

# Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021

– og udviklingen siden 2010

Heidi Amalie Rosendahl Jensen  
Jes Bak Sørensen  
Michael Davidsen  
Anne Illemann Christensen  
Stine Schramm

## **Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021 – og udviklingen siden 2010**

Heidi Amalie Rosendahl Jensen  
Jes Bak Sørensen  
Michael Davidsen  
Anne Illemann Christensen  
Stine Schramm

Internt review: Stine Kloster og Kirstine Wodschow

Copyright © 2023  
Statens Institut for Folkesundhed,  
Syddansk Universitet

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

Citeres: Jensen HAR, Sørensen JB, Davidsen M, Christensen AI, Schramm S. Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021 – og udviklingen siden 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2023.

Elektronisk udgave: 987-87-7899-634-3

Statens Institut for Folkesundhed  
Syddansk Universitet  
Studiestræde 6  
1455 København K  
[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

Rapporten kan downloades fra  
[www.sdu.dk/sif](http://www.sdu.dk/sif)

# Forord

Hermed foreligger rapporten *Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2021 - og udviklingen siden 2010*. Rapporten er udarbejdet for Danmarks Almene Boliger (BL).

Formålet med rapporten er at belyse sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger ved brug af en lang række indikatorer fra spørgeskemaundersøgelsen 'Den Nationale Sundhedsprofil' inden for emnerne helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed, sociale relationer, sundhedsadfærd og sygelighed. Derudover belyses kontakter til alment praktiserende læge og hospitalsvæsenet samt dødelighed på baggrund af registerdata. Analyserne i rapporten omhandler borgere, der bor i almene boliger i Danmark, og som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, 2013, 2017 eller 2021. For alle indikatorer er der foretaget sammenligninger med den øvrige danske befolkning, som bor i ikke-almene boliger. For de indikatorer, hvor det er muligt, beskrives også udviklingen mellem 2010 og 2021.

Af rapporten fremgår det, at sundhedstilstanden for størstedelen af de inkluderede indikatorer er ringere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger, ligesom beboere i almene boliger generelt set har flere kontakter til alment praktiserende læge og hospitalsvæsenet samt en højere dødelighed. Afvigelser fra dette mønster ses i forhold til at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, hvor andelen er mindre blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger. For ambulante kontakter relateret til henholdsvis kræft og muskelskeletsygdomme ses stort set ingen forskel mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger. På baggrund af denne viden vil det muligt at målrette sundhedspolitiske tiltag og strategier for at forbedre sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger. Rapporten henvender sig til praktikere, interesseorganisationer og andre, der beskæftiger sig med sundhedstilstanden i almene boliger.

Rapporten er udarbejdet af en projektgruppe fra Statens Institut for Folkesundhed, SDU, som består af ph.d.-studerende Heidi Amalie Rosendahl Jensen, seniorforsker Michael Davidsen, seniorforsker Anne Illemann Christensen og adjunkt Stine Schramm, samt forsker Jes Bak Sørensen fra DEFACTUM, Region Midtjylland.

Undersøgelsen er finansieret af BL.

Statens Institut for Folkesundhed, SDU  
Oktober 2023

Morten Hulvej Rod  
Direktør

# Indhold

<b>Sammenfatning</b> .....	<b>5</b>
<b>1 Indledning</b> .....	<b>12</b>
<b>2 Materiale og metode</b> .....	<b>17</b>
<b>3 Læsevejledning</b> .....	<b>24</b>
<b>Resultater – del 1</b> .....	<b>33</b>
<b>4 Helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed</b> .....	<b>34</b>
4.1 Selvvurderet helbred .....	34
4.2 Høj score på stressskalaen .....	36
4.3 Lav score på den fysiske helbredsskala .....	38
4.4 Lav score på den mentale helbredsskala.....	40
4.5 Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig.....	42
4.6 Ængstelse, nervøsitet, uro, angst .....	44
4.7 Søvnbesvær, søvnproblemer .....	46
<b>5 Sociale relationer</b> .....	<b>50</b>
5.1 Ofte uønsket alene .....	51
5.2 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte .....	53
5.3 Kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet.....	55
5.4 Tegn på ensomhed.....	57
5.5 Tegn på social isolation .....	59
<b>6 Sundhedsadfærd</b> .....	<b>62</b>
6.1 Daglig rygning .....	63
6.2 Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge .....	65
6.3 Ryger $\geq 15$ cigaretter om dagen .....	67
6.4 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge .....	69
6.5 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget.....	71
6.6 Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt.....	73
6.7 Usundt kostmønster .....	75
6.8 Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt .....	77
6.9 Stillesiddende fritidsaktivitet.....	79
6.10 Har stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv .....	81

<b>7 Sygelighed</b> .....	<b>85</b>
7.1 Svær overvægt.....	86
7.2 Diabetes.....	89
7.3 Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL).....	91
7.4 Astma.....	93
7.5 Allergi.....	95
7.6 Migræne eller hyppig hovedpine.....	97
7.7 Diskusprolaps eller andre rygsygdomme.....	99
7.8 Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed.....	101
7.9 Psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed.....	103
<b>Resultater – del 2</b> .....	<b>107</b>
<b>8 Kontakter til alment praktiserende læge</b> .....	<b>108</b>
8.1 Kontakter til alment praktiserende læge i alt.....	108
<b>9 Hospitalskontakter</b> .....	<b>110</b>
9.1 Somatiske indlæggelser i alt.....	110
9.2 Somatiske ambulante kontakter i alt.....	112
9.3 Somatiske akut ambulante kontakter i alt.....	114
9.4 Psykiatriske indlæggelser i alt.....	116
9.5 Psykiatriske ambulante kontakter i alt.....	118
9.6 Psykiatriske akut ambulante kontakter i alt.....	120
9.7 Indlæggelser – hjertekarsygdomme.....	122
9.8 Ambulante kontakter – hjertekarsygdomme.....	124
9.9 Akut ambulante kontakter – hjertekarsygdomme.....	126
9.10 Indlæggelser – muskelskeletsygdomme.....	128
9.11 Ambulante kontakter – muskelskeletsygdomme.....	130
9.12 Akut ambulante kontakter – muskelskeletsygdomme.....	132
9.13 Indlæggelser – kræft.....	134
9.14 Ambulante kontakter – kræft.....	136
<b>10 Dødelighed</b> .....	<b>138</b>
10.1 Dødsfald i alt.....	138
<b>11 Kommentering af metode og resultater</b> .....	<b>140</b>
<b>Bilag</b> .....	<b>144</b>
Bilag 1: Indikatorer opdelt på køn og alder (udvikling).....	144
Bilag 2: Indikatorer opdelt på kommune (2021).....	158

# Sammenfatning

Formålet med denne rapport er at beskrive sundhed, sygelighed og trivsel blandt borgere i Danmark, der bor i almene boliger, sammenlignet med den øvrige danske befolkning. Et sekundært formål med rapporten er at vurdere, i hvor høj grad forskelle i sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger kan forklares af forskelle i udvalgte socioøkonomiske faktorer, såsom alder og længst fuldførte uddannelse.

## Studiepopulation

Studiepopulationen består af de borgere, der bor i almene boliger, og som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 eller 2021, mens de øvrige svarpersoner fra Den Nationale Sundhedsprofil udgør sammenligningsgruppen. Generelt set er svarprocenter lavere blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. For eksempel deltog 25.985 borgere fra almene boliger (deltagelsesprocent på 47,5 %) og 157.637 borgere fra ikke-almene boliger (deltagelsesprocent på 58,6 %) i Den Nationale Sundhedsprofil i 2021.

Gennem hele rapporten omtales borgere, der bor i almene boliger, som 'beboere i almene boliger' og den øvrige befolkning som 'beboere i ikke-almene boliger'.

## Sociodemografisk beskrivelse af studiepopulationen i 2021

Andelen af kvinder er større blandt beboere i almene boliger (54,0 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (49,9 %). Der er desuden en større andel af beboere i aldersgruppen 16-29 år og på 80 år eller derover samt en større andel med ikke-vestlig baggrund (henholdsvis 22,0 % og 5,7 % i almene boliger end ikke-almene boliger). Dertil er der en større andel af beboere med grundskole som længst fuldførte uddannelse i almene boliger (39,2 %) end i ikke-almene boliger (19,5 %). Omvendt ses en større andel med videregående uddannelse i ikke-almene boliger (39,5 %) end i almene boliger (21,1 %). Slutteligt ses en større andel beboere under uddannelse, på førtidspension eller kontanthjælp i almene boliger end i ikke-almene boliger.

## Overordnede resultater

Rapportens resultater præsenteres i to dele. Del 1 er en opdatering af en tidligere rapport (*Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017- og udviklingen siden 2010*), der beskriver en række indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed, sociale relationer, sundhedsadfærd og sygelighed baseret på selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil. Alle opgørelser vises for 2021, og for de indikatorer, hvor det er muligt, præsenteres ligeledes udviklingen siden 2010. Del 2 er baseret på oplysninger fra nationale sundhedsregistre, og der præsenteres opgørelser for kontakter til alment praktiserende læge og hospitalsvæsnet samt dødelighed.

I både del 1 og 2 præsenteres både ujusterede og justerede resultater. I de justerede resultater tages der højde for forskelle mellem beboere almene og ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund. I del 2 tages der yderligere højde for sundhedsadfærd samt arbejdsmarkedstilknytning i aldersgruppen 16-64 år.

Rapportens primære fokus er de ujusterede resultater. De ujusterede resultater viser situationen,

som den er, i henholdsvis almene boliger og ikke-almene boliger. Det vil sige, hvordan de faktiske forskelle i sundhedstilstanden er mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger (den øvrige befolkning). Det er denne forskel, der bør være i fokus i forhold til sundhedspolitik, strategier og lokale tiltag.

De justerede resultater giver derimod en indikation af, hvor stor en del af forskellen mellem beboere i almene og ikke-almene boliger, der kan forklares af de inkluderede sociodemografiske faktorer. Det er således relevant at vide, hvor meget der reelt set forklares af forskellige sociodemografiske forhold i de justerede analyser, samt hvorvidt ændringer i beboersammensætningen bidrager til udviklingen i sundhedstilstanden blandt beboere i de to boligformer, som de justerede analyser altså tager højde for. Der kan dog stadig forekomme forskelle i sociodemografiske karakteristika, som der ikke er taget højde for i de justerede analyser.

I det følgende præsenteres rapportens hovedresultater med fokus på de ujusterede resultater.

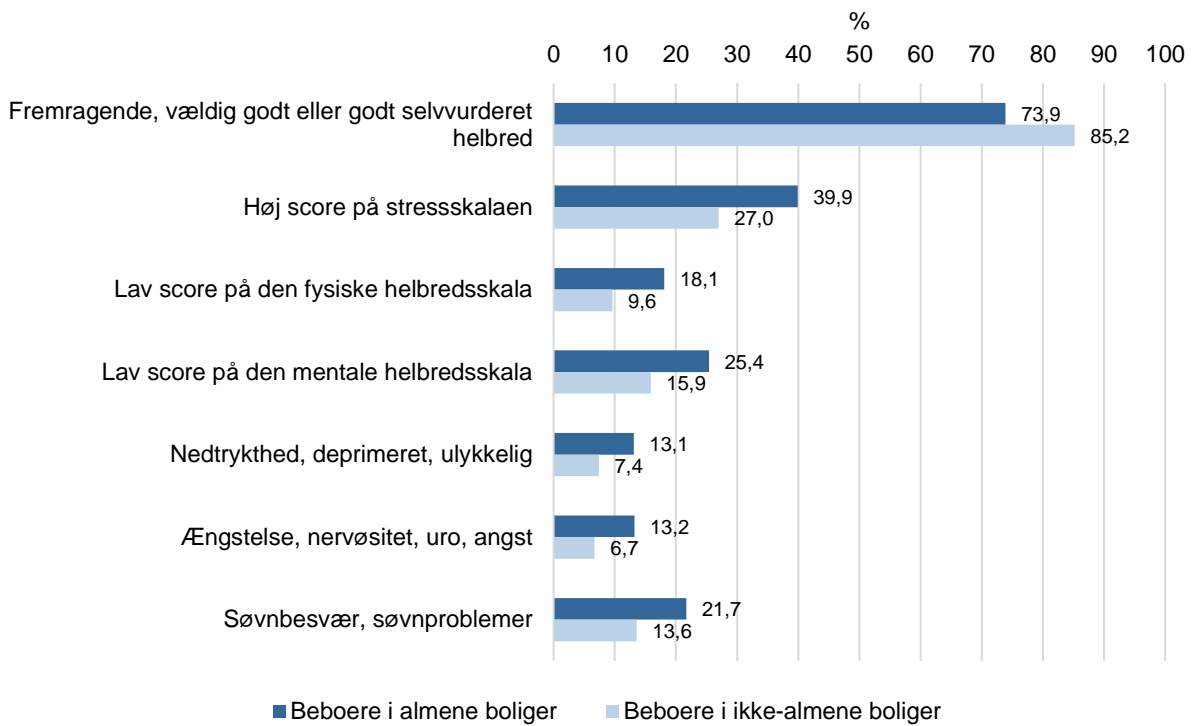
## **Del 1**

### **Helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed**

Figur 1 viser, at beboere i almene boliger generelt set har dårligere helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette ses ved, at der er en større andel af beboere i almene boliger, der har en høj score på stressskalaen, lav score på den fysiske helbredsskala, lav score på den mentale helbredsskala, er nedtrykte, deprimerede og ulykkelige, oplever ængstelse, nervøsitet, uro og angst samt søvnbesvær sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Ligeledes er der en mindre andel af beboere i almene boliger, der vurderer deres helbred som fremragende, vældig godt eller godt, i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

I perioden 2010 til 2021 er andelen med fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred steget blandt beboere i almene boliger, mens den er faldet blandt beboere i ikke-almene boliger (data vist i kapitel 4). Andelen af beboere med en lav score på den fysiske helbredsskala er faldet blandt beboere i almene boliger og steget blandt beboere i ikke-almene boliger. Andelen med en høj score på stressskalaen, lav score på den mentale helbredsskala, der er nedtrykte, deprimerede, ulykkelige og oplever ængstelse, nervøsitet, uro og angst samt søvnbesvær er steget blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Figur 1** Indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. 2021. Procent



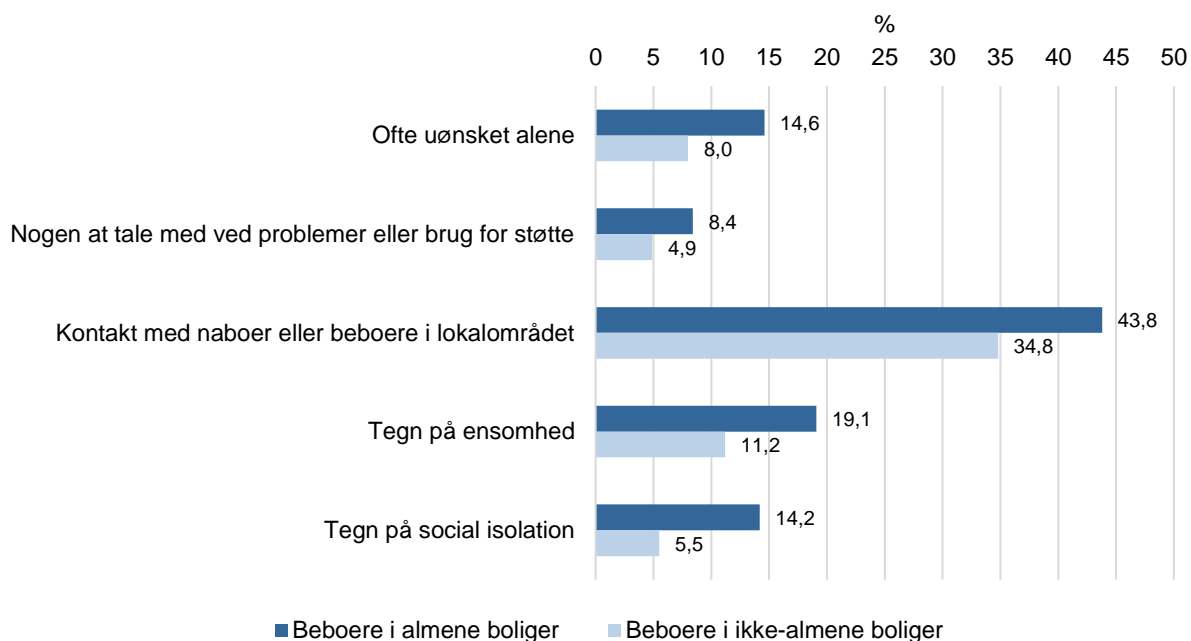


## Sociale relationer

Beboere i almene boliger har generelt set dårligere sociale relationer sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (figur 2). Således ses en større andel for alle indikatorer for dårlige sociale relationer blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

I perioden 2010 til 2021 er andelen af beboere, der ofte føler sig uønsket alene og aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, steget blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger (data vist i kapitel 5). Spørgsmålet om kontakt til naboer eller beboere i lokalområdet er blevet revideret i undersøgelsen i 2021, og indikatorerne, der belyser tegn på ensomhed og tegn på social isolation, indgik først i 2021, hvorfor udviklingen ikke kan belyses for disse indikatorer.

**Figur 2** Indikatorer for sociale relationer blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. 2021. Procent

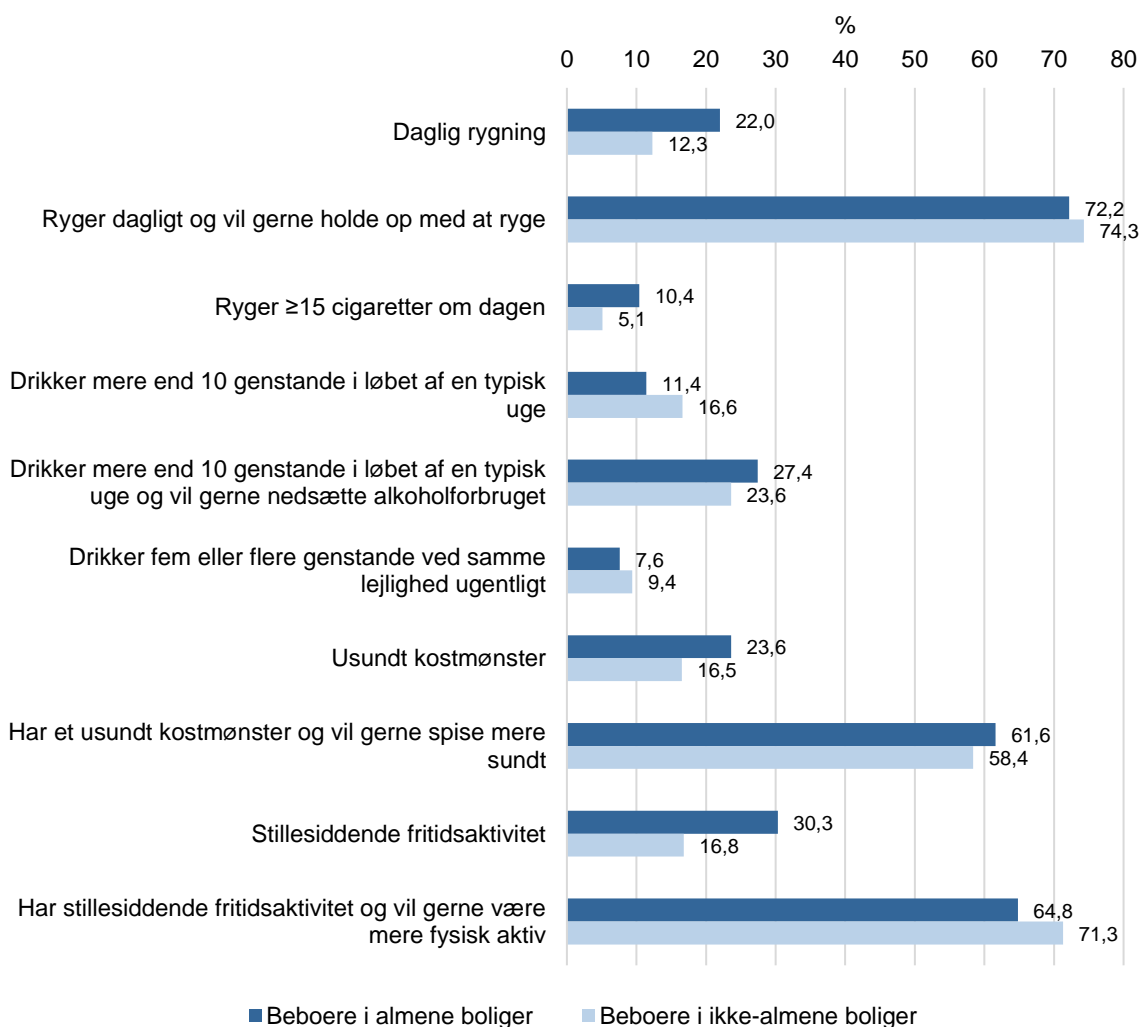


## Sundhedsadfærd

Figur 3 viser, at beboere i almene boliger adskiller sig fra beboere i ikke-almene boliger for de fleste indikatorer for sundhedsadfærd. Eksempelvis er der en større andel blandt beboere i almene boliger, der ryger dagligt, ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, har et usundt kostmønster og har stillesiddende fritidsaktivitet. Omvendt er der en mindre andel blandt beboere i almene boliger, som drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt.

I perioden 2010 til 2021 er andelen af beboere, der ryger dagligt, ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, faldet blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger (data vist i kapitel 6). Derimod er andelen, der har et usundt kostmønster og stillesiddende fritidsaktivitet, steget i både almene og ikke-almene boliger.

**Figur 3** Indikatorer for sundhedsadfærd blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. 2021. Procent

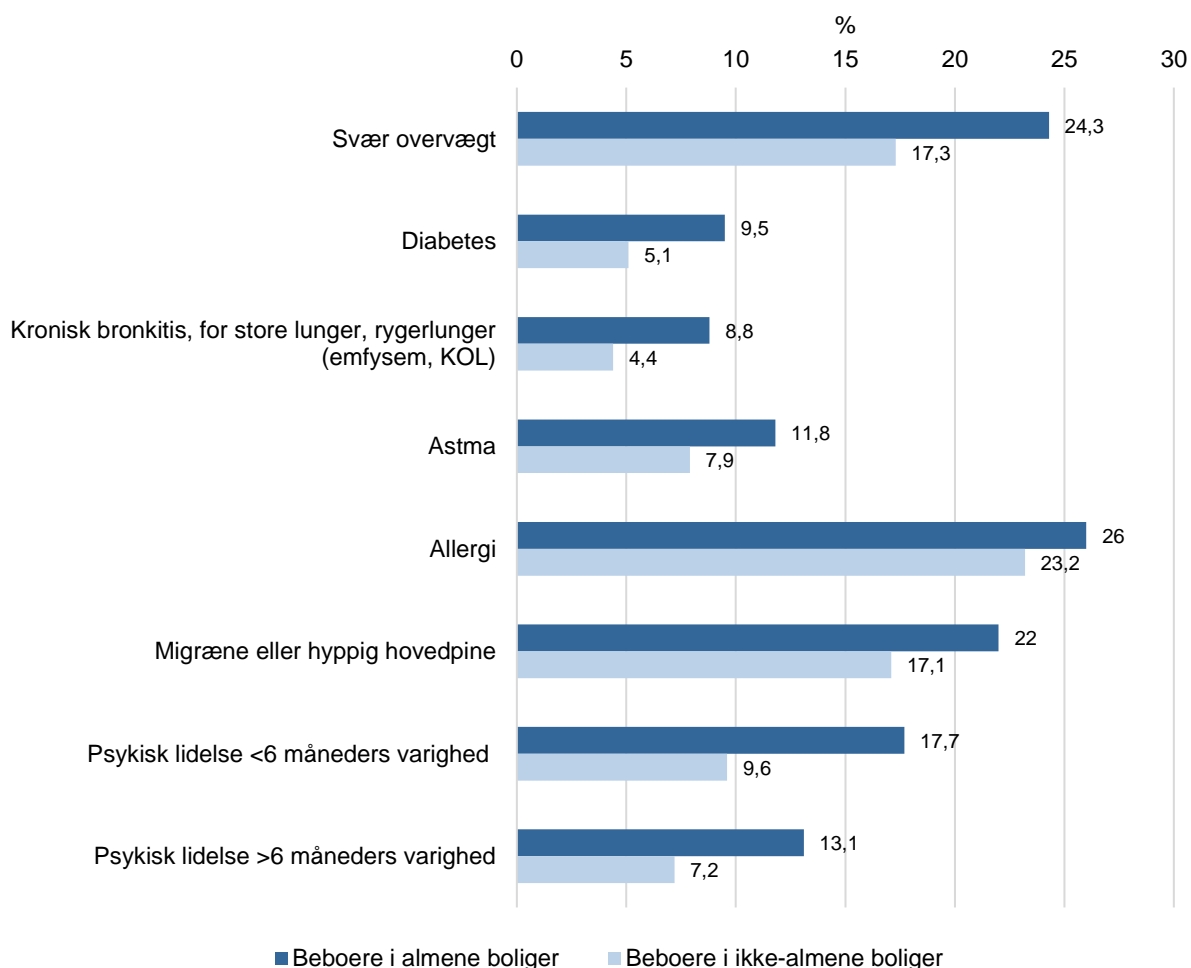


## Sygelighed

For alle indikatorer for sygelighed er andelen med den givne sygdom eller tilstand større blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (figur 4).

I perioden 2010 til 2021 er andelen af beboere med svær overvægt, allergi, migræne eller hyppig hovedpine, psykisk lidelse både af mere og mindre end seks måneders varighed steget blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger (data vist i kapitel 7). Derimod er andelen af beboere med diabetes og astma stort set uændret i almene boliger, men steget en smule blandt beboere i ikke-almene boliger. Slutteligt er andelen af beboere med kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) uændret blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger (data ikke vist).

**Figur 4** Indikatorer for sygelighed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. 2021. Procent



## Del 2

I del to opgøres det årlige antal kontakter til praktiserende læge, hospitalskontakter (totale antal somatiske indlæggelser, somatiske ambulante kontakter, somatiske akut ambulante kontakter, totale antal psykiatriske indlæggelser, psykiatriske ambulante kontakter, psykiatriske akut ambulante kontakter) og dødsfald. Herudover opgøres indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter relateret til henholdsvis hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og kræft.

Overordnet set har beboere i almene boliger et større antal årlige kontakter til praktiserende læge og hospitaler sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Samtidig er dødeligheden højere blandt beboere i almene boliger. Der ses særligt store forskelle for psykiatriske hospitalskontakter med flere kontakter blandt beboere i almene boliger. For ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme er der ingen forskel blandt beboere i de to boligformer blandt mænd og kun en mindre forskel blandt kvinder, hvor der ses lidt flere kontakter i almene boliger. Endvidere er ambulante kontakter relateret til kræft stort set ens i de to boligformer.

# 1 Indledning

## **Social ulighed i sundhed og sygelighed**

Et godt helbred er en vigtig faktor for det enkelte menneske til at opnå livstilfredshed og handlefrihed i livet – hvilket anses som kerneelementer for et godt liv i en velfærdsstat som Danmark (1). Menneskers helbred og livsudsigter påvirkes både af genetiske og sociale faktorer samt de vilkår og muligheder, den enkelte har gennem livet via deres sociale position (også kaldet socioøkonomisk position) (2). Social position afhænger blandt andet af personlige præferencer, social arv, uddannelse, individuelle egenskaber og samfundets diskrimination i forhold til køn, alder, etnicitet, race, religion m.m. (3, 4).

Traditionelt set opgøres social position på baggrund af socioøkonomiske mål som for eksempel uddannelse, erhvervmæssig stilling og indkomst. Dertil er der andre mål for social ulighed i sundhed, såsom etnicitet, geografiske områder og bopæl (3). Alle de nævnte mål hænger dog tæt sammen. Eksempelvis har uddannelse stor betydning for, hvilken indkomst man får og risikoen for arbejdsløshed (3, 4). Tidligere undersøgelser har endvidere påvist social ulighed i sundhed i relation til bopæl (5, 6).

Social ulighed i sundhed og sygelighed handler om systematiske forskelle i helbredsindikatorer mellem grupper i befolkningen defineret ved deres sociale position. Egenskaberne ved den sociale position som uddannelse, arbejdsmiljø og indkomst har alle stor betydning for den enkeltes mulighed for at leve et sundt liv. Personer med en lavere social position er oftere eksponeret for en række risikofaktorer for sygelighed end personer med højere social position – både i forhold til arbejdsforhold og økonomiske forhold og dermed også boligforhold og det fysiske miljø i lokalområdet (5, 6). Blandt personer med kort uddannelse ses blandt andet en højere forekomst af rygning, fysisk inaktivitet, usundt kostmønster, tungt fysisk arbejde, ofte at være uønsket alene og en række andre risikofaktorer end blandt personer med lang uddannelse (7, 8). Det er også blevet vist, at personer i områder med lav social position har en højere risiko for stress, depression, overvægt, type 2-diabetes og hjertekarsygdomme (9). Geografisk ulighed i sundhed og levevilkår er også dokumenteret på tværs af kommunerne i Danmark (6). Dertil ophobes og interagerer risikofaktorer blandt de samme befolkningsgrupper (1). Det vil sige, at risikoen for at blive syg som følge af en given risikofaktor forstærkes af andre risikofaktorer for samme sygdom (9). Det gælder for eksempel, at personer med kort uddannelse er mere modtagelige over for den skadelige effekt af alkohol, tobak og stress (3, 10). Navigation og behandling i sundhedssystemet er yderligere betinget af social position, som kan resultere i senere diagnostik samt dårligere behandling og rehabilitering af sygdomme blandt personer med få sociale og økonomiske ressourcer samt etniske minoriteter (11-13). Derigennem opnås en mindre effekt eller gevinst af behandlingen (14-16). Samlet set bidrager disse mekanismer til en øget sygelighed og dødelighed blandt personer med lavere social position i forhold til personer med højere social position.

## **Almene boliger**

En almen bolig er en lejebolig, der er administreret af en almen boligorganisation (17). Social-, Bolig-, og Ældreministeriet er ansvarlige for rammerne for den almene boligsektor. Der findes godt en halv million almene boliger i Danmark, og knap en million danskere boede i en almen bolig i

2020 (17). Almene boliger adskiller sig fra det traditionelle boligmarked (f.eks. private lejeboliger, ejerboliger og andelsboliger) ved at skulle sikre, at der findes gode, billige boliger i attraktive boligområder til alle i Danmark. Dette sikres blandt andet ved, at de almene boliger ikke må bringe profit til boligselskaberne. Der findes forskellige typer af almene boliger, herunder ungdoms-, familie- og ældreboliger. De fleste boliger udlejes via ventelister. Imidlertid bliver boligerne opført med et bidrag på 10 % fra den kommune, de ligger i, og kommunen disponerer over hver fjerde ledige lejlighed, som de kan henvise borgere til (17). Forholdene omkring almene boliger kan have betydning for den sociodemografiske og socioøkonomiske sammensætning af beboere i almene boliger (altså sammensætningen af sociale positioner).

En opgørelse fra Landsbyggefonden i 2022 viser, at der er store forskelle i netop uddannelse, erhvervmæssig stilling og indkomst blandt beboere i almene boliger i forhold til resten af den danske befolkning (18). For eksempel er andelen af offentligt forsørgede tre gange så høj i almene boliger (30,5 %) sammenlignet med ikke-almene boliger (10,3 %), og andelen af personer, der modtager førtidspension, er knap fire gange så høj (14,8 % og 4,1 % i henholdsvis almene og ikke-almene boliger). Tilsvarende er der en større andel af beboere på lønmodtagergrundniveau i almene boliger (49,3 %) i forhold til ikke-almene boliger (37,1 %) og en mindre andel af beboere i almene boliger på højeste lønmodtagerniveau (16,1 % vs. 28,0 %).

Ud over betydningen af den sociodemografiske sammensætning blandt beboere i almene boliger for sundhedstilstanden kan selve det omgivende boligområde også have en indflydelse på de enkelte beboers sundhedstilstand. Danske studier har vist, at personer med længere uddannelse og højere indkomst har lettere adgang til natur og grønne områder, som for eksempel fremmer fysisk aktivitet (19). Fysisk aktivitet er også påvirket af sikkerhed i nærområdet, herunder adgang til cykelstier og afstand til skole, indkøb, læge m.m. (19). Andre boligforhold, såsom indeklima, støj og forurening, kan også have indflydelse på eksempelvis astma og allergi, stress og søvnbesvær samt en række andre sygdomme og helbredindikatorer (20-22). Forskelle i sundhedstilstanden blandt beboere, som ejer deres bolig, og beboere, som bor til leje, kan også skyldes forhold i boligen. Dette kan eksempelvis omhandle, hvor hurtigt en vandskade udbedres, om man gør noget ved træk og fugt i boligen samt andre boligforhold, som er relateret til sygdom (23).

