUT FOR  
FOLKESUNDHED

Udtræk fra Den  
Nationale Sundhedsprofil 2021

# Sundheden blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund

Sundhed for alle ♥ + ●

## **Sundhed blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund**

©Sundhedsstyrelsen 2023

Udgivelsen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU

- Andrea Huber Jezek
- Nanna Gram Ahlmark
- Anne Illemann Christensen
- Ola Ekholm

Internt review:  
Susan Ishøy Michelsen

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

ISBN: 978-87-7014-556-5 (elektronisk)

Design og layout: Sundhedsstyrelsen  
Foto: Lars Wittrock for Sundhedsstyrelsen,  
Mads Jensen, Mikkel Berg Pedersen og Christian Lindgren  
for Ritzau/Scanpix

Udgivet af Sundhedsstyrelsen  
Juni 2023

# Indholdsfortegnelse

<b>Forord</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Sammenfatning</b> .....	<b>8</b>
1.1 Helbred og trivsel.....	8
1.2 Sundhedsadfærd og risikofaktorer .....	9
1.3 Sygelighed .....	10
1.4 Kontakt til egen læge.....	10
<b>2. Baggrund, formål og metode</b> .....	<b>14</b>
2.1 Baggrund.....	14
2.2 Formål.....	14
2.3 Metode.....	14
2.4 Læsevejledning .....	21
<b>3. Helbred og trivsel</b> .....	<b>26</b>
3.1 Selvvurderet helbred.....	26
3.2 Fysisk og mentalt helbred.....	28
3.3 Stress.....	30
3.4 Sociale relationer.....	32
<b>4. Sundhedsadfærd og risikofaktorer</b> .....	<b>38</b>
4.1 Rygning .....	38
4.2 Alkohol.....	42
4.3 Kost.....	46
4.4 Fysisk aktivitet.....	48
4.5 Vægt.....	51
<b>5. Sygelighed</b> .....	<b>56</b>
5.1 Langvarig sygdom.....	56
5.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer .....	57
5.3 Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig samt søvnbesvær eller søvnproblemer.....	58
<b>6. Kontakt til egen læge</b> .....	<b>62</b>
<b>7. Diskussion og referencer</b> .....	<b>66</b>



# Forord

Ulighed i sundhed handler om systematiske forskelle i sygdom, livskvalitet og leveår mellem forskellige grupper i befolkningen. Der kan fx være systematiske forskelle mellem køn, borgere med forskellig etnisk minoritetsbaggrund og borgere med forskellig social baggrund. Uligheden har store omkostninger for det enkelte menneske, familien og for samfundet. Derfor er det vigtigt at afdække, hvor der er uligheder, hvad ulighederne skyldes, og hvordan vi kan reducere uligheden.

I forbindelse med covid-19 pandemien blev det synligt, at der var en social ulighed i risiko for smitte og social ulighed i konsekvenser af sygdom, ligesom der også var en ulighed i forhold til borgere med etniske minoritetsbaggrund, som ikke alene kunne forklares ved forskelle i socioøkonomi. Den ulighed er tidligere set på andre sygdomsområder, og derfor er nærværende sundhedsprofil udarbejdet. Den afdækker forskelle i sundhed, trivsel og sygelighed blandt personer med etnisk minoritetsbaggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund. Formålet er at afdække, hvor ulighederne ses, og derefter at opbygge viden til yderligere indsatser og analyser, som kan indgå i planlægningen på nationalt og lokalt myndighedsniveau.

Denne rapport understreger dels, at der overordnet set er ulighed i sundhed i sammenligning mellem borgere med etniske minoritetsbaggrund og borgere med dansk baggrund. Men der er også stor ulighed i sundhed mellem forskellige etniske minoritetsgrupper. Det kan skyldes forskelle i baggrunden for at være kommet til Danmark, eksponering for sundhedsrisici i hjemlandet, belastninger i migrationsprocessen samt forskelle i sundhedskompetencer herunder manglende kendskab til rettigheder, muligheder og sundhedsvæsenets indretning og dermed udfordringer med at navigere i forhold til sundhedstilbud og digitale løsninger.

Den ulighed vi ser i rapporten peger i retning af et behov for at tilbyde differentierede indsatser, så alle uanset sundhedskompetencer kan forstå og følge anbefalinger i forhold til forebyggelse, behandling og rehabilitering.

Datagrundlaget for rapporten er spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det 2021?', dvs. data til Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Data fra undersøgelsen har nogle svagheder til at belyse den problemstilling, der behandles i rapporten, og der skal derfor tages nogle forbehold. Borgernes oprindelse er delt op i syv grupper. Inden for disse grupper kan der være en variation, som ikke kommer frem i denne rapport. Det er vigtigt at være opmærksom på i fortolkningen af resultaterne. Svarprocenten for borgere med etnisk minoritetsbaggrund er lavere end den generelle svarprocent – for nogle grupper er den kun ca. 30%. Derudover er spørgeskemaet kun på dansk, og der kan være både sprogbarrierer og forskelle i opfattelse af forskellige begreber. Resultaterne vil muligvis være underestimeret fx i forhold til fysisk aktivitet og mental sundhed på grund af, hvem der har mulighed for at svare på spørgeskemaet.

Stor tak til Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet for arbejdet med analyserne og skrivningen af denne rapport.

## Niels Sandø

Enhedschef Forebyggelse og Ulighed  
Sundhedsstyrelsen



# 1

## Sammenfatning

# 1. Sammenfatning

Resultaterne i nærværende rapport bygger på data fra spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' som er gennemført af landets fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, i perioden februar til maj 2021. Spørgeskemaerne blev udsendt til i alt 324.000 personer. I alt besvarede 183.646 personer spørgeskemaet helt eller delvist, hvilket svarer til 56,7% af de adspurgte.

Hovedformålet med denne rapport er at beskrive trivsel, sundhed og sygdom blandt etniske minoriteter, herunder personer med anden vestlig baggrund, anden europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund, syd- eller mellemamerikansk baggrund og asiatisk baggrund. Resultaterne sammenholdes med forholdene blandt personer med dansk baggrund som referencegruppe.

Dette afsnit giver en opsummering af resultaterne fra nærværende rapport. Resultaterne er oplistet i afsnittende: helbred og trivsel, sundhedsadfærd og risikofaktorer, sygelighed samt kontakt til egen læge.

Resultaterne, der præsenteres i denne sammenfatning, er ikke justeret for køn, alder og uddannelse, da det ikke ændrer ved billedet, medmindre andet er skrevet. Det skal bemærkes, at de forskelle, vi finder, mellem personer med etnisk minoritetsbaggrund og med dansk baggrund formentligt er underestimerede, da deltagere med etnisk minoritetsbaggrund, der har deltaget i undersøgelsen, må formodes at være blandt dem, der har det bedst relativt set og er mest integreret i det danske samfund og dermed i højere grad minder om personer med dansk baggrund. Dette drøftes i diskussionen. Endvidere skal resultaterne i denne rapport ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark.

## 1.1 Helbred og trivsel

### Selvurderet helbred

Andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred, er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (88,1%) og mindst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (75,5%) og anden europæisk baggrund (78,2%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 83,5%.

### Fysisk og mentalt helbred

Andelen, der har en lav score på den fysiske helbredsskala, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (17,1%) og mindst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (5,7%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 11,0%. Ligeledes er andelen, der har en lav score på den mentale helbredsskala, størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (28,6%) og anden europæisk baggrund (25,9%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (16,7%).

### Stress

Andelen med en høj score på stressskalaen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (49,6%) og anden europæisk baggrund (45,9%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (27,4%).

### Sociale relationer

Andelen, der har tegn på social isolation, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (11,3%) og øvrig afrikansk baggrund (10,1%), mens den er mindst blandt personer med dansk og anden vestlig baggrund (6,7%).

Andelen, der har tegn på ensomhed, er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (23,2%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (22,8%), og mindst blandt personer med dansk baggrund (11,7%).



## 1.2 Sundhedsadfærd og risikofaktorer

### Rygning

De største andele, der ryger dagligt, ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (24,0%) og anden europæisk baggrund (18,5%), mens den mindste andel ses blandt personer med asiatisk baggrund (8,0%) og personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (9,4%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 13,7%. Ligeledes er andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (10,4%) og anden europæisk baggrund (8,0%), mens de mindste andele ses blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (1,0%) og asiatisk baggrund (1,6%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 6,0%. Dette billede ses ligeledes ved brugen af e-cigaretter dagligt, hvor de største andele ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,9%) og anden europæisk baggrund (2,6%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 2,4%. Den største andel, der nogensinde har brugt e-cigaretter, ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (21,8%).

### Alkohol

Blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (70,5%), asiatisk baggrund (53,5%) og øvrig afrikansk baggrund (53,2%) ses de største andele, der ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (11,5%).

Andelen, der drikker 10 eller flere genstande i løbet af en typisk uge, er størst blandt personer med dansk baggrund (16,8%) og anden vestlig baggrund (14,4%). Den mindste andel ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,0%).

Andelen, der ugentligt drikker 5 genstande eller flere ved samme lejlighed, er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (9,7%), dansk baggrund (9,5%) og anden vestlig baggrund (9,3%), mens den mindste andel ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,5%).

### Kost

Andelen med usundt kostmønster er størst blandt personer med dansk baggrund (18,7%) og mindst blandt personer med anden europæisk baggrund (9,4%).

### Fysisk aktivitet

Den største andel, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (72,3%). De mindste andele ses blandt personer med anden vestlig baggrund (55,6%) og dansk baggrund (57,7%).

### Vægt

Andelen med svær overvægt (BMI $\geq$ 30) er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (21,9%) samt dansk baggrund (19,0%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (9,1%). Desuden er andelen med moderat eller svær overvægt (BMI $\geq$ 25) størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (60,2%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (38,6%).

## 1.3 Sygelighed

### Langvarig sygdom

Blandt personer med dansk baggrund (37,4%) ses den største andel med langvarig sygdom, mens den mindste andel ses blandt personer med øvrig afrikansk baggrund (20,0%) samt asiatisk baggrund (22,4%).

### Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Andelen, der angiver at have migræne eller hyppig hovedpine, er størst blandt personer med anden europæisk baggrund (26,6%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (25,3%). Desuden ses der en forholdsvis stor andel med diabetes blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (8,8%). Den største andel med depression (eller med eftervirkninger fra depression) ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (23,6%) og anden europæisk baggrund (22,6%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (12,6%).

### Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig samt søvnbesvær eller søvnproblemer

Andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, er størst blandt personer med

mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (17,1%) og anden europæisk baggrund (15,2%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (7,8%).

Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (28,2%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (14,2%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses det, at forekomsten er højere for personer i alle andre etniske grupper sammenlignet med personer med dansk baggrund.

## 1.4 Kontakt til egen læge

Andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, er størst blandt personer med dansk baggrund (74,0%), syd- eller mellemamerikansk baggrund (73,4%) samt mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (73,1%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (64,7%).





# 2

## **Baggrund, formål og metode**

## 2. Baggrund, formål og metode

### 2.1 Baggrund

Etniske minoriteter udgør en voksende andel af den danske befolkning (1). Sundheds- og sygdomsmønstret kan se anderledes ud for denne gruppe borgere sammenlignet med den generelle befolkning. Det er derfor relevant med viden herom i forhold til at udvikle relevante og målrettede forebyggelses- og sundhedsfremmeindsatser.

I spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2021 er der blevet indsamlet data om trivsel, sundhed og sygdom samt forhold af betydning herfor, som ikke er tilgængelige i administrative registre (2). Undersøgelsen er gennemført af Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Sundhedsstyrelsen.

Resultaterne i denne rapport skal ses i lyset af, at data er indsamlet i en periode, hvor der i forbindelse med håndteringen af covid-19-pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner i Danmark. Dette har med al sandsynlighed påvirket resultaterne i undersøgelsen, idet rammerne for vores liv var markant anderledes end normalt. Resultater fra undersøgelsen i 2021 tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen alene kan henføres til de særlige levevilkår under nedlukningen. En del af disse udsving har formentlig normaliseret sig helt eller delvist efter ophævelsen af restriktionerne.

### 2.2 Formål

Med analyser af data fra spørgeskemaundersøgelsen i 2021 er hovedformålet med denne rapport at beskrive trivsel, sundhed og sygdom blandt etniske minoriteter, herunder personer med anden vestlig baggrund, anden europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund, syd- eller mellemamerikansk baggrund og asiatisk baggrund. Resultaterne sam-

menholdes med forholdene blandt personer med dansk baggrund. Resultaterne kan føre til større opmærksomhed og handling for at nå forskellige målgrupper med forebyggende og sundhedsfremmende initiativer.

### 2.3 Metode

Der er til denne undersøgelse udtrukket en stikprøve af personer på 16 år eller derover med bopæl i Danmark i hver af landets fem regioner og en stikprøve, der omfatter hele Danmark (en national stikprøve). De fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet har alle udsendt et spørgeskema med 56 fælles kerne-spørgsmål. Dataindsamlingen foregik ved brug af en kombination af digital post og fysisk post. Alle personer i stikprøven fik tilsendt et introduktionsbrev samt et spørgeskema. Invitation og link til et elektronisk spørgeskema blev sendt med digital post til alle, der kan modtage digital post. Personer, der var fritaget for digital post, fik tilsendt et fysisk papirskema. Personer, der ikke havde besvaret det elektroniske spørgeskema efter henvendelse med digital post, fik tilsendt et papirskema. Uanset om personen modtog invitationen som digital eller fysisk post, var det muligt at besvare spørgeskemaet på internettet. I introduktionsbrevet blev det gjort klart, at deltagelse i undersøgelsen var frivillig, og at besvarelserne ville blive behandlet fortroligt. Spørgeskemaet var kun tilgængeligt på dansk. Det kan rekvireres på <https://danskernessundhed.dk/>. Data blev indsamlet kontinuerligt fra 5. februar til 12. maj 2021. En mere detaljeret beskrivelse af undersøgelses design og metode kan ses her: (2).

#### Terminologi i rapporten

Terminologien, der anvendes blandt forskere, praktikere og politikere vedrørende indvandrere, flygtninge og etniske minoriteter, er ikke konsistent hverken i Danmark eller internationalt (3). Valg af termer afspejler forskellige interesseområder og fagtraditioner og der sker tillige en semantisk forskydning af de respektive termer over tid, hvor termerne får nye betydninger eller tillægges forskellige betydninger i takt med sociale, politiske

og samfundsmæssige udviklinger samt teoretiske strømninger. Overordnet set er der til termen 'indvandrere' ofte knyttet en opmærksomhed på migrationsforholdet og -status, herunder dét at være indvandret fra et land til et andet land, ligesom termen 'flygtning' betoner den årsag, der ligger bag indvandringen, nemlig at man er flygtet. Der er til termen 'etnisk minoritet' ofte knyttet en opmærksomhed på 'ethnicitet' forstået som et oplevet eller tilskrevet tilhørsforhold til en gruppe, for eksempel baseret på karakteristika som sprog, kost, traditioner, religion eller oprindelsesland (4) og tillige en opmærksomhed på minoritetsforholdet i relation til en majoritet, og en asymmetrisk magtbalance i denne sammenhæng (5). Den norske antropolog Frederik Barth understregede, at etnisk tilhørsforhold handler om den sociale organisering af kulturelle karakteristika snarere end iboende kulturelle egenskaber, og at det er i interaktionen med og i afgrænsningen til andre, at udvalgte karakteristika tillægges værdi (6). Denne forståelse af ethnicitet som et dynamisk, relationelt, interaktionelt og kontekstuel fænomen er i dag bredt anerkendt. I epidemiologiske undersøgelser som denne, er en sådan definition ikke operationaliserbar. Dette perspektiv og denne grundforståelse af fænomenet ethnicitet er ikke desto mindre væsentlig at have i baghovedet i relation til sådanne undersøgelser, da det minder os om kompleksiteten og nuancerne bag de kategorier, vi nødvendigvis må operere med, samt om mulighederne for forandring i folkesundhedsarbejde blandt forskellige grupper.

I denne undersøgelse kategoriserer vi svarpersonerne på baggrund af deres og deres forældres oprindelsesland, hvilket er et hyppigt anvendt mål for ethnicitet i befolkningsundersøgelser (3), og vi har inddelt landene i syv grupper (se afsnit *Klassifikation af etnisk baggrund og andre sociodemografiske variable*). Grupperne er dannet på baggrund af geografisk beliggenhed samt Danmarks Statistik definition af vestlige og ikke vestlige lande. Mellemøsten og Nordafrika (MENA), som udgør én kategori, er en hyppigt anvendt gruppering af landene i Nordafrika (Marokko, Algeriet, Tunesien og Libyen) samt Mellemøsten. Det varierer hvilke lande, der regnes med i Mellemøsten. I nogle sammenhænge inkluderes desuden Pakistan og eventuelt Afghanistan i denne gruppe (MENAP). Kategoriseringer

er altid en konstruktion, og landene i de grupper, vi har defineret, vil variere på en række parametre, ligesom svarpersonerne fra de enkelte oprindelseslande ikke repræsenterer en homogen gruppe. Denne kategorisering tager heller ikke højde for, hvorvidt svarpersonerne er kommet hertil på baggrund af flugt, familiesammenføring, uddannelse eller arbejde, deres forskellige livsomstændigheder eller for den enkeltes etniske tilhørsforhold og den dynamiske dimension heraf. Oprindelseslandet kan dog i nogle tilfælde give en indikation af, hvorvidt man er kommet til landet på baggrund af flugt, da der i flere lande, særligt i gruppen 'Mellemøsten eller Nordafrika' har været aktive krigshandlinger og konflikt igennem de sidste årtier. Det gælder også for enkelte lande i andre af de definerede etniske grupper, såsom andre europæiske lande (fx Bosnien-Hercegovina), Asien (fx Afghanistan) og øvrige Afrika (fx Eritrea og Somalia).