Nogle studier har yderligere vist, at beboere med få ressourcer er mere sårbare over for effekten af at bo i et område, hvor befolkningen som helhed har få ressourcer (24, 25). Det vil sige, at risikoen for sygelighed er højere blandt beboere med lav social position end blandt beboere med høj social position i boligområder med få ressourcer generelt set.

## **Formål**

Interesse- og brancheorganisationen BL, Danmarks Almene Boliger, har bedt Statens Institut for Folkesundhed, SDU, om at udarbejde en opgørelse af sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (beboere i f.eks. private lejeboliger, ejerboliger og andelsboliger). Opgørelser af sundhedstilstanden i forskellige befolkningsgrupper, såsom beboere i almene boliger, er et centralt redskab for at tilvejebringe viden til prioritering og planlægning af sundhedsindsatser i den pågældende befolkningsgruppe.

Formålet med denne rapport er at beskrive sundhedstilstanden målt ved forskellige aspekter af helbredsrelateret livskvalitet, sociale relationer, sundhedsadfærd og sygelighed samt kontakter til

sundhedsvæsenet og dødelighed blandt beboere i almene boliger i 2021 sammenlignet med den øvrige danske befolkning, både generelt set og i relevante undergrupper, på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil og udvalgte registre. Et sekundært formål med rapporten er at vurdere, i hvor høj grad forskelle i sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger kan forklares af forskelle i udvalgte socioøkonomiske faktorer, såsom alder og længst fuldførte uddannelse.

Rapporten består af 11 kapitler samt bilag. I kapitel 1-3 redegøres for undersøgelsens baggrund og formål samt datamateriale, studiepopulation og metode. I kapitlet om materiale og metode (kapitel 2) gives endvidere en sociodemografisk beskrivelse af beboere, der bor i almene boliger, i forhold til beboere i ikke-almene boliger i Danmark. I kapitel 4-10 præsenteres resultaterne for de udvalgte indikatorer, og i kapitel 11 bliver metoden og resultaterne kommenteret. Rapportens resultater er opdelt i to dele. I del 1 præsenteres opgørelser for udvalgte helbredsindikatorer for henholdsvis helbredsrelateret livskvalitet, sociale relationer, sundhedsadfærd og sygelighed. Opgørelserne er baseret på selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil og er en opdatering af en tidligere rapport (*Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017 - og udviklingen siden 2010*) (24). I del 2 præsenteres opgørelser over kontakter til alment praktiserende læge og hospitaler samt dødelighed. Del 2 er en tilføjelse til den tidligere rapport og er baseret på oplysninger fra nationale sundhedsregistre (se yderligere detaljer i læsevejledning og metodeafsnit). I denne rapport anvendes begrebet indikator som et samlet begreb for alle udfald i rapporten. I bilagene præsenteres opgørelser for de udvalgte indikatorer opdelt på henholdsvis udvikling for køn og alder (bilag 1) og status i 2021 på kommuneniveau (bilag 2).

Der skal henledes opmærksomhed på, at der i rapporten udelukkende ses på almene boliger ud fra en gennemsnitlig betragtning. Der er forskel i den sociodemografiske sammensætning i forskellige typer af almene boliger og områder, herunder udsatte boligområder m.m., og der kan ligeledes være geografiske forskelle. For eksempel kan forskelle i sundhedsindikatorer mellem beboere i almene og ikke-almene boliger være større i en kommune end i en anden kommune. Forskelle i sundhedstilstanden på tværs af forskellige typer af almene boliger eller geografiske områder er dog ikke belyst i denne rapport.

## Referencer

1. Merrild HM. Social differences in health as a challenge to the Danish welfare state. *Egalitarianism in Scandinavia: Historical and Contemporary Perspectives*. 2018: 181-200.
2. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*. 3 ed. 2020: Munksgaard.
3. Diderichsen F, Jørgensen TSH. *Ulighed i sundhed - 8 kritiske spørgsmål*. Københavns Universitet, 2023.
4. Andersen I, Diderichsen F, Brønnum-Hansen H. Social ulighed i sundhed, i *Medicinsk sociologi - sociale faktorerers betydning for befolkningens helbred*, Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L (Editors). 3 ed. 2020: Munksgaard.
5. Jensen HAR, Davidsen M, Lau CJ, Christensen AI, et al. *Sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger 2017-og udviklingen siden 2010*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2018.
6. Friis K, Jensen MM, Pedersen MH, Lasgaard M, Larsen FB, Jørgensen SS, Frandsen KT, Sørensen JB. *Hvordan har du det? 2021 – Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1)*. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2022.
7. Udesen CH, Skaarup C, Petersen MNS, Ersbøll AK. *Social ulighed i sundhed og sygdom: Udviklingen i Danmark i perioden 2010-2017*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2020.
8. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. *Danskernes sundhed: Den nationale sundhedsprofil 2021*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
9. Diez Roux AV. Neighborhoods and health: where are we and where do we go from here? *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2007;55:13-21.
10. Diderichsen F, Hallqvist J, Whitehead M. Differential vulnerability and susceptibility: how to make use of recent development in our understanding of mediation and interaction to tackle health inequalities. *Int J Epidemiol*. 2019;48:268-274.
11. Hart JT. The inverse care law. *Lancet*. 1971;297:405-12.
12. Spencer KL, Grace M. Social foundations of health care inequality and treatment bias. *Annual Review of Sociology*. 2016;42:101-20.
13. Dalton SO, Olsen MH, Moustsen IR, et al. Socioeconomic position, referral and attendance to rehabilitation after a cancer diagnosis: a population-based study in Copenhagen, Denmark 2010-2015. *Acta Oncol*. 2019;58:730-6.
14. Kjeld S, Brautsch L, Svarta D, Faber A, Andersen S, Danielsen D. *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet - en systematisk litteraturgennemgang*. København: Sundhedsstyrelsen, 2022.
15. Gadeberg A, Andersen I, Brønnum Hansen H, Christensen U, Diderichsen F. *Indsatser mod ulighed i sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen, 2020.
16. Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen. *Vidensafdækning af indsatser til mennesker med kronisk sygdom, herunder social ulighed i sundhed*. København: Sundhedsstyrelsen og Sundhedsdatastyrelsen, 2022.
17. BL - Danmarks Almene Boliger. *Hvad er en almen bolig?* Tilgængelig fra: <https://bl.dk/politik-og-analyser/temaer/hvad-er-en-almen-bolig/> [tilgået juni 2023]
18. Landsbyggefonden. *Beboerstatistik 2022*. Tilgængelig fra: <https://lbf.dk/analyser/statistikker-og-analyser/beboerstatistik/beboerstatistik-2022/> [Tilgået juni 2023]
19. Wengel TTT, Troelsen J. *Omgivelsernes betydning for fysisk aktivitet: Litteraturstudie af sammenhængen mellem byens indretning og fysisk aktivitet*. SDU for Sundhedsstyrelsen, 2019.



20. Dreger S, Schüle SA, Hils LK, Bolte G. Social inequalities in environmental noise exposure: a review of evidence in the WHO European region. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16:1011.
21. Ferguson L, Taylor J, Davies M, et al. Exposure to indoor air pollution across socio-economic groups in high-income countries: A scoping review of the literature and a modelling methodology. *Environ Int*. 2020;143:105748.
22. Algren MH, Ekholm O, Nielsen L, et al. Associations between perceived stress, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: a cross-sectional study. *BMC Public Health*. 2018;18:250.
23. Munford LA, Fichera E, Sutton M. Is owning your home good for your health? Evidence from exogenous variations in subsidies in England. *Econ Hum Biol*. 2020;39:100903
24. Ribeiro AI, Fraga S, Severo M, et al. Association of neighbourhood disadvantage and individual socioeconomic position with all-cause mortality: a longitudinal multicohort analysis. *Lancet Public Health*. 2022;7:e447-e457.
25. Ejlskov L, Antonsen S, Wulff JN, et al. Multilevel interactions between family and neighbourhood socioeconomic indices in childhood and later risks of self-harm and violent criminality in Denmark: a national cohort study. *Lancet Public Health*. 2023;8:e99-e108.

# 2 Materiale og metode

Til beskrivelse af sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger er der foretaget en sammenkobling mellem data fra Bygnings- og Boligregisteret (BBR) og data fra befolkningsundersøgelsen Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021 samt nationale sundhedsregistre. På denne måde er det for deltagerne i Den Nationale Sundhedsprofil i de nævnte år muligt at afgøre, om de bor i almene boliger eller ej, og derved sammenligne sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger med sundhedstilstanden blandt beboere i ikke-almene boliger.

## 2.1 Materiale

### Bygnings- og Boligregisteret (BBR)

BBR indeholder en række oplysninger om alle bygninger og boliger i Danmark (1). Registeret er placeret under Vurderingsstyrelsen. Der anvendes oplysninger fra BBR udelukkende til at identificere beboere i almene boliger samt deres geografiske placering, her defineret som kommune. Oplysninger om almene boliger fra BBR er udtrykt per 1. januar 2021.

Adresseoplysninger for deltagere i Den Nationale Sundhedsprofil per 1. januar i henholdsvis 2010, 2013, 2017 og 2021 kobles med oplysninger fra BBR per 1 januar 2021.

### Den Nationale Sundhedsprofil

Den Nationale Sundhedsprofil er en nationalt repræsentativ befolkningsundersøgelse om sundhed, sygelighed og trivsel, der gennemføres i et samarbejde mellem de fem regioner, Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, SDU, på baggrund af en aftale mellem Danske Regioner, Kommunernes Landsforening (KL), Indenrigs- og Sundhedsministeriet samt Finansministeriet (2-5). Den Nationale Sundhedsprofil, som indtil videre er gennemført i 2010, 2013, 2017 og 2021 ved selvadministrerede spørgeskemaer, består i hvert undersøgelsesår af i alt seks stikprøver: én stikprøve fra hver af de fem regioner samt én national stikprøve, der udgøres af Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen (SUSY). Den Nationale Sundhedsprofil består dels af en række fælles kernespørgsmål (omtrent 52 kernespørgsmål i hvert undersøgelsesår), som altså går igen i hver af de fem regioner samt i SUSY. I tabel 2.1 ses antal inviterede, antal deltagere og deltagelsesprocenten i de fire undersøgelser. I 2021 blev 324.000 personer på 16 år eller derover inviteret til at deltage i undersøgelsen, og 183.646 personer deltog. Det svarer til en deltagelsesprocent på 56,7 %.

**Tabel 2.1** Antal inviterede, svarpersoner og deltagelsesprocent i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021

Årstal for Den Nationale Sundhedsprofil	Antal inviterede	Antal svarpersoner	Deltagelsesprocent (%)
2010	298.550	177.639	59,5
2013	300.450	162.283	54,0
2017	312.349	183.372	58,7
2021	324.000	183.646	56,7

Tabel 2.2 viser deltagelsesprocenten for Den Nationale Sundhedsprofil i henholdsvis 2010, 2013, 2017 og 2021 opdelt på beboere i almene og ikke-almene boliger. For alle fire undersøgelsesår ses en lavere deltagelsesprocent blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger. For eksempel var deltagelsesprocenten i 2021 47,5 % blandt beboere i almene boliger og 58,6 % blandt beboere i ikke-almene boliger.

**Tabel 2.2** Antal svarpersoner og deltagelsesprocent i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021 blandt beboere i henholdsvis almene boliger og ikke-almene boliger

Årstal for Den Nationale Sundhedsprofil	Beboere i almene boliger		Beboere i ikke-almene boliger	
	Deltagelsesprocent (%)	Antal svarpersoner	Deltagelsesprocent (%)	Antal svarpersoner
2010	48,2	21.102	62,3	154.783
2013	41,3	19.149	56,4	143.107
2017	47,6	23.901	60,9	159.426
2021	47,5	25.985	58,6	157.637

### Nationale administrative registre

I de nationale administrative registre hos Danmarks Statistik og Sundhedsdatastyrelsen findes der oplysninger på personniveau om borgere i Danmark. Informationerne er indsamlet til administrative og statistiske formål og er anonymiseret med en krypteret kode for hver person i registeret. De enkelte registre kan kobles til hinanden på personniveau via cpr-numre, og på tilsvarende vis kan personoplysninger fra andre kilder kædes til registrene. I denne rapport anvendes oplysninger fra de nationale administrative registre hos Danmarks Statistik om uddannelse, erhvervstilknytning og vitalstatus, mens der fra Sundhedsdatastyrelsen anvendes oplysninger fra Landspatientregisteret om hospitalskontakter og fra Sygesikringsregisteret oplysninger om sygesikringsydelser samt fra det Centrale Person Register om vitalstatus.

### 2.2 Studiepopulation

Studiepopulationen, der benyttes til beskrivelse af sundhedstilstanden blandt beboere i Danmark, der bor i almene boliger, er baseret på en sammenkobling af oplysninger fra BBR om geografisk placering af almene boliger og data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, 2013, 2017 og 2021. Herved fås en studiepopulation, som består af beboere, der bor i almene boliger. Populationen, der sammenlignes med, omfatter personer, der har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil, og som bor i andre boligtyper end almene boliger (beboere i ikke-almene boliger). I alle opgørelser er der inkluderet personer på 16 år eller derover, hvis ikke andet er angivet.

I tabel 2.3 ses fordelingen af sociodemografiske faktorer blandt henholdsvis beboere i almene og ikke-almene boliger, som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Her ses det, at andelen af kvinder er større blandt beboere i almene boliger (54,0 %) end ikke-almene boliger (49,9 %). Andelen af beboere i den yngste aldersgruppe (16-29 år) og den ældste gruppe (≥80 år) er en smule større i almene boliger end ikke-almene boliger. Andelen af beboere med ikke-vestlig baggrund er større i almene boliger (22,0 %) end ikke-almene boliger (5,7 %). En større andel med grundskole som længst fuldførte uddannelse ses blandt beboere i almene boliger (39,2 %) end ikke-almene boliger (19,5 %), og omvendt ses en større andel med videregående uddannelse blandt beboere i ikke-almene boliger (39,5 %) end almene boliger (21,1 %). Slutteligt ses en større

andel af beboere under uddannelse, på førtidspension og kontanthjælp i almene boliger end ikke-almene boliger.

**Tablet 2.3** Sociodemografisk fordeling blandt beboere i almene og ikke-almene boliger i Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Andel (%) og antal fordelt efter køn, alder, etnisk baggrund, uddannelse og erhvervsmæssig stilling

	Den Nationale Sundhedsprofil 2021 blandt beboere i almene boliger		Den Nationale Sundhedsprofil 2021 blandt beboere i ikke-almene boliger	
	%	Antal svarpersoner	%	Antal svarpersoner
<b>I alt</b>	100,0	25.985	100,0	157.638
<b>Køn</b>				
Mænd	45,9	10.769	50,1	72.493
Kvinder	54,1	15.216	49,9	85.145
<b>Alder</b>				
16-29 år	24,2	4.584	21,4	22.871
30-49 år	27,1	5.831	30,0	39.296
50-64 år	22,0	6.316	24,6	44.847
65-79 år	18,4	6.687	18,6	41.089
≥80 år	8,2	2.567	5,4	9.535
Median [IQR]	56,0	[36; 71]	55,0	[40; 68]
<b>Etnisk baggrund</b>				
Dansk/vestlig	78,0	21.774	94,3	152.008
Ikke-vestlig	22,0	4.011	5,7	5.630
<b>Uddannelse*</b>				
Grundskole	39,2	7.276	19,5	23.590
Gymnasial/erhvervsfaglig	39,8	9.091	41,0	56.448
Videregående	21,1	4.557	39,5	53.270
<b>Erhvervsmæssig stilling**</b>				
Beskæftigede	45,6	8.431	67,4	75.618
Selvstændig	1,6	253	3,9	4.482
Førtidspension	12,3	2.143	3,2	3.593
Kontanthjælp	11,2	1.684	3,6	3.604
Sygedagpenge	1,6	239	1,0	979
Andre uden for arbejdsmarkedet	4,2	612	3,2	2.822
Efterlønsmodtagere	0,4	99	0,5	738
Under uddannelse	18,5	2.601	15,1	13.134

\*Blandt personer på 30 år eller derover. \*\*Blandt personer i aldersgruppen 16-64 år

## 2.3 Metode

Del 1 belyser sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger på baggrund af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2021. Sundhedstilstanden opgøres for indikatorer, der beskriver aspekter af henholdsvis helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed, sociale relationer, sundhedsadfærd samt sygelighed. Endvidere belyses udviklingen i andelen for de inkluderede indikatorer mellem 2010 og 2021.

Del 2 opgør kontakter til alment praktiserende læge, somatiske og psykiatriske hospitalskontakter og dødsfald blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger på baggrund af oplysninger fra nationale sundhedsregistre. Hospitalskontakter opdeles i indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter. Definitionen af disse begreber følger før 1. januar 2019 Sundhedsdatastyrelsens standarder for indberetning af hospitalsdata, mens de efter 1. januar 2019 (LPR3) er baseret på Sundhedsdatastyrelsens indberetningsvejledning til Landspatientregisteret (6). Det skal bemærkes, at 'akut ambulante kontakter' før 1. januar 2014 blev kaldt 'skadestuebesøg'. I denne rapport's opgørelser vil de to begreber være sidestillet.

Opgørelserne for somatiske hospitalskontakter omfatter både kontakter af alle årsager samt kontakter for henholdsvis hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og kræft, baseret på aktionsdiagnoser. Disse tre sygdomsgrupper er valgt, da det er de største sygdomsgrupper. Akut ambulante kontakter opgøres dog ikke for kræft på grund af for få observationer.

## Statistisk metode

### *Del 1*

I første del af denne rapport præsenteres andelen i procent for en given indikator blandt beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger i 2021. Andelen præsenteres samlet samt opdelt på køn (mænd, kvinder), aldersgrupper (16-29 år, 30-49 år, 50-64 år, 65-79 år, ≥80 år) og etnisk baggrund (dansk/vestlig, ikke-vestlig). Logistisk regression anvendes til at udregne odds ratioer (OR) og tilhørende 95 % konfidensintervaller. OR er her et mål for sammenhængen mellem eksponeringen (at bo i almen bolig eller ej) og den betragtede indikator. Mere præcist angiver en OR odds for den pågældende indikator blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Det vil med andre ord sige, at OR er en ratio, som afspejler, om andelen af den pågældende indikator er større eller mindre blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Se yderligere beskrivelse om fortolkningen af OR i læsevejledningen i kapitel 3. Der udregnes og præsenteres både en ujusteret og justeret OR. Den justerede OR er justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund.

Udviklingen i den pågældende indikator for beboere i henholdsvis almene og ikke-almene boliger præsenteres både som andelen i procent og OR. Her er OR udregnet ved brug af logistisk regression og udtrykker odds for den pågældende indikator i henholdsvis 2013, 2017 og 2021 i forhold til 2010 (referenceår) inden for hver boligform, justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund. For enkelte indikatorer er det ikke muligt at opgøre udviklingen på grund af manglende datatilgængelighed. For andre indikatorer findes der ikke information om indikatoren for ét ud af de fire undersøgelsesår og opgøres derfor for eksempel i stedet for

perioden 2013 til 2021.

## *Del 2*

I andel del af rapporten præsenteres gennemsnitlige, årlige antal kontakter til praktiserende læge, hospitalskontakter samt antal dødsfald. Alle udfald (kontakt til praktiserende læge, hospitalskontakter og dødsfald) opgøres per 1.000 personår, der benævnes som 'rater' og præsenteres som sådanne. Rater benyttes, når man vil kunne sammenligne udfald, hvor opfølgingsperioden og populationsstørrelsen varierer mellem de grupper, der sammenlignes. I denne rapport følges beboere i henholdsvis almene og ikke-almene boliger, som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil, fra 1. januar i henholdsvis 2010, 2013 og 2017 i registre til og med 31. december 2021, altså med forskellig opfølgingsperiode. Boligform (almen eller ikke-almen) tildeles ved inklusion og opdateres ikke løbende. For hver person i den relevante gruppe tælles antallet af kontakter i det benyttede register i opfølgingsperioden samt den tid i år, vedkommende har været i live i løbet af opfølgingsperioden (antal personår). En person fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, der var i live ved udgangen af 2021, har således tolv personår, mens en person fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013, der dør medio 2015, har to et halvt personår. For alle personer i gruppen summeres antal kontakter og antal personår, hvorefter raten udregnes som 1.000 gange det summerede antal kontakter divideret med det summerede antal personår. Det skal bemærkes, at raten tager højde for, at der ved en længere opfølgingsperiode optræder flere kontakter, samt at mange rater er relativt små. Derfor er det i denne rapport valgt at opgøre raterne per 1.000 personår. Beboere, der flytter ud af landet eller afgår ved døden i opfølgingsperioden, følges frem til datoen for enten flytning eller dødsfald. Gruppen, der følges fra 2013 eller 2017 til 2021, er eksklusive de svarpersoner, som også deltog i tidligere undersøgelser.

I denne del af rapporten benyttes en generaliseret lineær model med en negativ binomialfordeling, da der for disse indikatorer er tale om hyppige udfald. Resultatet af disse analyser er en rate ratio, som også benævnes relativ risiko (RR). Der er beregnet 95 % sikkerhedsgrænser for RR.

Ved analysen af dødelighed er der brugt en Cox-model med varighed siden første deltagelse som underliggende tid. Resultatet af denne analyse er en relativ hazard, som i denne rapport benævnes RR.

I rapporten præsenteres både ujusterede og justerede RR, både samlet set og opdelt på køn og aldersgrupper. Alle analyser (herunder også de ujusterede) tager højde for alder (kontinueret). I de justerede RR justeres der yderligere for længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning. Da erhvervsmæssig stilling er meget aldersafhængig, anvendes arbejdsmarkedstilknytning (ja/nej) i stedet for. Dertil kan beboere, som er på pension, udgøre en heterogen gruppe, da tidligere erhvervsmæssig stilling kan være meget forskellig. Variablen SOCIO13 i AKM-registret fra Danmark Statistik er anvendt til at klassificere arbejdsmarkedstilknytning (ja/nej). Information om tidligere erhvervsmæssig stilling eller arbejdsmarkedstilknytning har ikke været muligt at inkludere i nærværende rapport. For at håndtere dette i justeringen af arbejdsmarkedstilknytning udregnes RR i to aldersstrata (16-64 år og 65 år eller derover). Således justeres der for arbejdsmarkedstilknytning i aldersgruppen 16-64 år, men ikke i aldersgruppen 65 år eller derover.

### *Vægtning*

For at sikre nationalt, regionalt og kommunalt repræsentative resultater i Den Nationale Sundhedsprofil er der i rapportens opgørelser foretaget en vægtning af data. Dette er gjort, fordi det er af stor betydning for resultaterne, at svarpersonerne ligner den øvrige voksne befolkning med hensyn til køn, alder, uddannelse, bopælskommune og andre sociodemografiske karakteristika. Det er blevet vist, at den stikprøve, der har besvaret spørgeskemaerne, på flere punkter afviger fra befolkningssammensætningen i den danske befolkning generelt (7). I denne undersøgelse er sådanne eventuelle afvigelser, og dermed deres indflydelse på resultaternes repræsentativitet, forsøgt løst ved en opregning eller en såkaldt vægtning for bortfald. Dette betyder, at besvarelsen fra en given person er givet en særlig vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at modtage en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bopælskommune og andre sociodemografiske og helbredsmæssige karakteristika. På denne måde vil besvarelser fra personer med en profil, der har en lav deltagelse, vægte mere end besvarelser fra personer med en profil med en høj deltagelse. Der kan dog fortsat forekomme forskelle, som der ikke er korrigeret for (8).

## Referencer

1. Vurderingsstyrelsen. Bygnings- og Boligregisteret (BBR). <https://bbr.dk/forside> [Tilgået maj 2023]
2. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm M, et al. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 - Hvordan har du det? København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2011.
3. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, et al. Danskernes sundhed: Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2014.
4. Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Danskernes sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2017. København; Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2018.
5. Jensen HAR, Davidsen M, Møller SR, et al. Danskernes sundhed - Den nationale Sundhedsprofil 2021. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
6. Sundhedsdatastyrelsen. Indberetningsvejledning til Landspatientregisteret. 2022.
7. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Juel. Befolkningsundersøgelser om sundhed og sygelighed baseret på henholdsvis personligt og selvadministreret spørgeskema. En sammenligning af forekomsten af udvalgte indikatorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.
8. Jensen HAR, Lau CJ, Davidsen M, et al. The impact of non-response weighting in health surveys for estimates on primary health care utilization. Eur J Public Health. 2022;32:450-5.



# 3 Læsevejledning

Resultatkapitlerne er opdelt i to dele, hvor del 1 er baseret på selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil, og del 2 er baseret på oplysninger fra nationale sundhedsregistre.

Første del af resultaterne belyser sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Endvidere belyses udviklingen i de inkluderede indikatorer mellem 2010 og 2021. Del 1 består af fire kapitler og præsenterer opgørelser over indikatorer for henholdsvis helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed (kapitel 4), sociale relationer (kapitel 5), sundhedsadfærd (kapitel 6) og sygelighed (kapitel 7).

Anden del af resultaterne præsenterer opgørelser for kontakter til alment praktiserende læge, somatiske og psykiatriske hospitalskontakter samt dødelighed blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Somatiske hospitalskontakter opgøres både samlet set samt for diagnosespecifikke kontakter for henholdsvis hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og kræft. Del 2 består af tre kapitler og præsenterer opgørelser for henholdsvis kontakter til praktiserende læge (kapitel 8), hospitalskontakter (kapitel 9) og dødsfald (kapitel 10).

## Tabelforklaringer del 1

For hver indikator i kapitel 4-8 indledes der med en kort introduktion til indikatoren efterfulgt af to tabeller. Nedenfor beskrives indholdet i samt kommenteringen og fortolkningerne af resultaterne for de to tabeller. Der vises tabeleksempler for indikatoren 'Selvvurderet helbred'.

## Tabeleksempel 1

I den første tabel (tabeleksempel 1) beskrives andelen (%) af beboere, der har den pågældende indikator, i henholdsvis almene og ikke-almene boliger i 2021, antal svarpersoner i hver boligform samt en ujusteret og en justeret odds ratio (OR). Andelen (%), antal og OR præsenteres samlet og opdelt på køn, aldersgrupper og etnisk baggrund.

### Fortolkning af odds ratio (OR) i tabeleksempel 1

De angivne OR er et mål for sammenhængen mellem eksponeringen (at bo i almen bolig eller ej) og den betragtede indikator (i tabeleksemplet 'Selvvurderet helbred'). Mere præcist angiver en OR odds for den pågældende indikator blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Det vil med andre ord sige, at OR er en ratio, som afspejler, om andelen af den pågældende indikator er større eller mindre blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

En OR større end 1 skal i denne tabel derfor fortolkes, som at andelen med den pågældende indikator er større blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger. Er OR mindre end 1, er andelen mindre blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger. En OR på 1 betyder, at andelen er den samme blandt beboere i almene og ikke-almene boliger.

Det tilhørende 95 % konfidensinterval skal her fortolkes, som at der er en statistisk signifikant forskel i odds for den pågældende indikator mellem almene og ikke-almene boliger, hvis konfidensintervaller ikke indeholder tallet 1. Omvendt er der ikke statistisk signifikant forskel i indikatoren mellem de to boligformer, hvis konfidensintervallet indeholder tallet 1. Sidstnævnte vil blive rapporteret, som at andelen er omtrent den samme eller som ingen forskel i andelen i de to boligformer.

For hver opdeling af den betragtede gruppering (eksempelvis aldersgrupper og etniske grupper) udregnes en OR. Det betyder, at der eksempelvis for etnisk baggrund angives en OR for dansk/vestlig og en OR for ikke-vestlig baggrund. De angivne OR afspejler sammenhængen mellem at bo i almene boliger og ikke-almene boliger for den betragtede indikator (eksempelvis daglig rygning) blandt henholdsvis beboere med dansk/vestlig baggrund og blandt beboere med ikke-vestlig baggrund. Sammenligningen siger derimod ikke noget om forskelle mellem etniske grupper.

Den ujusterede OR er et udtryk for sammenhængen, hvor der ikke er taget højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår eksempelvis sociodemografiske karakteristika. Den justerede OR viser den samme sammenhæng, hvor der er taget højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund. Der kan være yderligere forskelle mellem beboere i almene og ikke-almene boliger med betydning for den betragtede indikator, såsom arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsmarkedshistorik, sociale og sundhedsmæssige faktorer i barndommen med mere, som kan forklare den observerede sammenhæng, da der kun tages højde for forskelle i de nævnte faktorer.

Der kommenteres ikke på alle tal i tabellen, men der kommenteres altid på andelen (%) af beboere i almene boliger, der har den pågældende indikator, sammenlignet med andelen (%) blandt beboere i ikke-almene boliger, både samlet set samt opdelt på køn, aldersgrupper og etnisk baggrund. Denne sammenligning tager ikke højde for sociodemografiske forskelle. Der kommenteres efterfølgende på, om denne sammenligning bekræftes, når der tages højde for

forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR).

Yderligere kommenteres der på udvalgte køns- og alderstendenser for andelen (%) af den pågældende indikator inden for hver boligform. For eksempel om andelen stiger eller falder med stigende alder blandt beboere i almene boliger, og om en tilsvarende tendens ses blandt beboere i ikke-almene boliger. Disse tendenser er ikke testet for statistisk signifikans og skal derfor anses som rent deskriptive.

**Tabelkseksempel 1** Fremragende, vældig godt eller godt selvvrurderet helbred blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	73,9	25.740	85,2	156.758	0,49	(0,48; 0,51)	0,57	(0,55; 0,59)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	88,4	1.999	92,1	9.744	0,65	(0,54; 0,77)	0,68	(0,57; 0,82)
30-49 år	77,8	2.462	89,6	17.165	0,40	(0,35; 0,45)	0,48	(0,42; 0,55)
50-64 år	68,4	2.636	84,7	20.777	0,39	(0,35; 0,43)	0,44	(0,39; 0,49)
65-79 år	70,5	2.700	82,0	19.940	0,52	(0,47; 0,58)	0,57	(0,51; 0,63)
≥80 år	65,2	884	72,2	4.489	0,71	(0,60; 0,85)	0,77	(0,65; 0,92)
Mænd i alt	76,7	10.681	86,8	72.115	0,50	(0,47; 0,53)	0,54	(0,51; 0,57)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	84,2	2.565	89,6	13.053	0,62	(0,54; 0,71)	0,69	(0,60; 0,79)
30-49 år	74,3	3.341	86,6	22.046	0,45	(0,40; 0,49)	0,55	(0,50; 0,61)
50-64 år	64,1	3.647	81,1	23.911	0,42	(0,38; 0,45)	0,49	(0,45; 0,53)
65-79 år	69,5	3.901	80,6	20.782	0,55	(0,51; 0,60)	0,61	(0,56; 0,66)
≥80 år	57,5	1.605	66,7	4.851	0,69	(0,61; 0,79)	0,75	(0,66; 0,86)
Kvinder i alt	71,5	15.059	83,6	84.643	0,50	(0,47; 0,52)	0,59	(0,56; 0,62)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	73,7	21.775	85,2	15.1150	0,49	(0,47; 0,50)	0,56	(0,54; 0,58)
Ikke-vestlig	74,9	3.965	84,2	5.608	0,56	(0,50; 0,63)	0,64	(0,57; 0,72)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for fremragende, vældig godt eller godt selvvrurderet helbred blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

% angiver andelen af mænd i aldersgruppen 50-64 år, som bor i almene boliger, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt og godt. I eksemplet her er det 68,4 % blandt mænd i alderen 50-64 år, som bor i almene boliger, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt.

OR angiver odds for fremragende, vældig godt og godt selvvrurderet helbred blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger, dvs. om beboere i almene boliger har en større eller mindre andel af beboere med fremragende, vældig godt eller godt selvvrurderet helbred i forhold til beboere i ikke-almene boliger. I eksemplet her angiver justeret OR, at kvinder i almene boliger har en mindre andel af beboere med fremragende, vældig godt eller godt selvvrurderet helbred end kvinder i ikke-almene boliger, når der er taget højde for forskelle mellem de to boligformer, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund.