Vi benytter termene 'etniske grupper' og 'etnisk baggrund' i relation til de syv grupperinger. 'Etniske minoriteter' refererer i rapporten til de etniske grupper samlet set, med undtagelse af gruppen med dansk baggrund, der udgør majoriteten i denne sammenhæng. Når vi refererer til andre studier, anvendes den originale terminologi.

#### **Klassifikation af etnisk baggrund og andre sociodemografiske variable**

Etnisk baggrund er kodet på baggrund af registeroplysninger fra CPR om forældrenes fødested samt evt. svarpersonens statsborgerskab og fødested (7). Der er kodet efter følgende principper, som er udarbejdet med udgangspunkt i Danmarks Statistiks kodning af registervariablen 'Oprindelsesland': Som udgangspunkt definerer moderens fødested svarpersonens etniske baggrund, med undtagelse af hvis der findes oplysninger om begge forældres fødested, og om faderen er født i Danmark, og om svarpersonen selv er dansk statsborger – her anses personen som at have dansk baggrund. Hvis der kun er oplysning for én forælder, benyttes denne oplysning. Hvis der ikke er oplysninger om nogen af forældrenes fødesteder, benyttes oplysninger om svarpersonens eget fødested. Hvis dette også mangler, benyttes oplysninger om eget statsborgerskab.

På baggrund af datamaterialets størrelse har det ikke været muligt at opdele analyserne på oprindelseslande. I nærværende rapport anvendes derfor en opdeling af etnisk baggrund i syv grupper:

- **Danmark**

- **Andre vestlige lande**

Vestlige lande er defineret som EU-medlemslande (27 lande) samt Andorra, Australien, Canada, Island, Liechtenstein, Monaco, New Zealand, Norge, San Marino, Schweiz, Storbritannien, USA og Vatikanstaten

- **Andre europæiske lande**

Albanien, Armenien, Aserbajdsjan, Bosnien-Hercegovina, Georgien, Hviderusland, Kasakhstan, Kosovo, Makedonien, Moldova, Montenegro, Rusland, Serbien, Ukraine samt det tidligere Sovjetunionen og det tidligere Jugoslavien

- **Mellemøsten eller Nordafrika**

Algeriet, Bahrain, Egypten, Forenede Arabiske Emirater, Irak, Iran, Israel, Jordan, Kuwait, Libanon, Libyen, Marokko, Oman, Palæstina, Qatar, Saudi-Arabien, Syrien, Tunesien, Tyrkiet og Yemen

- **Øvrige Afrika**

Angola, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cameroun, Centralafrikanske Republik, Congo, Comorerne, Djibouti, Elfenbenskysten, Eritrea, Etiopien, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea-Bissau, Kap Verde, Kenya, Lesotho, Liberia, Madagaskar, Malawi, Mali, Mauretania, Mauritius, Mozambique, Namibia, Niger, Nigeria, Rwanda, Sao Tome og Principe, Senegal, Seychellerne, Sierra Leone, Somalia, Sudan, Swaziland, Sydafrika, Sydsudan, Tanzania, Tchad, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe og Ækvatorialguinea

- **Syd- eller Mellemamerika (inklusive Mexico og de vestindiske øer)**

Antigua og Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belize, Brasilien, Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Dominica, Dominikanske Republik, Ecuador, El Salvador, Grenada, Guatemala, Guyana, Haiti, Honduras, Jamaica, Mexico, Nicaragua, Panama, Paraguay, Peru, Skt. Kitts og Nevis, Skt. Vincent og Grenadinerne, Surinam, Trinidad og Tobago, Uruguay og Venezuela

- **Asien (inklusive øvrige Oceanien)**

Afghanistan, Bangladesh, Bhutan, Brunei, Cambodja, Cookøerne, Fiji, Filippinerne, Indien, Indonesien, Japan, Kina, Kirgisistan, Kiribati, Laos, Malaysia, Maldiverne, Mongoliet, Myanmar, Nauru, Nepal, Nordkorea, Pakistan, Palau, Papua Ny Guinea, Salomonøerne, Samoa, Singapore, Sri Lanka, Sydkorea, Tadsjikistan, Taiwan, Thailand, Tibet, Tonga, Turkmenistan, Tuvalu, Usbekistan, Vietnam, Vanuatu og Østtimor



Oplysninger om køn og alder stammer fra CPR-registeret. Oplysninger om uddannelse stammer fra spørgeskemaundersøgelsen og er derfor selvrapporteret. Den anvendte klassifikation af uddannelse er en tilnærmelse til DUN-klassifikationen (Danske Uddannelses Nomenklatur) (8). I nærværende undersøgelse anvendes en opdeling i tre uddannelsesgrupper: Grundskole (herunder anden ikke-klassificerbar uddannelse); kort uddannelse; videregående uddannelse (kort, mellemlang eller lang). For en nærmere beskrivelse af klassifikationen af uddannelse se: (2).

### Deltagelse

I alt blev 324.000 personer på 16 år eller derover inviteret til spørgeskemaundersøgelsen 'Hvordan har du det?' i 2021, hvor af 183.656 personer (56,7%)

helt eller delvist besvarede spørgeskemaet. I tabel 2.3.1 er antallet inviterede og deltagelsen opgjort efter etnisk baggrund. Det fremgår, at der er store forskelle i antallet af inviterede og antallet af besvarelser mellem de etniske grupper. Den højeste svarprocent ses blandt personer med dansk baggrund (59,8%), og de laveste svarprocenter ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (30,6%) og øvrig afrikansk baggrund (31,1%). Af tabellen ses også, at fem svarpersoner er statsløse og/eller mangler oplysninger om statsborgerskab, fødested og oplysninger om forældrenes fødested. Grundet det få antal besvarelser afrapporteres der ikke resultater for denne gruppe i den nærværende rapport.

**Tabel 2.3.1** Antal inviterede, antal svarpersoner og svarprocent

	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Svarprocent
Danmark	278.914	166.914	59,8
Andre vestlige lande	16.860	7.089	42,0
Andre europæiske lande	4.431	1.587	35,8
Mellemøsten eller Nordafrika	11.828	3.617	30,6
Øvrige Afrika	2.535	788	31,1
Syd- eller Mellemamerika	1.027	466	45,4
Asien	8.372	3.180	38,0
Statsløs/uoplyst	33	5	15,2
I alt	324.000	183.646	56,7

### En sociodemografisk beskrivelse

I dette afsnit gives en beskrivelse af de syv etniske grupper ud fra køn, alder, højest fuldførte uddannelsesniveau og fødeland. Køn, alder og fødeland er baseret på oplysninger fra CPR-registeret, og oplysninger om højest fuldførte uddannelsesniveau er baseret på selvrapporterede spørgeskemaoplysninger.

I tabel 2.3.2 ses hvor stor en andel, der henholdsvis er mænd og kvinder i de etniske grupper. Den mindste andel af kvinder ses blandt svarpersoner med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (48,7%), mens den største andel ses blandt svarpersoner med syd- eller mellemamerikansk baggrund (65,0%).

**Tabel 2.3.2** Fordelingen på køn blandt svarpersoner i de etniske grupper. Procent

	Mænd	Kvinder	I alt
Danmark	45,5	54,5	100,0
Andre vestlige lande	43,5	56,5	100,0
Andre europæiske lande	41,5	58,5	100,0
Mellemøsten eller Nordafrika	51,3	48,7	100,0
Øvrige Afrika	47,7	52,3	100,0
Syd- eller Mellemamerika	35,0	65,0	100,0
Asien	38,6	61,4	100,0
I alt	45,3	54,7	100,0

Der ses store variationer i aldersfordelingen blandt svarpersonerne mellem de etniske grupper (tabel 2.3.3). Der ses en relativt stor andel 16-24-årige blandt svarpersoner med øvrig afrikansk baggrund (21,3%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (16,8%). Andelen 25-44-årige er relativt lille

blandt svarpersoner med dansk baggrund (19,7%) sammenlignet med svarpersoner med anden baggrund end dansk. Der er en relativt stor andel svarpersoner på 65 år eller derover blandt personer med dansk baggrund (34,3%), mens andelen er relativt lille i de fleste etniske grupper.

**Tabel 2.3.3** Fordelingen på alder blandt svarpersoner i de etniske grupper. Procent

	16-24 år	25-44 år	45-64 år	≥65 år	I alt
Danmark	9,8	19,7	36,2	34,3	100,0
Andre vestlige lande	8,7	36,3	30,8	24,2	100,0
Andre europæiske lande	11,6	44,8	33,5	10,1	100,0
Mellemøsten eller Nordafrika	16,8	40,1	34,8	8,3	100,0
Øvrige Afrika	21,3	40,9	31,1	6,7	100,0
Syd- eller Mellemamerika	7,5	48,3	31,3	12,9	100,0
Asien	13,4	45,9	32,1	8,6	100,0
I alt	10,0	21,5	35,9	32,6	100,0

I tabel 2.3.4 ses fordelingen af højest fuldførte uddannelsesniveauer blandt svarpersoner i alderen 25 år eller derover i de etniske grupper. De mindste andele af svarpersoner med grundskole (eller ikke klassificerbar uddannelse) ses blandt svarpersoner med dansk baggrund (13,0%), syd- eller mellemamerikansk baggrund (14,0%) og anden vestlig baggrund (14,6%), mens de største andele ses blandt

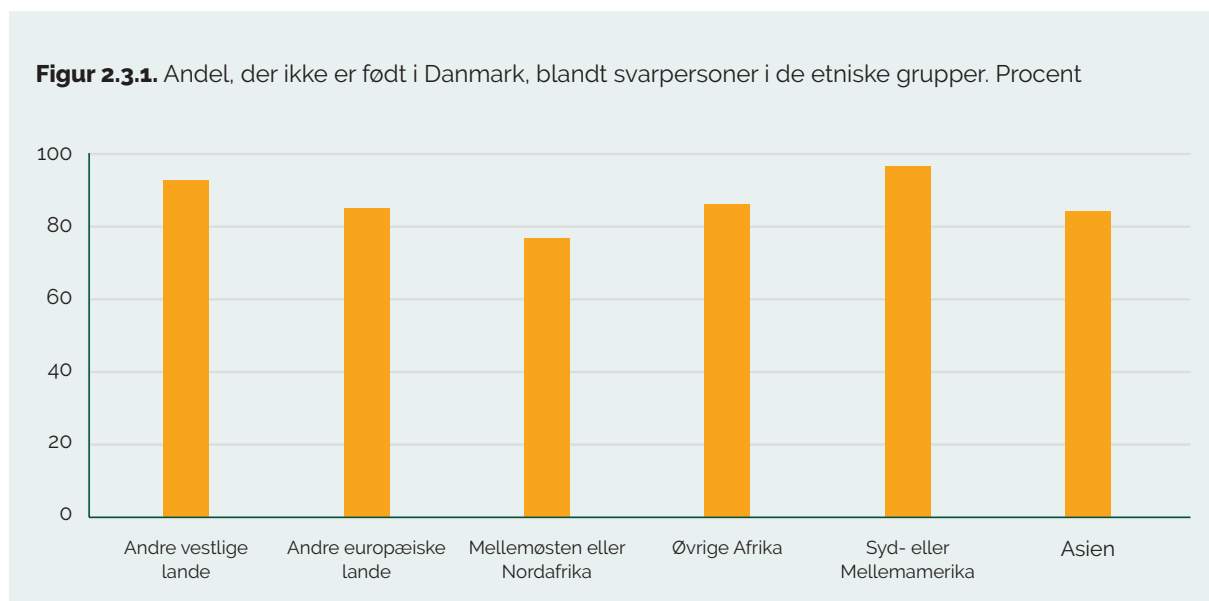
svarpersoner med øvrig afrikansk baggrund (31,5%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (30,7%). Den mindste andel med en videregående uddannelse ses blandt svarpersoner med øvrig afrikansk baggrund (35,1%), mens den største andel ses blandt svarpersoner med syd- eller mellemamerikansk baggrund (67,3%).

**Tabel 2.3.4** Fordelingen på højest fuldførte uddannelsesniveauer blandt svarpersoner (25 år eller derover) i de etniske grupper. Procent

	Grundskole	Kort uddannelse	Videregående uddannelse	I alt
Danmark	13,0	39,7	47,3	100,0
Andre vestlige lande	14,6	23,8	61,6	100,0
Andre europæiske lande	21,2	28,7	50,0	100,0
Mellemøsten eller Nordafrika	30,7	24,6	44,6	100,0
Øvrige Afrika	31,5	33,3	35,1	100,0
Syd- eller Mellemamerika	14,0	18,7	67,3	100,0
Asien	29,2	26,8	44,0	100,0
I alt	13,7	38,5	47,8	100,0

I figur 2.3.1 ses andelen, der ikke er født i Danmark, blandt svarpersoner i de etniske grupper. Den mindste andel, der ikke er født i Danmark, ses blandt svarpersoner med mellemøstlig eller nord-

afrikansk baggrund (76,9%), mens den største andel ses blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (96,6%).



### Vægtning

Befolkningssammensætningen blandt personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger på en række områder fra befolkningssammensætningen i hele landet (2). I denne undersøgelse er dette problem søgt løst ved en opregning foretaget af Dataindsamling og Metode, Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for non-response (9). Det betyder, at besvarelsen fra den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddan-

nelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppering, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2019, indlæggelse på sygehus i 2019 samt ejer/lejer-forhold. Formålet er at imødegå de udfordringer, der er i forbindelse med, at ikke alle inviterede besvarede spørgeskemaet. For at sikre nationalt repræsentative resultater tager vægten desuden højde for, at den kommunale fordeling af inviterede personer afviger fra den kommunale fordeling af personer i landet som helhed. En mere detaljeret beskrivelse af vægtningen kan ses her: (2).

## 2.4 Læsevejledning

Denne rapport er tænkt som et opslagsværk om etniske minoriteters trivsel, sundhed og sygdom i Danmark i 2021. Således kan læseren slå op et givent sted i rapporten og få konkret viden om etniske gruppers sundhed og sygelighed.

Rapporten består af syv kapitler. Kapitel 1 er en sammenfatning af rapportens hovedresultater. Kapitel 2 er en beskrivelse af baggrund, formål og metode samt læsevejledning. Hvert af kapitlerne 3-6 og tilhørende underkapitler indledes med en introduktion til emnet, hvori der indgår en kort beskrivelse af tidligere forskning på området samt udvalgte resultater fra den nærværende undersøgelse. Efterfølgende vises og analyseres forekomsten og fordelingen af udvalgte indikatorer i forhold til de etniske grupper i såkaldte opslagstabeller. Opslagstabellerne er opbygget som vist i tabel 2.4.1. I øverste række er angivet en overskrift for hver kolonne i tabellen. I disse tabeller er altid den samme rækkefølge af kolonner: procent, odds ratio justeret

for køn og alder samt 95% sikkerhedsgrænser og til sidst odds ratio justeret for køn, alder og uddannelse samt 95% sikkerhedsgrænser. I analyserne, hvor der justeres for uddannelse, indgår kun personer på 25 år eller derover, da vi i nærværende rapport antager, at størstedelen af personer på 25 år eller derover har færdiggjort deres uddannelse, og at de derfor her har opnået højest fuldførte uddannelsesniveau. Hvordan tallene skal forstås, kan ses i tabel 2.4.1, hvor daglig rygning er anvendt som eksempel. Til slut findes en opsamlende diskussion af rapportens resultater og konklusioner i kapitel 7.

De opgivne tal er generelt behæftet med usikkerhed, og det er gældende, at usikkerheden er forholdsvis større for etniske grupper med relativt få svarpersoner. Som følge af usikkerheden ved stikprøveundersøgelser bør eventuelle forskelle mellem etniske grupper tolkes med varsomhed – særligt hvis forskellene er små. Usikkerheder kan mindskes ved at betragte mønsteret på tværs af lignende indikatorer.

**Tabel 2.4.1.** Eksempel på opslagstabel. Daglig rygning (tabel 4.1.2 i rapporten)

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	13,7	1		1		158.188
Andre vestlige lande	14,3	1,06	(0,98-1,15)	1,11	(1,02-1,22)	6.465
Andre europæiske lande	18,5	1,44	(1,23-1,68)	1,33	(1,12-1,59)	1.382
Mellemøsten eller Nordafrika	24,0	2,00	(1,82-2,21)	1,75	(1,55-1,97)	3.049
Øvrige Afrika	11,8	0,87	(0,64-1,18)	0,52	(0,35-0,77)	653
Syd- eller Mellemamerika	9,4	0,66	(0,46-0,95)	0,80	(0,54-1,18)	422
Asien	8,0	0,56	(0,48-0,66)	0,48	(0,39-0,58)	2.766

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Tallet angiver, at 24,0% af personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund ryger dagligt.