## Tabeleksempel 2

I tabeleksempel 2 præsenteres udviklingen i andelen af den pågældende indikator fra 2010 til 2021 blandt henholdsvis beboere i almene og ikke-almene boliger. Først vises andelen (%) af beboere, der har den pågældende indikator i årene 2010, 2013, 2017 og 2021. Denne andel tager ikke højde for sociodemografiske forskelle mellem årene. Derefter vises justeret OR for årene 2013, 2017 og 2021 i forhold til 2010 (referencegruppe) inden for hver boligform, hvor der tages højde for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund.

### Fortolkning af OR i tabeleksempel 2

De justerede OR i tabeleksempel 2 angiver odds for den pågældende indikator i år 2013, 2017 eller 2021 i forhold til år 2010 (referenceår) blandt beboere i henholdsvis almene boliger og ikke-almene boliger, når der tages højde for forskelle mellem årene, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund. Det vil sige, om andelen er større eller mindre i år 2013, 2017 eller 2021 i forhold til andelen i 2010 inden for hver boligform.

En OR større end 1 skal i denne tabel fortolkes, som at andelen for den pågældende indikator blandt beboere i en given boligform og i et givent år er større end andelen blandt beboere i samme boligform og i år 2010. En OR mindre end 1 skal fortolkes, som at andelen er mindre blandt beboere i en given boligform og et givent år end andelen blandt beboere i samme boligform og i år 2010. Hvis OR er 1, er der ingen forskel i andelen af den pågældende indikator mellem det givne år og 2010 inden for samme boligform.

Både andelen (%) og OR kommenteres for hver indikator med fokus på udviklingen fra 2010 til 2021. For enkelte indikatorer er det ikke muligt at følge udviklingen i hele den nævnte periode, da de ikke indgår i Den Nationale Sundhedsprofil i alle undersøgelsesår. For andre indikatorer findes der ikke oplysninger om indikatoren for ét ud af de fire undersøgelsesår og opgøres for eksempel i stedet for fra 2013 til 2021.

**Tablekseksempel 2** Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	72,5	73,3	72,6	73,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,99 (0,94; 1,05)	0,95 (0,90; 0,99)	1,06 (1,01; 1,11)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	87,5	87,3	85,3	85,2
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,96 (0,93; 0,98)	0,82 (0,80; 0,84)	0,81 (0,79; 0,83)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

% angiver andelen, der har den pågældende indikator i et givent år, blandt beboere i en given boligform. I eksemplet er andelen af beboere med fremragende, vældig godt og godt selv vurderet helbred blandt beboere i almene boliger 72,5 % i 2010.

Justeret OR angiver odds for den pågældende indikator i et givent år i forhold til 2010 blandt beboere i samme boligform. I eksemplet er OR 1,06 i 2021 blandt beboere i almene boliger, altså at andelen af beboere med fremragende, vældig godt og godt selv vurderet helbred er 6 % større i 2021 blandt personer i almene boliger end andelen i 2010 blandt personer i almene boliger.

## Tabelforklaringer del 2

I anden del af rapporten præsenteres to tabeller for hver indikator. Forskellen mellem de to tabeller er, at der i anden tabel yderligere justeres for sundhedsadfærd, og i disse opgørelser indgår således kun personer, for hvem der forefindes oplysninger om sundhedsadfærd. Nedenfor beskrives indholdet samt kommenteringen og fortolkningerne af resultaterne i tabellerne i del 2. Der vises et tabeleksempel for 'Kontakt til alment praktiserende læge' (uden justering for sundhedsadfærd).

### Tabeleksempel 3

I tabeleksempel 3 præsenteres den gennemsnitlige, årlige rate per 1.000 personår for det pågældende udfald (f.eks. kontakt til alment praktiserende læge) blandt beboere i henholdsvis almene og ikke-almene boliger, antal personår i hver boligform samt en ujusteret og en justeret odds ratio (RR). Raten per 1.000 personår, antal personår og RR præsenteres opdelt på køn og aldersgrupperne 16-64 år og 65 år eller derover.

#### Fortolkning af rater per 1.000 personår i tabeleksempel 3

Rater benyttes, når man vil kunne sammenligne udfald, hvor opfølgingsperioden og populationsstørrelsen varierer mellem de grupper, der sammenlignes. I denne rapport følges beboere i henholdsvis almene og ikke-almene boliger, som har deltaget i Den Nationale Sundhedsprofil, fra 1. januar i henholdsvis 2010, 2013 og 2017, i registre til og med 31. december 2021, altså med forskellig opfølgingsperiode. For hver person i den relevante gruppe tælles antallet af kontakter i det anvendte register i opfølgingsperioden samt den tid i år, vedkommende har været i live i løbet af opfølgingsperioden (antal personår). En person fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, der var i live ved udgangen af 2021, har således tolv personår, mens en person fra Den Nationale Sundhedsprofil 2013, der dør medio 2015, har to et halvt personår. For alle personer i gruppen summeres antal kontakter og antal personår, hvorefter raten udregnes som 1.000 gange det summerede antal kontakter divideret med det summerede antal personår.

### Fortolkning af RR i tabelexempel 3

De angivne RR (rate ratio, også omtalt relativ risiko) er et mål for sammenhængen mellem eksponeringen (at bo i almen bolig eller ej) og det betragtede udfald (i tabelexemplet 'Kontakt til alment praktiserende læge'). Mere præcist angiver RR risikoen for det pågældende udfald blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Det vil med andre ord sige, at RR er en ratio, som afspejler, om raten af det pågældende udfald er større eller mindre blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

En RR større end 1 skal resultatet i denne tabel derfor fortolkes, som at raten for det pågældende udfald er større blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger. Er RR mindre end 1, er raten mindre blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger. En RR på 1 betyder, at raten er den samme blandt beboere i almene og ikke-almene boliger.

Det tilhørende 95 % konfidensinterval skal her fortolkes, som at der er en statistisk signifikant forskel i raten for det pågældende udfald mellem almene og ikke-almene boliger, hvis konfidensintervaller ikke indeholder tallet 1. Omvendt er der ikke statistisk signifikant forskel i indikatoren mellem de to boligformer, hvis konfidensintervallet indeholder tallet 1. Sidstnævnte vil blive rapporteret, som at raten er omtrent den samme eller som ingen forskel i raten i de to boligformer.

Der estimeres en RR for hver betragtet gruppering, eksempelvis aldersgrupper. For aldersgrupperne er der en RR for 16-64 år og en RR for 65 år eller derover. De angivne RR afspejler sammenhængen mellem at bo i almen bolig eller ej og det betragtede udfald blandt henholdsvis beboere i aldersgruppen 16-64 år og blandt beboere i aldersgruppen 65 år eller derover. Det vil sige, at den angivne RR afspejler raten blandt beboere i almene boliger i aldersgruppen 16-64 år i forhold til beboere i ikke-almene boliger i aldersgruppen 16-64 år. RR afspejler derfor ikke, at raten blandt beboere i aldersgruppen 16-64 år er større eller mindre i forhold til beboere i aldersgruppen 65 år eller derover.

Den ujusterede RR er et udtryk for sammenhængen, hvor der ikke er taget højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår eksempelvis sociodemografiske karakteristika. Dog justeres der for alder i ujusteret RR i del 2. Den justerede RR viser den samme sammenhæng, hvor der er taget højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (samt for sundhedsadfærd i den anden tabel). For aldersgruppen 16-64 år er der yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning. Der kan være yderligere forskelle mellem beboere i almene og ikke-almene boliger med betydning for det betragtede udfald, såsom sociale og sundhedsmæssige faktorer i barndommen med mere, som kan forklare den observerede sammenhæng, da der kun tages højde for forskelle af de nævnte faktorer. For aldersgruppen 65 år eller derover kan tidligere arbejdsmarkedstilknytning dermed også forklare noget af den observerede forskel i de justerede RR.



Der kommenteres ikke på alle tal i tabellen, men der kommenteres altid på raten per 1.000 personår for det pågældende udfald blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger, opdelt på køn og aldersgrupper. Denne sammenligning tager ikke højde for sociodemografiske forskelle. Der kommenteres efterfølgende på, om denne sammenligning bekræftes, når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret RR for aldersgruppen 65 år og derover) samt arbejdsmarkedstilknytning (justeret RR for aldersgruppen 16-64 år) og sundhedsadfærd. Yderligere kommenteres der på køns- og alderstendenser i raten per 1.000 personår for det pågældende udfald inden for hver boligform, eksempelvis om raten er højere eller lavere blandt mænd eller kvinder. Disse tendenser er ikke testet for statistisk signifikans, men skal anses som rent deskriptive.

**Tabeleksempel 3** Kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere (≥16 år) i almene og boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal personår og RR<sup>2</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	8.804	1.838.618	6.799	9.640.564	1,34	(1,32; 1,35)	1,19	(1,17; 1,21)
≥65 år	22.277	969.708	19.330	5.425.206	1,10	(1,09; 1,12)	1,09	(1,07; 1,11)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14.617	3.521.276	11.451	15.596.855	1,27	(1,25; 1,28)	1,18	(1,16; 1,19)
≥65 år	24.356	2.022.479	20.504	6.715.321	1,14	(1,13; 1,16)	1,13	(1,11; 1,14)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

Raten angiver antal kontakter til alment praktiserende læge per 1.000 personår blandt mænd i aldersgruppen 16-64 år, som bor i almene boliger. I eksemplet her er der 8.804 kontakter til alment praktiserende læge blandt mænd i aldersgruppen 16-64 år. Det betyder, at for hver 1.000 personer vil der i løbet af ét år være 8.804 kontakter til alment praktiserende læge.

Justeret RR angiver risikoen for kontakt til alment praktiserende læge helbred blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger - dvs. om beboere i almene boliger har en større eller mindre rate per 1.000 person. I eksemplet her angiver RR, at kvinder i aldersgruppen 16-64 år, som bor i almene boliger, har en højere rate per 1.000 person år for kontakt til alment praktiserende læge end kvinder i aldersgruppen 16-64 år, som bor i ikke-almene boliger, når der er taget højde for forskelle i de to boligformer, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning.

# Resultater – del 1

# 4 Helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed

## 4.1 Selvvurderet helbred

Selvvurderet helbred kan ses som en samlet vurdering af eget helbred, der omfatter flere helbredsforhold, end hvad det ville være muligt at måle og vurdere i et spørgeskema på baggrund af en opremsende liste med eksempelvis symptomer, sygdomme og risikofaktorer (1). Således kan selvvurderet helbred ses som en helhedsvurdering, der kan omfatte både objektive og subjektive aspekter af helbredet inden for det fysiske såvel som det mentale helbred. Studier har vist en stærk sammenhæng mellem dårligt selvvurderet helbred og både sygelighed (2, 3) og dødelighed (4, 5). Der ses ligeledes et øget forbrug af sundhedsydelse (6), herunder medicin (7), blandt personer med et dårligt selvvurderet helbred. Flere forhold menes at påvirke en persons selvvurderede helbred, såsom helbredsudvikling gennem livet, eget helbred i forhold til jævnaldrendes helbred, oplevelsen af egne ressourcer til at håndtere samt få støtte og hjælp ved udfordrende livsomstændigheder, eksempelvis sygdom (8).

Selvvurderet helbred er i denne rapport belyst ved det internationalt anerkendte og hyppigt anvendte spørgsmål: 'Hvordan synes du, dit helbred er alt i alt?' med svarmulighederne: 'Fremragende', 'Vældig godt', 'Godt', 'Mindre godt' og 'Dårligt'. I dette kapitel belyses godt selvvurderet helbred på baggrund af svarmulighederne 'Fremragende', 'Vældig godt' og 'Godt'.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der vurderer eget helbred som fremragende, vældig godt eller godt, er mindre blandt beboere i almene boliger (73,9 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (85,2 %) (tabel 4.1.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i almene boliger falder andelen indtil aldersgruppen 50-64 år, hvorefter der ses et usystematisk mønster med stigende alder. Blandt beboere i ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder (tabel 4.1.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en svag tendens til en stigning i andelen med fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt beboere i almene boliger (fra 72,5 % til 73,9 %), mens der ses en let faldende tendens blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 87,5 % til 85,2 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.1.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i almene boliger og en mindre blandt beboere i ikke-almene boliger.

**Tabel 4.1.1** Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	73,9	25.740	85,2	156.758	0,49	(0,48; 0,51)	0,57	(0,55; 0,59)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	88,4	1.999	92,1	9.744	0,65	(0,54; 0,77)	0,68	(0,57; 0,82)
30-49 år	77,8	2.462	89,6	17.165	0,40	(0,35; 0,45)	0,48	(0,42; 0,55)
50-64 år	68,4	2.636	84,7	20.777	0,39	(0,35; 0,43)	0,44	(0,39; 0,49)
65-79 år	70,5	2.700	82,0	19.940	0,52	(0,47; 0,58)	0,57	(0,51; 0,63)
≥80 år	65,2	884	72,2	4.489	0,71	(0,60; 0,85)	0,77	(0,65; 0,92)
Mænd i alt	76,7	10.681	86,8	72.115	0,50	(0,47; 0,53)	0,54	(0,51; 0,57)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	84,2	2.565	89,6	13.053	0,62	(0,54; 0,71)	0,69	(0,60; 0,79)
30-49 år	74,3	3.341	86,6	22.046	0,45	(0,40; 0,49)	0,55	(0,50; 0,61)
50-64 år	64,1	3.647	81,1	23.911	0,42	(0,38; 0,45)	0,49	(0,45; 0,53)
65-79 år	69,5	3.901	80,6	20.782	0,55	(0,51; 0,60)	0,61	(0,56; 0,66)
≥80 år	57,5	1.605	66,7	4.851	0,69	(0,61; 0,79)	0,75	(0,66; 0,86)
Kvinder i alt	71,5	15.059	83,6	84.643	0,50	(0,47; 0,52)	0,59	(0,56; 0,62)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	73,7	21.775	85,2	15.1150	0,49	(0,47; 0,50)	0,56	(0,54; 0,58)
Ikke-vestlig	74,9	3.965	84,2	5.608	0,56	(0,50; 0,63)	0,64	(0,57; 0,72)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.1.2** Fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	72,5	73,3	72,6	73,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,99 (0,94; 1,05)	0,95 (0,90; 0,99)	1,06 (1,01; 1,11)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	87,5	87,3	85,3	85,2
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,96 (0,93; 0,98)	0,82 (0,80; 0,84)	0,81 (0,79; 0,83)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for fremragende, vældig godt eller godt selvvurderet helbred i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 4.2 Høj score på stressskalaen

Stress beskrives typisk som en kortere- eller længerevarende tilstand karakteriseret ved ulyst og anspændthed (9). Det er imidlertid vigtigt at skelne mellem kort- og langvarig stress (10). Således opstår kortvarig stress i akutte situationer og får os til at handle, hvorefter kroppen igen kan slappe af og vende tilbage til udgangspunktet. Langvarig stress opstår derimod, når en stresspåvirkning ikke aftager eller forsvinder, hvilket fratager kroppen muligheden for restitution. Selvom stress i sig selv ikke er en sygdom, er langvarig stress en risikofaktor for flere sygdomme, herunder forhøjet blodtryk (11), hjertekarsygdom (12, 13) og depression (14). Oplevelsen af stress er individuel og afhænger af forskellige faktorer, såsom egne og miljøbestemte ressourcer, samt individets fysiologiske, psykologiske og adfærdsmæssige reaktion på stressbelastningen, såkaldt 'coping' (15).

Stress er i denne rapport belyst ved den validerede stressskala Cohens Perceived Stress Scale (PSS), som omfatter i alt 10 spørgsmål om oplevelser inden for de seneste fire uger (16, 17). Der kan opnås en score mellem 0 og 40, og jo højere score, jo højere grad af oplevet stress. En høj score på stressskalaen er i denne rapport afgrænset til de 20 %, der opnåede den højeste score på skalaen i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010. Det svarer til en score på 18 eller derover (18). Der er således ikke tale om en klinisk begrundet grænseværdi, men derimod en relativ grænseværdi, som med fordel kan benyttes til at sammenligne mønstre inden for udvalgte populationer eller sociodemografiske opdelinger, såsom køn, alder og etnisk baggrund, samt til at belyse udviklingen over tid. Derimod er det mindre relevant at fokusere på absolutte hyppigheder.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med en høj score på stressskalaen er større blandt beboere i almene boliger (39,9 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (27,0 %) (tabel 4.2.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med en høj score på stressskalaen blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79 år, hvorefter der ses en stigning for den ældste aldersgruppe ( $\geq 80$  år). Blandt mænd i almene boliger er andelen dog størst i aldersgrupperne 30-49 år (tabel 4.2.1).

### Udvikling

I perioden 2013-2021 ses en tydelig tendens til en stigning i andelen med en høj score på stressskalaen både blandt beboere i almene boliger (fra 33,1 % til 39,9 %) og blandt beboere i

ikke-almene boliger (fra 19,3 % til 27,0 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.2.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 4.2.1** Høj score på stressskalaen blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	39,9	23.467	27,0	147.491	1,80	(1,74; 1,86)	1,51	(1,46; 1,57)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	37,0	1.772	29,8	8.715	1,41	(1,25; 1,59)	1,25	(1,11; 1,41)
30-49 år	41,2	2.189	23,7	15.981	2,25	(2,03; 2,50)	1,76	(1,57; 1,96)
50-64 år	36,3	2.441	18,4	19.879	2,55	(2,30; 2,83)	2,12	(1,91; 2,36)
65-79 år	29,0	2.508	16,6	19.129	2,02	(1,81; 2,26)	1,79	(1,60; 2,00)
≥80 år	33,2	798	24,5	4.060	1,49	(1,23; 1,80)	1,38	(1,14; 1,67)
Mænd i alt	36,5	9.708	22,3	67.764	2,01	(1,90; 2,12)	1,64	(1,55; 1,74)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	53,5	2.346	47,7	12.080	1,26	(1,14; 1,39)	1,12	(1,02; 1,24)
30-49 år	45,9	3.063	32,1	20.879	1,81	(1,66; 1,98)	1,48	(1,36; 1,62)
50-64 år	42,0	3.415	24,8	22.987	2,19	(2,01; 2,39)	1,88	(1,72; 2,05)
65-79 år	30,9	3.605	22,2	19.632	1,56	(1,43; 1,71)	1,43	(1,30; 1,56)
≥80 år	36,9	1.330	30,7	4.149	1,29	(1,12; 1,50)	1,20	(1,04; 1,39)
Kvinder i alt	42,8	13.759	31,6	79.727	1,62	(1,55; 1,69)	1,43	(1,37; 1,50)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	37,5	20.108	26,2	142.595	1,69	(1,63; 1,76)	1,55	(1,49; 1,61)
Ikke-vestlig	49,3	3.359	40,1	4.896	1,45	(1,31; 1,60)	1,33	(1,20; 1,49)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for høj score på stressskalaen blandt beboere i almene boliger i forhold til end beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.2.2** Høj score på stressskalaen. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>			
%	33,1	37,8	39,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,25 (1,18; 1,31)	1,34 (1,27; 1,41)
<b>Ikke-almene boliger</b>			
%	19,3	22,6	27,0
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,22 (1,19; 1,25)	1,55 (1,51; 1,58)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for høj score på stressskalaen i 2017 og 2021 i forhold 2013 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). Spørgsmål til belysning af en høj score på stressskalaen indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvorfor 2013 udgør referenceåret. \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

### 4.3 Lav score på den fysiske helbredsskala

Befolkningens selvvaluerede fysiske og mentale helbredstilstand kan belyses på baggrund af flere forskellige enkeltspørgsmål eller spørgsmålsbatterier. I modsætning til enkeltspørgsmål (se f.eks. afsnit '4.1 Selvvalueret helbred') indeholder spørgsmålsbatterier en række spørgsmål, som belyser flere forskellige aspekter af det emne, der ønskes belyst. I dette og det følgende afsnit beskrives henholdsvis det selvvaluerede fysiske og mentale helbred på baggrund af det hyppigt anvendte og internationalt anerkendte spørgsmålsbatteri Short Form-12, som ofte omtales 'SF-12'. SF-12 anses som et generisk mål for helbredsstatus og består af 12 spørgsmål, som har til formål at belyse svarpersonens helbredstilstand inden for de seneste fire uger. Helbredstilstanden vurderes ud fra begrænsninger i henholdsvis fysisk og social funktionsevne samt mentalt velbefindende (19-21).

På baggrund af svarpersonernes besvarelser af alle 12 spørgsmål er det muligt at beregne en samlet score på henholdsvis en fysisk og en mental helbredsskala. For begge skalaer gælder det, at jo højere score, desto bedre helbredsstatus. Alle 12 spørgsmål indgår i beregningen for begge skalaer, dog med en forskellig vægtning af de enkelte spørgsmål (22). En lav score på henholdsvis den fysiske og den mentale helbredsskala er i denne rapport afgrænset til de 10 % blandt mænd og kvinder, som opnåede den laveste score på den mentale helbredsskala i Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen i 2010 (23). Dette svarer til en score på 35,76 eller lavere på den mentale helbredsskala. På den fysiske helbredsskala svarer det til en score på 35,37 eller lavere. De benyttede definitioner medfører således, at der ikke er tale om klinisk begrundede grænseværdier, men derimod relative grænseværdier. I dette afsnit opgøres andelen med lav score på den fysiske helbredsskala. Andelen med lav score på den mentale helbredsskala opgøres i det efterfølgende afsnit (4.4).

#### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala er større blandt beboere i almene boliger (18,1 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (9,6 %) (tabel 4.3.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år blandt kvinder, hvor andelen er stort set ens i almene og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med en lav score på den fysiske helbredsskala blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år blandt kvinder. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

#### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger, ligesom andelen stiger med alderen blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger (tabel 4.3.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses ingen tydelig udvikling i andelen med en lav score på den fysiske helbredsskala blandt beboere i almene boliger (18,5 % i 2010 og 18,1 % i 2021), mens der ses en svag tendens til en stigning blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 8,3 % til 9,6 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.3.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), ses en mindre andel blandt beboere i almene boliger og en større andel blandt beboere i ikke-almene boliger i 2021 sammenlignet med 2010.

**Tabel 4.3.1** Lav score på den fysiske helbredsskala blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	18,1	22.564	9,6	145.081	2,07	(1,98; 2,16)	1,74	(1,66; 1,83)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	2,8	1.805	1,7	8.963	1,65	(1,15; 2,37)	1,46	(1,01; 2,09)
30-49 år	10,6	2.197	4,2	16.271	2,73	(2,28; 3,27)	1,96	(1,62; 2,36)
50-64 år	22,7	2.369	9,8	19.813	2,68	(2,37; 3,04)	2,16	(1,90; 2,46)
65-79 år	26,8	2.368	15,3	18.337	2,05	(1,83; 2,31)	1,77	(1,57; 2,00)
≥80 år	39,4	682	30,9	3.647	1,50	(1,23; 1,82)	1,32	(1,08; 1,62)
Mænd i alt	15,1	9.421	8,2	67.031	2,00	(1,86; 2,14)	1,84	(1,70; 1,99)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	3,4	2.373	3,0	12.283	1,11	(0,85; 1,46)	0,96	(0,73; 1,27)
30-49 år	15,5	3.061	7,1	21.012	2,39	(2,10; 2,71)	1,80	(1,58; 2,05)
50-64 år	26,6	3.286	13,3	22.664	2,38	(2,15; 2,63)	1,94	(1,75; 2,15)
65-79 år	28,3	3.270	17,1	18.469	1,90	(1,73; 2,10)	1,69	(1,53; 1,87)
≥80 år	52,3	1.153	39,5	3.622	1,64	(1,41; 1,91)	1,48	(1,27; 1,72)
Kvinder i alt	20,7	13.143	11,1	78.050	2,07	(1,96; 2,19)	1,69	(1,59; 1,79)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	18,4	19.283	9,7	140.203	2,11	(2,02; 2,21)	1,75	(1,67; 1,84)
Ikke-vestlig	16,9	3.281	9,3	4.878	1,95	(1,68; 2,26)	1,66	(1,42; 1,94)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for lav score på den fysiske helbredsskala blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.3.2** Lav score på den fysiske helbredsskala. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	18,5	18,0	19,4	18,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,98 (0,91; 1,05)	1,06 (1,00; 1,14)	0,93 (0,87; 0,99)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	8,3	8,8	9,8	9,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,05 (1,02; 1,09)	1,14 (1,11; 1,18)	1,10 (1,07; 1,13)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for lav score på den fysiske helbredsskala i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund



## 4.4 Lav score på den mentale helbredsskala

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med en lav score på den mentale helbredsskala er større blandt beboere i almene boliger (25,4 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (15,9 %) (tabel 4.4.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med en lav score på den mentale helbredsskala blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Endvidere falder andelen med alderen blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger indtil aldersgruppen 65-79 år, hvorefter der ses en stigning i den ældste aldersgruppe (≥80 år) (tabel 4.4.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tydelig tendens til en stigning i andelen med en lav score på den mentale helbredsskala både blandt beboere i almene boliger (fra 17,2 % til 25,4 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 8,7 % til 15,9 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.4.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 4.4.1** Lav score på den mentale helbredsskala blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	25,4	22.564	15,9	145.081	1,81	(1,74; 1,88)	1,64	(1,57; 1,71)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	27,0	1.805	20,5	8.963	1,45	(1,27; 1,65)	1,41	(1,23; 1,60)
30-49 år	26,1	2.197	14,2	16.271	2,19	(1,94; 2,47)	2,01	(1,78; 2,28)
50-64 år	21,7	2.369	10,2	19.813	2,45	(2,16; 2,78)	2,30	(2,02; 2,61)
65-79 år	17,2	2.368	7,9	18.337	2,42	(2,10; 2,78)	2,32	(2,01; 2,67)
≥80 år	19,1	682	12,5	3.647	1,61	(1,26; 2,07)	1,57	(1,22; 2,01)
Mænd i alt	23,6	9.421	13,3	67.031	2,03	(1,90; 2,17)	1,85	(1,72; 1,98)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	36,2	2.373	30,7	12.283	1,27	(1,15; 1,41)	1,21	(1,09; 1,34)
30-49 år	28,1	3.061	18,6	21.012	1,70	(1,54; 1,88)	1,50	(1,36; 1,66)
50-64 år	25,5	3.286	13,1	22.664	2,30	(2,07; 2,55)	2,08	(1,87; 2,30)
65-79 år	17,9	3.270	11,2	18.469	1,73	(1,54; 1,94)	1,62	(1,45; 1,82)
≥80 år	22,0	1.153	17,1	3.622	1,33	(1,11; 1,61)	1,26	(1,04; 1,52)
Kvinder i alt	26,9	13.143	18,4	78.050	1,63	(1,55; 1,71)	1,51	(1,43; 1,59)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	25,0	19.283	15,6	140.203	1,81	(1,74; 1,89)	1,71	(1,63; 1,78)
Ikke-vestlig	27,0	3.281	20,9	4.878	1,39	(1,23; 1,57)	1,30	(1,15; 1,47)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for lav score på den mentale helbredsskala blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.4.2** Lav score på den mentale helbredsskala. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	17,2	18,1	21,5	25,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,09 (1,02; 1,17)	1,37 (1,29; 1,46)	1,67 (1,57; 1,77)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	8,7	9,5	11,7	15,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,14 (1,10; 1,17)	1,44 (1,40; 1,48)	2,05 (1,99; 2,11)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for lav score på den mentale helbredsskala i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 4.5 Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig

Andelen, der har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, omfatter i det følgende beboere, som angiver, at de inden for de seneste 14 dage har været meget generet af at være nedtrykte, deprimerede eller ulykkelige. Denne opgørelsesmetode er behæftet med en vis usikkerhed. Idet svarpersonerne er blevet spurgt ind til de seneste 14 dage, er der således en sandsynlighed for at inkludere personer i den eksponerede gruppe, der mere eller mindre tilfældigt har oplevet nedtrykthed eller har været deprimerede eller ulykkelige i en forbigående periode. Der kan derfor være risiko for misklassifikation.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der inden for de seneste 14 dage har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, er større blandt beboere i almene boliger (13,1 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (7,4 %) (tabel 4.5.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der inden for de seneste 14 dage har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund, med undtagelse af den ældste aldersgruppe ( $\geq 80$  år) blandt kvinder, hvor der ingen forskel er i andelen blandt kvinder i almene boliger og blandt kvinder i ikke-almene bolig. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen en smule større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger falder andelen overordnet set med stigende alder (tabel 4.5.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der inden for de seneste 14 dage har været nedtrykt, deprimeret eller ulykkelig, både blandt beboere i almene boliger (fra 11,1 % til 13,1 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 4,6 % til 7,4 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.5.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 4.5.1** Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	13,1	24.117	7,4	149.600	1,89	(1,80; 1,99)	1,63	(1,54; 1,73)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	16,2	1.745	11,5	8.613	1,51	(1,29; 1,78)	1,41	(1,20; 1,67)
30-49 år	15,1	2.199	6,4	15.926	2,67	(2,28; 3,11)	2,20	(1,87; 2,60)
50-64 år	12,4	2.486	4,5	20.033	2,99	(2,53; 3,53)	2,61	(2,21; 3,09)
65-79 år	6,2	2.606	2,9	19.564	2,19	(1,76; 2,72)	2,00	(1,61; 2,48)
$\geq 80$ år	5,1	849	3,2	4.338	1,62	(1,10; 2,38)	1,52	(1,03; 2,23)
Mænd i alt	12,7	9.885	6,1	68.474	2,24	(2,06; 2,44)	1,90	(1,73; 2,08)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	21,8	2.335	16,6	12.042	1,40	(1,24; 1,58)	1,27	(1,12; 1,44)
30-49 år	13,2	3.092	8,0	20.947	1,71	(1,50; 1,96)	1,40	(1,22; 1,61)
50-64 år	13,9	3.489	6,3	23.265	2,43	(2,13; 2,78)	2,07	(1,81; 2,37)
65-79 år	7,9	3.803	5,2	20.306	1,59	(1,35; 1,86)	1,44	(1,23; 1,69)
$\geq 80$ år	7,4	1.513	5,7	4.566	1,30	(1,00; 1,68)	1,20	(0,92; 1,56)
Kvinder i alt	13,5	14.232	8,7	81.126	1,64	(1,54; 1,75)	1,46	(1,36; 1,57)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	12,3	20.682	7,2	144.633	1,81	(1,71; 1,91)	1,69	(1,59; 1,79)
Ikke-vestlig	16,4	3.435	11,6	4.967	1,54	(1,33; 1,78)	1,37	(1,18; 1,60)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 12 måneder blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.5.2** Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig. Udvikling blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	11,1	10,7	12,2	13,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,98 (0,90; 1,06)	1,15 (1,07; 1,24)	1,20 (1,12; 1,29)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	4,6	5,0	6,0	7,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,14 (1,09; 1,19)	1,36 (1,31; 1,42)	1,70 (1,63; 1,77)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig de seneste 12 måneder i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 4.6 Ængstelse, nervøsitet, uro, angst

Opgørelserne over andelen, der har været ængstelig, nervøs, urolig eller angst, omfatter personer, som har angivet, at de inden for de seneste 14 dage har været meget generet af ængstelse, nervøsitet, uro eller angst. Denne opgørelsesmetode er behæftet med en vis usikkerhed. Idet svarpersonerne er blevet spurgt ind til de seneste 14 dage, er der således en sandsynlighed for at inkludere personer i den eksponerede gruppe, der mere eller mindre tilfældigt har oplevet ængstelse, nervøsitet, uro eller angst i en forbigående periode. Der kan derfor være risiko for misklassifikation.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der inden for de seneste 14 dage har været ængstelige, nervøse, urolige eller angst, er større blandt beboere i almene boliger (13,2 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (6,7 %) (tabel 4.6.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der inden for de seneste 14 dage har været ængstelig, nervøs, urolig eller angst, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt mænd i almene boliger ses den største andel blandt aldersgruppen 30-49 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. Blandt kvinder i almene boliger ses den største andel i aldersgruppen 16-29 år. Blandt beboere i ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79 år. Herefter der ses en mindre stigning for den ældste aldersgruppe (tabel 4.6.1)

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der inden for de seneste 14 dage har været ængstelig, nervøs, urolig eller angst, både blandt beboere i almene boliger (fra 9,9 % til 13,2 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 3,7 % til 6,7 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.6.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 4.6.1** Ængstelse, nervøsitet, uro, angst blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	13,2	24.157	6,7	149.724	2,11	(2,00; 2,22)	1,75	(1,65; 1,85)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	12,2	1.747	8,2	8.607	1,56	(1,30; 1,87)	1,37	(1,13; 1,66)
30-49 år	14,1	2.205	5,1	15.924	3,11	(2,64; 3,67)	2,37	(1,99; 2,82)
50-64 år	10,9	2.485	3,9	20.045	3,15	(2,65; 3,74)	2,59	(2,17; 3,08)
65-79 år	6,7	2.611	2,5	19.560	2,74	(2,21; 3,39)	2,40	(1,93; 2,97)
≥80 år	5,2	854	3,3	4.340	1,65	(1,12; 2,42)	1,51	(1,02; 2,23)
Mænd I alt	11,1	9.902	4,8	68.476	2,48	(2,26; 2,72)	1,99	(1,80; 2,19)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	23,3	2.338	16,3	12.053	1,55	(1,37; 1,75)	1,37	(1,21; 1,56)
30-49 år	15,2	3.098	8,0	20.964	2,04	(1,79; 2,32)	1,63	(1,43; 1,87)
50-64 år	15,8	3.493	6,1	23.267	2,92	(2,57; 3,32)	2,45	(2,16; 2,79)
65-79 år	8,0	3.808	5,3	20.367	1,55	(1,33; 1,81)	1,40	(1,20; 1,63)
≥80 år	9,3	1.518	6,5	4.597	1,47	(1,15; 1,88)	1,37	(1,07; 1,74)
Kvinder I alt	14,9	14.255	8,6	81.248	1,86	(1,74; 1,98)	1,63	(1,52; 1,74)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	12,0	20.704	6,5	144.747	1,98	(1,87; 2,09)	1,82	(1,71; 1,93)
Ikke-vestlig	17,8	3.453	11,8	4.977	1,63	(1,41; 1,87)	1,46	(1,26; 1,70)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for ængstelse, nervøsitet, uro, angst de seneste 12 måneder blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 4.6.2** Ængstelse, nervøsitet, uro, angst. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	9,9	9,7	12,0	13,2
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,99 (0,91; 1,08)	1,28 (1,18; 1,38)	1,38 (1,28; 1,49)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	3,7	4,1	5,5	6,7
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,16 (1,10; 1,21)	1,57 (1,50; 1,64)	1,94 (1,86; 2,02)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for ængstelse, nervøsitet, uro, angst de seneste 12 måneder i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 4.7 Søvnbesvær, søvnproblemer

Søvn er afgørende for kroppens, herunder hjernens, fysiologiske funktioner og restitution (23). Både kort- og langvarigt søvnmangel, men også for meget søvn, et uregelmæssigt søvnmønster eller dårlig søvnkvalitet, kan have både somatiske og psykiske helbredsmæssige konsekvenser (23-26). De umiddelbare effekter af søvnbesvær inkluderer utilpashed, koncentrationsbesvær, nedsat kognitiv formåen, ændringer i sundhedsadfærd som for eksempel usundt kostindtag og fysisk inaktivitet, samt en øget risiko for ulykker (27, 28). På lang sigt kan søvnbesvær svække immunforsvaret, så man bliver mere modtagelig over for infektioner og øger risikoen for en række tilstande og sygdomme (25, 26, 29-34). I Danmark er der årligt omkring 1,5 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med søvnbesvær i forhold til personer uden søvnbesvær. Personer med søvnbesvær har også flere dødsfald samt flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden søvnbesvær (35).

Søvnbesvær eller søvnproblemer defineres her som andelen, der angiver, at de inden for de seneste 14 dage har været meget generet af søvnbesvær eller søvnproblemer. Denne opgørelsesmetode er behæftet med en vis usikkerhed. Idet svarpersonerne er blevet spurgt ind til de seneste 14 dage, er der således en sandsynlighed for at inkludere personer i den eksponerede gruppe, der mere eller mindre tilfældigt har oplevet søvnbesvær eller søvnproblemer i en forbigående periode. Der kan derfor være risiko for misklassifikation.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med søvnbesvær eller søvnproblemer er større blandt beboere i almene boliger (21,7 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (13,6 %) (tabel 4.7.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med søvnbesvær eller søvnproblemer blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund, med undtagelse af den ældste aldersgruppe ( $\geq 80$  år), hvor der ingen forskel er i andelen blandt beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger ses ingen systematiske tendenser på tværs af aldersgrupper (tabel 4.7.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen med søvnbesvær eller søvnproblemer både blandt beboere i almene boliger (fra 17,4 % til 21,7 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 8,9 % til 13,6 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 4.7.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn,

alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Table 4.7.1** Søvnbesvær, søvnproblemer blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	21,7	24.123	13,6	149.645	1,75	(1,68; 1,82)	1,49	(1,43; 1,55)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	18,1	1.746	14,2	8.611	1,34	(1,15; 1,55)	1,21	(1,04; 1,41)
30-49 år	21,0	2.205	10,8	15.926	2,21	(1,94; 2,52)	1,74	(1,52; 1,99)
50-64 år	21,9	2.491	10,7	20.031	2,33	(2,06; 2,64)	1,96	(1,73; 2,23)
65-79 år	14,1	2.607	8,3	19.559	1,80	(1,56; 2,08)	1,60	(1,39; 1,85)
≥80 år	12,5	853	10,0	4.335	1,30	(1,00; 1,71)	1,21	(0,92; 1,58)
Mænd i alt	18,8	9.902	11,0	68.462	1,88	(1,75; 2,01)	1,57	(1,46; 1,69)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	26,2	2.335	19,1	12.043	1,51	(1,34; 1,70)	1,36	(1,21; 1,53)
30-49 år	24,9	3.090	14,2	20.946	1,99	(1,80; 2,21)	1,64	(1,47; 1,83)
50-64 år	27,8	3.488	17,8	23.260	1,77	(1,61; 1,95)	1,52	(1,38; 1,68)
65-79 år	19,2	3.795	14,5	20.334	1,40	(1,26; 1,55)	1,28	(1,15; 1,42)
≥80 år	19,3	1.513	16,1	4.600	1,24	(1,04; 1,47)	1,15	(0,97; 1,37)
Kvinder i alt	24,1	14.221	16,3	81.183	1,63	(1,55; 1,71)	1,43	(1,35; 1,50)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	20,6	20.675	13,3	144.667	1,69	(1,62; 1,76)	1,53	(1,46; 1,60)
Ikke-vestlig	25,9	3.448	19,5	4.978	1,44	(1,28; 1,62)	1,29	(1,14; 1,46)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 12 måneder blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Table 4.7.2** Søvnbesvær, søvnproblemer. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	17,4	17,7	20,5	21,7
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,06 (0,99; 1,13)	1,28 (1,21; 1,36)	1,33 (1,25; 1,40)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	8,9	9,8	12,2	13,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,14 (1,11; 1,18)	1,45 (1,41; 1,49)	1,63 (1,58; 1,67)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for søvnbesvær, søvnproblemer de seneste 12 måneder i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund



## Referencer

1. Benyamini Y. Why does self-rated health predict mortality? An update on current knowledge and a research agenda for psychologists. *Psychol Health*. 2011;26:1407-13.
2. 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.
3. Bacak V, Olafsdottir S. Gender and validity of self-rated health in nineteen European countries. *Scand J Public Health*. 2017;45:647-53.
4. Bamia C, Orfanos P, Juerges H, 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.
5. DeSalvo KB, Bloser N, Reynolds K, et al. Mortality prediction with a single general self-rated health question. *J Gen Intern Med*. 2005;20:267-75.
6. Hajek A, Kretzler B, König HH. Determinants of frequent attendance in primary care. A systematic review of longitudinal studies. *Front Med*. 2021;8:595674.
7. Vie TL, Hufthammer KO, Holmen TL, et al. 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.
8. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav*. 1997;38:21-37.
9. Sundhedsstyrelsen. Stress i Danmark - hvad ved vi? København: Sundhedsstyrelsen; 2007.
10. Sundhedsstyrelsen. Stress 2022 [Available from: <https://www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/mental-sundhed/stress>].
11. Liu MY, Li N, Li WA, Khan H. Association between psychosocial stress and hypertension: a systematic review and meta-analysis. *Neurol Res*. 2017;39:573-80.
12. Nabi H, Kivimäki M, Batty D, 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.
13. Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, 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.
14. Rugulies R, Bultmann U, Aust B, Burr H. Psychosocial work environment and incidence of severe depressive symptom. *Am J Epidemiol*. 2006;163:877-87.
15. Rod NH. Stress. In: Lund R, Christensen U, Iversen L, editors. *Medicinsk sociologi 2 udgave, 2 oplag*. København: Munksgaard Danmark, 2012.
16. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983;24:385-96.
17. Eskildsen A, Dalgaard VL, Nielsen KJ, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the Danish consensus version of the 10-item Perceived Stress Scale. *Scand J Work Environ Health*. 2015;41:486-90.
18. Christensen AI, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og sygelighed i Danmark 2010 - og udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2012.
19. 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.
20. Gandek B, Ware JE, Aaronson NK, et al. Cross-validation of item selection and scoring for the SF-12 Health Survey in nine countries: Results from the IQOLA Project. *J Clin Epidemiol*. 1998;51:1171-8.
21. Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Tountas Y. Validity of SF-12 summary scores in a Greek general population. *Health Qual Life Out*. 2007;5.
22. Christensen AI, Davidsen M, Koushede V, Juel K. Betydningen af dårlig mental sundhed for helbred og socialt liv - en analyse af registerdata fra Sundhedsprofilen 2010. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2016.

23. Christensen AI, Davidsen M, Kjøller M, Juel K. Mental sundhed blandt voksne danskere. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen; 2010.
- Grandner MA. Sleep, Health, and Society. *Sleep Med Clin.* 2022;17:117-39.
24. Bonke J. Trends in short and long sleep in Denmark from 1964 to 2009, and the associations with employment, SES (socioeconomic status) and BMI. *Sleep Med.* 2015;16:385-90.
25. Itani O, Jike M, Watanabe N, Kaneita Y. Short sleep duration and health outcomes: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Sleep Med.* 2017;32:246-56.
26. Medic G, Wille M, Hemels ME. Short- and long-term health consequences of sleep disruption. *Nature and science of sleep. Nat Sci Sleep.* 2017;9:151-61.
27. Bin YS, Marshall NS, Glozier N. Secular trends in adult sleep duration: a systematic review. *Sleep Med Rev.* 2012;16:223-30.
28. Clark AJ, Salo P, Lange T, et al. Onset of impaired sleep as a predictor of change in health-related behaviours; analysing observational data as a series of non-randomized pseudo-trials. *Int J Epidemiol.* 2015;44:1027-37.
29. Liu T-Z, Xu C, Rota M, et al. Sleep duration and risk of all-cause mortality: a flexible, non-linear, meta-regression of 40 prospective cohort studies. *Sleep Med Rev.* 2017;32:28-36.
30. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Sleep duration and all-cause mortality: a systematic review and meta-analysis of prospective studies. *Sleep.* 2010;33:585-92.
31. Cappuccio FP, D'Elia L, Strazzullo P, Miller MA. Quantity and quality of sleep and incidence of type 2 diabetes: a systematic review and meta-analysis. *Diabetes Care.* 2010;33:414-20.
32. Gallicchio L, Kalesan B. Sleep duration and mortality: a systematic review and meta-analysis. *J Sleep Res.* 2009;18:148-58.
33. Clark AJ, Salo P, Lange T, et al. Onset of Impaired Sleep and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Longitudinal Study. *Sleep.* 2016;39:1709-18.
34. Rod NH, Vahtera J, Westerlund H, et al. Sleep disturbances and cause-specific mortality: Results from the GAZEL cohort study. *Am J Epidemiol.* 2011;173:300-9.
35. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup JS. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.

# 5 Sociale relationer

Sociale relationer har stor betydning for menneskers fysiske og mentale helbred (1). Denne sammenhæng viser sig blandt andet ved, at personer med stærke sociale relationer oftere har et bedre helbred, sjældnere bliver syge og hurtigere kommer sig over sygdom sammenlignet med personer med svage sociale relationer (1). Hvis man oplever sine sociale relationer som svage eller belastende, kan det føre til eller øge følelsen af ensomhed (2). Ensomhed kan beskrives som en personligt oplevet uoverensstemmelse mellem ønskede sociale relationer og faktiske sociale relationer og er forbundet med at føle sig ulykkelig, at stå alene og have et stærkt afsavn i forhold til menneskeligt tilhørsforhold og nærvær (3, 4). Både kvantiteten og kvaliteten af de sociale relationer kan have betydning for følelsen af ensomhed (5), som kan opstå blandt andet ved manglende social kontakt, lav grad af social støtte, eller hvis man føler sig alene og ønsker at være sammen med andre ('uønsket alene'). Ensomhed kan således lige så ofte opstå alene som i selskab med andre mennesker (6).

Undersøgelser har vist, at ensomhed øger risikoen for blandt andet hjertekarsygdom (7), metabolisk syndrom (8), depression (9) og tidlig død (1), mens personer med stærke sociale relationer har lavere en risiko for psykiske lidelser og dødelighed end personer med svage sociale relationer (10). Opgørelser viser endvidere, at personer, der ofte føler sig uønsket alene, har flere ekstra kontakter i sundhedsvæsenet (eksempelvis 8.855 flere psykiatriske indlæggelser), mere arbejdsmarkedsfravær og flere sundhedsøkonomiske omkostninger til behandling og pleje samt ved tabt produktion end personer, der ikke føler sig ofte uønsket alene (11).

I løbet af de seneste årtier er der sket ændringer i karakteren og typen af sociale relationer, hvilket blandt andet skyldes ændrede familiemønstre (12), den teknologiske og digitale udvikling, herunder udvikling og brug af sociale medier (13), samt et fleksibelt arbejdsmarked, hvor flere arbejder hjemme, særligt efter nedlukningerne som følge af COVID-19-pandemien (14). Dette har med stor sandsynlighed medført en forskydning i, hvordan og hvor de sociale relationer udspiller sig og i hvilket omfang. I litteraturen beskrives ensomhed ofte ud fra en funktionel og en strukturel dimension (15). Førstnævnte beskriver primært de mere kvalitative aspekter af éns sociale relationer, herunder hvordan de fungerer i forhold til oplevet følelsesmæssig støtte, praktisk hjælp samt de udfordringer eller bekymringer, relationerne kan give. Derimod forholder den strukturelle dimension sig primært til de kvantitative aspekter af de sociale relationer, det vil sige, hvor mange og hvilke personer, man har kontakt med.

Sociale relationer belyses i dette kapitel ud fra både den funktionelle dimension (afsnit '5.1 Ofte uønsket alene') og den strukturelle dimension (afsnit '5.2 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte' og afsnit '5.3 Kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet'). Til belysning af sociale relationer indgår i dette kapitel desuden to forskellige indekser for henholdsvis tegn på ensomhed (afsnit '5.4 Tegn på ensomhed') og tegn på social isolation (afsnit '5.5 Tegn på social isolation'). Selvom de to ord ofte bruges synonymt, beskriver de som udgangspunkt hver sin dimension af de sociale relationer. Således beskriver ensomhed normalt den funktionelle dimension, som altså særligt relaterer sig til kvaliteten af de sociale relationer, mens social

isolation derimod i højere grad afspejler den strukturelle dimension, som kan tolkes som de mere objektive forhold omkring relationerne (16).

## 5.1 Ofte uønsket alene

I dette afsnit præsenteres opgørelser for ofte at være uønsket alene, som i denne rapport er belyst ved spørgsmålet: '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' og 'Nej'. I dette afsnit belyses det at være uønsket alene på baggrund af svarmuligheden 'Ja, ofte'.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der ofte er uønsket alene, er større blandt beboere i almene boliger (14,6 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (8,0 %) (tabel 5.1.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der ofte er uønsket alene, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og beboere med dansk/vestlig baggrund. Blandt beboere med ikke-vestlig baggrund ses der ingen forskel i andelen, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\*). De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis ses i både almene og ikke-almene boliger en tendens til en lidt større andel blandt kvinder end blandt mænd. I både almene og ikke-almene boliger falder andelen blandt mænd med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79 år, hvorefter der ses en stigning i den ældste aldersgruppe. Blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger ses den største andel i aldersgrupperne 16-29 år og 80 år eller derover, hvor andelen i de øvrige aldersgrupper (30-49 år, 50-64 år og 65-79 år) er lavere og omtrent den samme (tabel 5.1.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der ofte er uønsket alene, både blandt beboere i almene boliger (fra 10,9 % til 14,6 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 4,5 % til 8,0 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 5.1.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 5.1.1** Ofte uønsket alene blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	14,6	23.483	8,0	146.264	1,98	(1,88; 2,08)	1,71	(1,62; 1,81)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	16,1	1.648	12,5	8.176	1,36	(1,16; 1,60)	1,28	(1,08; 1,51)
30-49 år	15,4	2.103	6,3	15.322	2,72	(2,32; 3,18)	2,26	(1,92; 2,66)
50-64 år	13,9	2.422	4,9	19.606	3,20	(2,74; 3,74)	2,80	(2,39; 3,29)
65-79 år	9,6	2.575	4,6	19.326	2,20	(1,84; 2,63)	2,01	(1,69; 2,41)
≥80 år	11,1	849	7,5	4.289	1,47	(1,10; 1,96)	1,39	(1,04; 1,85)
Mænd i alt	13,9	9.597	6,9	66.719	2,20	(2,03; 2,38)	1,87	(1,71; 2,04)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	17,9	2.215	14,5	11.617	1,27	(1,11; 1,46)	1,21	(1,05; 1,38)
30-49 år	13,6	2.975	7,7	20.332	1,88	(1,64; 2,15)	1,63	(1,42; 1,88)
50-64 år	14,9	3.401	6,1	22.791	2,65	(2,33; 3,03)	2,37	(2,07; 2,70)
65-79 år	13,1	3.781	7,3	20.172	1,90	(1,67; 2,17)	1,76	(1,55; 2,01)
≥80 år	18,7	1.514	14,6	4.633	1,35	(1,14; 1,61)	1,27	(1,07; 1,52)
Kvinder i alt	15,2	13.886	9,0	79.545	1,80	(1,69; 1,91)	1,59	(1,49; 1,70)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	14,7	20.256	7,8	141.536	2,03	(1,93; 2,14)	1,82	(1,72; 1,92)
Ikke-vestlig	14,4	3.227	11,3	4.728	1,31	(1,12; 1,54)	1,16	(0,99; 1,37)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for ofte at være uønsket alene blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 5.1.2** Ofte uønsket alene. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	10,9	10,8	11,4	14,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,99 (0,92; 1,08)	1,05 (0,97; 1,13)	1,40 (1,30; 1,50)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	4,5	4,8	5,3	8,0
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,09 (1,04; 1,14)	1,18 (1,13; 1,23)	1,87 (1,80; 1,94)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for ofte at være uønsket alene i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 5.2 Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte

I dette afsnit præsenteres opgørelser for at have nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, som i denne rapport er belyst ved spørgsmålet: 'Har du nogen at tale med, hvis du har problemer eller brug for støtte?' med svarmulighederne: 'Ja, altid', 'Ja, for det meste', 'Ja, nogle gange' og 'Nej, aldrig eller næsten aldrig'. I dette afsnit belyses det at have nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte på baggrund af svarmuligheden 'Nej, aldrig eller næsten aldrig'.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, er større blandt beboere i almene boliger (8,4 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (4,9 %) (tabel 5.2.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen  $\geq 80$  år, hvor andelen er omtrent den samme. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i almene boliger ses en svag tendens til, at andelen stiger frem mod aldersgruppen 50-64 år, hvorefter andelen igen falder med stigende alder. Derimod er andelen stort set ens på tværs af aldersgrupper blandt beboere i ikke-almene boliger (tabel 5.2.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en svag tendens til en stigning i andelen, der aldrig eller næsten aldrig har nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte, både blandt beboere i almene boliger (fra 7,3 % til 8,4 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 3,8 % til 4,9 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 5.2.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 5.2.1** Aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	8,4	23.429	4,9	146.021	1,76	(1,65; 1,88)	1,44	(1,34; 1,54)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,7	1.647	7,0	8.172	1,43	(1,17; 1,76)	1,21	(0,99; 1,49)
30-49 år	11,2	2.099	6,0	15.317	1,97	(1,66; 2,35)	1,45	(1,21; 1,74)
50-64 år	13,0	2.413	6,2	19.559	2,30	(1,97; 2,69)	1,84	(1,56; 2,16)
65-79 år	10,7	2.573	6,3	19.274	1,75	(1,49; 2,06)	1,51	(1,28; 1,78)
≥80 år	10,1	833	6,3	4.292	1,69	(1,24; 2,31)	1,57	(1,15; 2,14)
Mænd i alt	11,1	9.565	6,3	66.614	1,85	(1,69; 2,01)	1,49	(1,36; 1,63)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	5,0	2.217	3,4	11.602	1,51	(1,18; 1,93)	1,12	(0,87; 1,44)
30-49 år	7,0	2.971	3,7	20.317	1,90	(1,57; 2,30)	1,28	(1,06; 1,56)
50-64 år	7,5	3.401	3,5	22.742	2,20	(1,84; 2,63)	1,64	(1,37; 1,97)
65-79 år	5,8	3.763	3,4	20.109	1,73	(1,44; 2,08)	1,49	(1,24; 1,79)
≥80 år	4,2	1.512	3,2	4.637	1,35	(0,95; 1,92)	1,24	(0,87; 1,77)
Kvinder i alt	6,1	13.864	3,5	79.407	1,78	(1,62; 1,96)	1,37	(1,24; 1,52)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	7,1	20.200	4,6	141.293	1,57	(1,46; 1,68)	1,50	(1,40; 1,62)
Ikke-vestlig	13,4	3.229	10,0	4.728	1,39	(1,19; 1,63)	1,21	(1,03; 1,42)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for aldrig eller næsten aldrig at have nogen at tale med blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 5.2.2** Aldrig eller næsten aldrig nogen at tale med. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	7,3	6,7	7,8	8,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,91 (0,83; 1,01)	1,07 (0,98; 1,18)	1,11 (1,02; 1,21)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	3,8	4,0	4,3	4,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,07 (1,02; 1,12)	1,08 (1,03; 1,13)	1,29 (1,23; 1,34)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for aldrig eller næsten aldrig at have nogen at tale med i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

### 5.3 Kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet

I dette afsnit præsenteres opgørelser for at have kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, som i denne rapport er belyst ved spørgsmålet: 'Hvor ofte er du fysisk eller digitalt i kontakt med: Naboer eller personer i lokalområdet'? Med kontakt menes, at I mødes, taler sammen eller skriver til hinanden (f.eks. ansigt til ansigt, eller via brev, telefonopkald, sms, mails, sociale medier, online spil, videoopkald m.v.)' med svarmulighederne: 'Dagligt eller næsten dagligt', '1 eller 2 gange om ugen', '1 eller 2 gange om måneden', 'Sjældnere end 1 gang om måneden' og 'Aldrig'. I dette afsnit belyses kontakt til naboer eller beboere i lokalområdet på baggrund af svarmulighederne 'Sjældnere end 1 gang om måneden' og 'Aldrig'.

#### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der aldrig eller sjældnere end 1 gang om måneden har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, er større blandt beboere i almene boliger (43,8 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (34,8 %) (tabel 5.3.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af gruppen med ikke-vestlig baggrund, hvor der ikke ses nogen forskel mellem beboere i de to boligformer. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der aldrig eller sjældnere end 1 gang om måneden har kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder (med undtagelse af aldersgruppen 80 år eller derover blandt kvinder) og dansk-vestlig baggrund. Blandt beboere med ikke-vestlig baggrund og blandt kvinder 80 år eller derover ses der ingen forskel i andelen efter justering af de nævnte sociodemografiske faktorer. De justerede OR er enten tættere på 1 eller omtrent den samme som de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes eller er uændret, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

#### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i almene boliger, hvorimod andelen er stort set ens blandt mænd og kvinder i ikke-almene boliger. Blandt mænd og kvinder i både almene og ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79 år, hvorefter der ses en stigning i den ældste aldersgruppe (80 år eller derover) (tabel 5.3.1).

#### Udvikling

Spørgsmålet om kontakt til naboer eller beboere i lokalområdet er blevet revideret i undersøgelsen i 2021, og udviklingen for denne indikator kan derfor ikke belyses i rapporten.



**Table 5.3.1** Aldrig eller sjældnere end 1 gang om måneden kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	43,8	22.944	34,8	144.694	1,47	(1,42; 1,52)	1,37	(1,32; 1,42)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	65,2	1.639	60,3	8.139	1,24	(1,09; 1,40)	1,18	(1,04; 1,33)
30-49 år	49,8	2.080	32,8	15.285	2,05	(1,85; 2,28)	1,91	(1,72; 2,13)
50-64 år	39,9	2.395	26,3	19.523	1,84	(1,66; 2,04)	1,74	(1,57; 1,92)
65-79 år	30,5	2.505	21,6	19.065	1,59	(1,43; 1,77)	1,54	(1,39; 1,72)
≥80 år	35,2	789	25,6	4.114	1,59	(1,32; 1,92)	1,58	(1,31; 1,90)
Mænd i alt	47,3	9.408	34,1	66.126	1,74	(1,65; 1,84)	1,58	(1,49; 1,67)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	64,9	2.216	60,4	11.582	1,22	(1,10; 1,36)	1,12	(1,01; 1,25)
30-49 år	40,8	2.965	33,0	20.280	1,40	(1,28; 1,53)	1,24	(1,13; 1,36)
50-64 år	38,6	3.360	31,1	22.681	1,40	(1,29; 1,53)	1,29	(1,19; 1,41)
65-79 år	25,9	3.632	21,9	19.699	1,25	(1,14; 1,38)	1,21	(1,10; 1,33)
≥80 år	26,5	1.363	22,9	4.326	1,18	(1,00; 1,38)	1,15	(0,98; 1,35)
Kvinder i alt	40,9	13.536	35,4	78.568	1,27	(1,21; 1,32)	1,21	(1,16; 1,27)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	42,1	19.777	33,9	140.022	1,42	(1,37; 1,47)	1,44	(1,39; 1,50)
Ikke-vestlig	50,5	3.167	50,0	4.672	1,04	(0,93; 1,15)	1,00	(0,90; 1,12)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for aldrig eller sjældnere end 1 gang om måneden at have kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 5.4 Tegn på ensomhed

I dette afsnit præsenteres opgørelser for tegn på ensomhed, som i denne rapport er belyst på baggrund af indekset Three-Item Loneliness Scale (T-ILS) (17), der tager udgangspunkt i, hvordan svarpersonerne angiver at have det nogle gange. Indekset omfatter spørgsmål om, hvor ofte man henholdsvis føler sig isoleret fra andre, savner nogle at være sammen med og føler sig udenfor. Der kan opnås en score mellem 0 og 9, og jo højere score, desto tydeligere tegn på ensomhed. Grænseværdien for tegn på ensomhed er defineret til en score på 7 eller derover (17).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med tegn på ensomhed er større blandt beboere i almene boliger (19,1 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (11,2 %) (tabel 5.4.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med tegn på ensomhed blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen en smule større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. I både almene og ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder indtil aldersgruppen 65-79 år, hvorefter andelen stiger i den ældste aldersgruppe. Blandt mænd i almene boliger er andelen dog størst i aldersgruppen 30-49 år (tabel 5.4.1)

### Udvikling

Tegn på ensomhed er først blevet medtaget i undersøgelsen fra 2021, og udviklingen for denne indikator kan derfor ikke belyses i rapporten.

**Table 5.4.1** Tegn på ensomhed blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	19,1	23.160	11,2	145.331	1,88	(1,79; 1,96)	1,65	(1,57; 1,73)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	21,1	1.643	16,6	8.165	1,37	(1,18; 1,59)	1,27	(1,09; 1,48)
30-49 år	23,0	2.088	9,9	15.300	2,73	(2,38; 3,12)	2,31	(2,00; 2,66)
50-64 år	16,7	2.404	6,7	19.566	2,76	(2,39; 3,18)	2,43	(2,10; 2,81)
65-79 år	10,5	2.522	4,9	19.182	2,29	(1,92; 2,73)	2,11	(1,77; 2,52)
$\geq 80$ år	12,9	807	7,9	4.168	1,63	(1,24; 2,16)	1,56	(1,18; 2,06)
Mænd i alt	18,3	9.464	9,3	66.381	2,18	(2,02; 2,34)	1,86	(1,72; 2,01)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	27,8	2.216	22,8	11.606	1,29	(1,15; 1,45)	1,21	(1,07; 1,36)
30-49 år	20,7	2.964	13,1	20.311	1,74	(1,56; 1,95)	1,51	(1,35; 1,70)
50-64 år	17,7	3.385	8,7	22.753	2,27	(2,02; 2,56)	2,02	(1,79; 2,28)
65-79 år	13,8	3.706	8,0	19.885	1,85	(1,63; 2,09)	1,71	(1,51; 1,94)
$\geq 80$ år	17,0	1.425	12,5	4.395	1,44	(1,19; 1,74)	1,35	(1,12; 1,64)
Kvinder i alt	19,7	13.696	12,9	78.950	1,65	(1,56; 1,75)	1,51	(1,43; 1,61)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	18,5	19.987	10,8	140.628	1,87	(1,78; 1,96)	1,75	(1,66; 1,84)
Ikke-vestlig	21,4	3.173	17,0	4.703	1,31	(1,15; 1,50)	1,20	(1,05; 1,38)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for tegn på ensomhed blandt beboere i almene boliger i forhold til end beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 5.5 Tegn på social isolation

I dette afsnit præsenteres opgørelser for tegn på social isolation, som i denne rapport er belyst på baggrund af en tilpasset og modificeret version af Valtorta-indekset, der er et relativt nyt indeks for social isolation (18). Indekset omfatter spørgsmål om, hvorvidt man bor sammen med andre, hvor ofte man fysisk eller digitalt er i kontakt med venner, familie eller bekendte, samt hvorvidt man går i skole, er under uddannelse eller i arbejde. Der kan opnås en score mellem 0 og 6, og jo højere score, desto tydeligere tegn på social isolation. Grænseværdien for tegn på social isolation er defineret til en score på 4 eller derover (18).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med tegn på social isolation er større blandt beboere i almene boliger (14,2 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (5,5 %) (tabel 5.5.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med tegn på social isolation blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er den overordnede andel større blandt mænd end blandt kvinder i almene boliger, mens andelen er stort set ens blandt mænd og kvinder i ikke-almene boliger. Blandt beboere i almene boliger stiger andelen med stigende alder både blandt mænd og kvinder. Derimod ses der ikke de store forskelle blandt mænd og kvinder i ikke-almene boliger i aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år og 50-64 år, hvorefter andelen stiger med stigende alder (tabel 5.5.1).

### Udvikling

Tegn på social isolation er først blevet medtaget i undersøgelsen fra 2021, og udviklingen for denne indikator kan derfor ikke belyses i rapporten.