Tallet angiver odds ratioen (OR), det vil sige hvor mange gange større (eller mindre) odds den aktuelle etniske gruppe har for at ryge dagligt i forhold til referencegruppen, som er gruppen med OR=1, når der tages højde for en eventuelt forskellig køns- og alderssammensætning i de to grupper. I dette tilfælde har personer med en mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund 2,00 større odds for at ryge dagligt i forhold til personer med dansk baggrund.

Tallet angiver odds ratioen (OR), det vil sige hvor mange gange større (eller mindre) odds den aktuelle etniske gruppe har for at ryge dagligt i forhold til referencegruppen, som er gruppen med OR=1, når der tages højde for en eventuelt forskellig køns-, alders- og uddannelsessammensætning i de to grupper. I dette tilfælde har personer med en mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund 1,75 større odds for at ryge dagligt i forhold til personer med dansk baggrund.

### Hvad er en odds ratio (OR)?

En odds ratio (OR) er et ofte anvendt mål for sammenhæng mellem to variable, og som navnet antyder, er det et forhold (ratio) mellem to odds (chance).

Hvis OR er 1, er der ingen forskel på de to grupper. Hvis OR er større end 1, betyder det generelt, at den aktuelle gruppe i højere grad end referencegruppen har svaret 'Ja' til den betragtede indikator. Hvis OR er mindre end 1, har den betragtede gruppe i mindre grad end referencegruppen svaret 'Ja' til den betragtede indikator.

For nærmere at illustrere udregning af en OR benyttes nedenstående tabel, som viser et hypotetisk eksempel på sammenhængen mellem etniske grupper og langvarig sygdom.

### Antal personer med anden vestlig baggrund og dansk baggrund, der har en langvarig sygdom

	Ja	Nej	I alt	Odds	Odds ratio
<b>Andre vestlige lande</b>	269	437	706	0,62	0,86
<b>Danmark</b>	311	435	746	0,71	1

Eftersom 38% af personerne med anden vestlig baggrund (269/706) og 42% af personerne med dansk baggrund (311/746) i dette tænkte eksempel har en langvarig sygdom, er konklusionen, at personer med anden vestlig baggrund i mindre grad end personer med dansk baggrund svarer, at de har en langvarig sygdom.

Tankegangen for OR er som følger: 269 personer med anden vestlig baggrund har en langvarig sygdom, mens 437 ikke har. Dette giver en odds for langvarig sygdom på  $269/437=0,62$ . Det vil sige, at for hver person med anden vestlig baggrund, der ikke har en langvarig sygdom, er der 0,62, der har. Tilsvarende er odds for personer med dansk baggrund  $311/435=0,71$ . For hver person med dansk baggrund, der ikke har en langvarig sygdom, er der således 0,71, der har en langvarig sygdom. Når vi vælger personer med dansk baggrund som basis (referencegruppe), betyder dette, at OR er  $0,62/0,71=0,86$ , således at odds for personer med anden vestlig baggrund er 0,86 gange odds for personer med dansk baggrund. Eftersom OR er mindre end 1, og personer med dansk baggrund er valgt som referencegruppe, betyder det, at personer med anden vestlig baggrund har en mindre sandsynlighed end personer med dansk baggrund for at have en langvarig sygdom.





# 3

## Helbred og trivsel

## 3. Helbred og trivsel

### 3.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred er et overordnet mål, der bruges til at vurdere en persons almene helbred, der ikke alene kan beskrives ved at liste personens sygdomme og symptomer (10). Selvvurderet helbred dækker over en persons egen vurdering af sin generelle helbredstilstand, og er en god prædikator for sygelighed og dødelighed. Der er tidligere fundet en stærk sammenhæng mellem et dårligt selvvurderet helbred og en øget risiko for forskellige kroniske sygdomme (11-13), et øget brug af medicin og sundhedsydelse (14-16) og dødelighed (17-22).

Tidligere studier har fundet, at personer med anden etnisk baggrund end dansk vurderer deres eget helbred dårligere end etniske danskere (23-26).

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

Tabel 3.1.1 viser svarfordelingen for selvvurderet helbred opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, er størst blandt personer med øvrig afrikansk baggrund (19,9%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (10,2%). Desuden fremgår det af tabellen, at andelen, der vurderer eget helbred som dårligt, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (7,3%) og mindst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (1,6%).

**Tabel 3.1.1** Selvvurderet helbred blandt etniske grupper. Procent.

	Fremragende	Vældig godt	Godt	Mindre godt	Dårligt	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	10,2	35,3	38,0	14,1	2,4	100,0	165.892
Andre vestlige lande	12,0	34,1	38,5	12,8	2,6	100,0	7.055
Andre europæiske lande	14,1	25,8	38,3	16,2	5,5	100,0	1.575
Mellemøsten eller Nordafrika	12,3	25,0	38,2	17,2	7,3	100,0	3.586
Øvrige Afrika	19,9	25,7	37,9	13,4	3,1	100,0	775
Syd- eller Mellemamerika	14,8	35,0	38,3	10,3	1,6	100,0	464
Asien	14,2	28,3	42,0	12,2	3,3	100,0	3.170

Andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred opdelt på etnisk baggrund fremgår af tabel 3.1.2. Andelen er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (88,1%), mens andelen er mindst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (75,5%) samt anden europæisk baggrund (78,2%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten af personer med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred lavere blandt personer med anden

europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 3.1.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster. Dog ses der ingen forskelle i forekomsten mellem personer med henholdsvis øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 3.1.2** Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser.

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	83,5	1		1		165.892
Andre vestlige lande	84,6	0,98	(0,91-1,06)	0,94	(0,87-1,03)	7.055
Andre europæiske lande	78,2	0,59	(0,52-0,67)	0,60	(0,52-0,70)	1.575
Mellemøsten eller Nordafrika	75,5	0,48	(0,44-0,53)	0,53	(0,47-0,59)	3.586
Øvrige Afrika	83,5	0,76	(0,61-0,94)	0,88	(0,70-1,11)	775
Syd- eller Mellemamerika	88,1	1,25	(0,90-1,72)	1,25	(0,85-1,84)	464
Asien	84,5	0,89	(0,80-0,99)	0,98	(0,86-1,12)	3.170

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

### 3.2 Fysisk og mentalt helbred

Fysisk og mentalt helbred kan opgøres på mange måder. I denne undersøgelse beregnes der en score for henholdsvis fysisk og mentalt helbred baseret på 12-item Short Form Health Survey (SF-12) (27). Der er tidligere fundet en højere forekomst af sygdom og dødelighed blandt personer med lav score på den mentale helbredsskala (28). Årligt ses der 1.436 ekstra dødsfald og 40.552 ekstra somatiske indlæggelser blandt personer med en lav score på den mentale helbredsskala i forhold til personer uden en lav score (28).

SF-12 består af 12 spørgsmål, der belyser komponenterne fysisk og mentalt helbred inden for de seneste fire uger. Jo højere score, desto bedre helbredsstatus. En lav score på den mentale helbredsskala er defineret som en score på 35,76 eller lavere, mens en lav score på den fysiske helbredsskala er defineret som en score på 35,37 eller lavere. Begge cut points er defineret på baggrund af en standardafgrænsning på de 10% med henholdsvis lavest fysisk og mentalt helbredsscore i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 (29). Det betyder, at definitionen af en lav score på henholdsvis den mentale og fysiske helbredsskala ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men på en relativ grænseværdi. Dette medfører, at det ikke er så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder i nærværende rapport, men på forskelle mellem etniske grupper.

Det er tidligere fundet, at indvandrere fra det tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet, samt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet har dårligere psykisk sundhed sammenlignet med etniske danskere (24), samt at forekomsten af personer med en lav score på den fysiske helbredsskala er højere blandt personer

med ikke-vestlig baggrund, sammenlignet med dansk baggrund og at forekomsten af personer med en lav score på den mentale helbredsskala er højere blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25, 26). Ligeledes er det fundet, at personer med anden baggrund end dansk har en øget risiko for psykisk dårligt helbred inklusive almindelig psykiske lidelser (30-32).

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19-pandemien, hvor der i forbindelse med håndteringen var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner, for eksempel afstandskrav og forsamlingsforbud, samt midlertidig nedlukning af for eksempel arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, barer og cafeer, hvilket kan have påvirket borgernes mentale sundhed og dermed besvarelserne der præsenteres i dette kapitel (33-35).

I tabel 3.2.1 ses andelen, der har en lav score på den fysiske helbredsskala, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen med en lav score er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (17,1%) og mindst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (5,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, anden europæisk baggrund, øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 3.2.1). Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses det, at forekomsten kun er højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund samt anden europæisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 3.2.1** Lav score på den fysiske helbredsskala. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrenser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	11,0	1		1		153.084
Andre vestlige lande	9,2	1,00	(0,91-1,10)	1,03	(0,93-1,14)	6.424
Andre europæiske lande	12,6	1,78	(1,48-2,14)	1,62	(1,32-1,99)	1.368
Mellemøsten eller Nordafrika	17,1	2,84	(2,54-3,18)	2,20	(1,93-2,52)	3.025
Øvrige Afrika	8,6	1,41	(1,03-1,92)	1,20	(0,84-1,72)	610
Syd- eller Mellemamerika	5,7	0,70	(0,45-1,08)	0,65	(0,39-1,10)	414
Asien	9,2	1,28	(1,11-1,48)	0,99	(0,84-1,17)	2.739

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Af tabel 3.2.2 ses andelen, der har en lav score på den mentale helbredsskala, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der har en lav score, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (28,6%) og anden europæisk baggrund (25,9%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (16,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem

grupperne, er forekomsten med lav score på den mentale helbredsskala højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, anden europæisk baggrund samt anden vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 3.2.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster.

**Tabel 3.2.2** Lav score på den mentale helbredsskala. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrenser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	16,7	1		1		153.084
Andre vestlige lande	19,6	1,12	(1,04-1,21)	1,17	(1,07-1,27)	6.424
Andre europæiske lande	25,9	1,55	(1,34-1,78)	1,73	(1,48-2,04)	1.368
Mellemøsten eller Nordafrika	28,6	1,77	(1,61-1,95)	2,04	(1,82-2,29)	3.025
Øvrige Afrika	19,1	0,96	(0,76-1,21)	0,96	(0,70-1,32)	610
Syd- eller Mellemamerika	18,0	0,95	(0,71-1,27)	1,05	(0,75-1,47)	414
Asien	18,5	0,95	(0,85-1,06)	0,94	(0,82-1,07)	2.739

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

### 3.3 Stress

Stress er en subjektiv oplevelse, der afhænger af forskellige faktorer, herunder egne og miljøbestemte ressourcer, samt hvordan man som individ fysisk og psykisk reagerer på og håndterer stress (36). Stress kan påvirkes af både private og arbejdsmæssige forhold (37). Risikofaktorer for stress, også kaldet en stressor, kan blandt andet være travlhed, store akutte belastninger som krig og naturkatastrofer samt andre belastende livsomstændigheder som dødsfald blandt de nærmeste, skilsmisse og alvorlig sygdom. Ligeledes kan arbejdsløshed eller arbejdsmæssige forhold, som for eksempel en ubalance mellem de krav, der stilles på arbejdet, og graden af indflydelse, som medarbejderen har på sit arbejde, også være risikofaktorer for stress (37). Man skelner normalt mellem kort- og langvarig stress (38). Kortvarig stress er en ofte naturlig og sund reaktion, der typisk opstår akut i pressede situationer, hvor kroppen sættes i et midlertidigt alarmberedskab og gør os i stand til at handle. Langvarig stress opstår derimod, hvis stresspåvirkningen ikke aftager eller forsvinder og vil altid udgøre en belastning for kroppen, idet kroppen ikke fysiologisk er skabt til at være i konstant alarmberedskab (38). En række studier viser, at langvarigt stress øger risikoen for eksempelvis forhøjet blodtryk (39), hjertekarsygdom (40-42) og depression (43), samt forværrer prognosen for eksisterende sygdomme.

Tidligere studier har fundet, at betydeligt flere personer med anden etnisk baggrund end dansk føler sig stresset sammenlignet med personer med dansk baggrund (44). Ligeledes er det fundet, at forekomsten af personer, der ofte eller meget ofte føler sig nervøs og stresset er højere blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25, 26).

Stress belyses i denne undersøgelse ud fra Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som er en valideret stressskala (45). PSS går fra 0-40 og består af 10 spørgsmål, der omhandler, hvorvidt svarpersonen har oplevet sit liv som uforudsigeligt, ukontroller-

bart eller belastende, samt om han eller hun har følt sig nervøs eller "stresset" de seneste 4 uger. Jo højere score på PSS, desto højere grad af oplevet stress. En høj score er i denne undersøgelse defineret som en score på 18 eller derover svarende til de 20% blandt mænd og kvinder, der oplevede det højeste niveau af stress i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010 (2). Det betyder, at definitionen af en høj score på stressskalaen ikke baserer sig på en klinisk begrundet grænseværdi for skalaen, men snarere på en relativ grænseværdi. Således er det ikke i sig selv så væsentligt at fokusere på absolutte hyppigheder af forekomsten af personer med en høj score på stressskalaen i nærværende rapport. Derimod er det relevant at fokusere på forskelle mellem etniske grupper. Endvidere præsenteres et enkelt spørgsmål fra PSS særskilt: *'Hvor ofte inden for de seneste 4 uger har du følt dig nervøs og "stresset"?'*, hvortil det var muligt at svare: *'Aldrig'*, *'Næsten aldrig'*, *'En gang imellem'*, *'Ofte'* eller *'Meget ofte'*.

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19-pandemien, hvor der i forbindelse med håndteringen var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner, for eksempel afstandskrav og forsamlingsforbud, samt midlertidig nedlukning af blandt andet arbejdspladser, uddannelsesinstitutioner, kulturinstitutioner, restauranter, barer og cafeer, hvilket kan have påvirket borgernes generelle trivsel, herunder oplevelsen af stress, og dermed besvarelserne, der præsenteres i dette kapitel (46).

Tabel 3.3.1 viser svarfordelingen for, hvor ofte man har følt sig nervøs og "stresset" inden for de seneste 4 uger, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der aldrig har følt sig nervøs og "stresset" de seneste 4 uger, er størst blandt personer med øvrig afrikansk baggrund (26,0%) og dansk baggrund (25,3%). Ser man derimod på andelen, der meget ofte har følt sig nervøs og "stresset" inden for de seneste 4 uger, er andelen størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (13,8%), anden europæisk baggrund (11,1%) og syd- eller mellemamerikansk baggrund (10,8%).

**Tabel 3.3.1** Følt sig nervøs og "stresset" inden for de seneste 4 uger blandt etniske grupper. Procent.

	Aldrig	Næsten aldrig	En gang imellem	Oftede	Meget ofte	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	25,3	27,4	29,9	12,4	5,0	100,0	160.149
Andre vestlige lande	14,9	23,2	36,4	17,8	7,8	100,0	6.596
Andre europæiske lande	10,4	19,0	38,6	20,8	11,1	100,0	1.432
Mellemøsten eller Nordafrika	10,3	15,7	40,0	20,2	13,8	100,0	3.204
Øvrige Afrika	26,0	12,5	38,6	14,8	8,1	100,0	679
Syd- eller Mellemamerika	11,0	22,8	38,3	17,2	10,8	100,0	430
Asien	14,9	20,4	40,6	16,4	7,6	100,0	2.854

Tabel 3.3.2 viser andelen med en høj score på stressskalaen, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (49,6%) og anden europæisk baggrund (45,9%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (27,4%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, ses det, at forekomsten af perso-

ner, der har en høj stress score på stressskalaen, er højere blandt alle etniske grupper sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 3.3.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster. Dog ses der ingen forskelle i forekomsten mellem personer med øvrig afrikansk baggrund og personer med dansk baggrund.

**Tabel 3.3.2** Høj score på stressskalaen. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	27,4	1		1		156.276
Andre vestlige lande	34,7	1,34	(1,26-1,43)	1,43	(1,33-1,53)	6.446
Andre europæiske lande	45,9	2,06	(1,82-2,33)	2,24	(1,95-2,57)	1.382
Mellemøsten eller Nordafrika	49,6	2,45	(2,25-2,67)	2,59	(2,33-2,87)	3.059
Øvrige Afrika	37,5	1,39	(1,15-1,67)	1,04	(0,81-1,34)	634
Syd- eller Mellemamerika	39,0	1,52	(1,21-1,90)	1,48	(1,15-1,92)	417
Asien	39,0	1,48	(1,35-1,62)	1,41	(1,26-1,56)	2.760

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

### 3.4 Sociale relationer

Sociale relationer har betydning for vores sundhed og trivsel. Studier viser, at stærke sociale relationer øger chancen for overlevelse ved sygdom (47) samt mindsker risikoen for en række sygdomme, herunder hjertekarsygdomme, psykiske lidelser og førlighedsproblemer (48, 49). Derudover ses en sammenhæng mellem stærke sociale relationer og en god immunfunktion samt et lavere niveau af stresshormoner (48, 49).