**Tabel 5.5.1** Tegn på social isolation blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	14,2	22.672	5,5	143.913	2,82	(2,68; 2,97)	2,38	(2,24; 2,52)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,5	1.635	4,9	8.136	2,05	(1,65; 2,55)	1,92	(1,54; 2,39)
30-49 år	14,7	2.077	3,7	15.269	4,48	(3,75; 5,34)	3,59	(2,98; 4,32)
50-64 år	17,7	2.393	4,7	19.492	4,38	(3,77; 5,10)	3,76	(3,22; 4,40)
65-79 år	21,6	2.479	9,7	18.968	2,59	(2,28; 2,95)	2,35	(2,06; 2,67)
$\geq 80$ år	27,2	761	14,6	3.982	2,15	(1,74; 2,67)	2,00	(1,60; 2,49)
Mænd i alt	15,9	9.345	5,8	65.847	3,05	(2,83; 3,29)	2,72	(2,50; 2,96)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	6,5	2.208	3,5	11.570	1,87	(1,48; 2,35)	1,57	(1,24; 1,99)
30-49 år	8,2	2.959	2,8	20.255	3,22	(2,66; 3,88)	2,39	(1,97; 2,90)
50-64 år	14,3	3.341	4,1	22.637	3,86	(3,34; 4,46)	3,10	(2,68; 3,60)
65-79 år	17,7	3.556	8,8	19.513	2,24	(1,99; 2,53)	1,98	(1,75; 2,23)
$\geq 80$ år	24,3	1.263	16,9	4.091	1,56	(1,31; 1,86)	1,42	(1,19; 1,70)
Kvinder i alt	12,7	13.327	5,2	78.066	2,65	(2,47; 2,84)	2,08	(1,92; 2,24)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	14,6	19.523	5,4	139.262	2,97	(2,81; 3,13)	2,54	(2,40; 2,69)
Ikke-vestlig	12,5	3.149	7,5	4.651	1,77	(1,48; 2,11)	1,43	(1,20; 1,72)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for tegn på social isolation blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## Referencer

1. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci.* 2015;10:227-37.
2. Iversen L. Sociale relationer og helbred. *Medicinsk sociologi: samfund, sundhed og sygdom.* København: Munksgaard Danmark; 2010.
3. Christensen RN. At prikke med kærlighed: Omsorgsbesøg i en isoleret alderdom. København: Ensomme Gamles Værn; 2011.
4. Peplau LA, Perlman D. Perspectives on loneliness. In: Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy.* New York: Wiley, 1982 (1-18).
5. Perlman D, Peplau LA. Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness. *Loneliness research: A survey of empirical findings.* U.S. Government Printing Office; 1984.
6. Wahl-Brink D, Olesen MS, Rejkjær M. Ensomhed blandt ældre: MYTER OG FAKTA. Marselisborg – Center for Udvikling, Kompetence & Viden, 2015.
7. Valorta NK, Kanaan M, Gilbody S, et al. Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart.* 2016;102:1009-16.
8. Whisman MA. Loneliness and the metabolic syndrome in a population-based sample of middle-aged and older adults. *Health Psychol.* 2010;29:550-4.
9. Erzen E, Cikrikci O. The effect of loneliness on depression: A meta-analysis. *Int J Soc Psychiatry.* 2018;64:427-35.
10. Lund R, Christensen U, Iversen L. *Medicinsk sociologi - sociale faktorerens betydning for befolkningens helbred.* København: Munksgaard, 2011.
11. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup JS. *Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer.* København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen; 2022.
12. Christoffersen MN. *Familiens udvikling i det 20. århundrede. Demografiske strukturer og processer.* København: Socialforskningsinstituttet; 2004.
13. Kierkegaard L, Pommerenecke LM, Flensburg S, et al. Digital mediebrugs betydning for sociale relationer, fællesskaber og stress blandt børn og unge. En litteraturgennemgang. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
14. Danmarks Statistik. *Nyt fra Danmarks Statistik: Hjemmearbejde fordoblet i 2020 2021* [Nr. 53]:[Available from: <https://www.dst.dk/da/Statistik/nyheder-analyser-publ/nyt/NytHtml?cid=32435>].
15. Nielsen L, Holstein BE. Sociale relationer, fællesskab og social kapital. I: Jensen BB, Grønbæk M, Reventlow S, editors. *Forebyggende sundhedsarbejde.* 7. udgave. København: Munksgaard, 2021.
16. Lauder W, Mummery K, Jones M, Caperchione C. A comparison of health behaviours in lonely and non-lonely populations. *Psychol Health Med.* 2006;11:233-45.
17. Hughes ME, Waite LJ, Hawkey LC, Cacioppo JT. A short scale for measuring loneliness in large surveys: : Results from two population-based studies. *Reg Aging.* 2004;26:655-67.
18. Larsen FB, Pedersen MH, Lasgaard M, et al. *Hvordan har du det? 2017 - Sundhedsprofil for region og kommuner (Bind 1).* Region Midtjylland: DEFACTUM; 2018.

# 6 Sundhedsadfærd

I dette kapitel belyses forskellige indikatorer for sundhedsadfærd, som overordnet set kan defineres som de vaner og aktiviteter, der har indflydelse på menneskers sundhedstilstand (1). Der kan både være tale om målrettede og bevidste handlinger, og der kan være tale om mere vanemæssig adfærd, som udføres uden egentlige overvejelser om de sundhedsmæssige konsekvenser (2). Forskellige former for sundhedsadfærd kan påvirke sundhedstilstanden både positivt og negativt. Er der tale om en positiv virkning, anvendes typisk begreber som forebyggende eller sundhedsfremmende virkning. Er der derimod tale om en negativ virkning, taler man om den pågældende sundhedsadfærd som en risikofaktor (3).

I kapitlet belyses sundhedsadfærd, som repræsenterer den negative virkning (risikofaktorer), ud fra spørgsmål om rygning (afsnit 6.1-6.3), alkoholindtag (afsnit 6.4-6.6), kostmønster (afsnit 6.7-6.8) og fysisk aktivitet i fritiden (afsnit 6.9-6.10). For hver af disse risikofaktorer præsenteres endvidere opgørelser for ønske om ændring af sundhedsadfærd.

## 6.1 Daglig rygning

Rygning øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme, herunder lungekræft og flere andre kræftformer, kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), hjertekarsygdomme, type 2-diabetes, leddegigt samt multisygdom og tidlig død (4-7). For nogle sygdomme er rygning ikke den direkte årsag til sygdommen, men forværrer prognosen (for eksempel prostatakræft) og kan forringe behandlingseffekten, herunder øge risikoen for komplikationer i forbindelse med operationer (4). Uanset antallet af cigaretter eller anden form for tobak er rygning relateret til en øget risiko for rygerelateret sygdom og død, men risikoen øges med rygemængde, tidlig debutalder, antallet af år, man ryger, og jo senere et eventuelt rygestop iværksættes (8-10). Der ses fortsat en øget risiko for sygdom og tidlig død blandt personer, der tidligere har røget (6), men rygestop, uanset tidspunkt, medfører signifikante sundhedsmæssige fordele (8). I Danmark er der årligt knap 16.000 flere dødsfald blandt personer, der ryger eller tidligere har røget, i forhold til personer, der aldrig har røget. Dette svarer til omkring 30 % af alle dødsfald i Danmark. Personer, der ryger eller har røget, har også flere kontakter til praktiserende læge, flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer, der aldrig har røget, hvilket har store samfundsøkonomiske konsekvenser (11).

I denne undersøgelse er svarpersonerne blevet spurgt om, hvorvidt de ryger, og personer, der ryger dagligt, er endvidere blevet spurgt om, hvor meget de i gennemsnit ryger om dagen, og om de gerne vil holde op med at ryge. I det følgende præsenteres opgørelser over andelen, der ryger dagligt. Dertil opgøres andelen af beboere, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge (afsnit 6.2), samt andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen (afsnit 6.3).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der ryger dagligt, er større blandt beboere i almene boliger (22,0 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (12,3 %) (tabel 6.1.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der ryger dagligt, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er, overordnet set, tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder indtil alder 50-64 år, hvor den er størst. Herefter falder andelen igen med stigende alder (tabel 6.1.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en faldende andel, der ryger dagligt, både blandt beboere i almene boliger (fra 29,9 % til 22,0 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 19,4 % til



12,3 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.1.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.1.1** Daglig rygning blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	22,0	23.977	12,3	148.932	2,03	(1,95; 2,11)	1,87	(1,79; 1,95)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	16,0	1.716	10,5	8.471	1,64	(1,39; 1,94)	1,50	(1,27; 1,78)
30-49 år	30,5	2.165	13,8	15.723	2,72	(2,42; 3,06)	2,00	(1,77; 2,26)
50-64 år	33,1	2.475	16,0	19.939	2,65	(2,38; 2,96)	2,18	(1,95; 2,44)
65-79 år	23,0	2.611	13,7	19.531	1,91	(1,70; 2,15)	1,65	(1,46; 1,86)
≥80 år	14,9	853	8,1	4.328	2,05	(1,57; 2,69)	1,83	(1,39; 2,40)
Mænd i alt	25,1	9.820	13,4	67.992	2,18	(2,05; 2,31)	1,86	(1,74; 1,98)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	15,9	2.303	9,1	11.929	1,90	(1,64; 2,20)	2,00	(1,72; 2,33)
30-49 år	21,9	3.076	10,9	20.831	2,31	(2,08; 2,58)	2,08	(1,86; 2,33)
50-64 år	26,8	3.477	14,7	23.197	2,13	(1,93; 2,34)	1,94	(1,76; 2,14)
65-79 år	17,8	3.815	11,0	20.358	1,76	(1,58; 1,96)	1,60	(1,43; 1,79)
≥80 år	8,5	1.486	6,2	4.625	1,45	(1,14; 1,86)	1,32	(1,03; 1,69)
Kvinder i alt	19,5	14.157	11,2	80.940	1,93	(1,83; 2,04)	1,87	(1,77; 1,98)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	22,6	20.599	12,2	144.034	2,10	(2,01; 2,19)	1,96	(1,87; 2,05)
Ikke-vestlig	19,7	3.378	13,4	4.898	1,61	(1,40; 1,85)	1,35	(1,17; 1,55)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for daglig rygning blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1).

\*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.1.2** Daglig rygning. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	29,9	24,5	24,8	22,0
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,79 (0,75; 0,83)	0,79 (0,75; 0,83)	0,66 (0,63; 0,69)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	19,4	15,7	15,4	12,3
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,80 (0,78; 0,82)	0,78 (0,77; 0,80)	0,60 (0,59; 0,62)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for daglig rygning i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.2 Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, er en smule mindre blandt beboere i almene boliger (72,2 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (74,2 %) (tabel 6.2.1). Et tilsvarende mønster ses dog kun blandt mænd samlet set og i aldersgruppen 50-64 år. Blandt kvinder i aldersgruppen 65-79 år ses en større andel, der ryger dagligt og gerne vil stoppe med at ryge, blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes det, at der ikke er forskel i andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund med undtagelse af mænd samlet set og i aldersgruppen 50-64 år samt kvinder i aldersgruppen 65-79 år. På grund af store variationer i andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund ses et usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\*). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større, for andre mindre, og for andre igen er der ingen forskel ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen mindre blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. For kvinder i almene boliger falder andelen med stigende alder. For mænd i både almene og ikke-almene boliger samt kvinder i ikke-almene boliger er andelen omtrent den samme i aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år, hvorefter andelen falder med stigende (tabel 6.2.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses der ingen udvikling i andelen, der ryger dagligt og gerne vil holde op med at ryge, hverken blandt beboere i almene boliger (fra 71,9 % til 72,2 %) eller blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 74,9 % til 74,3 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.2.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), ses en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.2.1** Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	72,2	4.949	74,3	17.062	0,90	(0,83; 0,98)	0,96	(0,88; 1,05)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	76,8	263	80,4	777	0,79	(0,55; 1,14)	0,85	(0,58; 1,23)
30-49 år	77,3	615	80,6	2.032	0,79	(0,61; 1,02)	0,88	(0,68; 1,13)
50-64 år	67,3	752	74,1	2.882	0,71	(0,58; 0,87)	0,76	(0,62; 0,93)
65-79 år	59,5	550	59,4	2.438	1,01	(0,81; 1,25)	1,05	(0,85; 1,31)
≥80 år	33,1	96	33,7	314	0,95	(0,55; 1,64)	1,01	(0,58; 1,73)
Mænd i alt	69,8	2.276	73,1	8.443	0,84	(0,74; 0,94)	0,87	(0,77; 0,99)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	85,8	351	82,5	1.000	1,25	(0,85; 1,85)	1,35	(0,91; 2,01)
30-49 år	79,0	672	82,3	2.136	0,84	(0,65; 1,07)	0,93	(0,72; 1,19)
50-64 år	73,3	896	77,0	3.175	0,85	(0,70; 1,03)	0,92	(0,75; 1,12)
65-79 år	67,4	640	63,2	2.036	1,25	(1,01; 1,54)	1,34	(1,08; 1,66)
≥80 år	41,3	114	38,7	272	1,09	(0,66; 1,80)	1,17	(0,71; 1,95)
Kvinder i alt	74,6	2.673	75,6	8.619	0,97	(0,86; 1,08)	1,08	(0,95; 1,21)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	72,2	4.338	74,1	16.441	0,91	(0,84; 0,99)	0,99	(0,90; 1,08)
Ikke-vestlig	71,8	611	77,7	621	0,72	(0,53; 0,97)	0,80	(0,59; 1,08)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for gerne at ville holde op med at ryge blandt beboere i almene boliger, der ryger dagligt i forhold til beboere i ikke-almene boliger, der ikke ryger dagligt (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.2.2** Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>	71,9	71,5	72,0	72,2
<b>%</b>				
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,03 (0,93; 1,15)	1,04 (0,94; 1,15)	1,11 (1,00; 1,23)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
<b>%</b>				
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,95 (0,90; 0,99)	0,96 (0,92; 1,01)	1,06 (1,01; 1,12)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for gerne at ville holde op med at ryge blandt beboere, der ryger dagligt i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.3 Ryger $\geq 15$ cigaretter om dagen

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, er større blandt beboere i almene boliger (10,4 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (5,1 %) (tabel 6.3.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen 80 år eller derover blandt kvinder, hvor der ikke ses en forskel i andelen mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen  $\geq 80$  år blandt kvinder. Overordnet set er de justerede OR tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder indtil alder 50-64 år, hvor den er størst. Herefter falder andelen igen med stigende alder (tabel 6.3.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en faldende andel, der ryger 15 eller flere cigaretter om dagen, både blandt beboere i almene boliger (fra 17,1 % til 10,4 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 9,8 % til 5,1 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.3.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.3.1** Ryger  $\geq 15$  cigaretter om dagen blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	10,4	23.908	5,1	148.757	2,15	(2,03; 2,28)	2,06	(1,93; 2,19)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	5,7	1.712	3,5	8.463	1,62	(1,25; 2,11)	1,57	(1,20; 2,05)
30-49 år	17,6	2.161	7,2	15.714	2,79	(2,41; 3,23)	2,07	(1,77; 2,41)
50-64 år	21,3	2.468	9,4	19.914	2,61	(2,30; 2,96)	2,19	(1,92; 2,50)
65-79 år	11,9	2.599	5,3	19.485	2,39	(2,03; 2,80)	2,08	(1,77; 2,45)
$\geq 80$ år	4,3	848	1,5	4.317	3,02	(1,81; 5,04)	2,68	(1,60; 4,48)
Mænd i alt	13,5	9788	6,4	67.893	2,29	(2,12; 2,48)	2,04	(1,88; 2,23)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	3,7	2.303	2,2	11.925	1,78	(1,34; 2,37)	1,94	(1,46; 2,58)
30-49 år	10,1	3.068	4,1	20.819	2,67	(2,28; 3,11)	2,37	(2,02; 2,79)
50-64 år	12,3	3.466	5,6	23.175	2,34	(2,04; 2,67)	2,08	(1,81; 2,39)
65-79 år	6,8	3.800	3,4	20.331	2,01	(1,69; 2,39)	1,80	(1,51; 2,14)
$\geq 80$ år	2,0	1.483	1,5	4.614	1,39	(0,85; 2,26)	1,24	(0,76; 2,03)
Kvinder i alt	7,8	14.120	3,8	80.864	2,12	(1,95; 2,31)	2,05	(1,88; 2,24)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	10,8	20.542	5,1	143.866	2,24	(2,11; 2,38)	2,10	(1,98; 2,24)
Ikke-vestlig	8,5	3.366	4,3	4.891	2,09	(1,67; 2,62)	1,68	(1,34; 2,10)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at ryge mere end 15 cigaretter dagligt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.3.2** Ryger  $\geq 15$  cigaretter om dagen. Udvikling blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	17,1	13,0	12,7	10,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,76 (0,71; 0,82)	0,74 (0,69; 0,79)	0,56 (0,53; 0,60)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	9,8	7,4	7,0	5,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,77 (0,75; 0,80)	0,74 (0,71; 0,76)	0,53 (0,51; 0,55)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at ryge mere end 15 cigaretter dagligt i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.4 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge

Et højt alkoholforbrug øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme samt tidlig død (12-16). Dertil kan et højt alkoholforbrug føre til en lang række psykosociale konsekvenser for den enkelte og dennes familie og netværk samt øge risikoen for arbejdsløshed, ulykker, vold og selvmord (13, 15, 17-19). Både mængden af alkoholforbruget og drikkemønsteret kan have betydning for helbreds-konsekvenserne (14, 20). For nogle sygdomme er alkohol ikke den direkte årsag til sygdommen, men forværrer prognosen og kan forringe behandlingseffekten. I Danmark er der årlig omkring 2.500 dødsfald grundet alkohol (11). Dette svarer til omkring 5 % af alle dødsfald i Danmark. Der ses også ekstra kontakter i sundhedsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær, som kan tilskrives alkoholindtag (11).

Svarpersonerne er blevet spurgt om deres alkoholforbrug ved at angive, hvor mange genstande de typisk drikker for hver af kategorierne øl/alkoholcider, vin/hedvin og spiritus/alkoholsodavand. Personer, der drikker alkohol, er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil nedsætte deres alkoholforbrug. I det følgende præsenteres opgørelser over andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge (jævnfør Sundhedsstyrelsen udmelding om alkohol (16)). Derefter opgøres andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, samt andelen (afsnit 6.5), der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt (afsnit 6.6).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, er mindre blandt beboere i almene boliger (11,4 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (16,6 %) (tabel 6.4.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn og etnisk baggrund samt for nogle aldersgrupper. Når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer, ses der ingen forskel blandt beboere i almene og ikke-almene boliger blandt aldersgrupperne 30-49 år for begge køn og aldersgruppen 50-64 år for mænd. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes eller fjernes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer. Eneste undtagelse fra dette mønster ses for beboere med ikke-vestlig baggrund, hvor den ujusterede OR er tættest på 1. Det betyder, at for denne gruppe bliver forskellene større ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Både blandt mænd og kvinder i almene og ikke-almene boliger er andelen størst i aldersgruppen 65-79 år og mindst i aldersgruppen 30-49 år samt aldersgruppen 16-29 år blandt mænd i almene boliger (tabel 6.4.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tydelig tendens til et fald i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, både blandt beboere i almene boliger (fra 20,4 % til 11,4 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 25,3 % til 16,6 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.4.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR<sup>\*</sup>), bekræftes den mindre andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.4.1** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	11,4	22.760	16,6	144.215	0,65	(0,62; 0,68)	0,76	(0,72; 0,80)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	12,8	1.626	22,8	8.163	0,50	(0,42; 0,59)	0,58	(0,49; 0,69)
30-49 år	13,2	2.051	16,6	15.318	0,77	(0,66; 0,90)	1,00	(0,85; 1,16)
50-64 år	21,9	2.354	25,3	19.448	0,81	(0,73; 0,91)	1,00	(0,89; 1,12)
65-79 år	25,4	2.471	33,7	18.851	0,67	(0,60; 0,75)	0,76	(0,68; 0,84)
≥80 år	21,8	772	27,7	4.008	0,75	(0,61; 0,92)	0,78	(0,64; 0,96)
Mænd i alt	17,7	9.274	23,9	65.788	0,68	(0,64; 0,73)	0,81	(0,76; 0,87)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	6,8	2.225	11,5	11.542	0,56	(0,46; 0,68)	0,66	(0,55; 0,80)
30-49 år	3,1	2.968	4,1	20.375	0,77	(0,61; 0,98)	0,93	(0,73; 1,18)
50-64 år	5,6	3.366	9,6	22.725	0,57	(0,48; 0,67)	0,63	(0,53; 0,75)
65-79 år	9,7	3.591	14,6	19.580	0,63	(0,55; 0,72)	0,66	(0,58; 0,75)
≥80 år	6,8	1.336	10,6	4.205	0,63	(0,49; 0,81)	0,64	(0,49; 0,83)
Kvinder i alt	6,2	13.486	9,4	78.427	0,64	(0,59; 0,70)	0,68	(0,62; 0,74)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	13,4	19.539	17,2	139.497	0,74	(0,71; 0,78)	0,77	(0,73; 0,81)
Ikke-vestlig	3,2	3.221	5,3	4.718	0,62	(0,47; 0,81)	0,56	(0,43; 0,74)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.4.2** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	20,4	16,9	13,7	11,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,76 (0,71; 0,81)	0,59 (0,55; 0,63)	0,46 (0,44; 0,49)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	25,3	21,8	18,8	16,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,79 (0,77; 0,80)	0,65 (0,63; 0,66)	0,55 (0,53; 0,56)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## **6.5 Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget**

### **Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger**

Andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, er større blandt beboere i almene boliger (27,4 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (23,6 %) (tabel 6.5.1). Et tilsvarende mønster ses blandt mænd på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund med undtagelse af mænd i aldersgruppen 80 år eller derover og beboere med ikke-vestlig baggrund, hvor der ikke ses nogen forskel i andelen blandt beboere i almene boliger og ikke-almene boliger. Andelen er omtrent den samme blandt kvinder i almene boliger og kvinder i ikke-almene boliger med undtagelse af aldersgruppen  $\geq 80$  år, hvor andelen er større blandt kvinder i almene boliger end ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set samt blandt mænd (med undtagelse af aldersgruppen  $\geq 80$  år), kvinder i aldersgruppen  $\geq 80$  år og beboere med dansk/vestlig baggrund. De justerede OR er overordnet set længere fra 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger bliver større, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### **Tendenser inden for hver boligform**

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen stort set ens blandt mænd og kvinder i almene boliger, mens andelen er større blandt kvinder end blandt mænd i ikke-almene boliger. I både almene og ikke-almene boliger og blandt både mænd og kvinder er andelen størst i aldersgruppen 30-49 år og mindst i aldersgruppen 80 år eller derover (tabel 6.5.1).

### **Udvikling**

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne vil nedsætte alkoholforbruget, både blandt beboere i almene boliger (fra 22,1 % til 27,4 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 19,9 til 23,6 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.5.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.



**Tabel 6.5.1** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	27,4	3.624	23,6	31.182	1,22	(1,11; 1,34)	1,37	(1,24; 1,52)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	23,8	280	14,8	2.215	1,75	(1,24; 2,47)	1,72	(1,22; 2,44)
30-49 år	41,8	344	31,6	3.480	1,56	(1,21; 2,01)	1,64	(1,27; 2,12)
50-64 år	32,2	652	26,4	5.942	1,32	(1,08; 1,62)	1,37	(1,12; 1,68)
65-79 år	19,2	796	15,7	7.349	1,29	(1,04; 1,60)	1,34	(1,08; 1,65)
≥80 år	N/A	224	5,7	1.319	0,72	(0,32; 1,60)	0,77	(0,34; 1,71)
Mænd i alt	27,4	2.296	21,7	20.305	1,36	(1,21; 1,53)	1,48	(1,30; 1,67)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	20,9	236	18,6	1.745	1,18	(0,79; 1,75)	1,17	(0,79; 1,74)
30-49 år	46,1	168	42,5	1.636	1,16	(0,81; 1,65)	1,36	(0,94; 1,96)
50-64 år	40,9	314	38,8	3.181	1,10	(0,84; 1,44)	1,26	(0,95; 1,66)
65-79 år	17,0	485	19,6	3.692	0,81	(0,61; 1,07)	0,89	(0,68; 1,18)
≥80 år	10,4	125	4,8	623	2,39	(1,08; 5,28)	2,81	(1,27; 6,20)
Kvinder i alt	27,3	1.328	27,8	10.877	0,98	(0,84; 1,14)	1,19	(1,02; 1,40)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	26,9	3.475	23,4	30.794	1,20	(1,09; 1,33)	1,38	(1,25; 1,53)
Ikke-vestlig	34,4	149	32,4	388	1,04	(0,65; 1,66)	1,28	(0,79; 2,06)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne ville nedsætte alkoholforbruget, blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund. N/A: for få svarpersoner til at lave opgørelse

**Tabel 6.5.2** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	22,1	25,1	27,3	27,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,25 (1,10;1,42)	1,41 (1,25;1,59)	1,48 (1,31;1,68)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	19,9	21,7	24,0	23,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,15 (1,10;1,20)	1,35 (1,30;1,41)	1,35 (1,29;1,41)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og gerne ville nedsætte alkoholforbruget i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.6 Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, er lidt mindre blandt beboere i almene boliger (7,6 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (9,4 %) (tabel 6.6.1). Et tilsvarende mønster ses blandt mænd og kvinder overordnet set samt på tværs af etnisk baggrund. Opdelt på aldersgrupper ses dette mønster dog kun for den yngste aldersgruppe (16-29 år), hvorimod andelen stort set er ens blandt beboere i almene og ikke-almene boliger blandt de øvrige aldersgrupper. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel i andelen, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger i den yngste aldersgruppe (16-29 år) for begge køn og i den ældste aldersgruppe blandt kvinder. Omvendt ses en større andel, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, blandt mænd i aldersgruppen 50-64 år i almene boliger sammenlignet med mænd i aldersgruppen 50-64 år i ikke-almene boliger. For de øvrige aldersgrupper ses der ingen forskel andelen mellem beboere i almene og ikke-almene boliger ved justering af de nævnte risikofaktorer. På grund af store variationer i andelen, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund, ses et noget usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\*). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større, for andre mindre, og for andre igen er der ingen forskel ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger er andelen større blandt mænd end blandt kvinder. Blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger er andelen størst i den yngste aldersgruppe. Blandt mænd i almene boliger stiger andelen indtil aldersgruppen 50-64 år, hvorefter den igen falder med stigende alder. Blandt mænd i ikke-almene boliger ses et usystematisk mønster med den største andel i aldersgruppen 16-29 år og mindst i aldersgruppen 80 år eller derover (tabel 6.6.1).

### Udvikling

I perioden 2013-2021 ses en tendens til et fald i andelen, der drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt, både blandt beboere i almene boliger (fra 11,3 % til 7,6 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 12,6 % til 9,4 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.6.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den mindre andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.6.1** Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	7,6	23.814	9,4	148.139	0,79	(0,75; 0,84)	0,90	(0,84; 0,96)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,7	1.694	18,8	8.408	0,46	(0,38; 0,56)	0,52	(0,43; 0,63)
30-49 år	10,9	2.147	11,7	15.622	0,93	(0,78; 1,09)	1,07	(0,90; 1,26)
50-64 år	17,5	2.453	15,6	19.817	1,13	(1,00; 1,29)	1,27	(1,12; 1,45)
65-79 år	11,6	2.585	11,1	19.446	1,06	(0,92; 1,23)	1,13	(0,97; 1,30)
≥80 år	5,2	857	4,9	4.316	1,10	(0,76; 1,60)	1,10	(0,76; 1,61)
Mænd i alt	11,8	9.736	13,7	67.609	0,84	(0,78; 0,91)	0,93	(0,86; 1,01)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	6,1	2.294	10,5	11.867	0,55	(0,45; 0,68)	0,63	(0,51; 0,76)
30-49 år	3,2	3.050	3,2	20.710	1,04	(0,82; 1,33)	1,13	(0,88; 1,44)
50-64 år	5,2	3.446	5,3	23.081	0,98	(0,81; 1,19)	1,01	(0,83; 1,22)
65-79 år	3,8	3.793	3,7	20.272	1,04	(0,85; 1,28)	1,02	(0,83; 1,26)
≥80 år	1,1	1.495	2,1	4.600	0,56	(0,31; 1,01)	0,54	(0,30; 0,97)
Kvinder i alt	4,2	14.078	5,2	80.530	0,80	(0,72; 0,89)	0,85	(0,77; 0,95)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	8,7	20.488	9,7	143.287	0,88	(0,83; 0,94)	0,92	(0,87; 0,98)
Ikke-vestlig	3,4	3.326	4,9	4.852	0,70	(0,53; 0,93)	0,63	(0,47; 0,83)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.6.2** Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>			
%	11,3	9,4	7,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,84 (0,75; 0,88)	0,63 (0,58; 0,69)
<b>Ikke-almene boliger</b>			
%	12,6	11,0	9,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,88 (0,85; 0,91)	0,74 (0,72; 0,76)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at drikke fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt i 2017 og 2021 i forhold 2013 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). Spørgsmålet om at drikke fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, hvorfor 2013 udgør referenceåret. \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.7 Usundt kostmønster

Et kostmønster kan ses som et samlet udtryk for kostens ernæringsmæssige kvalitet, altså hvor sund kosten vurderes at være. Et usundt kostmønster (som for eksempel et lavt indtag af frugt, grøntsager og fisk eller et højt indtag af sukker og mættet fedt) kan være en medvirkende årsag til udvikling af en række tilstande og sygdomme (21, 22). I Danmark er der årligt omkring 1.400 flere dødsfald blandt personer med et usundt kostmønster i forhold til personer med et mellemsundt til sundt kostmønster. Dette svarer til omkring 3 % af alle dødsfald i Danmark. Personer med et usundt kostmønster har også flere indlæggelser og sygedage, som resulterer i samfundsøkonomiske konsekvenser (11).

Usundt kostmønster defineres på baggrund af selvrapporterede oplysninger om indtag af frugt, grønt, fisk og fedt, hvorefter en samlet score i intervallet 1 til 9 udregnes for hver person (23). Scoren opdeles generelt i tre kostmønstergrupper: Sundt kostmønster (7-9 point), mellemsundt kostmønster (4-6 point) og usundt kostmønster (1-3 point) (23). I denne rapport defineres usundt kostmønster som personer med en score på 1-3 point. Den overordnede udvælgelse af de enkelte kostfaktorer samt konstruktionen af pointsystemet er udviklet og valideret af forskere fra (det tidligere) Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Region Hovedstaden og er foretaget ud fra ernærings- og sundhedsmæssige overvejelser i relation til udviklingen af hjertekarsygdomme (4). Svarpersonerne er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil spise mere sundt.

I det følgende præsenteres opgørelser over andelen, der har et usundt kostmønster. Dertil opgøres andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt (afsnit 6.7).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med et usundt kostmønster er større blandt beboere i almene boliger (23,6 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (16,5 %) (tabel 6.7.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med et usundt kostmønster blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund, med undtagelse af ikke-vestlig baggrund, hvor der ingen forskel er mellem beboere i almene og ikke-almene boliger. På grund af store variationer i andelen med et usundt kostmønster på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund ses et noget usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\* i forhold til ujusteret). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større, for andre mindre, og for andre igen er der ingen forskel ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger falder andelen overordnet set en smule med stigende alder. Blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder med undtagelse af den ældste aldersgruppe (80 år eller derover), hvor den igen stiger (tabel 6.7.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigende andel med et usundt kostmønster både blandt beboere i almene boliger (fra 18,0 % til 23,6 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 12,4 % til 16,5 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.7.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.7.1** Usundt kostmønster blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	23,6	23.050	16,5	145.153	1,56	(1,50; 1,62)	1,55	(1,49; 1,62)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	29,4	1.629	22,2	8.052	1,45	(1,27; 1,66)	1,62	(1,42; 1,86)
30-49 år	31,0	2.102	21,0	15.395	1,70	(1,51; 1,90)	1,64	(1,46; 1,85)
50-64 år	30,2	2.406	21,2	19.538	1,58	(1,42; 1,76)	1,58	(1,41; 1,76)
65-79 år	26,7	2.503	19,7	18.922	1,49	(1,33; 1,66)	1,44	(1,28; 1,60)
≥80 år	26,5	764	20,3	3.996	1,43	(1,17; 1,76)	1,29	(1,05; 1,59)
Mænd i alt	29,4	9.404	21,0	65.903	1,56	(1,47; 1,65)	1,56	(1,47; 1,66)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	22,1	2.235	15,4	11.622	1,57	(1,39; 1,78)	1,69	(1,48; 1,92)
30-49 år	18,7	2.992	11,8	20.507	1,74	(1,56; 1,95)	1,55	(1,38; 1,74)
50-64 år	17,0	3.401	10,5	22.845	1,78	(1,59; 1,99)	1,60	(1,43; 1,79)
65-79 år	16,7	3.672	10,4	19.971	1,74	(1,55; 1,94)	1,57	(1,40; 1,76)
≥80 år	20,8	1.346	15,4	4.305	1,40	(1,17; 1,67)	1,26	(1,05; 1,50)
Kvinder i alt	18,8	13.646	12,1	79.250	1,69	(1,60; 1,79)	1,56	(1,47; 1,66)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	26,3	19.807	16,9	140.407	1,76	(1,69; 1,83)	1,61	(1,55; 1,68)
Ikke-vestlig	12,5	3.243	10,2	4.746	1,28	(1,08; 1,51)	1,03	(0,87; 1,22)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for usundt kostmønster blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.7.2** Usundt kostmønster. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	18,0	19,0	21,5	23,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,13 (1,07; 1,21)	1,33 (1,26; 1,41)	1,45 (1,37; 1,54)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	12,4	13,1	14,8	16,5
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,11 (1,08; 1,14)	1,31 (1,28; 1,34)	1,48 (1,44; 1,52)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for usundt kostmønster i 2013, 2017 og 2021 i forhold til 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.8 Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt, er lidt større blandt beboere i almene boliger (61,6 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (58,4 %) (tabel 6.8.1). Et tilsvarende mønster genfindes dog kun blandt mænd samlet set og i den yngste aldersgruppe (16-29 år) og blandt beboere med dansk/vestlig baggrund. For alle øvrige aldersgrupper og blandt beboere med ikke-vestlig baggrund er andelen stort set ens blandt beboere i almene og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt, blandt mænd samlet set og i aldersgruppen 16-29 år i almene boliger sammenlignet med mænd henholdsvis samlet set og i aldersgruppen 16-29 år i ikke-almene boliger. Dertil bekræftes ingen forskel i andelen for de øvrige aldersgrupper. Overordnet set er der ingen betydelige ændringer i de justeret OR sammenlignet med de ujusteret OR. Det betyder, at de nævnte mønstre i andelen med et usundt kostmønster ikke ændres ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger er andelen større blandt kvinder end blandt mænd. Endvidere falder andelen overordnet set med stigende alder blandt både mænd og kvinder i både almene og ikke-almene boliger (tabel 6.8.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der har et usundt kostmønster og gerne vil spise mere sundt, både blandt beboere i almene boliger (fra 55,2 % til 61,6 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 54,5 % til 58,4 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.8.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.8.1** Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	61,6	5.251	58,4	22.478	1,16	(1,08; 1,24)	1,20	(1,11; 1,29)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	71,3	473	64,3	1.823	1,44	(1,13; 1,84)	1,42	(1,12; 1,81)
30-49 år	68,2	651	65,7	3.304	1,12	(0,92; 1,37)	1,21	(0,98; 1,48)
50-64 år	52,2	729	51,1	4.073	1,06	(0,88; 1,27)	1,15	(0,96; 1,39)
65-79 år	34,9	660	32,3	3.498	1,13	(0,92; 1,38)	1,18	(0,96; 1,44)
≥80 år	24,1	197	23,1	757	1,06	(0,70; 1,60)	1,14	(0,76; 1,73)
Mænd i alt	57,8	2.710	53,7	13.455	1,20	(1,09; 1,32)	1,23	(1,11; 1,36)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	84,8	512	81,1	1.820	1,30	(0,96; 1,76)	1,30	(0,96; 1,77)
30-49 år	77,2	573	77,7	2.404	0,97	(0,76; 1,24)	1,01	(0,79; 1,29)
50-64 år	64,8	595	63,5	2.281	1,04	(0,84; 1,28)	1,09	(0,88; 1,34)
65-79 år	47,4	597	42,4	1.893	1,19	(0,96; 1,47)	1,23	(1,00; 1,51)
≥80 år	32,3	264	29,4	625	1,21	(0,85; 1,71)	1,25	(0,89; 1,77)
Kvinder i alt	66,4	2.541	66,2	9.023	1,01	(0,91; 1,12)	1,15	(1,03; 1,29)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	59,9	4.888	57,8	22.018	1,10	(1,02; 1,18)	1,19	(1,10; 1,29)
Ikke-vestlig	75,5	363	74,9	460	1,16	(0,80; 1,67)	1,25	(0,85; 1,83)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for gerne at ville spise mere sundt blandt personer, der har et usundt kostmønster, blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.8.2** Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	55,2	52,4	58,8	61,6
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,89 (0,79; 1,00)	1,23 (1,10; 1,38)	1,34 (1,21; 1,50)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	54,5	50,8	55,4	58,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,89 (0,84; 0,93)	1,09 (1,03; 1,15)	1,26 (1,20; 1,32)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for gerne at ville spise mere sundt blandt personer, der har et usundt kostmønster, i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.9 Stillesiddende fritidsaktivitet

Fysisk inaktivitet, her målt som stillesiddende fritidsaktivitet, øger risikoen for en række tilstande og sygdomme, herunder type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, metabolisk syndrom og bryst- og tyktarmskræft samt tidlig død (24-26). Den forebyggende effekt af fysisk aktivitet på risikoen for tidlig død ses blandt mænd og kvinder i alle aldersgrupper og uanset en eventuel tilstedeværelse af andre risikofaktorer, for eksempel svær overvægt (27). I Danmark er der årligt knap 5.000 flere dødsfald blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet i forhold til personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet (11). Dette udgør omkring 9 % af alle dødsfald. Personer med stillesiddende fritidsaktivitet har også flere kontakter til læge, flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer med fysisk aktiv fritidsaktivitet, hvilket har store samfundsøkonomiske konsekvenser (11).

Stillesiddende fritidsaktivitet defineres ud fra selvrapporterede oplysninger om svarpersonernes fysiske aktivitetsniveau i fritiden ved spørgsmålsformuleringen 'Hvis du ser på det seneste år, hvad ville du så sige passer bedst som beskrivelse på din fysiske aktivitet i fritiden?' med svarmulighederne 'Træner hårdt og dyrker konkurrenceidræt regelmæssigt og flere gange om ugen', 'Dyrker motionsidræt eller tungt havearbejde eller lignende mindst 4 timer om ugen', 'Spadserer, cykler eller har anden lettere motion mindst 4 timer per uge (medregn også søndagsture, lettere havearbejde og cykling/gang til arbejde)' og 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse'. I denne undersøgelse kategoriseres gruppen 'Læser, ser fjernsyn eller har anden stillesiddende beskæftigelse' som stillesiddende fritidsaktivitet. Svarpersonerne er endvidere blevet spurgt om, hvorvidt de gerne vil være mere fysisk aktive. I det følgende præsenteres opgørelser over andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, samt andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv (afsnit 6.10).

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, er større blandt beboere i almene boliger (30,3 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (16,8 %) (tabel 6.9.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR), bekræftes den større andel, der har stillesiddende fritidsaktivitet, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

For almene og ikke-almene boliger ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). I både almene og ikke-almene boliger ses en tendens til en stort set ens andel blandt mænd og kvinder. Andelen størst blandt mænd og kvinder på 80 år eller derover i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i almene boliger er andelen nogenlunde ens i de øvrige aldersgrupper. Derimod falder andelen blandt beboere i ikke-almene med stigende alder indtil aldersgruppen 50-65 år, hvorefter andelen stiger med stigende alder (tabel 6.9.1).



## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigning i andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet, både blandt beboere i almene boliger (fra 26,7 % til 30,3 % %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 13,7 % til 16,8 %) (deskriptiv tendens, ikke testet for statistisk signifikans) (tabel 6.9.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.9.1** Stillesiddende fritidsaktivitet blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	30,3	23.414	16,8	146.540	2,15	(2,07; 2,23)	1,72	(1,65; 1,79)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	28,3	1.662	19,6	8.235	1,64	(1,44; 1,87)	1,48	(1,29; 1,70)
30-49 år	29,1	2.103	16,9	15.428	2,03	(1,81; 2,29)	1,59	(1,40; 1,79)
50-64 år	30,0	2.416	13,9	19.658	2,66	(2,38; 2,97)	2,23	(1,99; 2,50)
65-79 år	31,4	2.551	15,6	19.278	2,48	(2,23; 2,77)	2,21	(1,98; 2,46)
≥80 år	48,0	832	32,7	4.240	1,93	(1,63; 2,30)	1,79	(1,51; 2,14)
Mænd i alt	30,6	9.564	17,2	66.839	2,15	(2,03; 2,27)	1,80	(1,69; 1,91)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	26,3	2.240	16,3	11.699	1,85	(1,64; 2,08)	1,48	(1,31; 1,68)
30-49 år	27,9	3.002	15,0	20.484	2,18	(1,97; 2,42)	1,58	(1,42; 1,76)
50-64 år	27,2	3.409	12,8	22.867	2,49	(2,25; 2,75)	1,95	(1,76; 2,17)
65-79 år	27,6	3.739	16,1	20.132	1,96	(1,79; 2,16)	1,74	(1,58; 1,91)
≥80 år	54,1	1.460	40,8	4.519	1,68	(1,47; 1,91)	1,54	(1,35; 1,76)
Kvinder i alt	30,0	13.850	16,5	79.701	2,15	(2,05; 2,26)	1,66	(1,58; 1,75)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	28,7	20.191	16,2	141.808	2,08	(2,00; 2,16)	1,81	(1,74; 1,89)
Ikke-vestlig	36,9	3.223	27,5	4.732	1,50	(1,35; 1,68)	1,30	(1,17; 1,46)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for stillesiddende fritidsaktivitet blandt beboere i almene boliger i forhold til end beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.9.2** Stillesiddende fritidsaktivitet. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017 <sup>2</sup>	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	26,7	27,0	30,0	30,3
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,03 (0,98; 1,09)	1,24 (1,09; 1,40)	1,19 (1,13; 1,26)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	13,7	14,5	18,3	16,8
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,1 (1,07; 1,12)	1,44 (1,36; 1,53)	1,26 (1,22; 1,29)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for stillesiddende fritidsaktivitet i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform.<sup>2</sup>Opgørelser for 2017 er baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 6.10 Har stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv

I dette afsnit præsenteres opgørelser for at have stillesiddende fritidsaktivitet og gerne ville være mere fysisk aktiv, som i denne rapport er belyst ved spørgsmålet præsenteret i afsnit 6.9 ('Stillesiddende fritidsaktivitet') samt følgende spørgsmål: 'Vil du gerne være mere fysisk aktiv?' med svarmulighederne 'Ja', 'Nej' og 'Ved ikke'. I afsnittet indgår således opgørelser for gerne at ville være mere fysisk aktivt blandt personer med stillesiddende fritidsaktivitet.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, er mindre blandt beboere i almene boliger (64,8 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (71,3 %) (tabel 6.10.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Eneste undtagelser ses blandt mænd og kvinder i aldersgrupperne 16-29 år og 65-79 år, hvor andelen er stort set ens blandt beboere i almene boliger og i ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR, bekræftes den mindre andel, der har stillesiddende fritidsaktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger kun for enkelte aldersgrupper (30-49 år og 50-64 år) samt blandt beboere med dansk/vestlig baggrund. For de øvrige aldersgrupper og for beboere med ikke-vestlig baggrund ses ingen forskel mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger. På grund af store variationer i andelen, der har stillesiddende fritidsaktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund, ses et noget usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\*). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større og for andre mindre ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis ses i både almene og ikke-almene boliger en tendens til en lidt mindre andel blandt mænd end blandt kvinder. Blandt mænd og kvinder i almene boliger falder andelen med stigende alder. Blandt beboere i ikke-almene boliger falder andelen blandt mænd og kvinder med stigende alder fra aldersgruppen 30-49 år (tabel 6.10.1).

### Udvikling

I hele perioden 2010-2021 ses en stort set uændret andel, der har stillesiddende fritidsaktivitet og gerne vil være mere fysisk aktiv, både blandt beboere i almene boliger (63,3 % i 2010 og 64,8 % i 2021) og blandt beboere i ikke-almene boliger (70,9 % i 2010 og 71,3 % i 2021) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 6.10.2). Dog ses en stigning i andelen fra 2013 (62,5 %) til 2017 (70,9 %). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes uændrede andele i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 6.10.1** Stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	64,8	6.652	71,3	22.637	0,75	(0,70; 0,80)	0,90	(0,83; 0,97)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	75,9	460	74,8	1.614	1,07	(0,82; 1,39)	1,19	(0,90; 1,56)
30-49 år	71,7	595	81,0	2.482	0,58	(0,46; 0,73)	0,75	(0,59; 0,95)
50-64 år	55,2	686	66,7	2.550	0,62	(0,51; 0,75)	0,71	(0,58; 0,87)
65-79 år	54,5	721	54,4	2.772	0,99	(0,82; 1,20)	1,12	(0,92; 1,36)
≥80 år	35,8	344	45,6	1.270	0,68	(0,51; 0,90)	0,75	(0,56; 1,01)
Mænd i alt	62,8	2.806	68,9	10.688	0,76	(0,69; 0,84)	0,89	(0,80; 0,99)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	85,0	565	84,5	1.859	1,03	(0,77; 1,38)	1,26	(0,93; 1,70)
30-49 år	77,1	773	87,5	2.860	0,51	(0,40; 0,65)	0,70	(0,55; 0,89)
50-64 år	67,9	835	76,3	2.692	0,63	(0,52; 0,77)	0,81	(0,66; 1,00)
65-79 år	56,7	963	59,7	2.891	0,91	(0,77; 1,08)	1,03	(0,87; 1,23)
≥80 år	41,0	710	46,8	1.647	0,81	(0,67; 0,99)	0,87	(0,71; 1,07)
Kvinder i alt	66,5	3.846	73,7	11.949	0,72	(0,66; 0,79)	0,91	(0,82; 1,00)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	64,5	5.472	71,2	21.334	0,73	(0,68; 0,79)	0,88	(0,82; 0,95)
Ikke-vestlig	65,6	1.180	72,0	1.303	0,78	(0,64; 0,95)	0,98	(0,79; 1,20)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at have stillesiddende fritidsaktivitet og gerne ville være mere fysisk aktiv blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 6.10.2** Stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>

	2010	2013	2017 <sup>2</sup>	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	63,3	62,5	70,9	64,8
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,97 (0,87; 1,08)	1,39 (1,08; 1,78)	1,06 (0,96; 1,16)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	70,9	69,5	74,5	71,3
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,96 (0,90; 1,01)	1,19 (1,05; 1,36)	1,03 (0,98; 1,08)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for at have stillesiddende fritidsaktivitet og gerne ville være mere fysisk aktiv i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform.<sup>2</sup>Opgørelser i 2017 er baseret på data fra Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## Referencer

1. Due P, Holstein BE. Sundhedsadfærd. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2009.
2. Iversen L. Livsstil og helbred. I: Lund R, Christensen U, Iversen L, red. Medicinsk sociologi. København: Munksgaard, 2012.
3. Grønbæk M. Forebyggelse og epidemiologiske analyser. I: Kamper-Jørgensen F, Almind G, Jensen BB, red. Forebyggende sundhedsarbejde. København: Munksgaard, 2009.
4. National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion (US) Office on Smoking and Health. The health consequences of smoking - 50 years of progress: a report of the Surgeon General. Atlanta, GA: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention (US), 2014.
5. Møller SP, Sørensen I, Christensen AI, Tolstrup JS. Risikofaktorer for udvalgte hjertesygdomme: Livsstil og psykosociale forhold. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2017.
6. Eriksen L, Davidsen M, Jensen HAR, et al. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
7. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
8. Jha P, Ramasundarahettige C, Landsman V, et al. 21st-century hazards of smoking and benefits of cessation in the United States. *N Engl J Med.* 2013;368:341-50.
9. Pirie K, Peto R, Reeves GK, et al., The 21st century hazards of smoking and benefits of stopping: a prospective study of one million women in the UK. *Lancet.* 2013. 381:133-41.
10. Doll R, Peto R, Boreham J, Sutherland I. Mortality in relation to smoking: 50 years' observations on male British doctors. *BMJ.* 2004;328:1519.
11. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark – risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
12. Becker U. Alkoholrelaterede somatiske skader. I: Becker U, Tolstrup JS, red. Alkohol-brug, konsekvenser og behandling. 1. udgave. 1. oplag. København: Munksgaard, 2016.
13. Rehm J, Gmel Sr GE, Gmel G, et al. The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease - an update. *Addiction.* 2017;112:968-1001.
14. Lassen TH, Petersen MNS, Hviid SS, et al. Alkoholrelaterede helbredskonsekvenser – en systematisk litteraturgennemgang af nyeste evidens. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
15. Hviid S, Holst C, Becker U, Tolstrup J. Alkoholrelaterede dødsfald blandt 15-25-årige, 2010-2019. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2021.
16. Sundhedsstyrelsen. Notat: Sundhedsstyrelsens udmeldinger om indtag af alkohol. Sagsnr. 03-0900-167. Sundhedsstyrelsen, 2022.
17. Strøbæk L, Flachs EM, Ryd JT, Davidsen M, et al. Sygdomsbyrden i Danmark - ulykker, selvskade og selvmord. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2016.
18. Jørgensen MB, Pedersen J, Thygesen LC, et al. Alcohol consumption and labour market participation: a prospective cohort study of transitions between work, unemployment, sickness absence, and social benefits. *Eur J Epidemiol.* 2019;34:397-407.
19. Hjarnaa L, Hviid S, Becker U, Laursen B, Tolstrup S. Alkoholforbrug og forekomsten af ulykker og vold blandt unge - Data fra Ungdomsprofilen 2014 og Landspatientregistre. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2020.
20. 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.

21. World Health Organization (WHO). Diet, nutrition, and the prevention of chronic diseases: report of a joint WHO/FAO expert consultation. WHO Technical Report Series. Geneva: WHO, 2003.
22. Tetens I, Andersen LB, Astrup A, et al. Evidensgrundlaget for danske råd om kost og fysisk aktivitet. Søborg: Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet (DTU), 2013.
23. Toft U, Kristoffersen LH, Lau C, Borch-Johnsen K, Jørgensen T. The Dietary Quality Score: validation and association with cardiovascular risk factors: the Inter99 study. *Eur J Clin Nutr.* 2007;61:270-8.
24. World Health Organization (WHO). WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva: WHO, 2020.
25. Moore SC, Lee I-M, Weiderpass E, et al. Association of leisure-time physical activity with risk of 26 types of cancer in 1.44 million adults. *JAMA Intern Med.* 2016;176:816-25.
26. Lee I-M, Shiroma EJ, Lobelo F, et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012;380:219-29.
27. Pedersen B, Andersen L. Fysisk aktivitet – håndbog om forebyggelse og behandling. København: Sundhedsstyrelsen, 2018.

# 7 Sygelighed

Kroniske sygdomme og helbredsproblemer kan medføre tab af livskvalitet og tidlig død for den enkelte samt have samfundsmæssige konsekvenser i form af øget brug af sundhedsydelse (eksempelvis kontakter til hospitalsvæsenet og praktiserende læge) og fravær fra arbejdsmarkedet (eksempelvis ved sygedage og førtidspension) (1-4). En stigende andel danskerne må i dag regne med at komme til at leve en del af deres liv med én eller flere langvarige sygdomme. Denne stigning kan blandt andet forklares med forbedrede levekår, herunder behandlingsmuligheder, hvilket resulterer i en højere middellevetid, voksende ældrebefolkning og flere leveår med kronisk sygdom. Til brug for planlægning af sundhedsfremmende og forebyggende initiativer er det vigtigt at kende forekomsten og fordelingen af langvarige sygdomme og helbredsproblemer i befolkningen.

I det følgende belyses andelen, der har udvalgte specifikke sygdomme og helbredsproblemer samt symptomer på sygelighed, som afspejler både fysiske (svær overvægt (afsnit 7.1), diabetes (afsnit 7.2), kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) (afsnit 7.3), astma (afsnit 7.4), allergi (afsnit 7.5), migræne eller hyppig hovedpine (afsnit 7.6), diskusprolaps eller andre rygssygdomme (afsnit 7.7)) og mentale aspekter (psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed (afsnit 7.8), psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed (afsnit 7.9)).

## 7.1 Svær overvægt

Svær overvægt øger risikoen for en lang række tilstande og sygdomme, såsom type 2-diabetes, hjertekarsygdomme, flere former for kræft, søvnapnø, ledsmerter i bevægeapparatet, reproduktionsproblemer og tidlig død (5-13). Hertil kommer en øget risiko for psykosociale problemer, såsom dårlig trivsel og nedsat livskvalitet (14, 15) samt en øget risiko for at udvikle multisygdom (16). For nogle sygdomme kan svær overvægt samtidig forværre prognosen (for eksempel prostatakræft (17)), og personer med svær overvægt tilbydes i dag influenza- og coronavaccination på linje med personer med kronisk sygdom, da de er i øget risiko for at få et alvorligt forløb ved disse infektioner (18, 19). I Danmark er der årligt omkring 1,4 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med svær overvægt i forhold til personer uden svær overvægt. Personer med svær overvægt har en højere dødelighed samt flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden svær overvægt (20).

Svær overvægt defineres i denne rapport på baggrund af følgende selvrapporterede oplysninger om højde og vægt: 1) 'Hvor høj er du (uden sko)?' med svarangivelse i cm, og 2) 'Hvor meget vejer du i hele kg (uden tøj)?' med svarangivelse i kilogram. Oplysningerne bruges til at beregne Body Mass Index (BMI): vægt i kg/(højde i m)<sup>2</sup>. Svær overvægt defineres som et BMI på 30 eller derover.

BMI tager ikke højde for fordelingen af fedt og muskler på kroppen, men er alene et udtryk for forholdet mellem vægt og højde. To personer med samme BMI godt kan derfor have en forskellig fordeling af muskler og fedt. På befolkningsniveau vurderes BMI imidlertid at være et simpelt, objektivi må, som kan bruges til at vurdere vægtstatus og -udvikling (14). De benyttede BMI-grænser gælder for voksne på 18 år eller derover. I denne rapport er kategoriseringen imidlertid også anvendt for unge i alderen 16-17 år. Således kan der være en risiko for misklassifikation af svær overvægt for personer i alderen 16-17 år, og resultaterne for aldersgruppen 16-29 år skal fortolkes med dette forbehold.

### **Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger**

Andelen af beboere med svær overvægt er større blandt beboere i almene boliger (24,3 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (17,3 %) (tabel 7.1.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med svær overvægt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. På grund af store variationer i andelen af beboere med svær overvægt på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund ses et usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\* i forhold til ujusteret OR). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større, for andre mindre, og for andre igen er der ingen forskel ved justering.

### **Tendenser inden for hver boligform**

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen overordnet set omtrent den samme blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder indtil alderen 50-64 år, hvorefter den falder med stigende alder (tabel 7.1.1).

### **Udvikling**

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en stigende andel med svær overvægt både blandt beboere i almene boliger (fra 18,3 % til 24,3 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 12,6 % til 17,3 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.1.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 for både almene og ikke-almene boliger.



**Tabel 7.1.1** Svær overvægt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	24,3	23.054	17,3	144.498	1,52	(1,47; 1,58)	1,53	(1,47; 1,59)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	15,0	1.629	8,6	8.176	1,89	(1,59; 2,25)	1,94	(1,63; 2,31)
30-49 år	25,5	2.091	18,9	15.312	1,48	(1,32; 1,67)	1,34	(1,18; 1,51)
50-64 år	30,1	2.393	22,3	19.556	1,50	(1,35; 1,67)	1,42	(1,27; 1,58)
65-79 år	27,6	2.559	20,3	19.166	1,46	(1,31; 1,63)	1,38	(1,23; 1,54)
≥80 år	17,1	842	12,9	4.187	1,40	(1,12; 1,77)	1,29	(1,02; 1,62)
Mænd i alt	23,7	9.514	17,7	66.397	1,44	(1,36; 1,53)	1,45	(1,36; 1,55)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	15,5	2.184	10,2	11.444	1,60	(1,38; 1,85)	1,68	(1,45; 1,94)
30-49 år	29,7	2.930	19,2	20.126	1,78	(1,61; 1,96)	1,69	(1,53; 1,87)
50-64 år	30,1	3.334	20,8	22.424	1,62	(1,48; 1,78)	1,54	(1,40; 1,69)
65-79 år	25,9	3.670	17,3	19.676	1,68	(1,53; 1,85)	1,58	(1,44; 1,74)
≥80 år	17,5	1.422	11,1	4.431	1,61	(1,33; 1,94)	1,51	(1,25; 1,82)
Kvinder i alt	24,8	13.540	16,9	78.101	1,60	(1,52; 1,68)	1,61	(1,53; 1,69)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	25,5	19.867	17,5	139.783	1,61	(1,54; 1,67)	1,55	(1,48; 1,61)
Ikke-vestlig	19,2	3.187	13,1	4.715	1,53	(1,33; 1,75)	1,39	(1,21; 1,61)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for svær overvægt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1).

\*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.1.2** Svær overvægt. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	18,3	19,5	22,4	24,3
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,14 (1,07; 1,21)	1,39 (1,32; 1,47)	1,50 (1,42; 1,59)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	12,6	13,2	15,8	17,3
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,10 (1,07; 1,12)	1,37 (1,33; 1,40)	1,54 (1,50; 1,58)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for svær overvægt i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.2 Diabetes

Diabetes er en sygdom, der er forbundet med en øget risiko for skader på øjne, nyrer, nerver og hjerte (21). Dette afsnit omfatter både type 1- og type 2-diabetes. Type 1-diabetes er en autoimmun sygdom, hvor kroppens immunforsvar går til angreb på egne celler, som producerer insulin, og til sidst kan man ikke selv producere insulin. Det er en kronisk tilstand, som hverken kan forebygges eller helbredes og opstår oftest blandt børn og unge. Omkring 32.000 personer har type-1 diabetes i Danmark.

Type 2-diabetes er karakteriseret ved hypoglykæmi (forhøjet blodsukker), som skyldes, at kroppen ikke kan udnytte insulin optimalt eller ikke producerer en tilstrækkelig mængde insulin (22, 23). Antallet af personer med type 2-diabetes har været stærkt stigende gennem de seneste år, således at type 2-diabetes nu er en af de mest hyppige kroniske sygdomme i Danmark (24). I Danmark er der årligt omkring 2.300 flere dødsfald og 2,1 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med type 2-diabetes i forhold til personer uden type 2-diabetes. Personer med type 2-diabetes har også flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden type 2-diabetes (1).

Andelen, der har diabetes, er belyst ved selvrapporteret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Sukkersyge (diabetes)' indgår som én af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilken type diabetes det drejede sig om. I dette afsnit opgøres forekomsten af diabetes på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### **Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger**

Andelen af beboere med diabetes er større blandt beboere i almene boliger (9,5 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (5,1 %) (tabel 7.2.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år, hvor andelen er den samme blandt beboere i almene og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med diabetes blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### **Tendenser inden for hver boligform**

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder, med undtagelse af mænd i almene boliger, hvor andelen falder igen for den ældste aldersgruppe (80 år eller derover) (tabel 7.2.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en svag tendens til en stigende andel med diabetes både blandt beboere i almene boliger (fra 8,3 % til 9,5 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 4,2 % til 5,1 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.2.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), ses der ingen forskel i andelen med diabetes i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i almene boliger, hvorimod en der bekræftes en større andel i 2021 blandt beboere i ikke-almene boliger.

**Tabel 7.2.1** Diabetes blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	9,5	23.490	5,1	147.308	1,92	(1,82; 2,03)	1,65	(1,56; 1,75)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	1,1	1.723	0,8	8.521	1,33	(0,79; 2,23)	1,11	(0,66; 1,88)
30-49 år	5,2	2.146	2,2	15.741	2,41	(1,90; 3,05)	1,71	(1,34; 2,19)
50-64 år	16,7	2.439	7,4	19.845	2,54	(2,22; 2,91)	2,01	(1,75; 2,31)
65-79 år	24,8	2.552	14,3	19.196	1,96	(1,75; 2,20)	1,68	(1,49; 1,88)
≥80 år	20,9	821	15,3	4.190	1,45	(1,17; 1,80)	1,31	(1,05; 1,63)
Mænd i alt	11,0	9.681	6,2	67.493	1,87	(1,73; 2,02)	1,71	(1,57; 1,85)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	0,9	2.312	0,9	11.957	1,14	(0,65; 2,01)	0,89	(0,50; 1,58)
30-49 år	3,8	3.049	1,7	20.785	2,34	(1,84; 2,99)	1,64	(1,27; 2,10)
50-64 år	9,5	3.405	4,7	23.002	2,09	(1,79; 2,43)	1,61	(1,38; 1,89)
65-79 år	15,8	3.669	8,6	19.778	1,96	(1,74; 2,21)	1,72	(1,53; 1,94)
≥80 år	17,3	1.374	10,5	4.293	1,66	(1,37; 2,02)	1,52	(1,25; 1,85)
Kvinder i alt	8,3	13.809	4,1	79.815	2,07	(1,92; 2,24)	1,61	(1,48; 1,74)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	9,3	20.153	5,1	142.419	1,90	(1,80; 2,01)	1,67	(1,57; 1,78)
Ikke-vestlig	10,3	3.337	5,9	4.889	1,86	(1,56; 2,22)	1,51	(1,25; 1,81)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for diabetes blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.2.2** Diabetes. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	8,3	9,0	9,0	9,5
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,10 (1,01; 1,20)	1,05 (0,96; 1,13)	1,03 (0,96; 1,12)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	4,2	4,5	4,8	5,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,05 (1,01; 1,10)	1,04 (1,00; 1,08)	1,06 (1,02; 1,11)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for diabetes i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

### **7.3 Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)**

Kronisk bronkitis er en vedvarende betændelse i forgreningerne i lungerne (bronkierne). Emfysem er en lungesygdom, hvor man ikke kan tømme sine lunger fuldstændig for luft, fordi lungernes elastiske fibre er ødelagt. Dette kan føre til åndenød, som efterhånden forværres og fører til skader på lunger (nedbrydning af lungevævet) og hjerte. KOL (kronisk obstruktiv lungesygdom) er en betegnelse, som bruges, når luftvejene er forsnævrede og lungevævet nedbrydes på grund af kronisk bronkitis, emfysem eller begge dele. KOL er karakteriseret ved permanent og oftest tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og giver sig til udtryk ved åndedrætsbesvær, hoste og slim i luftvejene samt tilbagevendende akutte forværringer, der ofte kræver kontakt til sundhedsvæsenet (21). I langt de fleste tilfælde (85-90 %) skyldes KOL tobaksrygning, inklusive passiv rygning (27-29). I Danmark er der årligt omkring 15.000 nye sygdomstilfælde af KOL og omkring 6.100 flere dødsfald blandt personer med KOL i forhold til personer uden KOL. Dette svarer til omkring 12 % af alle dødsfald i Danmark. Personer med KOL har også flere kontakter til praktiserende læge, flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden KOL, hvilket har store samfundsøkonomiske konsekvenser (1).

Andelen, der har kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL), er belyst ved selvrapporteret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL)' indgår som én af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. I dette afsnit opgøres forekomsten af kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

#### **Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger**

Andelen af beboere med kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) er større blandt beboere i almene boliger (8,8 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (4,4 %) (tabel 7.3.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år, hvor andelen er omtrent den samme blandt beboere i almene og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år og beboere med ikke-vestlig baggrund, hvor der ingen forskel ses blandt beboere i almene og ikke-almene boliger. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

#### **Tendenser inden for hver boligform**

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen, overordnet set, ens blandt mænd og kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder (tabel 7.3.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 ses overordnet set ingen udvikling i andelen med kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) hverken blandt beboere i almene boliger (fra 6,8 % til 8,8 %) eller beboere i ikke-almene boliger (fra 3,8 % til 4,4 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.3.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes ingen forskel i andelen i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 7.3.1** Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	8,8	23.559	4,4	147.638	2,08	(1,97; 2,20)	1,87	(1,75; 1,98)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	1,6	1.717	1,2	8.521	1,43	(0,89; 2,30)	1,34	(0,83; 2,16)
30-49 år	3,6	2.162	1,4	15.757	2,54	(1,88; 3,43)	1,98	(1,45; 2,70)
50-64 år	14,5	2.436	4,8	19.853	3,39	(2,90; 3,96)	2,88	(2,45; 3,39)
65-79 år	18,7	2.563	11,2	19.297	1,83	(1,61; 2,08)	1,63	(1,43; 1,85)
≥80 år	20,2	821	13,7	4.223	1,57	(1,25; 1,97)	1,44	(1,14; 1,80)
Mænd i alt	9,1	9.699	4,7	67.651	2,03	(1,87; 2,21)	1,92	(1,75; 2,11)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	1,0	2.315	0,8	11.958	1,28	(0,78; 2,10)	1,30	(0,79; 2,14)
30-49 år	3,2	3.055	1,2	20.807	2,95	(2,25; 3,86)	2,61	(1,97; 3,44)
50-64 år	10,5	3.422	4,7	23.055	2,39	(2,07; 2,76)	2,13	(1,84; 2,47)
65-79 år	17,0	3.685	9,8	19.851	1,89	(1,69; 2,11)	1,72	(1,53; 1,93)
≥80 år	17,5	1.383	12,0	4.316	1,54	(1,27; 1,86)	1,40	(1,16; 1,70)
Kvinder i alt	8,6	13.860	4,2	79.987	2,14	(1,99; 2,31)	1,81	(1,66; 1,96)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	10,0	20.225	4,5	142.749	2,34	(2,21; 2,48)	1,95	(1,84; 2,08)
Ikke-vestlig	4,5	3.334	3,2	4.889	1,35	(1,04; 1,75)	1,03	(0,78; 1,35)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.3.2** Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL). Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	8,6	7,8	7,5	8,8
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,89 (0,82; 0,90)	0,83 (0,76; 0,90)	0,94 (0,87; 1,02)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	3,8	3,8	3,6	4,4
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,95 (0,91; 1,00)	0,86 (0,82; 0,89)	1,02 (0,98; 1,06)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.4 Astma

Astma karakteriseres ved kronisk inflammation i luftvejene, der hverken skyldes virus eller bakterier (30). Inflammationen medfører ophobning af inflammatoriske celler, ødem, fortrykket luftvejslimhinde, ophobning af slim i hulrummet i luftvejene og dermed varierende luftvejsobstruktion (forsnævring) (30-32). Årsagerne til udvikling af astma er ikke klare og formentlig multifaktorielle, men genetisk disposition spiller ind (33). De seneste mange års stigning i astmaforekomsten peger på, at også miljømæssige faktorer spiller ind. Udviklingen af astma blandt børn og unge er associeret med moderens rygeadfærd i graviditeten og udsættelse for passiv rygning efter fødslen. Også moderens kost, stress og brug af antibiotika under graviditeten samt allergisk sensibilisering, nedsat lungefunktion og brug af antibiotika hos barnet efter fødslen kan have betydning for udvikling af astma blandt børn (33). Astma kan re-debutere hos voksne, som har haft astma som barn, men nye tilfælde opstår også blandt voksne. Astma hos voksne opstår ofte ved eller efter infektion samt i relation til vægtøgning, oftest hos kvinder. I Danmark er der årligt omkring 8.600 nye sygdomstilfælde og 250.000 flere kontakter til praktiserende læge blandt voksne personer med astma i forhold til personer uden astma (34). Personer med astma har også flere indlæggelser og behandlinger i hospitalsvæsenet og mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden astma.