Omvendt har belastende sociale relationer en negativ effekt på helbred og dødelighed (48-50). Det er blandt andet fundet, at personer med svage sociale relationer har højere dødelighed end personer med stærke sociale relationer (48, 50). Ligeledes er det fundet, at ensomhed øger risikoen for udviklingen af hjertesygdomme, stroke og tidlig død (50-52). Det er for eksempel tidligere fundet, at der årligt ses 370 ekstra dødsfald blandt personer, der ofte føler sig uønsket alene, i forhold til personer, der ikke ofte føler sig uønsket alene (28).

Det er i et tidligere studie fundet, at forekomsten af personer, der sjældent eller aldrig har kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, er højere blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (26). Ligeledes er det tidligere fundet, at forekomsten af personer, der ofte er uønsket alene, er højere blandt personer med anden vestlig eller ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25).

Sociale relationer beskrives ofte i litteraturen ved en strukturel og en funktionel dimension. Den strukturelle del beskriver det kvantitative aspekt af relationen, som for eksempel hvor mange man ser og hvor ofte (48, 50), og belyses i denne undersøgelse ud fra følgende spørgsmål: *'Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med familie, venner og bekendte?'* med svarmulighederne: *'Dagligt eller næsten dagligt', '1 eller 2 gange om ugen', '1 eller 2 gange om måneden', 'Sjældnere end 1 gang om måneden' eller 'Aldrig'*, samt ud fra det modificerede Valtorta-indekset, som måler social isolation ved hjælp af 6 spørgsmål omhandlende, om man bor sammen med andre, kontakt med familie, venner og bekendte, samt hvorvidt man går i skole, er under uddannelse eller i arbejde (51). Den samlede score for Valtorta-indekset går fra 0-6 og jo højere score desto højere grad af social isolation (51).

Tegn på social isolation er i denne rapport defineret ud fra en grænseværdi på 4 eller derover på Valtorta-indekset.

Den funktionelle del beskriver det kvalitative aspekt af relationen, som for eksempel om man oplever at kunne få praktisk hjælp og følelsesmæssigt støtte, når man har brug for det. En relations funktion kan være positiv (social støtte) eller negativ (social belastning) (48, 50, 53). Den funktionelle del belyses i denne undersøgelse ud fra spørgsmålene: *'Har du nogen af tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?'* med svarmulighederne: *'Ja, altid', 'Ja, for det meste', 'Ja, nogen gange' eller 'Nej, aldrig eller næsten aldrig'*. *'Sker det nogensinde, at du er alene, selvom du mest har lyst til at være sammen med andre?'* med svarmulighederne: *'Ja, ofte', 'Ja, en gang imellem', 'Ja, men sjældent' eller 'Nej'* samt ensomhedsindekset Three-Item Loneliness Scale (T-ILS). T-ILS måler ensomhed ud fra tre spørgsmål omhandlende, om man føler sig isoleret, savner nogen af være sammen med og føler sig udenfor (54). Den samlede score går fra 0-9 og jo højere score, desto højere grad af ensomhed (54). Tegn på ensomhed er i denne rapport defineret ud fra en grænseværdi på 7 eller derover.

Resultater i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19-pandemien, hvor der i forbindelse med håndteringen af pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner, der havde til formål at reducere smittespredningen. Blandt de mest essentielle budskaber i disse tiltag og restriktioner var, at man skulle holde afstand til hinanden og begrænse antallet af personer, man havde fysisk kontakt med. Dette medførte, at karakteren, formatet og hyppigheden af kontakter mellem mennesker har været markant anderledes under dataindsamlingstidspunktet, hvilket kan afspejles i data. Restriktionerne kan ligeledes have haft negative konsekvenser for vores sociale relationer og følelsen af ensomhed (55, 56), særligt blandt unge (57) og ældre (58).

I tabel 3.4.1 ses svarfordelingen på spørgsmålet omkring fysisk og digital kontakt med familie, venner og bekendte, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der dagligt eller næsten dagligt har kontakt med familie, som de ikke bor sammen med, er størst blandt personer med anden europæisk baggrund (48,4%) og syd- eller mellemamerikansk baggrund (48,3%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (36,2%).



**Tabel 3.4.1** Fysisk eller digital kontakt med familie, venner og bekendte, blandt etniske grupper. Procent.

	Dagligt eller næsten dagligt	1 eller 2 gange om ugen	1 eller 2 gange om måneden	Sjældnere end 1 gang om måneden	Aldrig	I alt	Antal svarpersoner
<b>Familie, du ikke bor sammen med</b>							
Danmark	36,2	42,6	14,2	5,6	1,5	100,0	154.761
Andre vestlige lande	39,8	39,5	12,0	6,6	2,1	100,0	6.290
Andre europæiske lande	48,4	32,6	8,1	8,3	2,5	100,0	1.326
Mellemøsten eller Nordafrika	44,7	33,8	9,9	7,4	4,3	100,0	2.891
Øvrige Afrika	39,1	35,7	10,4	8,9	5,9	100,0	616
Syd- eller Mellemamerika	48,3	31,2	12,3	5,1	3,1	100,0	410
Asien	45,0	31,5	10,7	8,4	4,4	100,0	2.650
<b>Ægtefælle/kæreste</b>							
Danmark	70,3	2,6	0,5	0,5	26,1	100,0	150.420
Andre vestlige lande	71,9	3,8	1,1	1,1	22,1	100,0	6.140
Andre europæiske lande	69,9	4,5	1,3	1,8	22,5	100,0	1.292
Mellemøsten eller Nordafrika	61,8	5,1	1,9	1,6	29,5	100,0	2.822
Øvrige Afrika	58,3	5,8	2,5	1,6	31,8	100,0	593
Syd- eller Mellemamerika	69,5	5,4	2,2	1,2	21,7	100,0	403
Asien	69,7	4,4	1,2	1,5	23,2	100,0	2.606
<b>Venner</b>							
Danmark	28,6	39,9	20,8	8,2	2,6	100,0	153.007
Andre vestlige lande	31,4	40,0	18,0	7,9	2,8	100,0	6.231
Andre europæiske lande	30,9	39,4	15,6	9,5	4,5	100,0	1.303
Mellemøsten eller Nordafrika	28,5	36,2	17,5	12,3	5,5	100,0	2.870
Øvrige Afrika	34,8	34,9	15,5	8,6	6,1	100,0	605
Syd- eller Mellemamerika	41,2	32,0	17,7	7,9	1,2	100,0	407
Asien	31,8	35,2	16,2	12,2	4,6	100,0	2.635
<b>Naboer</b>							
Danmark	11,7	31,7	22,0	17,3	17,3	100,0	153.586
Andre vestlige lande	10,7	26,9	19,6	19,5	23,3	100,0	6.233
Andre europæiske lande	10,2	26,1	19,3	21,4	23,0	100,0	1.314
Mellemøsten eller Nordafrika	8,2	21,8	17,3	23,5	29,2	100,0	2.864
Øvrige Afrika	12,8	28,5	16,6	18,0	24,1	100,0	605
Syd- eller Mellemamerika	8,9	26,6	16,1	16,7	31,7	100,0	408
Asien	8,4	20,9	17,9	24,2	28,5	100,0	2.645

Andelen, der har tegn på social isolation opdelt på etnisk baggrund, fremgår af tabel 3.4.2. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (11,3%) og øvrig afrikansk baggrund (10,1%), mens den mindste andel ses blandt personer med dansk og anden vestlig baggrund (6,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses det, at forekomsten af personer, der har tegn på

social isolation, er højere for alle etniske grupper, med undtagelse af gruppen med syd- eller mellemamerikansk baggrund, sammenlignet med personer med dansk baggrund. Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set samme mønster, dog ses der ikke længere en forskel i forekomsten for personer med øvrig afrikansk baggrund og dansk baggrund (tabel 3.4.2).

**Tabel 3.4.2** Tegn på social isolation. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrenser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrenser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrenser	Antal svarpersoner
Danmark	6,7	1		1		152.594
Andre vestlige lande	6,7	1,14	(1,01-1,28)	1,16	(1,02-1,32)	6.210
Andre europæiske lande	8,0	1,60	(1,27-2,01)	1,50	(1,17-1,94)	1.306
Mellemøsten eller Nordafrika	11,3	2,34	(2,04-2,68)	2,05	(1,75-2,39)	2.854
Øvrige Afrika	10,1	2,17	(1,58-2,97)	1,37	(0,92-2,03)	602
Syd- eller Mellemamerika	6,9	1,36	(0,85-2,18)	1,34	(0,79-2,27)	406
Asien	8,8	1,84	(1,57-2,15)	1,41	(1,17-1,69)	2.629

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Svarfordelingen på spørgsmålet om, hvorvidt man har nogen at tale med, opdelt på etnisk baggrund fremgår af tabel 3.4.3. Det kan ses, at andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, hvis de har problemer eller brug for støtte, er størst

blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (13,7%), øvrig afrikansk baggrund (12,2%) og asiatisk baggrund (10,9%). Blandt personer med dansk baggrund er andelen 4,9%.

**Tabel 3.4.3** Nogen at tale med, hvis man har problemer eller brug for støtte, blandt etniske grupper. Procent.

	Ja, altid	Ja, for det meste	Ja, nogle gange	Nej, aldrig eller næsten aldrig	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	59,5	25,7	10,0	4,9	100,0	155.206
Andre vestlige lande	51,8	28,3	13,0	6,8	100,0	6.307
Andre europæiske lande	49,3	25,8	15,4	9,5	100,0	1.336
Mellemøsten eller Nordafrika	41,6	21,2	23,5	13,7	100,0	2.915
Øvrige Afrika	49,4	20,0	18,5	12,2	100,0	619
Syd- eller Mellemamerika	50,4	32,3	12,0	5,3	100,0	412
Asien	44,3	25,7	19,2	10,9	100,0	2.671

Tabel 3.4.4 viser svarfordelingen for spørgsmålet om, hvorvidt man er uønsket alene, opdelt på etnisk baggrund. Det ses, at andelen, der ofte er uønsket alene, er størst blandt personer med mellemøstlig

eller nordafrikansk baggrund (15,6%), øvrig afrikansk baggrund (14,9%) og syd- eller mellemamerikansk baggrund (14,7%).

**Tabel 3.4.4** Uønsket alene, blandt etniske grupper. Procent

	Ja, ofte	Ja, en gang imellem	Ja, men sjældent	Nej	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	8,7	22,6	28,5	40,2	100,0	155.494
Andre vestlige lande	10,6	25,3	27,3	36,7	100,0	6.318
Andre europæiske lande	11,0	26,9	25,8	36,3	100,0	1.337
Mellemøsten eller Nordafrika	15,6	29,0	21,8	33,6	100,0	2.914
Øvrige Afrika	14,9	27,9	18,3	38,9	100,0	618
Syd- eller Mellemamerika	14,7	23,4	22,6	39,4	100,0	412
Asien	9,0	27,7	26,3	37,0	100,0	2.671

Af tabel 3.4.5 ses andelen, der har tegn på ensomhed, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (23,2%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (22,8%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (11,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, er forekomsten af personer, der har

tegn på ensomhed, højere blandt personer fra alle etniske grupper sammenlignet med personer med dansk baggrund, med undtagelse af personer med asiatisk baggrund. Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set samme mønster (tabel 3.4.5).

**Tabel 3.4.5** Tegn på ensomhed. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	11,7	1		1		154.353
Andre vestlige lande	16,2	1,37	(1,26-1,49)	1,45	(1,32-1,59)	6.282
Andre europæiske lande	17,3	1,40	(1,18-1,65)	1,55	(1,29-1,85)	1.322
Mellemøsten eller Nordafrika	22,8	1,98	(1,78-2,20)	2,13	(1,87-2,41)	2.881
Øvrige Afrika	19,9	1,56	(1,22-1,99)	1,43	(1,04-1,96)	604
Syd- eller Mellemamerika	23,2	2,01	(1,53-2,65)	2,10	(1,54-2,85)	407
Asien	14,1	1,04	(0,92-1,18)	0,88	(0,75-1,03)	2.658

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover



# 4

## **Sundhedsadfærd og risikofaktorer**

## 4. Sundhedsadfærd og risikofaktorer

### 4.1 Rygning

I Danmark er rygning den faktor, der er årsag til flest tabte gode leveår. Således er der årligt omkring 16.000 ekstra antal dødsfald i Danmark blandt personer, der ryger eller har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget (28).

Rygning øger risikoen for hjertekarsygdomme, luftvejssygdomme, diabetes, leddegigt og flere kræftformer (59, 60). Eksempelvis tilskrives op mod 90% af alle lungekræfttilfælde rygning (61). Ud over den sundhedsskadelige effekt ved rygning for den, der ryger, er der ligeledes fundet en øget risiko for flere kræftformer ved også udsættelse for tobaksforurenede luft (59).

I Danmark er andelen, der ryger dagligt, faldet i perioden fra 1994-2012, hvorefter andelen, der ryger dagligt, er stagneret (62). I Danmark er der foretaget en række strukturelle forebyggelsestiltag på rygeområdet, blandt andet med loven om røgfri miljøer, som blev vedtaget i 2007 (63), løbende stigende tobaksafgifter, som blev besluttet som en del af finansloven i 2020, samt indførelsen af røgfri skoletid, som blev indført i 2021.

Det er i et tidligere studie fundet, at andelen, der ryger dagligt, er større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet samt ef-

terkommere fra Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere, mens andelen er lavere blandt indvandrere fra Somalia sammenlignet med etniske danskere. Det er ligeledes fundet, at andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, er større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Libanon/Palæstina og Tyrkiet samt efterkommere fra Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere, mens andelen er mindre blandt indvandrere fra Pakistan og Somalia sammenlignet med etniske danskere (24).

I nærværende undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger (gælder ikke e-cigaretter). Personer, der ryger dagligt, er desuden blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen. Desuden er der spurgt til forbruget af e-cigaretter samt udsættelse for tobaksforurenede luft.

Af tabel 4.1.1 fremgår svarfordelingen for rygeadfærd, opdelt på etnisk baggrund. Det ses, at andelen, der aldrig har røget (gælder ikke e-cigaretter), er størst blandt personer med øvrig afrikansk baggrund (74,5%) og asiatisk baggrund (73,7%). Endvidere ses det af tabellen, at andelen, der er holdt op med at ryge, er størst blandt personer med dansk baggrund (32,0%), anden vestlig baggrund (30,2%) og anden europæisk baggrund (27,8%).

**Tabel 4.1.1** Rygeadfærd, blandt etniske grupper. Procent

	Ja, hver dag	Ja, mindst én gang om ugen	Ja, sjældnere end hver uge	Nej, jeg er holdt op	Nej, jeg har aldrig røget	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	13,7	1,9	2,5	32,0	50,0	100,0	158.188
Andre vestlige lande	14,3	3,0	3,1	30,2	49,5	100,0	6.465
Andre europæiske lande	18,5	1,9	1,7	27,8	50,1	100,0	1.382
Mellemøsten eller Nordafrika	24,0	3,2	3,1	19,3	50,4	100,0	3.049
Øvrige Afrika	11,8	1,1	1,8	10,8	74,5	100,0	653
Syd- eller Mellemamerika	9,4	2,1	4,7	22,1	61,7	100,0	422
Asien	8,0	1,9	2,3	14,0	73,7	100,0	2.766

Af tabel 4.1.2 ses andelen, der ryger dagligt, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der ryger dagligt, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (24,0%) og anden europæisk baggrund (18,5%), mens andelen er mindst blandt personer med asiatisk baggrund (8,0%) og syd- eller mellemamerikansk baggrund (9,4%). Mønstret ændrer sig ikke væsentligt, når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne (tabel 4.1.2). Tages der yderligere højde

for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses ligeledes en højere forekomst af personer, der ryger dagligt, blandt dem med anden vestlig baggrund og en lavere forekomst blandt dem med øvrig afrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund, mens der ikke ses nogen forskel i forekomsten mellem personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund og personer med dansk baggrund.