Andelen, der har astma, er belyst ved selvrapporeret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Astma' indgår som én af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. I dette afsnit opgøres forekomsten af astma på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der har astma, er større blandt beboere i almene boliger (11,8 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (7,9 %) (tabel 7.4.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der har astma, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er overordnet set en smule tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes en smule, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen en smule større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i almene boliger ses en tendens, hvor andelen stiger frem mod aldersgruppen 50-64 år, hvorefter andelen igen falder med stigende alder. Blandt beboere i ikke-almene boliger ses ingen forskel i andelen på tværs af aldersgrupper (tabel 7.4.1).

## Udvikling

I perioden 2010-2021 er der overordnet set ingen ændring i andelen, der har astma, blandt beboere i almene boliger (fra 11,1 % til 11,8 %) og en mindre stigning i andelen blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 7,0 % til 7,9 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.4.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes ingen forskel i andelen i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i almene boliger. Dertil bekræftes en større andel i 2021 i forhold til 2010 blandt beboere i ikke-almene boliger.

**Tabel 7.4.1** Astma blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	11,8	23.497	7,9	147.472	1,56	(1,48; 1,64)	1,48	(1,40; 1,56)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	10,5	1.720	7,0	8.526	1,57	(1,30; 1,90)	1,52	(1,26; 1,85)
30-49 år	10,1	2.160	7,1	15.748	1,48	(1,24; 1,76)	1,35	(1,14; 1,62)
50-64 år	11,4	2.438	7,3	19.852	1,65	(1,41; 1,93)	1,54	(1,32; 1,81)
65-79 år	9,9	2.550	7,1	19.210	1,44	(1,22; 1,70)	1,38	(1,16; 1,63)
≥80 år	9,9	815	6,9	4.190	1,53	(1,13; 2,06)	1,49	(1,11; 2,01)
Mænd i alt	10,5	9.683	7,1	67.526	1,53	(1,41; 1,67)	1,45	(1,33; 1,59)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	11,1	2.314	9,0	11.961	1,26	(1,08; 1,47)	1,27	(1,08; 1,48)
30-49 år	12,0	3.059	8,1	20.808	1,53	(1,34; 1,75)	1,46	(1,28; 1,67)
50-64 år	15,4	3.415	8,7	23.052	1,90	(1,68; 2,14)	1,81	(1,60; 2,04)
65-79 år	13,4	3.658	8,8	19.816	1,58	(1,40; 1,78)	1,51	(1,34; 1,71)
≥80 år	12,7	1.368	9,2	4.309	1,37	(1,10; 1,71)	1,31	(1,05; 1,64)
Kvinder i alt	12,9	13.814	8,6	79.946	1,55	(1,46; 1,65)	1,49	(1,40; 1,59)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	12,1	20.156	7,9	142.573	1,60	(1,52; 1,69)	1,51	(1,43; 1,59)
Ikke-vestlig	10,8	3.341	8,2	4.899	1,37	(1,15; 1,62)	1,29	(1,09; 1,53)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for astma de seneste 12 måneder blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.4.2** Astma. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	11,1	10,1	10,3	11,8
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,91 (0,84; 0,99)	0,94 (0,87; 1,01)	1,05 (0,98; 1,13)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	7,0	7,0	7,1	7,9
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,02 (0,98; 1,05)	1,03 (1,00; 1,06)	1,13 (1,09; 1,17)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for astma de seneste 12 måneder i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.5 Allergi

Allergi er en overreaktion af kroppens immunforsvar over for helt almindelige stoffer, der egentlig er ufarlige for kroppen. Der findes mange former for allergener, og ofte anvendes begrebet allergi både for allergiske reaktioner, autoimmunitet og toksiske substanser (35). I det følgende anvendes allergi som en samlet betegnelse for alle former for allergi.

Andelen, der har allergi, er belyst ved selvrapporeret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Allergi' indgår som ét af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive hvilken type allergi, det drejer sig om. I dette afsnit opgøres forekomsten af allergi på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen, der har allergi, er en smule større blandt beboere i almene boliger (26,0 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (23,2 %) (tabel 7.5.1). Et tilsvarende mønster gælder overordnet set blandt mænd og kvinder, men ikke for alle aldersgrupper eller etniske baggrunde. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel, der har allergi, blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn samt aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år blandt mænd, alle aldersgrupper blandt kvinder og beboere med dansk/vestlig baggrund. De justerede OR er længere fra 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger er større, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt mænd end blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i begge former falder andelen overordnet set med stigende alder (tabel 7.5.1).

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses en tendens til en større andel, der har allergi, både blandt beboere i almene boliger (fra 24,4 % til 26,0 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 21,5 % til 23,2 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.5.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.



**Tabel 7.5.1** Allergi blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	26,0	23.316	23,2	146.958	1,16	(1,12; 1,21)	1,22	(1,17; 1,27)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	29,0	1.717	25,8	8.520	1,18	(1,04; 1,34)	1,22	(1,07; 1,38)
30-49 år	26,0	2.154	24,8	15.742	1,06	(0,95; 1,19)	1,16	(1,03; 1,31)
50-64 år	19,0	2.420	19,4	19.820	0,97	(0,86; 1,09)	1,03	(0,91; 1,17)
65-79 år	13,7	2.528	13,4	19.147	1,02	(0,89; 1,17)	1,07	(0,93; 1,23)
$\geq 80$ år	11,0	800	9,6	4.138	1,17	(0,88; 1,56)	1,22	(0,92; 1,63)
Mænd i alt	22,2	9.619	20,8	67.367	1,09	(1,03; 1,16)	1,14	(1,07; 1,22)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	31,4	2.308	29,5	11.957	1,10	(0,98; 1,22)	1,12	(1,00; 1,24)
30-49 år	33,1	3.043	28,4	20.760	1,25	(1,14; 1,37)	1,30	(1,19; 1,43)
50-64 år	31,1	3.399	25,8	22.975	1,29	(1,18; 1,41)	1,33	(1,22; 1,46)
65-79 år	24,2	3.627	19,5	19.667	1,31	(1,19; 1,44)	1,34	(1,22; 1,47)
$\geq 80$ år	18,5	1.320	15,2	4.232	1,29	(1,07; 1,56)	1,32	(1,09; 1,59)
Kvinder i alt	29,1	13.697	25,6	79.591	1,19	(1,14; 1,25)	1,27	(1,21; 1,33)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	26,1	19.999	23,1	142.075	1,18	(1,14; 1,23)	1,25	(1,20; 1,30)
Ikke-vestlig	25,4	3.317	25,5	4.883	0,99	(0,88; 1,11)	1,05	(0,94; 1,19)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for allergi de seneste 12 måneder blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.5.2** Allergi. Udvikling blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	24,4	25,2	24,0	26,0
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,04 (0,98; 1,10)	1,00 (0,95; 1,06)	1,11 (1,05; 1,17)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	21,5	22,3	21,5	23,2
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,05 (1,03; 1,07)	1,03 (1,01; 1,05)	1,14 (1,12; 1,17)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for allergi de seneste 12 måneder i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.6 Migræne eller hyppig hovedpine

Migræne er en udbredt lidelse i befolkningen og er forbundet med en betydelig nedsættelse af funktionsevne, som kan medføre nedsat livskvalitet og arbejdsmarkedsfravær (34, 36, 37). Migræne adskiller sig fra almindelig spændingshovedpine ved at opstå i tilbagevendende anfald. Overordnet set opdeles migrænen efter, om den er med eller uden aura. Migræne uden aura er karakteriseret ved at vare fra 4 til 72 timer og er ledsaget af kvalme og/eller lyd- eller lysoverfølsomhed. Hovedpinen er kraftig, sædvanligvis ensidig og pulserende. Migræne med aura er især synsforstyrrelser, men kan også give sig til kende ved føleforstyrrelser eller talebesvær. Migræne uden aura er den almindeligste form og forekommer hos godt to ud af tre af de migræneramte. Anfaldene er længere og forekommer hyppigere end ved migræne med aura (38-40). I Danmark er der årligt omkring 1,7 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med migræne i forhold til personer uden migræne. Personer med migræne har også mere arbejdsmarkedsfravær end personer uden migræne (34).

Andelen, der har migræne eller hyppig hovedpine, er belyst ved selvrapporteret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Migræne eller hyppig hovedpine' indgår som ét af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. I dette afsnit opgøres forekomsten af migræne eller hyppig hovedpine på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen af beboere med migræne eller hyppig hovedpine er større blandt beboere i almene boliger (22,0 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (17,1 %) (tabel 7.6.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund med undtagelse af aldersgrupperne 16-29 år og 80 år eller derover blandt mænd, hvor andelen er omtrent den samme blandt mænd i almene og ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med migræne eller hyppig hovedpine blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. Dette er dog med undtagelse af aldersgruppen 16-29 år for mænd og aldersgruppen 80 år eller derover for begge køn, hvor der ingen forskel ses blandt beboere i almene og ikke-almene boliger. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.6.1). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger er andelen størst blandt aldersgruppen 30-49 år, hvorefter den falder med stigende alder.

## Udvikling

I perioden 2010-2021 er der overordnet set ingen ændring i andelen med migræne eller hyppig hovedpine blandt beboere i almene boliger (fra 21,4 % til 22,0 %), hvorimod der blandt beboere i ikke-almene boliger ses en stigning i andelen (fra 14,8 % til 17,1 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.6.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), ses dog en større andel i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 7.6.1** Migræne eller hyppig hovedpine blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	22,0	23.420	17,1	147.118	1,36	(1,31; 1,41)	1,29	(1,24; 1,34)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	12,3	1.718	10,8	8.505	1,18	(0,99; 1,40)	1,13	(0,95; 1,34)
30-49 år	19,6	2.159	12,6	15.728	1,66	(1,46; 1,90)	1,42	(1,24; 1,63)
50-64 år	16,1	2.428	11,9	19.818	1,40	(1,22; 1,60)	1,26	(1,10; 1,44)
65-79 år	10,3	2.533	7,4	19.218	1,47	(1,25; 1,71)	1,36	(1,16; 1,59)
≥80 år	7,4	818	5,9	4.174	1,26	(0,88; 1,78)	1,17	(0,83; 1,67)
Mænd I alt	14,6	9.656	10,7	67.443	1,41	(1,31; 1,52)	1,29	(1,19; 1,39)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	31,8	2.310	27,7	11.929	1,21	(1,09; 1,35)	1,18	(1,06; 1,32)
30-49 år	38,8	3.034	30,4	20.746	1,44	(1,32; 1,57)	1,33	(1,21; 1,45)
50-64 år	32,3	3.406	24,3	22.977	1,50	(1,37; 1,64)	1,40	(1,28; 1,53)
65-79 år	15,1	3.652	11,3	19.749	1,38	(1,23; 1,55)	1,32	(1,17; 1,48)
≥80 år	10,1	1.362	7,7	4.274	1,31	(1,03; 1,67)	1,26	(0,99; 1,60)
Kvinder I alt	28,2	13.764	23,4	79.675	1,28	(1,22; 1,34)	1,30	(1,24; 1,37)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	21,1	20.090	16,9	142.252	1,31	(1,26; 1,37)	1,29	(1,23; 1,35)
Ikke-vestlig	25,5	3.330	20,8	4.866	1,28	(1,14; 1,44)	1,29	(1,14; 1,46)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for migræne eller hyppig hovedpine blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.6.2** Migræne eller hyppig hovedpine. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	21,4	19,4	21,3	22,0
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,91 (0,86; 0,97)	1,06 (1,00; 1,13)	1,10 (1,04; 1,16)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	14,8	13,7	15,4	17,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,95 (0,92; 0,97)	1,11 (1,08; 1,14)	1,28 (1,25; 1,31)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for migræne eller hyppig hovedpine i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.7 Diskusprolaps eller andre rygssygdomme

En diskusprolaps opstår, når den bløde gelemasse inde i bruskskiven (diskus) bryder helt igennem en sprække i den omgivende bindevævssring og dermed kan pose ud mod rygmarvskanalen og ramme en nerve, hvorpå udstrålende smerter kan føles i arme og ben (41). Personer, der har haft en diskusprolaps, har større sandsynlighed for at opleve langvarige rygsmerter end den generelle befolkning (42). Rygsygdomme og rygsmerter er udbredt i Danmark og en hyppig årsag til nedsat arbejdsevne og er forbundet med ekstra kontakter til sundhedsvæsenet, sygedage, førtidspensioner og tidlig død (1, 41). For eksempel er der omkring 3,6 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med lænderygsmerter i forhold til personer uden lænderygsmerter (1).

Andelen, der har en diskusprolaps eller andre rygssygdomme, er belyst ved selvrapporeret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Diskusprolaps eller andre rygssygdomme' indgår som ét af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilke(n) rygssygdom(me) det drejede sig om. I dette afsnit opgøres forekomsten af diskusprolaps eller andre rygssygdomme på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen af beboere med diskusprolaps eller andre rygssygdomme er større blandt beboere i almene boliger (18,5 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (14,1 %) (tabel 7.7.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med diskusprolaps eller andre rygssygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund med undtagelse af aldersgrupperne 16-29 år og 30-49 år blandt mænd, hvor der ikke ses en forskel i andelen i almene boliger og ikke-almene boliger. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.7.1). Eksempelvis er andelen en smule større blandt kvinder end blandt mænd i almene boliger, hvorimod andelen er den samme blandt kvinder og blandt mænd i ikke-almene boliger. Blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen med stigende alder indtil alder 50-64 år, hvorefter den falder en smule med stigende alder. Blandt kvinder i både almene og ikke-almene boliger stiger andelen, overordnet set, med stigende alder.

### Udvikling

I perioden 2010-2021 ses der ingen ændring i andelen med diskusprolaps eller andre rygssygdomme blandt beboere i almene boliger (fra 18,4 % til 18,5 %) (deskriptiv tendens, der ikke

er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.7.2). Derimod ses en mindre stigning i andelen blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 12,8 % til 14,1 %). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes ingen forskel i andelen med diskusprolaps eller andre rygsygdomme i 2021 sammenlignet med 2010 blandt beboere i almene boliger, og en stigning i andelen blandt beboere i ikke-almene boliger.

**Tabel 7.7.1.** Diskusprolaps eller andre rygsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarpersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	18,5	23.515	14,1	147.490	1,38	(1,33; 1,44)	1,32	(1,26; 1,38)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	4,6	1.721	3,5	8.518	1,34	(1,01; 1,77)	1,26	(0,95; 1,68)
30-49 år	15,3	2.165	12,6	15.748	1,25	(1,09; 1,43)	1,05	(0,91; 1,21)
50-64 år	27,0	2.441	19,5	19.843	1,51	(1,35; 1,69)	1,35	(1,20; 1,51)
65-79 år	24,4	2.542	19,3	19.252	1,35	(1,20; 1,51)	1,24	(1,10; 1,38)
≥80 år	23,2	820	18,5	4.167	1,36	(1,11; 1,68)	1,26	(1,03; 1,56)
Mænd i alt	17,1	9.689	14,1	67.528	1,25	(1,18; 1,34)	1,22	(1,14; 1,31)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	6,1	2.313	4,4	11.952	1,45	(1,16; 1,80)	1,42	(1,14; 1,77)
30-49 år	16,6	3.042	12,6	20.791	1,39	(1,24; 1,56)	1,29	(1,14; 1,45)
50-64 år	26,8	3.426	18,4	23.041	1,61	(1,47; 1,78)	1,51	(1,37; 1,66)
65-79 år	25,6	3.674	18,8	19.863	1,48	(1,35; 1,63)	1,41	(1,28; 1,55)
≥80 år	28,9	1.371	22,2	4.315	1,40	(1,20; 1,63)	1,33	(1,14; 1,56)
Kvinder i alt	19,7	13.826	14,1	79.962	1,49	(1,42; 1,57)	1,40	(1,32; 1,48)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	19,0	20.184	14,2	142.600	1,41	(1,35; 1,47)	1,32	(1,26; 1,38)
Ikke-vestlig	16,8	3.331	12,3	4.890	1,42	(1,23; 1,63)	1,33	(1,15; 1,53)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for diskusprolaps eller andre rygsygdomme blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.7.2.** Diskusprolaps eller andre rygsygdomme. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2010-2021

	2010	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>				
%	18,4	17,4	17,5	18,5
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,98 (0,92; 1,05)	0,97 (0,91; 1,03)	1,00 (0,95; 1,06)
<b>Ikke-almene boliger</b>				
%	12,8	12,6	12,9	14,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	0,99 (0,97; 1,02)	1,01 (0,98; 1,03)	1,10 (1,07; 1,13)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for diskusprolaps eller andre rygsygdomme i 2013, 2017 og 2021 i forhold 2010 inden for hver boligform. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.8 Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed

Psykiske lidelser anvendes her som en samlet betegnelse for alle former for psykiske sygdomme og tilstande. I Danmark er der flere dødsfald blandt personer med en psykisk lidelse samt flere indlæggelser og behandlinger i sundhedsvæsenet, kontakter til praktiserende læge og mere fravær fra arbejdsmarkedet sammenlignet med personer uden en psykisk lidelse (1). For eksempel er der omkring 3,3 millioner flere kontakter til praktiserende læge blandt personer med depression i forhold til personer uden depression (1).

Andelen, der har en psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed, er belyst ved selvrapporteret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed' indgår som én af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilke(n) psykisk(e) lidelse(r) det drejede sig om. I dette afsnit opgøres forekomsten af psykisk sygdom af mere end seks måneders varighed på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed er større blandt beboere i almene boliger (17,7 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (9,6 %) (tabel 7.8.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund, med undtagelse af den ældste aldersgruppe (80 år eller derover), hvor andelen er omtrent den samme. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund med undtagelse af aldersgruppen 80 år eller derover, hvor der ikke ses en forskel mellem beboere i almene og ikke-almene boliger. På grund af store variationer i andelen med psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed på tværs af køn, aldersgrupper og etnisk baggrund ses et usystematisk mønster i OR, når der justeres for de nævnte sociodemografiske faktorer (justeret OR\* i forhold til ujusterede OR). Det betyder, at for nogle grupper bliver forskellene større, for andre mindre, og for andre igen er der ingen forskel ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt mænd i almene boliger er andelen størst for aldersgruppen 30-49 år, hvorefter den falder med stigende alder. Blandt kvinder i almene boliger samt blandt mænd og kvinder i ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder (tabel 7.8.1).

### Udvikling

I perioden 2013-2021 ses en tendens til en stigning i andelen med psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed både blandt beboere i almene boliger (fra 14,5 % til 17,7 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 6,9 % til 9,6 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for

statistisk signifikans) (tabel 7.8.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel i 2021 sammenlignet med 2013 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.

**Tabel 7.8.1** Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarepersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	17,7	23.413	9,6	147280	2,04	(1,95; 2,13)	1,99	(1,89; 2,09)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	16,8	1.717	10,4	8.516	1,76	(1,50; 2,06)	1,77	(1,50; 2,08)
30-49 år	20,4	2.157	8,6	15.755	2,73	(2,39; 3,13)	2,37	(2,06; 2,74)
50-64 år	18,5	2.428	6,5	19.826	3,28	(2,85; 3,76)	2,99	(2,59; 3,45)
65-79 år	8,2	2.541	3,9	19.218	2,27	(1,89; 2,74)	2,11	(1,75; 2,54)
≥80 år	4,1	818	3,1	4.184	1,35	(0,87; 2,11)	1,27	(0,81; 1,97)
Mænd I alt	16,0	9.661	7,3	67.499	2,44	(2,26; 2,63)	2,23	(2,06; 2,42)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	25,3	2.309	18,9	11.931	1,45	(1,29; 1,63)	1,54	(1,37; 1,73)
30-49 år	24,9	3.037	13,9	20.776	2,06	(1,86; 2,29)	2,01	(1,81; 2,23)
50-64 år	21,4	3.401	10,0	23.000	2,49	(2,24; 2,78)	2,38	(2,13; 2,66)
65-79 år	9,6	3.650	5,7	19.791	1,73	(1,50; 2,00)	1,63	(1,41; 1,89)
≥80 år	5,8	1.355	4,7	4.283	1,17	(0,86; 1,58)	1,10	(0,81; 1,49)
Kvinder I alt	19,2	13.752	11,9	79.781	1,77	(1,67; 1,87)	1,85	(1,74; 1,96)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	18,4	20.095	9,6	142.402	2,14	(2,04; 2,24)	2,06	(1,96; 2,17)
Ikke-vestlig	15,1	3.318	9,7	4.878	1,65	(1,41; 1,92)	1,50	(1,28; 1,76)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.8.2** Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2013-2021

	2013		2017		2021	
<b>Almene boliger</b>						
%	14,5		16,7		17,7	
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref.	(.)	1,24	(1,16; 1,33)	1,29	(1,20; 1,38)
<b>Ikke-almene boliger</b>						
%	6,9		8,3		9,6	
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref.	(.)	1,26	(1,22; 1,31)	1,45	(1,40; 1,50)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed i 2017 og 2021 i forhold 2013 inden for hver boligform. Spørgsmålet om psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, hvorfor 2013 udgør referenceåret. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## 7.9 Psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed

Andelen, der har en psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed, er belyst ved selvrapporeret information ved følgende spørgsmål, hvor 'Psykisk lidelse, som varede eller indtil nu har varet mindre end seks måneder' indgår som ét af svarmulighederne: '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'. Der var mulighed for at svare enten 'Ja' eller 'Nej'. Det har således ikke været muligt at angive, hvilke(n) psykisk(e) lidelse(r) det drejede sig om. I dette afsnit opgøres forekomsten af psykisk sygdom af mindre end seks måneders varighed på baggrund af både aktuel og tidligere sygdom.

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Andelen med psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed er større blandt beboere i almene boliger (13,1 %) end blandt beboere i ikke-almene boliger (7,2 %) (tabel 7.9.1). Et tilsvarende mønster ses blandt både mænd og kvinder samt på tværs af aldersgrupper og etnisk baggrund. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes den større andel med psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger. Dette gælder både generelt set og opdelt på køn, alder og etnisk baggrund. De justerede OR er tættere på 1 end de ujusterede OR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer. Dette gælder dog ikke for kvinder i aldersgruppen 16-29 år, hvor den ujusterede og justerede OR er omtrent den samme. Det betyder, at der for denne aldersgruppe ikke ses nogen forskel ved justering.

### Tendenser inden for hver boligform

Inden for hver boligform ses forskellige tendenser (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Eksempelvis er andelen større blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger. Blandt mænd i almene boliger stiger andelen med stigende alder indtil 50-64 år, hvorefter andelen falder med stigende alder. Blandt kvinder i almene boliger er andelen størst blandt aldersgrupperne 16-29 år, 30-49 år og 50-64 år, hvorefter den falder med stigende alder. Blandt beboere i ikke-almene boliger falder andelen med stigende alder blandt både mænd og kvinder (tabel 7.9.1).

### Udvikling

I perioden 2013-2021 ses en tendens til en stigning i andelen med psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed både blandt beboere i almene boliger (fra 10,6 % til 13,1 %) og blandt beboere i ikke-almene boliger (fra 5,0 % til 7,2 %) (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans) (tabel 7.9.2). Når der tages højde for forskelle mellem grupperne, hvad angår køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund (justeret OR\*), bekræftes en større andel 2021 sammenlignet med 2013 blandt beboere i både almene og ikke-almene boliger.



**Tabel 7.9.1** Psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%), antal svarepersoner og OR<sup>1</sup>. 2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret OR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret OR <sup>1*</sup>	95 % CI
	%	Antal	%	Antal				
<b>I alt</b>	13,1	23.288	7,2	146.824	1,94	(1,85; 2,05)	1,83	(1,73; 1,93)
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,9	1.715	6,6	8.509	1,58	(1,30; 1,92)	1,48	(1,21; 1,81)
30-49 år	14,1	2.154	6,3	15.725	2,44	(2,09; 2,85)	1,99	(1,69; 2,35)
50-64 år	14,8	2.416	5,0	19.805	3,31	(2,84; 3,86)	2,88	(2,46; 3,36)
65-79 år	6,3	2.525	3,1	19.179	2,13	(1,72; 2,64)	1,93	(1,55; 2,39)
≥80 år	4,4	818	2,4	4.167	1,81	(1,13; 2,89)	1,68	(1,05; 2,68)
Mænd i alt	11,2	9.628	5,2	67.385	2,30	(2,10; 2,51)	2,00	(1,82; 2,20)
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	17,9	2.306	13,1	11.908	1,44	(1,26; 1,64)	1,45	(1,27; 1,66)
30-49 år	18,3	2.999	11,4	20.708	1,74	(1,55; 1,96)	1,64	(1,46; 1,85)
50-64 år	17,9	3.377	7,9	22.876	2,59	(2,30; 2,92)	2,43	(2,15; 2,74)
65-79 år	7,1	3.620	4,3	19.690	1,69	(1,43; 1,99)	1,59	(1,35; 1,88)
≥80 år	5,5	1.358	3,5	4.257	1,53	(1,09; 2,13)	1,44	(1,03; 2,02)
Kvinder i alt	14,6	13.660	9,1	79.439	1,71	(1,60; 1,82)	1,73	(1,62; 1,85)
<b>Etnisk baggrund</b>								
Dansk/vestlig	12,8	19.978	7,1	141.956	1,92	(1,82; 2,03)	1,86	(1,75; 1,97)
Ikke-vestlig	14,3	3.310	8,7	4.868	1,74	(1,48; 2,04)	1,64	(1,39; 1,94)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed blandt beboere i almene boliger i forhold beboere i ikke-almene boliger (OR=1). \*OR justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

**Tabel 7.9.2** Psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed. Udvikling blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent og justeret OR<sup>1\*</sup>. 2013-2021

	2013	2017	2021
<b>Almene boliger</b>			
%	10,6	11,3	13,1
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,13 (1,04; 1,23)	1,29 (1,19; 1,40)
<b>Ikke-almene boliger</b>			
%	5,0	5,9	7,2
Justeret OR <sup>1*</sup> (95 % CI)	Ref. (.)	1,21 (1,16; 1,26)	1,48 (1,48; 1,54)

<sup>1</sup>OR (odds ratio) for psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed i 2017 og 2021 i forhold 2013 inden for hver boligform. Spørgsmålet om psykisk lidelse af mindre end seks måneders varighed indgik ikke i Den Nationale Sundhedsprofil i 2010, hvorfor 2013 udgør referenceåret. Ref.: referencegruppe (OR=1). \*OR (odds ratio) justeret for køn, alder, længst fuldførte uddannelse og etnisk baggrund

## Referencer

1. Mairey I, Rosenkilde S, Klitgaard MB, Thygesen LC. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
2. Nielsen A, Bekker-Jeppsen M, Almer K, Andreasen AH. Omkostninger til kommunale sundheds- og omsorgsydelser blandt borgere med kronisk sygdom. Glostrup: Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Region Hovedstaden, 2016.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Fire profiler for patienterne, der står for de højeste udgifter i 2017 – Forløbsanalyse af kontaktmønstre på tværs af det regionale sundhedsvæsen i 2010-2016. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2018.
4. Booker CL, Andrews L, Green G, Kumari M. Impacts of long-standing illness and chronic illness on working hours and household income in a longitudinal UK study. *SSM Popul Health*. 2020;12:100684.
5. Calle EE, Kaaks R. Overweight, obesity and cancer: epidemiological evidence and proposed mechanisms. *Nat Rev Cancer*. 2004;4:579-91.
6. Afshin A, Forouzanfar MH, Reitsma MB, et al. GBD 2015 Obesity Collaborators. Health effects of overweight and obesity in 195 countries over 25 years. *N Engl J Med*. 2017;377:13-27.
7. Dai H, Alsalhe TA, Chalghaf N, et al. The global burden of disease attributable to high body mass index in 195 countries and territories, 1990-2017: An analysis of the Global Burden of Disease Study. *PLoS Med*. 2020;17:e1003198.
8. Freisling H, Viallon V, Lennon H, et al. Lifestyle factors and risk of multimorbidity of cancer and cardiometabolic diseases: a multinational cohort study. *BMC Med*. 2020;18:5.
9. Bhaskaran K, Dos-Santos-Silva I, Leon DA, Douglas IJ, Smeeth L. Associations of BMI with overall and cause-specific mortality: a population-based cohort study of 3.6 million adults in the UK. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2018;6:944-953.
10. Singh-Manoux A, Fayosse A, Sabia S, et al. Clinical, socioeconomic, and behavioural factors at age 50 years and risk of cardiometabolic multimorbidity and mortality: a cohort study. *PLoS Med*. 2018;15:e1002571.
11. Aune D, Sen A, Prasad M, et al. BMI and all cause mortality: systematic review and non-linear dose-response meta-analysis of 230 cohort studies with 3.74 million deaths among 30.3 million participants. *BMJ*. 2016;353.
12. Global BMI Mortality Collaboration, Di Angelantonio E, Bhupathiraju Sh N, et al. Body-mass index and all-cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *Lancet*. 2016;388:776-86.
13. World Health Organization (WHO) Europe. WHO European Regional Obesity Report 2022. København: WHO, 2022.
14. World Health Organization (WHO). Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation. *World Health Organ Tech Rep Ser*. 2000;894:1-25.
15. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies. *J Postgrad Med*. 2017;63:182-90.
16. Møller SP, Johannesen CK, Tolstrup JS, Laursen B, Schramm S. Risikofaktorer for multisygdom. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.
17. Wilson RL, Taaffe DR, Newton RU, et al. Obesity and prostate cancer: a narrative review. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2022;169:103543.
18. Statens Serum Institut. Vaccinationer [Tilgået august 2022: <https://www.ssi.dk/vaccinationer/influenzavaccination>]
19. Sundhedsstyrelsen. [Tilgået august 2022: <https://www.sst.dk/da/corona/Saerlige-risikogrupper>]
20. Schramm S, Bramming M, Davidsen M, Jensen HAR, Tolstrup J. Sygdomsbyrden i Danmark - risikofaktorer. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2022.
21. Bladbjerg EM, Jacobsen JCB. Sygdomslære for ikke-klinikere. København: Munksgaard, 2019.

22. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*. 2014;37:S81-90.
23. Ismail L, Materwala H, Al Kaabi J. Association of risk factors with type 2 diabetes: a systematic review. *CSBJ*. 2021;19:1759-85.
24. Carstensen B, Rønn PF, Jørgensen ME. Prevalence, incidence and mortality of type 1 and type 2 diabetes in Denmark 1996-2016. *BMJ Open Diabetes Res Care*. 2020;8.
25. Simon J, McAuliffe M, Shamim F, Vuong N, Tahaei A. Discogenic low back pain. *Phys Med Rehabil Clin*. 2014;25:305-17.
26. Wong T, Patel A, Golub D, et al. Prevalence of long-term low back pain after symptomatic lumbar disc herniation. *World Neurosurg*. 2023;170:163-73.
27. Lange P, Celli B, Agustí A, et al. Lung-function trajectories leading to chronic obstructive pulmonary disease. *NEJM*. 2015;373:111-22.
28. Postma DS, Bush A, van den Berge M. Risk factors and early origins of chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet (London, England)*. 2015;385:899-909.
29. Hogeia SP, Tudorache E, Fildan AP, et al. Risk factors of chronic obstructive pulmonary disease exacerbations. *CRJ*. 2020;14:183-97.
30. Lægehåndbogen. Astma. 2023 [Tilgået 19-04-2023]. [www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/](http://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/).
31. Backer V. Astma er en folkesygdom. *Ugeskr Læger*. 2011;173:2120-3.
32. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. *Basisbog i medicin og kirurgi*. 5. udgave. København: Munksgaard, 2013.
33. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ*. 2009;181:E181-90.
34. Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, et al. *Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme*. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, for Sundhedsstyrelsen, 2015.
35. Malling HJ og Dahl R. Allergi som systemisk sygdom. *Ugeskr Læger*. 2005;167.
36. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Secular changes in health care utilization and work absence for migraine and tension-type headache: a population based study. *Eur J Epidemiol*. 2005;20:1007-14.
37. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol*. 2006;13:333-45.
38. Jensen RH. Hovedpine. *Ugeskr Læger*. 2006;168.
39. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33:629-808.
40. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7:354-61.
41. Simon J, McAuliffe M, Shamim F, Vuong N, Tahaei A. Discogenic low back pain. *Phys Med Rehabil Clin*. 2014;25:305-317.
42. Wong T, Patel A, Golub D, et al. Prevalence of long-term low back pain after symptomatic lumbar disc herniation. *World Neurosurg*. 2023;170:163-73.