**Tabel 4.1.2** Daglig rygning. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	13,7	1		1		158.188
Andre vestlige lande	14,3	1,06	(0,98-1,15)	1,11	(1,02-1,22)	6.465
Andre europæiske lande	18,5	1,44	(1,23-1,68)	1,33	(1,12-1,59)	1.382
Mellemøsten eller Nordafrika	24,0	2,00	(1,82-2,21)	1,75	(1,55-1,97)	3.049
Øvrige Afrika	11,8	0,87	(0,64-1,18)	0,52	(0,35-0,77)	653
Syd- eller Mellemamerika	9,4	0,66	(0,46-0,95)	0,80	(0,54-1,18)	422
Asien	8,0	0,56	(0,48-0,66)	0,48	(0,39-0,58)	2.766

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, opdelt på etnisk baggrund, fremgår af tabel 4.1.3. Andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter dagligt, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (10,4%) og anden europæisk baggrund (8,0%), mens andelen er mindst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (1,0%) og asiatisk baggrund (1,6%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, ses der

ingen væsentlige ændringer (tabel 4.1.3). Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne er forekomsten kun højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund, mens forekomsten er lavere blandt personer med øvrig afrikansk baggrund, syd- eller mellemamerikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 4.1.3** Rygning af 15 eller flere cigaretter om dagen. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	6,0	1		1		157.975
Andre vestlige lande	5,5	0,93	(0,82-1,06)	0,98	(0,86-1,13)	6.453
Andre europæiske lande	8,0	1,36	(1,09-1,71)	1,03	(0,79-1,34)	1.377
Mellemøsten eller Nordafrika	10,4	1,80	(1,56-2,07)	1,40	(1,19-1,65)	3.037
Øvrige Afrika	4,3	0,72	(0,44-1,18)	0,38	(0,20-0,72)	652
Syd- eller Mellemamerika	1,0	0,16	(0,06-0,43)	0,16	(0,05-0,51)	422
Asien	1,6	0,26	(0,18-0,37)	0,17	(0,11-0,27)	2.765

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover



Brugen af e-cigaretter, opdelt på etnisk baggrund, ses i tabel 4.1.4. Andelen, der bruger e-cigaretter dagligt, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,9%), anden europæ-

isk baggrund (2,6%) og dansk baggrund (2,4%). Den største andel, der nogensinde har brugt e-cigaretter, ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (21,8%).

**Tabel 4.1.4** Brug af e-cigaretter, blandt etniske grupper. Procent.

	Ja, hver dag	Ja, men sjældnere end dagligt	Nej, men jeg har brugt dem tidligere	Nej, men jeg har prøvet dem	Nej, jeg har aldrig brugt dem	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	2,4	1,0	3,7	8,5	84,3	100,0	156.864
Andre vestlige lande	2,1	1,6	3,2	9,5	83,6	100,0	6.418
Andre europæiske lande	2,6	0,7	4,0	10,8	82,0	100,0	1.370
Mellemøsten eller Nordafrika	2,9	2,3	5,1	11,5	78,2	100,0	3.002
Øvrige Afrika	1,1	0,0	2,4	7,5	89,1	100,0	635
Syd- eller Mellemamerika	1,9	1,6	2,0	8,2	86,3	100,0	416
Asien	1,4	1,1	2,0	6,3	89,2	100,0	2.723

Af tabel 4.1.5 fremgår svarfordelingen for spørgsmålet om tid udsat for tobaksforurenede luft blandt personer, der ikke ryger dagligt, opdelt på etnisk baggrund. Andelen, der udsættes for tobaksfor-

urenede luft mindst en halv time om dagen, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (11,3%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (4,1%).

**Tabel 4.1.5** Antal timer pr. dag, som personer, der ikke ryger dagligt, er udsat for tobaksforurenede luft, blandt forskellige etniske grupper. Procent

	Over 5 timer om dagen	1-5 timer om dagen	½-1 time om dagen	Mindre end ½ time om dagen	0 timer	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	1,2	1,3	1,6	7,0	88,9	100,0	137.522
Andre vestlige lande	1,1	1,1	2,1	6,1	89,6	100,0	5.557
Andre europæiske lande	1,7	2,0	3,0	8,5	84,8	100,0	1.115
Mellemøsten eller Nordafrika	2,8	3,8	4,7	10,9	77,8	100,0	2.301
Øvrige Afrika	1,1	2,3	3,4	8,0	85,1	100,0	573
Syd- eller Mellemamerika	1,4	2,6	1,6	7,9	86,5	100,0	377
Asien	1,4	1,9	2,2	7,6	87,0	100,0	2.489

## 4.2 Alkohol

Et stort alkoholindtag øger risikoen for en lang række sygdomme samt død (60, 64).

Det estimeres, at lige knap 2.500 dødsfald årligt kan tilskrives alkoholrelaterede dødsårsager og diagnoser (28). Et stort alkoholforbrug øger blandt andet risikoen for en lang række kræftformer, hjertekarsygdomme, betændelse i bugspytkirtlen og skrumpeliver (64-66) samt risikoen for selvmord, vold og ulykker (60, 64). For de fleste af sygdommene ses det, at risikoen øges med et øget alkoholindtag (64, 66).

Omvendt er et lavt til moderat alkoholindtag fundet at have vise gavnlige effekter. Et lavt alkoholindtag er for eksempel fundet at kunne mindske risikoen for type 2-diabetes, blodprop i hjernen og iskæmisk hjertesygdom (64, 65).

I Danmark anbefaler Sundhedsstyrelsen følgende på alkoholområdet (67):

- At voksne over 18 år højst drikker 10 genstande om ugen og max 4 genstande på samme dag.
- At unge under 18 år samt gravide eller folk, der prøver at bliver gravide, helt undgår at drikke alkohol
- At ammende er forsigtige med at drikke alkohol
- At unge mellem 18 og 25 år er særligt opmærksomme på ikke at overskride anbefalingerne

Desuden gør Sundhedsstyrelsen opmærksom på, at intet alkoholforbrug er risikofrit for éns helbred (67).

Et tidligere studie har fundet, at andelen, der ikke drikker alkohol, er markant større blandt både mandlige og kvindelige efterkommere fra Tyrkiet og Pakistan sammenlignet med henholdsvis mandlige og kvindelige etniske danskere (24). Derudover har et andet tidligere studie fundet, at forekomsten af personer, der overskrider Sundhedsstyrelsens tidligere højrisikogrænse i forbindelse med alkoholindtag, er lavere blandt personer med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25, 26).

Danskernes alkoholforbrug er i nærværende undersøgelse belyst ved først at spørge svarpersonerne, om de har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder. Personer, som svarer ja til dette spørgsmål, er herefter blevet spurgt til alkoholforbruget i løbet af en typisk uge med angivelse af, hvor mange genstande de typisk drikker på hver af ugens dage for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Svarpersonerne er derudover blevet spurgt om, hvor tit de drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed ('binge-drinking').

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19-pandemien, hvor der i forbindelse med håndteringen af pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner. For eksempel nedlukning af store dele af nattelivet samt restauranter og cafeer. Yderligere var der forsamlingsforbud, og både skoler, uddannelser og arbejdspladser har været lukket ned i perioder. Dette har med stor sandsynlighed påvirket befolkningens brug af alkohol (68-71) og afspejles i resultaterne i dette afsnit.

Tabel 4.2.1 viser svarfordelingen for antal genstande på en typisk uge opdelt på etnisk baggrund. Andelen, der ikke har drukket alkohol inden for de seneste 12 måneder, er størst blandt personer

med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (70,5%), asiatisk baggrund (53,5%) og øvrig afrikansk baggrund (53,2%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (11,5%).

**Tabel 4.2.1** Antal genstande på en typisk uge, blandt etniske grupper. Procent

	Ikke drukket alkohol inden for de seneste 12 mdr.	0 genstande	1-5 genstande	6-10 genstande	11-14 genstande	15-21 genstande	22-29 genstande	30 eller flere genstande	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	11,5	12,3	41,0	18,4	6,4	5,6	2,3	2,5	100,0	152.812
Andre vestlige lande	16,4	8,5	42,7	18,0	6,1	4,5	1,7	2,0	100,0	6.243
Andre europæiske lande	41,0	7,9	35,7	8,5	3,1	2,1	1,0	0,6	100,0	1.334
Mellemøsten eller Nordafrika	70,5	6,2	17,2	4,1	0,8	0,7	0,3	0,2	100,0	2.915
Øvrige Afrika	53,2	5,9	26,7	7,6	1,8	1,6	1,0	2,1	100,0	628
Syd- eller Mellemamerika	19,3	7,9	43,8	19,6	4,5	1,7	1,6	1,6	100,0	409
Asien	53,5	9,5	26,8	5,7	1,8	1,4	0,6	0,7	100,0	2.652

Andelen, der drikker 10 eller flere genstande i løbet af en typisk uge, opdelt på etnisk baggrund, ses i tabel 4.2.2. Det fremgår af tabellen, at andelen er størst blandt personer med dansk baggrund (16,8%) og anden vestlig baggrund (14,4%), mens andelen er mindst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,0%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, ses der en lavere fore-

komst, der drikker 10 eller flere genstande i løbet af en typisk uge, blandt personer med anden europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 4.2.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses samme mønster.

**Tabel 4.2.2** Drikker 10 eller flere genstande i løbet af en typisk uge. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrenser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrenser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrenser	Antal svarpersoner
Danmark	16,8	1		1		152.813
Andre vestlige lande	14,4	0,95	(0,87-1,03)	0,97	(0,89-1,07)	6.243
Andre europæiske lande	6,8	0,43	(0,33-0,56)	0,42	(0,31-0,57)	1.334
Mellemøsten eller Nordafrika	2,0	0,11	(0,08-0,14)	0,12	(0,09-0,17)	2.915
Øvrige Afrika	6,5	0,37	(0,25-0,54)	0,51	(0,33-0,78)	628
Syd- eller Mellemamerika	9,4	0,70	(0,48-1,02)	0,71	(0,47-1,07)	409
Asien	4,5	0,30	(0,24-0,37)	0,38	(0,29-0,48)	2.652

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Tabel 4.2.3 viser svarfordelingen på spørgsmålet om, hvor ofte man drikker 5 genstande eller flere ved samme lejlighed, opdelt på etnisk baggrund. Andelen, der aldrig drikker 5 genstande eller flere

ved samme lejlighed, er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (79,9%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (30,6%).

**Tabel 4.2.3** Drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, blandt etniske grupper. Procent

	Næsten dagligt eller dagligt	Ugentligt	Månedligt	Sjældent	Aldrig	Antal svarpersoner
Danmark	1,2	8,4	13,4	46,4	30,6	157.378
Andre vestlige lande	1,2	8,1	9,9	37,5	43,4	6.417
Andre europæiske lande	0,5	5,1	5,6	28,2	60,6	1.370
Mellemøsten eller Nordafrika	0,3	2,2	3,4	14,2	79,9	3.004
Øvrige Afrika	1,1	5,4	7,0	19,7	66,8	643
Syd- eller Mellemamerika	0,8	8,9	9,4	34,0	47,0	418
Asien	0,6	3,4	4,6	20,4	71,0	2.741

Andelen, der ugentligt drikker 5 genstande eller flere ved samme lejlighed er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (9,7%), dansk baggrund (9,5%) samt anden vestlig baggrund (9,3%), og mindst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (2,5%) (tabel 4.2.4). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle, fremgår det, at forekomsten af personer, der ugentligt drikker 5 eller flere genstande ved samme lejlighed, er lavere blandt personer med

anden europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 4.2.4). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster. Dog ses der ingen forskel i forekomsten mellem personer med øvrig afrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 4.2.4** Drikker ugentligt 5 eller flere genstande ved samme lejlighed. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	9.5	1		1		157.378
Andre vestlige lande	9.3	1.01	(0,91-1,13)	1.05	(0,94-1,19)	6.417
Andre europæiske lande	5.7	0.56	(0,42-0,74)	0.58	(0,42-0,81)	1.370
Mellemøsten eller Nordafrika	2.5	0.21	(0,16-0,27)	0.25	(0,18-0,34)	3.004
Øvrige Afrika	6.5	0.56	(0,37-0,83)	0.70	(0,44-1,09)	643
Syd- eller Mellemamerika	9.7	1.14	(0,76-1,72)	1.02	(0,62-1,68)	418
Asien	4.0	0.40	(0,32-0,51)	0.49	(0,37-0,65)	2.741

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

### 4.3. Kost

Årligt ses der 1,382 ekstra dødsfald blandt personer med usundt kostmønster i forhold til personer med et sundt eller mellemsundt kostmønster (28). En sund og varieret kost kan fremme og bevare et godt helbred (72, 73), og kan blandt andet reducere risikoen for hjertekarsygdomme, forhøjet blodtryk, visse kræftformer og type 2-diabetes (73, 74). En usund kost er forbundet med en øget risiko for at udvikle overvægt samt kostrelateret sygelighed, herunder risikoen for diabetes, for højt blodtryk, hjertekarsygdomme, visse kræftformer og tandsygdomme (72-74).

I 2021 offentliggjorde Fødevarestyrelsen en revideret udgave af de 7 officielle kostråd med fokus på sundhed og klima (75). Kostrådene gælder for alle over 2 år, med undtagelse af småtspisende ældre samt personer med sygdom, der stiller særlige krav til maden. Kostrådene er (75):

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

Desuden anbefales gravide, ammende og personer over 65 år at følge nogle supplerende råd<sup>1</sup> (75).

Det er i tidligere studier fundet, at andelen, der drikker søde drikke dagligt, er større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien og Somalia samt tyrkiske efterkommere sammenlignet med etniske danskere. Derudover er andelen der dagligt bruger sukker i forbindelse med, at de drikker te/kaffe, større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia, Tyrkiet samt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere (24). I andre studie er det fundet, at forekomsten med usundt kostmønster er lavere blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med dansk baggrund (25, 26).

I denne undersøgelse belyses kost ud fra en kostscore, der kan ses som et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige kvalitet, altså hvor sund kosten vurderes at være. På baggrund af indtaget af fire kostfaktorer (frugt, grønt, fisk og fedt) er der konstrueret et samlet mål, hvor det i alt er muligt at score 0-8 point. En score på 0-2 kategoriseres som usundt kostmønster, 3-5 som middel kostmønster og 6-8 som sundt kostmønster (76).

---

<sup>1</sup> Læs udvidet anbefalinger her:  
[altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad](http://altomkost.dk/raad-og-anbefalinger/de-officielle-kostraad)

Tabel 4.3.1 viser andelen med henholdsvis usundt-, middel- og sundt kostmønster, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen, der har et sundt kostmønster, er størst blandt personer med

øvrige afrikansk baggrund (21,4%), anden europæisk baggrund (20,9%) og syd- eller mellemamerikansk baggrund (20,4%), og at andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (13,9%).

**Tabel 4.3.1** Kostmønster, blandt etniske grupper. Procent

	Usund	Middel	Sund	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	18,7	67,4	13,9	100,0	153.919
Andre vestlige lande	11,0	70,9	18,2	100,0	6.315
Andre europæiske lande	9,4	69,7	20,9	100,0	1.336
Mellemøsten eller Nordafrika	12,7	68,8	18,5	100,0	2.926
Øvrige Afrika	11,7	66,9	21,4	100,0	622
Syd- eller Mellemamerika	10,6	69,0	20,4	100,0	413
Asien	10,3	71,4	18,3	100,0	2.690

Andelen med usundt kostmønster, opdelt på etnisk baggrund, ses i tabel 4.3.2. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med dansk baggrund (18,7%) og mindst blandt personer med anden europæisk baggrund (9,4%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses der

en lavere forekomst af personer med usundt kostmønster i alle andre etniske grupper sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 4.3.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses ingen væsentlige ændringer i forekomsten mellem grupperne.

**Tabel 4.3.2** Usundt kostmønster. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	18,7	1		1		153.919
Andre vestlige lande	11,0	0,53	(0,49-0,59)	0,54	(0,49-0,60)	6.315
Andre europæiske lande	9,4	0,44	(0,36-0,55)	0,37	(0,29-0,48)	1.336
Mellemøsten eller Nordafrika	12,7	0,59	(0,52-0,67)	0,44	(0,37-0,52)	2.926
Øvrige Afrika	11,7	0,53	(0,39-0,72)	0,35	(0,23-0,53)	622
Syd- eller Mellemamerika	10,6	0,53	(0,36-0,77)	0,43	(0,27-0,68)	413
Asien	10,3	0,51	(0,44-0,59)	0,36	(0,30-0,43)	2.690

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

## 4.4 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet kan defineres som *'Ethvert muskelarbejde, der øger energiomsætningen i skeletmuskulaturen, dvs. både ustruktureret aktivitet og mere bevidst, målrettet, regelmæssig fysisk aktivitet'* (77). Fysisk aktivitet er fundet at have en positiv effekt på både fysisk og mental trivsel, og bruges som behandling til en række sygdomme (77), mens fysisk inaktivitet er en risikofaktor for overvægt og en række sygdomme som hjertekarsygdomme, diabetes, apopleksi, forhøjet blodtryk, visse kræftformer, osteoporose og depression (77). Desuden er inaktivitet en risikofaktor for tidlig død (77). Årligt ses der 4.654 ekstra dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk fritidsaktivitet (28).

I et tidligere studie er det fundet, at andelen, der dyrker fysisk aktivitet højst én gang om ugen, er større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet samt efterkommere fra Pakistan og Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere (24). I et andet studie er det fundet, at forekomsten af personer, der ikke lever op til WHO's minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet, er højere blandt personer med ikke-vestlige baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (26). Ligeledes er det fundet, at forekomsten af personer, der er moderat eller hårdt fysisk aktive i deres fritid, er lavere blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25).

I denne undersøgelse belyses befolkningens fysiske aktivitetsniveau ud fra spørgsmålet: *'Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige, passer bedst som beskrivelse af din fysiske aktivitet i fritiden?'* med

svarmulighederne: *'Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen', 'Spadsere, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' eller 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'.*

Derudover belyses befolkningens aktivitetsniveau ud fra The Nordic Physical Activity Questionnaire short version (NPAQ-short), der bruges til at belyse WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet (78). WHO anbefaler at voksne minimum er fysisk aktive 150-300 minutter om ugen med moderat intensitet eller fysisk aktive 75-150 minutter om ugen med hård intensitet (79).

Svarpersonerne er opdelt i: 1) opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, og 2) opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Der er i nuværende undersøgelse ikke taget højde for, at minimumsanbefalingen for unge under 18 år lyder på 60 minutters fysisk aktivitet om dagen med moderat til høj intensitet. Ved at bruge WHO's minimumsanbefaling for voksne i opgørelsen for de 16-17-årige får man en noget større andel, der opfylder minimumsanbefalingen, end hvis den var opgjort ved brug af minimumsanbefalingen for børn og unge.

Resultaterne i dette kapitel skal ses i lyset af, at data er indsamlet under covid-19-pandemien, hvor der i forbindelse med håndteringen af pandemien var indført en række midlertidige tiltag og restriktioner. For eksempel nedlukning af idræts- og svømmehaller samt fitnesscentre i længere perioder, hvilket kan have haft indflydelse på befolkningens fysiske aktivitetsniveau (80, 81).



Tabel 4.4.1 viser svarfordeling for fysisk aktivitet i fritiden, opdelt på etnisk baggrund. Andelen, der læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse, er størst blandt personer med

mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (38,7%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (17,9%).

**Tabel 4.4.1** Fysisk aktivitet i fritiden, blandt etniske grupper. Procent

	Træner hårdt og dyrker konkurrence idræt regelmæssigt og flere gange om ugen	Dyrker motionsidræt eller udfører tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen	Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer om ugen (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)	Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	3,5	18,7	59,9	17,9	100,0	155.672
Andre vestlige lande	5,5	17,9	57,4	19,3	100,0	6.347
Andre europæiske lande	6,5	13,8	55,5	24,1	100,0	1.325
Mellemøsten eller Nordafrika	7,6	13,3	40,3	38,7	100,0	2.914
Øvrige Afrika	10,5	16,1	44,0	29,4	100,0	620
Syd- eller Mellemamerika	6,5	17,0	53,9	22,6	100,0	415
Asien	6,2	13,9	50,9	28,9	100,0	2.677

Andelen, der ikke opfylder WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet, opdelt på etnisk baggrund, fremgår af tabel 4.4.2. Andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (72,3%) og mindst blandt personer med anden vestlig baggrund (55,6%) og dansk baggrund (57,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses det, at forekomsten af personer, der ikke opfylder minimumsanbefalinger for fysisk aktivitet, er højere blandt personer

med anden europæisk baggrund, mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, øvrig afrikansk baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 4.4.2). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set samme mønster. Dog ses der ingen forskel i forekomsten mellem personer med øvrig afrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 4.4.2** Opfylder ikke WHO's minimumsanbefaling for fysisk aktivitet. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	57,7	1		1		153.343
Andre vestlige lande	55,6	0,96	(0,90-1,02)	1,00	(0,94-1,06)	6.199
Andre europæiske lande	60,6	1,25	(1,10-1,41)	1,27	(1,10-1,47)	1.296
Mellemøsten eller Nordafrika	72,3	2,18	(1,98-2,40)	2,14	(1,90-2,40)	2.784
Øvrige Afrika	61,4	1,35	(1,12-1,64)	1,09	(0,86-1,36)	593
Syd- eller Mellemamerika	60,2	1,20	(0,96-1,51)	1,20	(0,94-1,53)	407
Asien	67,0	1,65	(1,50-1,82)	1,52	(1,36-1,69)	2.570

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

## 4.5 Vægt

Overvægt og særligt svær overvægt er forbundet med en øget risiko for sygdom, hospitalsindlæggelser og tidlig død (60, 82). Det er blandt andet fundet, at personer med overvægt og svær overvægt har en betydelig øget risiko for blandt andet hjertekarsygdomme, diabetes, nyresygdomme, en række kræftformer, muskelskeletsygdomme og søvnapnø samt en øget risiko for stigmatisering og psykisk mistrivsel (82-84). Derudover er der årligt 750 ekstra dødsfald blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt (28).

I et tidligere studie er det fundet, at andelen af personer med overvægt eller svær overvægt er større blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia, Tyrkiet samt efterkommere fra Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere (24). Modsat er det i et andet studie fundet, at andelen med svær overvægt er mindre blandt personer med anden vestlig og ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (26).

Body Mass Index (BMI) er et simpelt indeks, der defineres som vægt i kg divideret med kvadratrod af højde i meter. BMI-indekset tager derfor ikke højde for, om vægten skyldes muskler eller fedt, og nogle kan derfor blive kategoriseret som overvægtige til trods for en lav fedtprocent (84). I denne undersøgelse beregnes BMI på baggrund af deltagerens selvrapporterede højde og vægt.

Vægtgrupper og de tilhørende BMI-grænser kategoriseres som følgende (84):

- Undervægt (BMI <18,5)
- Normalvægt (BMI 18,5-<25)
- Moderat overvægt (BMI 25-<30)
- Svær overvægt (BMI ≥30)

Tabel 4.5.1 viser fordelingen af vægtgrupper, opdelt på etnisk baggrund. Andelen med moderat overvægt eller svær overvægt (BMI ≥25) er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (60,2%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (38,6%).

**Tabel 4.5.1** Vægtgrupper blandt etniske grupper. Procent

	Undervægt	Normalvægt	Moderat overvægt	Svær overvægt	I alt	Antal svarpersoner
Danmark	2,3	44,4	34,3	19,0	100,0	153.411
Andre vestlige lande	2,4	52,4	31,1	14,1	100,0	6.259
Andre europæiske lande	1,8	47,5	34,7	16,1	100,0	1.322
Mellemøsten eller Nordafrika	1,9	37,9	38,3	21,9	100,0	2.908
Øvrige Afrika	3,7	43,5	37,7	15,1	100,0	593
Syd- eller Mellemamerika	3,5	51,9	32,4	12,3	100,0	412
Asien	4,9	56,6	29,5	9,1	100,0	2.663

Andelen med svær overvægt, opdelt på etnisk baggrund, fremgår af tabel 4.5.2. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (21,9%) samt dansk baggrund (19,0%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (9,1%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, er forekomsten af personer med svær overvægt højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund, mens forekomsten er lavere blandt personer med anden vestlig baggrund,

anden europæisk baggrund, syd- eller mellem-amerikansk baggrund samt asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 4.5.2). Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster. Dog ses der ingen forskel i forekomsten mellem personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund og personer med dansk baggrund. Desuden ses en lavere forekomst blandt personer med øvrig afrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 4.5.2** Svær overvægt (BMI $\geq$ 30). Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	19,0	1		1		153.411
Andre vestlige lande	14,1	0,70	(0,65-0,76)	0,71	(0,66-0,78)	6.259
Andre europæiske lande	16,1	0,82	(0,70-0,97)	0,83	(0,70-0,99)	1.322
Mellemøsten eller Nordafrika	21,9	1,25	(1,13-1,38)	1,10	(0,98-1,24)	2.908
Øvrige Afrika	15,1	0,83	(0,65-1,05)	0,72	(0,55-0,94)	593
Syd- eller Mellemamerika	12,3	0,60	(0,43-0,84)	0,52	(0,36-0,76)	412
Asien	9,1	0,43	(0,37-0,50)	0,35	(0,29-0,41)	2.663

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover





5

**Sygelighed**

## 5. Sygelighed

### 5.1 Langvarig sygdom

Antallet af danskere, der lever med mindst én kronisk sygdom, stiger år for år (85). Langvarig sygdom har store konsekvenser for den enkelte og for samfundet grundet merudgifter til hospitalsindlæggelser, behandlinger og tabt arbejdsfortjeneste, men også nedsat livskvalitet, tabte gode leve år og tidlig død (86, 87).

Det er i et tidligere studie fundet, at der er en større andel med langvarig sygdom blandt indvandrere fra tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet sammenlignet med etniske danskere (24).

Andelen, der har én eller flere langvarige sygdomme, er i nuværende undersøgelse belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen langvarig sygdom, langvarig eftervirkning af skade, handicap eller anden langvarig lidelse? Med langvarig menes mindst 6 måneder' med svarmulighederne: 'Ja' eller 'Nej'.

Af tabel 5.1.1 fremgår andelen med langvarig sygdom, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med dansk baggrund (37,4%) og mindst blandt personer med øvrig afrikansk baggrund (20,0%) samt asiatisk baggrund (22,4%). Tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, fremgår det, at forekomsten af personer med langvarig sygdom er lavere blandt personer med anden vestlig baggrund, anden europæisk baggrund, øvrig afrikansk baggrund, syd- eller mellemamerikansk baggrund samt asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 5.1.1). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses der ingen nævneværdige forskelle i forekomsten mellem personer med anden europæisk baggrund samt syd- eller mellemamerikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 5.1.1** Langvarig sygdom. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrenser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrenser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrenser	Antal svarpersoner
Danmark	37,4	1		1		157.367
Andre vestlige lande	30,9	0,83	(0,79-0,89)	0,89	(0,83-0,94)	6.468
Andre europæiske lande	29,9	0,87	(0,77-0,99)	0,89	(0,77-1,03)	1.386
Mellemøsten eller Nordafrika	32,3	1,02	(0,93-1,11)	1,02	(0,92-1,13)	3.096
Øvrige Afrika	20,0	0,56	(0,45-0,69)	0,57	(0,45-0,74)	660
Syd- eller Mellemamerika	26,5	0,73	(0,57-0,93)	0,80	(0,61-1,04)	425
Asien	22,4	0,60	(0,54-0,66)	0,59	(0,52-0,66)	2.782

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover



## 5.2 Specifikke sygdomme og helbredsproblemer

Forekomsten af specifikke sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen er i denne undersøgelse belyst ved følgende spørgsmål: 'For hver af de følgende sygdomme og helbredsproblemer bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Samt spørgsmålet: 'For hver af de følgende psykiske lidelser bedes du angive, om du har den nu eller har haft den tidligere. Hvis du har haft den tidligere, bedes du også angive, om du har eftervirkninger'. Svarpersoner, der angiver at aktuelt have den pågældende sygdom eller stadig

have eftervirkninger af sygdommen, fremgår i de følgende opgørelser som at have den pågældende sygdom.

Tabel 5.2.1 viser svarfordelingen for specifikke sygdomme og helbredsproblemer, opdelt på etnisk baggrund. Andelen, der har allergi, er størst blandt personer med syd- eller mellemamerikansk baggrund (33,1%) og asiatisk baggrund (29,7%), mens andelen, der har migræne eller hyppig hovedpine, er størst blandt personer med anden europæisk baggrund (26,6%) og mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (25,3%). Der ses en forholdsvis stor andel med diabetes blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (8,8%).

**Tabel 5.2.1** Specifikke sygdomme og helbredsproblemer (det vil sige har den pågældende sygdom eller stadig har eftervirkninger af sygdommen), blandt etniske grupper. Procent

	Astma	Allergi	Diabetes	Migræne eller hyppig hovedpine	Diskusprolaps eller andre rygsygdomme
Danmark	8,4	23,4	5,8	17,5	14,9
Andre vestlige lande	8,5	25,2	4,1	17,2	14,5
Andre europæiske lande	5,1	18,4	6,0	26,6	19,1
Mellemøsten eller Nordafrika	11,5	24,8	8,8	25,3	18,7
Øvrige Afrika	7,3	20,9	5,8	17,0	6,5
Syd- eller Mellemamerika	9,7	33,1	5,0	23,3	11,4
Asien	9,3	29,7	8,3	19,6	9,1

Svarfordelingen for specifikke psykiske lidelser, opdelt på etnisk baggrund, vises i tabel 5.2.2. Det fremgår, at andelen med depression (eller har eftervirkninger fra depression) er størst blandt personer

med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (23,6%) og anden europæisk baggrund (22,6%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (12,6%).

**Tabel 5.2.2** Specifikke psykiske lidelser (det vil sige, har den pågældende lidelse eller stadig har eftervirkninger af lidelsen), blandt etniske grupper. Procent

	Angst	Depression
Danmark	12,0	12,6
Andre vestlige lande	12,7	14,3
Andre europæiske lande	20,1	22,6
Mellemøsten eller Nordafrika	19,6	23,6
Øvrige Afrika	10,9	14,0
Syd- eller Mellemamerika	17,1	18,5
Asien	11,4	15,2

### 5.3 Nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig samt søvnbesvær eller søvnproblemer

I dette afsnit belyses generne nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig samt søvnbesvær og søvnproblemer. Søvngener i form af længerevarende søvnbesvær samt for kort eller for lang søvn er forbundet med både sygdom og tidlig død (28, 88). Årligt er der 575 ekstra dødsfald blandt personer med søvnbesvær sammenlignet med personer uden søvnbesvær (28).

Det er i et tidligere studie fundet, at forekomsten af personer, der aldrig eller næsten aldrig får søvn nok til at føle sig udhvilet, er højere blandt personer med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (26). Andre studier viser, at mange flygtninge lider af søvnbesvær, som er relateret til traumer (89).

I dette afsnit belyses generne ud fra spørgsmålet: 'Har du inden for de seneste 14 dage været generet af

*nogle af de her nævnte former for smerter og ubehag? Var du meget eller lidt generet af det?', med svarmulighederne: 'Ja, meget generet', 'Ja, lidt generet', 'Nej'. Herunder bliver der spurgt til 'nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig' samt 'søvnbesvær, søvnproblemer'.*

Af tabel 5.3.1 fremgår andelen, der har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (17,1%) og anden europæisk baggrund (15,2%), mens andelen er mindst blandt personer med dansk baggrund (7,8%). Tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses det, at forekomsten er højere blandt personer med anden vestlig baggrund, anden europæisk baggrund samt mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 5.3.1). Når der yderligere tages højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster.

**Tabel 5.3.1** Meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig inden for de seneste 14 dage. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	7,8	1		1		158.811
Andre vestlige lande	9,7	1,19	(1,08-1,32)	1,28	(1,14-1,43)	6.523
Andre europæiske lande	15,2	1,87	(1,57-2,22)	2,05	(1,68-2,50)	1.408
Mellemøsten eller Nordafrika	17,1	2,13	(1,90-2,38)	2,44	(2,12-2,80)	3.118
Øvrige Afrika	11,2	1,20	(0,89-1,62)	1,04	(0,70-1,54)	654
Syd- eller Mellemamerika	9,5	1,09	(0,76-1,57)	1,02	(0,65-1,59)	423
Asien	10,3	1,14	(0,99-1,32)	1,06	(0,89-1,27)	2.796

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover

Andelen, der har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, opdelt på etnisk baggrund, fremgår af tabel 5.3.2. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (28,2%) og mindst blandt personer med dansk baggrund (14,2%). Når der tages der højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses det, at

forekomsten er højere for personer med anden end dansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 5.3.2). Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set det samme mønster. Dog ses der ingen forskel i forekomsten mellem personer med øvrig afrikansk og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund.

**Tabel 5.3.2** Meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	14,2	1		1		158.840
Andre vestlige lande	16,4	1,19	(1,10-1,29)	1,32	(1,21-1,44)	6.521
Andre europæiske lande	21,7	1,65	(1,43-1,90)	1,77	(1,51-2,08)	1.412
Mellemøsten eller Nordafrika	28,2	2,37	(2,16-2,60)	2,37	(2,12-2,65)	3.124
Øvrige Afrika	17,9	1,28	(1,01-1,61)	0,92	(0,67-1,28)	659
Syd- eller Mellemamerika	19,1	1,39	(1,05-1,84)	1,53	(1,11-2,10)	421
Asien	17,3	1,21	(1,08-1,35)	1,11	(0,98-1,27)	2.807

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover



# 6

**Kontakt til egen læge**

## 6. Kontakt til egen læge

Den praktiserende læge har til opgave at vurdere og behandle borgere samt viderehenvise borgere til specialistudregning og behandling, når det kræves (90). Den alment praktiserende læge er dermed borgerens primære indgang til sundhedsvæsenet (90). Omkring 5 mio. patienter var i kontakt med almen praksis i 2019, og det gennemsnitlige antal kontakter for patienter i almen praksis var 8,2 kontakter (91). Den praktiserende læge har derfor en stor berøringsflade med befolkningen og spiller en vigtig rolle i både forebyggelses- og behandlingsøjemed.

I et tidligere studie er det fundet, at migranter har flere irrelevante kontakter til skadestuen, hvilket antageligt skyldes en barriere for at kontakte egen læge (92). Det må derfor også antages, at der kan være etniske forskelle i kontakt til egen læge.

I denne undersøgelse belyses praktiserende læges rolle ud fra spørgsmålet: 'Har du været ved din egen læge i løbet af de seneste 12 måneder?' med svarmulighederne: 'Ja' og 'Nej'.

Tablet 6.1 viser andelen, der har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder, opdelt på etnisk baggrund. Det fremgår, at andelen er størst blandt personer med dansk baggrund (74,0%), syd- eller mellemamerikansk baggrund (73,4%) samt mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund (73,1%) og mindst blandt personer med asiatisk baggrund (64,7%). Når der tages højde for køns- og aldersforskelle mellem grupperne, ses en lavere forekomst blandt personer med anden vestlig baggrund og asiatisk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund, mens forekomsten er højere blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (tabel 6.1). Tages der yderligere højde for uddannelsesforskelle mellem grupperne, ses stort set samme mønster.

**Tablet 6.1** Har været ved egen læge i løbet af de seneste 12 måneder. Procent og OR med 95% sikkerhedsgrænser

	%	OR <sup>1</sup>	95% sikkerhedsgrænser	OR <sup>2</sup>	95% sikkerhedsgrænser	Antal svarpersoner
Danmark	74,0	1		1		155.945
Andre vestlige lande	68,3	0,81	(0,75-0,86)	0,85	(0,80-0,92)	6.354
Andre europæiske lande	72,0	1,03	(0,90-1,18)	1,05	(0,90-1,22)	1.338
Mellemøsten eller Nordafrika	73,1	1,15	(1,04-1,26)	1,22	(1,09-1,37)	2.939
Øvrige Afrika	68,7	0,94	(0,77-1,15)	1,06	(0,83-1,34)	619
Syd- eller Mellemamerika	73,4	1,09	(0,84-1,41)	1,17	(0,87-1,56)	414
Asien	64,7	0,72	(0,65-0,79)	0,79	(0,71-0,88)	2.694

<sup>1</sup>Justeret for køn og alder

<sup>2</sup>Justeret for køn, alder og uddannelse blandt personer på 25 år eller derover







# 7

## **Diskussion og referencer**

## 7. Diskussion

I denne undersøgelse ses en række gennemgående forskelle i trivsel, sundhed og sygdom i forhold til etnisk baggrund. Overordnet tegner der sig et mønster af, at personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund har en lavere trivsel, mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd og højere sygelighed målt på selvvurderet helbred, den fysiske helbredsskala, den mentale helbredsskala, stressskalaen, social isolation, ensomhed, daglig rygning, fysisk aktivitet, svær overvægt samt at have været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig eller været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for de seneste 14 dage, sammenlignet med personer med dansk baggrund. Ligeledes tegner der sig et mønster af, at personer med anden europæisk baggrund har en lavere trivsel målt på flere af indikatorerne samt en mere uhensigtsmæssig sundhedsadfærd målt på rygning, sammenlignet med personer med dansk baggrund.

Det fremgår endvidere, at den højeste trivsel ses blandt personer med dansk baggrund, målt ud fra den mentale helbredsskala, stressskalaen, social isolation og ensomhed, samt om man har været meget generet af at være nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig eller af søvnbesvær eller søvnproblemer inden for det seneste 14 dage. Desuden fremgår det, at den mest hensigtsmæssige sundhedsadfærd overordnet set ses blandt personer med asiatisk baggrund.

Omvendt ses det, at personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund har en mere hensigtsmæssig sundhedsadfærd end personer med dansk baggrund målt på henholdsvis alkohol- og kostvaner. Personer med dansk baggrund har den mest uhensigtsmæssige sundhedsadfærd målt på alkohol- og kostvaner. Desuden ses en relativt stor andel, der lever med en langvarig sygdom, blandt personer med dansk baggrund.

At vi finder en række markante forskelle i helbredstilstanden mellem etniske minoriteter og personer med dansk baggrund, bekræfter det billede, der tegnes i internationale studier, samt i en dansk kontekst (23-26, 30-32).

Internationale studier har for eksempel fundet, at indvandrere med ikke-vestlig baggrund har øget risiko for psykiske lidelser såsom depression, psykotiske lidelser, angst og posttraumatisk stress sammenlignet med majoritetsbefolkningen (30-32).

Tidligere nationale spørgeskemaundersøgelser blandt den voksne befolkning i Danmark, hvor svarpersonerne er opdelt i tre kategorier i forhold til etnisk baggrund, nemlig dansk baggrund, vestlig baggrund og ikke-vestlig baggrund, finder ligeledes etniske forskelle i helbred og trivsel (25, 26). Der ses for eksempel en højere forekomst, der har lav score på henholdsvis den fysiske og mentale helbredsskala (SF-12), der ofte eller meget ofte føler sig nervøs eller stresset, der har stillesiddende fritidsaktivitet, og der ofte er uønsket alene, blandt personer med ikke-vestlig baggrund og anden vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25). Desuden er forekomsten, der dyrker hård eller moderat fysisk aktivitet i deres fritid, samt der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, lavere blandt personer med ikke-vestlig baggrund sammenlignet med personer med dansk baggrund (25). Grundet de forskellige kategoriseringer er det dog ikke muligt at sammenligne resultaterne direkte med resultaterne af nærværende undersøgelse.

Der blev i 2007 gennemført en national spørgeskemaundersøgelse blandt de syv største ikke-vestlige indvandrergupper (tidligere Jugoslavien, Irak, Iran, Libanon/Palæstina, Pakistan, Somalia og Tyrkiet), efterkommere fra to oprindelseslande (Pakistan og Tyrkiet) og etniske danskere i alderen fra 18-66 år (24). I denne undersøgelse ses et mønster, der viser, at de undersøgte indvandrergupper generelt har en dårligere sundhed og lavere trivsel sammenlignet med etniske danskere. Eksempelvis har alle de undersøgte indvandrergupper en større andel med dårligt selvvurderet helbred og langvarig sygdom sammenlignet med de etniske danskere, og alle syv indvandrergupper samt de to grupper med efterkommere har en større andel med dårligere psykisk sundhed sammenlignet med gruppen af etniske danskere. Det er ligeledes fundet, at en større andel af indvandrere fra det tidligere Jugoslavien,

Libanon/Palæstina og Tyrkiet samt efterkomme- re fra Tyrkiet ryger dagligt, at en større andel af indvandrere fra alle de etniske minoritetsgrupper dyrker fysisk aktivitet højst én gang om ugen, og at en større andel af indvandrere fra det tidligere Jugoslavien, Libanon/Palæstina, Pakistan, Irak og Tyrkiet har svær overvægt sammenlignet med etniske danskere. Disse fund er i tråd med resultaterne i nærværende undersøgelse vedrørende personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund samt anden europæisk baggrund. Vi har i denne undersøgelse ikke haft mulighed for at opdele svarpersonerne på oprindelsesland, men fem ud af de syv lande, som indgår i førstnævnte undersøgelse, er repræsenteret i gruppen med personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund i denne undersøgelse, mens et af landene i førstnævnte undersøgelse er i gruppen andre europæiske lande i nærværende undersøgelse.

At vi i nærværende studie finder, at en markant større andel af personer med dansk baggrund drikker alkohol, mens den mindste andel ses blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund, er også i tråd med de tidligere nationale studier (24, 25).

De forskelle i trivsel, sundhed og sygdom, som vi finder i denne undersøgelse, kan ses i lyset af flere forskellige forklaringsmodeller. Forskningen inden for etniske minoriteters og indvandreres sundhed beskæftiger sig med forskellige omstændigheder og faktorer, der kan påvirke helbredstilstanden, og som overlapper og ofte er gensidigt forstærkede. Det kan være forklaringer relateret til genetik, migrationshistorien, social position og levekår, minoritetsstress og oplevelser med diskrimination, opfattelser og håndtering af sundhed, sygdom og sygdomsrisici og adgang til og kvalitet af sundhedsydelse (93).

Dét at migrere til et andet land indebærer ofte i sig selv en række sundhedsrisici, som kan påvirke både den fysiske, mentale og sociale sundhed (93). Personer, der er kommet hertil som flygtninge, lider ofte af psykiske udfordringer og lidelser samt fysiske mén som følge af traumatiske hændelser og

usikre forhold i tiden før og under flugten fra hjemlandet, for eksempel relateret til krig, tortur, overgreb, fattigdom, ringe adgang til sundhedsydelse og usikre leveforhold (93-96). Dette er relevant i lyset af den generelt dårligere sundhedstilstand blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund i denne undersøgelse, hvor der i en række lande har været krigshandlinger og konflikt de sidste årtier. Mennesker fra Irak, Syrien og Libanon, som hører under denne etniske gruppe, er således primært kommet til landet for at søge beskyttelse og gennem familiesammenføring, og det samme gælder mennesker fra Bosnien-Hercegovina, der hører under den anden etniske gruppe, hvor det generelt står dårligere til sammenlignet med de øvrige grupper, nemlig anden europæisk baggrund. De fleste indvandrere fra vestlige lande kommer i stedet til Danmark for at arbejde og studere (97).

Der kan desuden være stressorer knyttet til tiden i værtslandet, både for mennesker, der er flygtet og indvandret af andre årsager (30). Det kan være stressorer knyttet til *downward social mobility*, altså det, at nogle oplever at have haft et godt betalt job eller en høj uddannelse fra hjemlandet, men at de efter tilflytningen til Danmark må tage job som ufaglært og således oplever stor diskrepans mellem deres aspirationer og muligheder (98). Der kan desuden være stressorer knyttet til dårlige socioøkonomiske forhold, herunder manglende tilknytning til arbejdsmarkedet, lav indtægt, dårlige boligforhold, ofte kombineret med en oplevelse af rodløshed, bekymringer over familien i hjemlandet og manglende social støtte og netværk. Det kan indebære, at man udsættes for flere risikofaktorer, men har færre ressourcer til at tackle de udfordringer, der følger med, og det kan påvirke helbredet negativt (96, 99). Det er relevant i denne sammenhæng, da ikke-vestlige etniske minoriteter generelt er overrepræsenteret blandt grupper med lav social position set i forhold til lav indkomst, kort uddannelse og ringe tilknytning til arbejdsmarkedet (30, 93). I en dansk kontekst står særligt indvandrere fra landene i Mellemøsten og Nordafrika samt Afghanistan og Pakistan udenfor arbejdsmarkedet, og er på overførselsindkomst såsom førtidspension og kontanthjælp (100). Det er også relevant i lyset af denne undersøgelses fund

vedrørende den dårligere sundhedstilstand blandt personer med mellemøstlig eller nordafrikansk baggrund sammenlignet med de øvrige etniske grupper. Det relativt kortere uddannelsesniveau blandt etniske minoritetsgrupper afspejles også generelt i nærværende studie.

Ligeledes finder flere studier, at social eksklusion, marginalisering, en øget udsathed for fordomme, diskrimination og institutionel racisme kan påvirke sundhedstilstanden og mulighederne for at navigere i sundhedssystemet negativt blandt etniske minoritetsgrupper, særligt når sådanne stressorer kumuleres over tid (30, 98).

Endelig kan der være en række uformelle barrierer i adgang til og brug af sundhedsydelser blandt etniske minoritetsgrupper på grund af sproglige, sociale og psykologiske omstændigheder. Det kan handle om sundhedskompetencer, herunder manglende kendskab til rettigheder, muligheder og sundhedsvæsenets indretning og dermed udfordringer med at navigere i forhold til sundhedstilbud og digitale løsninger (94, 101). Der kan ligeledes være kommunikationsvanskeligheder og udfordringer i mødet med sundhedsprofessionelle, der for eksempel kan handle om forskellige forventninger til den sundhedsprofessionelles rolle, om utilstrækkelige sundhedskompetencer hos de sundhedsprofessionelle, eller mangelfulde procedurer, for eksempel i forhold til opsporing af psykiske lidelser blandt nytilkomne flygtninge med konsekvenser for behandlings-, integrations- og beskæftigelsesindsatsen (102) samt mangelfuld koordinering af sådanne indsatser på tværs af social- og sundhedssektorer (103). Desuden kan sprogvanskeligheder være en udfordring, særligt hvis der ikke ydes relevant tolkebistand. Borgere, som har boet i Danmark i mere end tre år, skal som udgangspunkt betale gebyr for tolkebistand i sundhedsvæsenet. Det kan være en økonomisk barriere og proceduren for undtagelse af gebyr for tolkebistand kan være svær at gennemskue for både borgere/patienter og professionelle, ligesom der ikke altid bookes en tolk med den rette dialekt (103). Manglende adgang til tolk kan indebære en forringelse af kvaliteten af sundhedstilbuddene, utilsigtede hændelser, usikkerhed hos patienten på behandlingen og de be-

slutninger, der træffes, og en oplevelse af utryghed i relationen til den professionelle (104, 105). Endelig kan usikkerhed i forhold til opholdsgrundlag udgøre en væsentlig stressfaktor (103, 105).

Mange af de nævnte udfordringer og stressorer er relevante både i relation til indvandrere og deres børn. For eksempel kan børn af traumatiserede flygtninge opleve sekundær traumatisering, og er i øget risiko for udvikling af psykiske lidelser (106) og en spørgeskemaundersøgelse blandt børn i folkeskolen viser, at børn med etnisk minoritetsbaggrund er mere udsatte i forhold til mental sundhed og trivsel sammenlignet med etnisk danske børn (107). I nærværende undersøgelse er langt størstedelen af svarpersonerne i de etniske minoritetsgrupper ikke født i Danmark.

Afslutningsvis skal det nævnes, at de forskelle, vi finder i nærværende undersøgelse mellem personer med dansk baggrund og personer med anden etnisk baggrund, formentlig er underestimerede, da det må antages, at de personer, der har deltaget i undersøgelsen, er blandt de etniske minoriteter, der relativt set har det bedst, samt er mest integreret i det danske samfund, og dermed i højere grad minder om personer med dansk baggrund. For det første kræver det gode sproglige færdigheder at udfylde et dansksproget spørgeskema, hvis dansk ikke er éns modersmål. For det andet kræver det et vist overskud og mentale ressourcer at udfylde spørgeskemaet, og mennesker med posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) og psykiske lidelser, som vi ved findes i højere grad blandt personer, der er flygtet, må formodes ikke at have dette overskud i samme grad som dem uden disse lidelser. For det tredje kan man formode, at de personer med etnisk minoritetsbaggrund, som deltager, i et vist omfang oplever sig inkluderet i det danske samfund og har tillid til systemet; et tidligere kvalitativt studie har nemlig vist, at den forholdsvis lave deltagelse i nationale spørgeskemaundersøgelser blandt etniske minoriteter kan hænge sammen med oplevelsen af, at undersøgelsen ikke er henvendt til dem som minoritetsgruppe, samt usikkerhed på, hvorvidt anonymitet opretholdes som lovet (108). Endelig er der stor sandsynlighed for, at uddannelsesniveaulet blandt de etniske minoritetsgrupper, som ligger til

grund for analyserne, er underestimeret i denne undersøgelse, da en større andel blandt de etniske minoritetsgrupper har placeret sig selv i kategorien 'anden uddannelse' i det selvadministrerede spørgsmål omhandlende uddannelsesniveau sammenlignet med gruppen af etniske danskere. Det kan hænge sammen med, at den uddannelse, de har fra hjemlandet, ikke figurerer på spørgeskemaet. Da 'anden uddannelse' er kodet som den kortest mulige uddannelse, nemlig grundskoleniveau, er det sandsynligt, at en større andel af personer med anden etnisk baggrund end dansk er klassificeret som havende en kortere uddannelse, end de reelt har. Samlet set betyder dette, at den ulighed i sundhed, vi ser i forhold til nogle af de undersøgte etniske grupper, muligvis er større, end rapporten viser.

Det kan ikke udelukkes, at forskellige normer, værdier og kulturer influerer på, hvordan man forstår og besvarer spørgsmål i en spørgeskemaunders-

søgelse som denne (109), ligesom der kan være forskel på, hvorvidt og hvordan etniske minoritetsgrupper identificerer sig med de enkelte spørgsmål, for eksempel afhængigt af, om éns madvaner er repræsenteret i spørgsmål omhandlende kost (108). Undersøgelsen bekræfter imidlertid fund fra tidligere nationale undersøgelser, der viser, at der er forskelle i sundhed, sygelighed og trivsel mellem indvandrere og efterkommere og den generelle befolkning (25, 26), ligesom den nuancerer disse fund ved at se på etnisk baggrund fordelt på syv grupper og ikke kun ikke-vestlig baggrund samt etnisk dansk baggrund. Hvis der skal skabes indsigt i årsagerne bag og beskaffenheden af disse forskelle, herunder hvordan forskellige sundhedsopfattelser og -praksisser samt kontakt med sundhedsinstanser udfolder sig blandt forskellige etniske grupper under forskellige sociale, socioøkonomiske og migrationsrelaterede omstændigheder, vil det være relevant med uddybende kvalitative studier.

# Referencer

1. Udlændinge- og Integrationsministeriet. Det Nationale Integrationsbarometer. Hvor mange og hvem er indvandrere i Danmark? Tilgået 27-03-2023, <https://integrationsbarometer.dk/tal-og-analyser/INTEGRATION-STATUS-OG-UDVIKLING>.
2. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, Román JEI, Kragelund K, Christensen AI, Ekholm O. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2021. København: Sundhedsstyrelsen, 2022.
3. Nørredam M. Migration, etnicitet og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk Sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2 udgave. København: Munksgaard; 2011.
4. Bhopal RS. Migration, Ethnicity, Race, and Health in Multicultural Societies. Oxford: Oxford University Press, 2014.
5. Kragh H. Mangfoldighed, magt og minoriteter. Introduktion til minoritetsforskningens teorier. København: Forlaget Samfundslitteratur, 2007.
6. Barth F. Ethnic groups and boundaries: the social organization of culture difference. Long Grove, IL: Waveland Press, 1998.
7. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011; 39 (7 Suppl): 22-5.
8. Danmarks Statistik og Undervisningsministeriet. DUN 2012. Dansk Uddannelses-Nomenklatur: København: Danmarks Statistik, 2012.
9. Fangel S, Linde PC, Thorsted BL. Nye problemer med repræsentativitet i surveys, som opregning med registre kan reducere. *Metode & Data*. 2007; 93: 14-26.
10. Fayers P, Hays R, red. Assessing quality of life in clinical trials: methods and practice. 2nd edition. New York: Oxford University Press, New York, 2005.
11. Ambresin G, Chondros P, Dowrick C, Herrman H, Gunn JM. Self-rated health and long-term prognosis of depression. *Ann Fam Med*. 2014; 12: 57-65.
12. Riise HKR, Riise T, Natvig GK, Daltveit AK. Poor self-rated health associated with an increased risk of subsequent development of lung cancer. *Qual Life Res*. 2014; 23 :145-53.
13. Waller G, Janlert U, Norberg M, Lundqvist R, Forssén A. Self-rated health and standard risk factors for myocardial infarction: a cohort study. *BMJ Open*. 2015; 5: e006589.
14. Hajek A, Kretzler B, König H-H. Determinants of frequent attendance in primary care. A systematic review of longitudinal studies. *Front Med*. 2021; 8: 595674-.
15. Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, Meland E, Breidablik HJ. Is self-rated health in adolescence a predictor of prescribed medication in adulthood? Findings from the Nord Trøndelag Health Study and the Norwegian Prescription Database. *SSM – Popul Health*. 2018; 4: 144-52.
16. Holstein BE, Hansen EH, Andersen A, Due P. Self-rated health as predictor of medicine use in adolescence. *Pharmacoepidemiol Drug Saf*. 2008; 17: 186-92.
17. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, Schöttker B, Brenner H, Lohrer R, et al. Self-rated health and all-cause and cause-specific mortality of older adults. Individual data meta-analysis of prospective cohort studies in the CHANCES Consortium. *Maturitas*. 2017; 103: 37-44.
18. Bacak V, Olafsdottir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scand J Public Health*. 2017; 45: 647-53.
19. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, He J, Muntner P. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2006; 21: 267-75.
20. Latham K, Peek CW. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2013; 68: 107-16.
21. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997; 38: 21-37.
22. Schnittker J, Bacak V. The increasing predictive validity of self-rated health. *PLoS one*. 2014; 9: e84933.
23. Jervelund SS, Malik S, Ahlmark N, Villadsen SF, Nielsen A, Vitus K. Morbidity, Self-perceived health and mortality among non-Western Immigrants and their descendants in Denmark in a life phase perspective. *J Immigr Minor Health*. 2017; 19: 448-76.
24. Singhammer J. Etniske minoriteters Sundhed. Aarhus: Center for Folkesundhed, Region Midtjylland, og Partnerskabet for undersøgelse af etniske minoriteters sundhed, 2008.

25. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Hansen SE, Algren MH, Juel K. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Sundhedsstyrelsen, 2011.
26. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI, Kristensen PL, Gårn A, et al. Hvordan har du det? - trivsel, sundhed og sygdom blandt voksne i Region Syddanmark 2017. Vejle: Region Syddanmark, 2018.
27. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. A 12-Item Short-Form Health Survey: Construction of scales and preliminary tests of reliability and validity. *Med Care*. 1996; 34: 220-33.
28. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen, 2022.
29. Christensen AI, Juel K, Kjølner M, Davidsen M. Mental sundhed blandt voksne danskere: Analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København: Sundhedsstyrelsen, 2010.
30. Close C, Kouvonen A, Bosqui T, Patel K, O'Reilly D, Donnelly M. The mental health and wellbeing of first generation migrants: A systematic-narrative review of reviews. *Glob Health*. 2016; 12: 47.
31. Gilliver SC, Sundquist J, Li X, Sundquist K. Recent research on the mental health of immigrants to Sweden: A literature review. *Eur J Public Health*. 2014; 24 (Suppl 1): 72-9.
32. Missinne S, Bracke P. Depressive symptoms among immigrants and ethnic minorities: A population based study in 23 European countries. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012; 47: 97-109.
33. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiat*. 2020; 7: 547-60.
34. Hotopf M, Bullmore E, O'Connor RC, Holmes EA. The scope of mental health research during the COVID-19 pandemic and its aftermath. *Br J Psychiatry*. 2020; 217: 540-2.
35. Thygesen LC, Møller SP, Ersbøll AK, Santini ZI, Nielsen MBD, Grønbæk MK, Ekholm O. Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. *J Psychiatr Res*. 2021; 144: 151-7.
36. Rod NH. Stress. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred. 2. udgave. København: Munksgaard, 2012.
37. Nielsen NH, Kristensen TS. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
38. Sundhedsstyrelsen. Langvarig stress. Aktuell viden og forslag til stress-forebyggelse - Rådgivning til almen praksis. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
39. Liu M-Y, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*. 2017; 39: 573-80.
40. Kivimäki MP, Nyberg STM, Batty GDP, Fransson EIP, Heikkilä KP, Alfredsson LP, et al. Job strain as a risk factor for coronary heart disease: a collaborative meta-analysis of individual participant data. *Lancet* 2012; 380: 1491-7.
41. Nabi H, Kivimäki M, Batty GD, Shipley MJ, Britton A, Brunner EJ, et al. Increased risk of coronary heart disease among individuals reporting adverse impact of stress on their health: The Whitehall II prospective cohort study. *Eur Heart J*. 2013; 34: 2697-705.
42. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, Sliwa K, Zubaid M, Almahmeed WA, et al. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*. 2004; 364: 953-62.
43. Rugulies R, Bültmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptoms: Prospective findings from a 5-year follow-up of the Danish Work Environment Cohort Study. *Am J Epidemiol*. 2006; 163: 877-87.
44. Hansen AR, Kjølner M. Arbejdsnotat - Sundhed blandt etniske minoriteter: Resultater fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2007.
45. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24: 385-96.
46. Hossain MM, Sultana A, Purohit N. Mental health outcomes of quarantine and isolation for infection prevention: A systematic umbrella review of the global evidence. *Epidemiol Health*. 2020; 42: e2020038.

47. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Med.* 2010; 7: e1000316.
48. Due B, Holstein E B. Sociale relationer. I: Bruun Jensen B, Grønbæk M, Rventlow S, red. Forebyggende sundhedsarbejde. 6. udgave. København: Munksgaard, 2016.
49. Uchino BN. Social support and health: A review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *J Behav Med.* 2006; 29: 377-87.
50. Lund R, Due P. Sociale relationer og helbred. I: Iversen L, Kristensen TS, Holstein BE, Due P, red. Medicinsk sociologi - samfund, sundhed og sygdom. København: Munksgaard Danmark, 2002.
51. Valtorta NK, Kanaan M, Gilbody S, Hanratty B. Loneliness, social isolation and risk of cardiovascular disease in the English Longitudinal Study of Ageing. *Eur J Prev Cardiol.* 2018; 25: 1387-96.
52. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social Isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015; 10: 227-37.
53. Due P, Holstein B, Lund R, Modvig J, Avlund K. Social relations: network, support and relational strain. *Soc SCI Med.* 1999; 48: 661-73.
54. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging.* 2004; 26: 655-72.
55. Smith BJ, Lim MH. How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Res Pract.* 2020; 30: 3022008.
56. Santini ZI, Koyanagi A. Loneliness and its association with depressed mood, anxiety symptoms, and sleep problems in Europe during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatr.* 2021; 33: 160-3.
57. Loades ME, Chatburn E, Higson-Sweeney N, Reynolds S, Shafran R, Brigden A, et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020; 59: 1218-39.
58. Sepúlveda-Loyola W, Rodríguez-Sánchez I, Pérez-Rodríguez P, Ganz F, Torralba R, Oliveira DV, et al. Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *J Nutr Health Aging.* 2020; 24: 938-47.
59. Leon ME, Peruga A, McNeill A, Kralikova E, Guha N, Minozzi S, et al. European code against cancer, 4th Edition: Tobacco and cancer. *Cancer Epidemiol.* 2015; 39 (Suppl 1): 20-33.
60. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, Ryd JT, Strøbæk L, White ED, et al. Sygdomsbyrden i Danmark: Risikofaktorer. København: Sundhedsstyrelsen, 2016.
61. Akhtar N, Bansal JG. Risk factors of lung cancer in nonsmoker. *Curr Probl Cancer.* 2017; 41: 328-39.
62. Hoffmann SH, Schramm S, Jarlstrup NS, Christensen AI. Danskernes rygevaner: Udvikling fra 1994 til 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2018.
63. Indenrigs- og sundhedsministeriet. Retsinformation. Lov om røgfri miljøer. Tilgået 26-01-2023. <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2007/512>.
64. Eliassen M, Becker U, Grønbæk M, Juel K, Tolstrup JS. Alcohol-attributable and alcohol-preventable mortality in Denmark: An analysis of which intake levels contribute most to alcohol's harmful and beneficial effects. *Eur J Epidemiol.* 2014; 29: 15-26.
65. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, Jespersgaard N, Bjerregaard P, Grønbæk MK, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser: En systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
66. Rehm J, Baliunas D, Borges GLG, Graham K, Irving H, Kehoe T, et al. The relation between different dimensions of alcohol consumption and burden of disease: an overview. *Addiction.* 2010; 105: 817-43.
67. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsstyrelsens udmeldinger om alkohol. Tilgået 15-02-2023. <https://www.sst.dk/da/viden/Forebyggelse/Alkohol/Alkoholforebyggelse/Sundhedsstyrelsens-udmeldinger-om-alkohol>.
68. Kilian C, Rehm J, Allebeck P, Braddick F, Gual A, Barták M, et al. Alcohol consumption during the COVID-19 pandemic in Europe: a large-scale cross-sectional study in 21 countries. *Addiction.* 2021; 116: 3369-



69. Rossow I, Bartak M, Bloomfield K, Braddick F, Bye EK, Kilian C, et al. Changes in alcohol consumption during the COVID-19 pandemic are dependent on initial consumption level: Findings from eight European countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2021; 18: 10547.
70. Roberts A, Rogers J, Mason R, Siriwardena AN, Hogue T, Whitley GA, et al. Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug Alcohol Depend*. 2021; 229: 109150.
71. Pisinger V, Hviid SS, Hoffmann SH, Rosing JA, Tolstrup JS. Sammen – hver for sig:-hvordan tackler unge coronakrisen? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.
72. World Health Organization. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. Geneva: World Health Organization, 2003.
73. Lassen AD, Christensen LM, Fagt S, Trolle E. Råd om bæredygtig sund kost - fagligt grundlag for et supplement til De officielle Kostråd. Lyngby: Fødevareinstituttet, 2020.
74. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, Gondolf UH, Hermansen K, Jakobsen MU, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: DTU Fødevareinstituttet, 2013.
75. Ministeriet for Fødevarer, Landbrug og Fiskeri. De Officielle Kostråd. Tilgået 17-02-2023. <https://fvm.dk/foedevarer/mad-maaltider-og-sundhed/de-officielle-kostraad/>
76. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Intergg study. *Eur J Clin Nutr*. 2007; 61 :270-8.
77. Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet: håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.
78. Danquah IH, Petersen CB, Skov SS, Tolstrup JS. Validation of the NPAQ-short - A brief questionnaire to monitor physical activity and compliance with the WHO recommendations. *BMC Public Health*. 2018; 18: 601.
79. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, Borodulin K, Buman MP, Cardon G, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br J Sports Med*. 2020; 54: 1451-62.
80. Matthiessen J, Biloft-Jensen AP, Stockmarr A, Fagt S, Christensen T. Voksne danskeres kost- og aktivitetsvaner under den første nationale COVID-19 nedlukning i foråret 2020. E-artikel fra DTU Fødevareinstituttet, 2021.
81. Ibsen B, Høyer-Kruse J, Elmose-Østerlund K. Hvordan har Corona påvirket det fysiske aktivitetsniveau?: Resultater fra undersøgelse af bevægelsesvaner. Odense: Center for Forskning i Idræt, Sundhed og Civilsamfund, SDU, 2021.
82. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, Riccò M, Bragazzi NL, Wu J. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med*. 2020; 17: e1003198.
83. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2004; 4: 579-91.
84. WHO Consultation on Obesity. Obesity: Preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation. Geneva: World Health 2000.
85. Sundhedsdatastyrelsen. Borgere med multisygdom - Borgere med kroniske sygdomme i 2017. Tilgået 10-01-2023. <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kronisk-sygdom/borgere-med-multisygdom-2017.pdf>.
86. Mairey I, Rosenkilde S, Borring Klitgaard M, Lau CT. Sygdomsbyrden i Danmark — sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen, 2022.
87. Nielsen A, Bekker-Jeppesen M, Almer K, Helms Andreasen A. Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom i Region Hovedstaden. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, 2016.
88. Jennum P, Bonke J, Jessie Clark A, Flyvbjerg A, Helene Garde A, Hermansen K, et al. Søvn og sundhed. København: Vidensråd for Forebyggelse, 2015.

89. Lies J, Jones L, Ho R. The management of post-traumatic stress disorder and associated pain and sleep disturbance in refugees. *BJPsych advances*. 2019; 25: 196-206.
90. Udvalg vedrørende almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. Almen praksis' rolle i fremtidens sundhedsvæsen. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2008.
91. Sundhedsdatastyrelsen. Udvalgte nøgletal for praksisområdet 2009-2019. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2020.
92. Nørredam M, Mygind A, Nielsen AS, Bagger J, Krasnik A. Motivation and relevance of emergency room visits among immigrants and patients of Danish origin. *Eur J Public Health*. 2007; 17: 497-502.
93. Davies AA, Basten, Frattini C. Migration: A social determinant of health in migrants. Brussels: International Organization for Migration, 2006.
94. Hempler NF, Jervelund SS, Ryom K, Villadsen SF, Vinther-Jensen K. Veje til etnisk lighed i sundhed. København: Dansk Selskab for Folkesundhed, 2020.
95. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2019; 394: 240-8.
96. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005; 294: 602-12.
97. Danmarks Statistik. Fakta om indvandrere og efterkommere i Danmark. Tilgået 27-01-2023. <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/bagtal/2022/2022-08-18-fakta-om-indvandrere>.
98. Nazroo JY. The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *Am J Public Health*. 2003; 93: 277-84.
99. Gadeberg AK, Andersen I, Brønnum-Hansen H, Christensen U, Diderichsen F. Indsatser mod ulighed i sundhed. København: Sundhedsstyrelsen; 2020.
100. BL – Danmarks Almene Boliger. Indvandrere fra MENAP-lande i den almene sektor. Tilgået 12-03-2023. <https://bl.dk/politik-og-analyser/analyser/2021/5/analyse-indvandrere-fra-menap-lande-i-den-almene-sektor/>.
101. Sundhed.dk. Etniske minoriteter kan have svært ved at finde rundt i det digitale sundhedsvæsen. Tilgået 14-03-2023. <https://www.sundhed.dk/borger/service/om-sundheddk/nyheder/etniske-minoriteter/>
102. Rigsrevisionen. Forløbet for flygtninge med traumer - Rigsrevisionens beretning afgivet til Folketinget med Statsrevisorernes bemærkninger i Beretning nr. 6 Beretning om forløbet for flygtninge med traumer. København: Statsrevisorerne, 2018.
103. Christoffersen NB, Nilou FE, Ahlmark NG. Anbefalinger til jobcentrenes samarbejde med almen praksis og traumeklinikker om borgere med etnisk minoritetsbaggrund. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.
104. Holmberg T, Ahlmark N, Curtis T. "State of the art report". Etniske minoriteters sundhed i Danmark. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2009.
105. Sodemann M. Det du ikke ved får patienten ondt af - Tværkulturel klinik og kommunikation i mødet med etniske minoritetspatienter. Tilgået 02-02-2023. <https://ouh.dk/uddannelse/afdelingsspecifikke-uddannelsessider/uddannelse-pa-indvandrermedicinsk-klinik/undervisningsmaterialer/det-du-ikke-ved-far-patienten-ondt-af>.
106. Nielsen MB, Carlsson J, Rimvall MK, Petersen JH, Nørredam M. Risk of childhood psychiatric disorders in children of refugee parents with post-traumatic stress disorder: a nationwide, register-based, cohort study. *Lancet Public Health*. 2019; 4: e353.
107. Jensen HN, Holstein BE. Sundhed og trivsel blandt indvandrere, efterkommere og etniske danskere i 5., 7. og 9. klasse. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2010.
108. Ahlmark N, Algren MH, Holmberg T, Nørredam ML, Nielsen SS, Blom AB, et al. Survey nonresponse among ethnic minorities in a national health survey - a mixed-method study of participation, barriers, and potentials. *Ethn Health*. 2015; 20: 611-32.
109. Roudijk B, Donders R, Stalmeier P. Cultural values: can they explain self-reported health? *Qual Life Res*. 2017; 26: 1531-9.



**Sundhed for alle ♥ + ●**