# Resultater – del 2

I de følgende kapitler (kapitlerne 8-10) beskrives kontakter til alment praktiserende læge, somatiske og psykiatriske hospitalskontakter samt dødsfald blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Der præsenteres både ujusterede opgørelser samt justerede opgørelser. Data til disse opgørelser stammer fra Landspatientregisteret og Det Centrale Personregister. Hospitalskontakter omfatter indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter. Opgørelserne for somatiske hospitalskontakter omfatter både kontakter af alle årsager (benævnes 'i alt') samt kontakter relateret til hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og kræft. I opgørelserne for indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter relateret til henholdsvis hjertekarsygdomme, muskelskeletsygdomme og kræft indgår kun aktionsdiagnoser. I den følgende kommentering bliver dette beskrevet som værende 'relateret til' en given diagnosekode, altså sygdomsgruppe. Akut ambulante kontakter opgøres dog ikke for kræft på grund af få observationer. Boks 1 viser de anvendte ICD-10-klassificerede diagnosekoder.

**Boks 1** Inkluderede ICD-10-klassificerede diagnosekoder anvendt i opgørelser for indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter

Indlæggelser, ambulante kontakter og akut ambulante kontakter	ICD-10
I alt	A00-Z99
Hjertekarsygdomme	I00-I99
Muskelskeletsygdomme	M00-M99
Kræft	C00-D48

Det skal bemærkes, at akut ambulante kontakter tidligere blev kaldt 'skadestuebesøg', som formelt set blev afskaffet per 1. januar 2014. I denne rapport's opgørelser vil de to begreber være sidestillede.

# 8 Kontakter til alment praktiserende læge

## 8.1 Kontakter til alment praktiserende læge i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for kontakt til alment praktiserende læge (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end beboere i ikke-almene boliger (tabel 8.1.1). Dette ses på tværs af køn og aldersgrupper. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for kontakt til alment praktiserende læge blandt mænd og kvinder i almene boliger sammenlignet med mænd og kvinder i ikke-almene boliger (tabel 8.1.1 og tabel 8.1.2). Dette gælder på tværs af aldersgrupper, dog med den største forskel i aldersgruppen 16-64 år. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 8.1.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 8.1.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt kvinder end blandt mænd i aldersgruppen 16-64 år, men omtrent den samme blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 65 år eller derover (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Raten er højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 8.1.1** Kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	8.804	1.838.618	6.799	9.640.564	1,34	(1,32; 1,35)	1,19	(1,17; 1,21)
$\geq 65$ år	22.277	969.708	19.330	5.425.206	1,10	(1,09; 1,12)	1,09	(1,07; 1,11)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14.617	3.521.276	11.451	15.596.855	1,27	(1,25; 1,28)	1,18	(1,16; 1,19)
$\geq 65$ år	24.356	2.022.479	20.504	6.715.321	1,14	(1,13; 1,16)	1,13	(1,11; 1,14)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Table 8.1.2** Kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal dødsfald og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis	Rate per 1.000 personår	Antal kontakter til almen praksis				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	8.627	1.585.987	6.754	8.845.442	1,33	(1,30; 1,35)	1,15	(1,13; 1,17)
$\geq 65$ år	21600	759.914	18.881	4.539.473	1,10	(1,08; 1,12)	1,06	(1,04; 1,09)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14.313	3.087.568	23.478	1.474.450	1,26	(1,24; 1,27)	1,14	(1,12; 1,15)
$\geq 65$ år	11.343	14.406.321	19.766	5.278.221	1,15	(1,13; 1,17)	1,10	(1,09; 1,12)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for kontakt til alment praktiserende læge blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

# 9 Hospitalskontakter

## 9.1 Somatiske indlæggelser i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for somatiske indlæggelser i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.1.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for somatiske indlæggelser i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.1.1 og tabel 9.1.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR er tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.1.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.1.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt kvinder end blandt mænd for aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Omvendt er raten højere blandt mænd end blandt kvinder for aldersgruppen 65 år eller derover. Dertil er raten højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.1.1** Somatiske indlæggelser i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	186	38.754	122	173.211	1,64	(1,56; 1,71)	1,39	(1,33; 1,46)
≥65 år	724	31.515	532	149.231	1,30	(1,26; 1,35)	1,28	(1,24; 1,32)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	202	48.650	135	183.759	1,52	(1,47; 1,58)	1,34	(1,30; 1,39)
≥65 år	573	47.582	422	138.066	1,30	(1,26; 1,33)	1,27	(1,24; 1,31)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk indlæggelse blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

\*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Table 9.1.2** Somatiske indlægger i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal dødsfald og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	182	33.449	121	157.936	1,63	(1,55; 1,71)	1,30	(1,23; 1,37)
≥65 år	681	23.962	506	121.557	1,30	(1,25; 1,35)	1,21	(1,17; 1,26)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	197	42.535	132	168.196	1,51	(1,46; 1,57)	1,24	(1,20; 1,29)
≥65 år	537	33.704	398	106.217	1,29	(1,25; 1,34)	1,20	(1,16; 1,24)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk indlæggelse blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

\*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år



## 9.2 Somatiske ambulante kontakter i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for somatiske ambulante kontakter i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.2.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for somatiske ambulante kontakter i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.2.1 og tabel 9.2.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.2.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.2.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For begge både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt kvinder end blandt mænd for aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Omvendt er raten højere blandt mænd end blandt kvinder for aldersgruppen 65 år eller derover. Dertil er raten højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.2.1** Somatiske ambulante kontakter i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	1.121	234.196	973	1.380.021	1,23	(1,19; 1,27)	1,13	(1,09; 1,17)
≥65 år	2.830	123.200	2.527	709.353	1,12	(1,08; 1,16)	1,12	(1,08; 1,16)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	1.838	442.808	1.628	199.847	1,15	(1,13; 1,17)	1,10	(1,08; 1,12)
≥65 år	2.407	2.217.158	2.187	716.268	1,12	(1,09; 1,14)	1,12	(1,09; 1,15)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.2.2** Somatiske ambulante kontakter i alt blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	1.114	204.723	970	1.270.335	1,23	(1,19; 1,28)	1,10	(1,06; 1,14)
$\geq 65$ år	2.886	101.533	2.543	611.385	1,13	(1,09; 1,18)	1,10	(1,06; 1,14)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	1.827	394.214	1.619	2.056.683	1,15	(1,13; 1,17)	1,07	(1,05; 1,09)
$\geq 65$ år	2.447	153.663	2.206	589.110	1,12	(1,09; 1,15)	1,09	(1,06; 1,12)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.3 Somatiske akut ambulante kontakter i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for somatiske akut ambulante kontakter i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.3.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for somatiske akut ambulante kontakter i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.3.1 og tabel 9.3.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.3.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.3.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For begge både almene og ikke-almene boliger er raten en smule højere blandt kvinder end blandt mænd for aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Omvendt er raten en smule højere blandt mænd end blandt kvinder for aldersgruppen 65 år eller derover. Dertil er raten højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.3.1** Somatiske akut ambulante kontakter i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	194	40.511	132	187.133	1,51	(1,47; 1,55)	1,37	(1,33; 1,42)
≥65 år	284	12.378	201	56.377	1,35	(1,30; 1,40)	1,35	(1,30; 1,40)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	205	49.298	135	184.364	1,56	(1,52; 1,60)	1,44	(1,40; 1,47)
≥65 år	252	20.958	197	64.567	1,23	(1,20; 1,27)	1,24	(1,20; 1,28)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk akut ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.3.2** Somatiske akut ambulante kontakter i alt blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	189	34.801	130	170.051	1,50	(1,46; 1,55)	1,33	(1,29; 1,37)
$\geq 65$ år	269	9.463	191	46.023	1,35	(1,29; 1,41)	1,31	(1,25; 1,36)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	199	42.827	133	168.886	1,54	(1,51; 1,58)	1,37	(1,34; 1,41)
$\geq 65$ år	241	15.114	188	50.239	1,23	(1,19; 1,27)	1,20	(1,16; 1,25)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for somatisk akut ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.4 Psykiatriske indlæggelser i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for psykiatriske indlæggelser i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.4.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for psykiatriske indlæggelser i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.4.1 og tabel 9.4.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.4.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.4.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR en smule længere væk fra 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger bliver større, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

For begge både almene og ikke-almene boliger er raten en smule højere blandt kvinder end blandt mænd på tværs af aldersgrupper (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Dertil er raten højere i aldersgruppen 16-64 år i forhold til aldersgruppen 65 år eller derover, særligt blandt beboere i almene boliger.

**Tabel 9.4.1** Psykiatriske indlæggelser i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	20	4.134	6	8.855	3,49	(2,94; 4,14)	2,25	(1,86; 2,73)
≥65 år	6	263	4	1.193	1,38	(1,03; 1,84)	1,46	(1,08; 1,99)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	22	5.294	8	11.451	2,74	(2,07; 3,63)	2,07	(1,53; 2,81)
≥65 år	8	646	5	1.507	1,62	(1,19; 2,23)	1,65	(1,19; 2,30)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk indlæggelse blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

\*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.4.2** Psykiatriske indlæggelser i alt blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	18	3.362	6	7.475	3,64	(3,01; 4,40)	1,94	(1,58; 2,40)
$\geq 65$ år	6	225	4	920	1,54	(1,10; 2,17)	1,46	(1,03; 2,06)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	19	4.127	7	9.393	2,67	(2,03; 3,51)	1,69	(1,22; 2,35)
$\geq 65$ år	6	390	4	1.157	1,39	(0,94; 2,06)	1,34	(0,87; 2,05)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk indlæggelse blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger.

\*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.5 Psykiatriske ambulante kontakter i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for psykiatriske ambulante kontakter i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.5.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR<sup>\*</sup>), bekræftes den højere rate for psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.5.1 og tabel 9.5.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.5.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.5.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten en højere blandt kvinder end blandt mænd (deskriptiv tendens, der ikke er testet for statistisk signifikans). Dertil er raten højere i aldersgruppen 16-64 år i forhold til aldersgruppen 65 år eller derover.

**Tabel 9.5.1** Psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>2*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	357	74.496	112	2.428	3,25	(2,89; 3,67)	2,13	(1,87; 2,43)
≥65 år	56	158.422	38	10.792	1,42	(1,11; 1,82)	1,44	(1,12; 1,85)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	462	111.211	208	282.788	2,23	(2,06; 2,42)	1,91	(1,75; 2,08)
≥65 år	79	6.588	56	18.302	1,43	(1,21; 1,70)	1,44	(1,22; 1,71)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. <sup>\*</sup>RR justeret for alder. <sup>\*\*</sup>RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.5.2** Psykiatriske ambulante kontakter i alt blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	339	62.234	102	133.613	3,34	(2,93; 3,80)	1,94	(1,69; 2,24)
$\geq 65$ år	55	1.926	31	7.547	1,60	(1,20; 2,14)	1,49	(1,12; 1,99)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	456	98.360	199	252.477	2,27	(2,08; 2,47)	1,70	(1,55; 1,87)
$\geq 65$ år	60	3.776	49	12.966	1,28	(1,05; 1,56)	1,20	(0,98; 1,46)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år



## 9.6 Psykiatriske akut ambulante kontakter i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for psykiatriske akut ambulante kontakter i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.6.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for psykiatriske akut ambulante kontakter i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.6.1 og tabel 9.6.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.6.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.6.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR en smule længere væk fra 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger bliver større, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten omtrent den samme blandt mænd og kvinder på tværs af aldersgrupper (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Dertil er raten højere i aldersgruppen 16-64 år i forhold til aldersgruppen 65 år eller derover, særligt blandt beboere i almene boliger.

**Tabel 9.6.1** Psykiatriske akut ambulante kontakter i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	17	3.634	6	8.613	3,15	(2,61; 3,80)	2,18	(1,78; 2,68)
≥65 år	4	165	3	793	1,48	(1,10; 1,98)	1,52	(1,14; 2,03)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	16	3.917	7	9.034	2,58	(2,15; 3,10)	2,09	(1,71; 2,54)
≥65 år	5	381	3	994	1,75	(1,39; 2,20)	1,79	(1,42; 2,27)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk akut ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.6.2** Psykiatriske akut ambulante kontakter blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	17	3.072	6	7.314	3,31	(2,69; 4,07)	1,95	(1,55; 2,46)
$\geq 65$ år	4	141	2	592	1,60	(1,15; 2,21)	1,42	(1,01; 2,01)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	16	3.443	6	7.832	2,63	(2,15; 3,23)	1,84	(1,44; 2,34)
$\geq 65$ år	4	231	3	805	1,39	(1,09; 1,76)	1,31	(1,03; 1,68)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for psykiatrisk akut ambulante kontakt blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.7 Indlæggelser – hjertekarsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for indlæggelser relateret til hjertekarsygdomme (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.7.1). Dette ses på tværs af køn og aldersgrupper. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere indlæggelsesrate relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.7.1 og tabel 9.7.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.7.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.7.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt mænd end blandt kvinder samt højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans).

**Tabel 9.7.1** Indlæggelser relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	23	4.900	17	24.304	1,50	(1,38; 1,62)	1,34	(1,23; 1,46)
≥65 år	116	5.041	92	25.868	1,19	(1,12; 1,26)	1,17	(1,11; 1,24)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	15	3.530	8	11.537	1,70	(1,48; 1,95)	1,53	(1,33; 1,76)
≥65 år	78	6.490	60	19.548	1,22	(1,15; 1,29)	1,20	(1,13; 1,27)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.7.2** Indlæggelser relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	23	4.210	17	22.415	1,47	(1,35; 1,60)	1,24	(1,13; 1,36)
$\geq 65$ år	109	3.823	89	21.283	1,17	(1,10; 1,25)	1,12	(1,05; 1,19)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14	3.105	8	10.618	1,68	(1,44; 1,95)	1,38	(1,19; 1,60)
$\geq 65$ år	75	4.731	57	15.141	1,25	(1,17; 1,34)	1,17	(1,09; 1,26)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.8 Ambulante kontakter – hjertekarsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.8.1). Dette ses på tværs af køn og aldersgrupper. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.8.1 og tabel 9.8.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.8.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.8.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt mænd end blandt kvinder samt højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans).

**Tabel 9.8.1** Ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	67	14.043	54	76.472	1,40	(1,29; 1,52)	1,33	(1,22; 1,45)
≥65 år	262	11.421	228	64.047	1,18	(1,11; 1,25)	1,17	(1,10; 1,24)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	45	10.879	35	48.129	1,33	(1,24; 1,42)	1,26	(1,18; 1,35)
≥65 år	162	13.454	139	45.447	1,17	(1,11; 1,24)	1,16	(1,10; 1,23)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulante kontakt relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.8.2** Ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	66	12.195	54	70.874	1,39	(1,28; 1,52)	1,27	(1,16; 1,40)
$\geq 65$ år	264	9.300	227	54.506	1,19	(1,11; 1,27)	1,16	(1,09; 1,24)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	44	9.474	35	44.418	1,31	(1,22; 1,40)	1,18	(1,10; 1,27)
$\geq 65$ år	159	9.968	139	37.004	1,16	(1,08; 1,23)	1,12	(1,04; 1,19)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulant kontakt relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.9 Akut ambulante kontakter – hjertekarsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for akut ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.9.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for akut ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.9.1 og tabel 9.9.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.9.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.9.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR en smule længere væk fra 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger bliver større, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger, og på tværs af aldersgrupper, er raten en smule højere blandt mænd end blandt kvinder (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Dertil er raten højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.9.1** Akut ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	4	832	3	4.323	1,49	(1,32; 1,68)	1,38	(1,21; 1,57)
≥65 år	16	714	12	3.319	1,37	(1,24; 1,53)	1,42	(1,28; 1,58)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	3	833	2	2.828	1,77	(1,56; 2,01)	1,69	(1,47; 1,93)
≥65 år	13	1.089	10	3.405	1,24	(1,13; 1,35)	1,27	(1,16; 1,39)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for akut ambulante kontakt relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.9.2** Akut ambulante kontakter relateret til hjertekarsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	4	714	3	3.985	1,47	(1,30; 1,67)	1,36	(1,19; 1,56)
$\geq 65$ år	16	568	12	2.792	1,38	(1,23; 1,55)	1,41	(1,25; 1,58)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	3	727	2	2.608	1,76	(1,54; 2,02)	1,63	(1,41; 1,89)
$\geq 65$ år	13	827	10	2.714	1,28	(1,15; 1,42)	1,31	(1,18; 1,45)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for akut ambulante kontakt relateret til hjertekarsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år



## 9.10 Indlæggelser – muskelskeletsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for indlæggelser relateret til muskelskeletsygdomme (rate per 1.000 personår) er højere blandt kvinder i almene boliger end blandt kvinder i ikke-almene boliger på tværs af aldersgrupper (tabel 9.10.1). Blandt mænd i aldersgruppen 16-64 år er raten ligeledes højere blandt beboere i almene boliger end ikke-almene boliger. Blandt mænd i aldersgruppen 65 år eller derover er raten omtrent den samme i de to boligformer. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for indlæggelser relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger blandt kvinder uanset aldersgruppe og blandt mænd for aldersgruppen 16-64 år (tabel 9.10.1 og tabel 9.10.2). Ligeledes bekræftes ingen forskel i raten for de to boligformer blandt mænd i aldersgruppen 65 år eller derover. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.10.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.10.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt kvinder end blandt mænd samt højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans).

**Tabel 9.10.1** Indlæggelser relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	10	2.173	9	15.288	1,18	(1,09; 1,27)	1,11	(1,03; 1,20)
≥65 år	28	1.235	27	7.588	1,06	(0,98; 1,14)	1,04	(0,97; 1,13)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14	3.283	10	14.251	1,35	(1,28; 1,43)	1,24	(1,17; 1,32)
≥65 år	37	3.077	31	10.216	1,19	(1,12; 1,26)	1,18	(1,12; 1,25)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.10.2** Indlæggelser relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	10	1.895	9	12.301	1,18	(1,09; 1,28)	1,10	(1,01; 1,19)
$\geq 65$ år	29	1.005	27	6.458	1,08	(0,99; 1,17)	1,08	(0,99; 1,17)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	14	2.925	10	13.098	1,36	(1,28; 1,44)	1,20	(1,13; 1,28)
$\geq 65$ år	36	2.267	31	8.295	1,17	(1,10; 1,24)	1,16	(1,09; 1,24)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.11 Ambulante kontakter – muskelskeletsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme (rate per 1.000 personår) er omtrent den samme blandt mænd i almene boliger og mænd i ikke-almene boliger, uanset aldersgruppe (tabel 9.11.1). Derimod ses en højere rate blandt kvinder i almene boliger i forhold til kvinder i ikke-almene boliger. Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknøytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes det, at der ingen forskel er i raten for ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt mænd i almene boliger sammenlignet med mænd i ikke-almene boliger (tabel 9.11.1 og tabel 9.11.2). Dertil bekræftes en højere rate blandt kvinder i almene boliger i forhold til kvinder i ikke-almene boliger. Begge dele gælder på tværs af aldersgrupper. Blandt kvinder i aldersgruppen 16-64 år er den justerede RR tættere på 1 end den ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellen mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.11.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.11.2). Blandt kvinder i aldersgruppen 65 år eller derover er den justerede RR omtrent den samme som den ujusterede RR. Blandt mænd er den justerede og ujusterede RR den samme.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt kvinder end blandt mænd samt højere for aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans).

**Tabel 9.11.1** Ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	107	22.423	114	161.954	0,99	(0,95; 1,04)	0,99	(0,94; 1,03)
≥65 år	158	6.881	161	45.167	1,00	(0,93; 1,08)	1,00	(0,94; 1,07)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	163	39.238	148	201.830	1,12	(1,08; 1,16)	1,07	(1,04; 1,12)
≥65 år	231	19.168	214	70.203	1,12	(1,07; 1,17)	1,13	(1,08; 1,18)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulant kontakt relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.11.2** Ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	109	20.016	115	150.021	1,01	(0,96; 1,06)	1,00	(0,95; 1,05)
$\geq 65$ år	158	5.576	164	39.493	1,00	(0,93; 1,07)	1,02	(0,95; 1,09)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	163	35.169	147	187.193	1,12	(1,08; 1,17)	1,05	(1,01; 1,09)
$\geq 65$ år	237	14.894	219	58.613	1,12	(1,07; 1,18)	1,13	(1,07; 1,18)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.12 Akut ambulante kontakter – muskelskeletsygdomme

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for akut ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.12.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for akut ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.12.1 og tabel 9.12.2). For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.12.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.12.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

Raten er omtrent den samme blandt mænd og kvinder. Raten er ligeledes højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans).

**Tabel 9.12.1** Akut ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	7	1.545	4	6.009	1,84	(1,70; 1,99)	1,62	(1,49; 1,76)
≥65 år	11	475	7	1.908	1,58	(1,41; 1,76)	1,56	(1,40; 1,74)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	8	1.939	4	5.833	2,02	(1,89; 2,15)	1,73	(1,61; 1,86)
≥65 år	11	908	7	2.454	1,45	(1,33; 1,59)	1,46	(1,34; 1,60)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for akut ambulante kontakt relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.12.2** Akut ambulante kontakter relateret til muskelskeletsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal akut ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	7	1.360	4	5.523	1,84	(1,69; 2,00)	1,56	(1,43; 1,71)
$\geq 65$ år	11	373	7	1.601	1,57	(1,40; 1,78)	1,56	(1,38; 1,76)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	8	1.682	4	5.360	1,99	(1,85; 2,13)	1,61	(1,50; 1,74)
$\geq 65$ år	11	666	7	1.986	1,39	(1,25; 1,53)	1,38	(1,24; 1,53)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for akut ambulante kontakt relateret til muskelskeletsygdom blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

## 9.13 Indlæggelser – kræft

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for indlæggelser relateret til kræft (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 9.13.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for indlæggelser relateret til kræft blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.13.1 og tabel 9.13.2). Dette er dog med undtagelse af kvinder i aldersgruppen 16-64 år, hvor der ingen forskel er ved justering. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.13.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 9.13.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR.

### Tendenser inden for hver boligform

For aldersgruppen 16-64 år er raten en smule højere blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Derimod er raten højere blandt mænd end blandt kvinder i aldersgruppen 65 år eller derover. På tværs af boligformer og køn er raten højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.13.1** Indlæggelser relateret til kræft blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	10	2.143	10	14.147	1,18	(1,06; 1,32)	1,13	(1,01; 1,26)
≥65 år	52	2.249	44	12.382	1,20	(1,11; 1,31)	1,21	(1,11; 1,31)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	13	3.069	12	16.437	1,10	(1,01; 1,20)	1,08	(0,99; 1,18)
≥65 år	33	2.769	31	9.990	1,13	(1,04; 1,22)	1,13	(1,05; 1,22)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til kræft blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.13.2** Indlæggelser relateret til kræft blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal indlæggelser og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser	Rate per 1.000 personår	Antal indlæggelser				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	10	1.926	10	13.080	1,20	(1,07; 1,35)	1,06	(0,94; 1,19)
$\geq 65$ år	53	1.879	44	10.670	1,24	(1,13; 1,35)	1,19	(1,09; 1,30)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	13	2.701	12	15.275	1,10	(1,01; 1,21)	1,03	(0,93; 1,13)
$\geq 65$ år	34	2.140	31	8.335	1,11	(1,02; 1,21)	1,07	(0,98; 1,17)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for indlæggelse relateret til kræft blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år



## 9.14 Ambulante kontakter – kræft

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for ambulante kontakter relateret til kræft (rate per 1.000 personår) er omtrent den samme blandt beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger, med undtagelse af mænd i aldersgruppen 16-64 år, hvor raten er højere blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger (tabel 9.14.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR<sup>\*</sup>), bekræftes det, at der ingen forskel er mellem de to boligformer i raten for ambulante kontakter relateret til kræft blandt kvinder i begge aldersgrupper samt blandt mænd i aldersgruppen 65 år eller derover (tabel 9.14.1 og tabel 9.14.2). Desuden bekræftes en højere rate blandt mænd i almene boliger i forhold til mænd i ikke-almene boliger for aldersgruppen 16-64 år. For begge køn og på tværs af aldersgrupper er de justerede RR omtrent de samme som de ujusterede RR, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 9.14.1) samt for sundhedsadfærd (9.14.2). Dog er de justerede RR tættere på 1 end de ujusterede RR for mænd i almene boliger i aldersgruppen 16-64 år, når der tages højde for sundhedsadfærd, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for denne adfærd.

### Tendenser inden for hver boligform

For aldersgruppen 16-64 år er raten højere blandt kvinder end blandt mænd i både almene og ikke-almene boliger (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Derimod er raten højere blandt mænd end blandt kvinder i aldersgruppen 65 år eller derover. I både almene og ikke-almene boliger er raten højere for aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 9.14.1** Ambulante kontakter relateret til kræft blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	103	21.536	101	143.921	1,19	(1,09; 1,29)	1,19	(1,09; 1,30)
≥65 år	469	20.426	455	127.670	1,06	(0,99; 1,13)	1,07	(1,00; 1,15)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	128	30.895	138	188.606	1,01	(0,94; 1,08)	1,03	(0,96; 1,11)
≥65 år	314	26.106	316	103.549	1,06	(0,99; 1,13)	1,08	(1,00; 1,15)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulante kontakter relateret til kræft blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Tabel 9.14.2** Ambulante kontakter relateret til kræft blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal kontakter og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup> *	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter	Rate per 1.000 personår	Antal ambulante kontakter				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	106	19.556	103	134.441	1,20	(1,10; 1,32)	1,12	(1,02; 1,23)
≥65 år	500	17.598	466	111.931	1,09	(1,01; 1,17)	1,07	(0,99; 1,16)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	128	27.593	138	175.896	1,01	(0,94; 1,09)	0,98	(0,91; 1,06)
≥65 år	341	21.422	328	87.591	1,09	(1,01; 1,18)	1,08	(1,00; 1,17)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for ambulant kontakt relateret til kræft blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

# 10 Dødelighed

## 10.1 Dødsfald i alt

### Almene boliger i forhold til ikke-almene boliger

Raten for dødsfald i alt (rate per 1.000 personår) er højere blandt beboere i almene boliger end blandt beboere i ikke-almene boliger på tværs af køn og aldersgrupper (tabel 10.1.1). Når der tages højde for forskelle mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger, hvad angår alder, længst fuldførte uddannelse, etnisk baggrund og arbejdsmarkedstilknytning samt sundhedsadfærd (justeret RR\*), bekræftes den højere rate for dødsfald i alt blandt beboere i almene boliger sammenlignet med beboere i ikke-almene boliger (tabel 10.1.1 og tabel 10.1.2). Dette gælder på tværs af køn og aldersgrupper. For aldersgruppen 16-64 år er de justerede RR'er tættere på 1 end de ujusterede RR'er, hvilket betyder, at forskellene mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger mindskes, når der tages højde for de nævnte sociodemografiske faktorer (tabel 10.1.1) samt for sundhedsadfærd (tabel 10.1.2). For aldersgruppen 65 år eller derover er de justerede RR'er omtrent de samme som de ujusterede RR'er.

### Tendenser inden for hver boligform

For både almene og ikke-almene boliger er raten højere blandt mænd end kvinder (deskriptiv tendens, som ikke er testet for statistisk signifikans). Den er ligeledes højere i aldersgruppen 65 år eller derover i forhold til aldersgruppen 16-64 år.

**Tabel 10.1.1** Dødsfald i alt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Rate per 1.000 personår, antal dødsfald og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal dødsfald	Rate per 1.000 personår	Antal dødsfald				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	6	1.241	3	2.855	2,21	(2,06; 2,37)	1,76	(1,64; 1,89)
≥65 år	66	4.566	42	11.885	1,41	(1,36; 1,47)	1,38	(1,33; 1,44)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	3	832	2	4.152	1,75	(1,61; 1,90)	1,48	(1,36; 1,60)
≥65 år	50	2.774	33	10.817	1,31	(1,26; 1,36)	1,28	(1,23; 1,32)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for død blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. <sup>\*</sup>RR justeret for alder. <sup>\*\*</sup>RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse for aldersgruppen ≥65 år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år

**Table 10.1.2** Dødsfald blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger, der har information om sundhedsadfærd. Rate per 1.000 personår, antal dødsfald og RR<sup>1</sup>. 2010/2013/2017-2021

	Almene boliger		Ikke-almene boliger		Ujusteret RR <sup>1*</sup>	95 % CI	Justeret RR <sup>1**</sup>	95 % CI
	Rate per 1.000 personår	Antal dødsfald	Rate per 1.000 personår	Antal dødsfald				
<b>Mænd</b>								
16-64 år	6	1.061	3	4.076	2,22	(2,06; 2,40)	1,46	(1,35; 1,58)
$\geq 65$ år	59	2.091	38	9.109	1,43	(1,37; 1,50)	1,28	(1,22; 1,34)
<b>Kvinder</b>								
16-64 år	3	710	2	2.449	1,75	(1,60; 1,91)	1,20	(1,10; 1,32)
$\geq 65$ år	43	2.718	28	7.541	1,33	(1,27; 1,39)	1,17	(1,12; 1,23)

<sup>1</sup>RR (rate ratio) for død blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. \*RR justeret for alder. \*\*RR justeret for alder, etnisk baggrund og længst fuldførte uddannelse, kostmønster, rygning og alkoholforbrug for aldersgruppen  $\geq 65$  år og yderligere justeret for arbejdsmarkedstilknøytning for aldersgruppen 16-64 år

# 11 Kommentering af metode og resultater

## Overordnet resultat

I denne rapport opgøres sundhedstilstanden blandt beboere i almene boliger i forhold til beboere i ikke-almene boliger. På tværs af indikatorer for helbredsrelateret livskvalitet og mental sundhed, sociale relationer, sundhedsadfærd, sygelighed, kontakter til sundhedsvæsenet og dødelighed ses det, at beboere i almene boliger har en dårligere sundhedstilstand i forhold til beboere i ikke-almene boliger. Der er dog enkelte undtagelser, hvor der ikke er forskel i helbredsindikatoren for de to boligformer, eller hvor sundhedstilstanden er bedre blandt beboere i almene boliger. For eksempel ses en lavere andel af beboere, der drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge, i almene boliger (11,4 %) end i ikke-almene boliger (16,6 %).

## Betydningen af sociale og økonomiske faktorer

Der er store forskelle i socioøkonomiske karakteristika mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger (vist i kapitel 2, tabel 2.3). Disse forskelle er en del af forklaringen på de fundne forskelle i sundhedstilstanden mellem beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger. De justerede resultater i rapporten tager delvist højde for sociodemografiske eller -økonomiske forskelle ved at justere for alder, køn, uddannelse og etnicitet i del 1 samt yderligere justering for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år samt for sundhedsadfærd for beboere, for hvem der forefindes information herom, i del 2. For de fleste helbredsindikatorer mindskes forskellen mellem beboere i almene boliger og i ikke-almene boliger, når der justeres for socioøkonomiske faktorer og sundhedsadfærd. For nogle grupper forsvinder forskellene i helbredsindikatorer, for andre bliver de større eller forbliver de samme. Det tyder derfor på, at forskellene i helbredsindikatorer mellem de to boligformer i nogen grad er et udtryk for en sammenhæng med socioøkonomiske forhold og sundhedsadfærd og indikerer dermed social ulighed i sundhed og sygelighed.

Sociale og økonomiske faktorer, som der ikke justeres for i denne rapport, kan også bidrage til at forklare forskellene i helbredsindikatorerne. For eksempel tages der ikke højde for civilstand eller husstandens størrelse. I opgørelsen fra Landsbyggefonden i 2022 ses det, at andelen af beboere, der bor alene, er markant større i almene boliger (59,0 %) end i ikke-almene boliger (34,8 %) (1). At bo alene har betydning for livskvalitet, mental sundhed, sundhedsadfærd og brug af sundhedsvæsenet (for eksempel om man går til lægen i tide) samt dødelighed (2-4). Det er derfor ikke overraskende, at beboere i almene boliger klarer sig dårligere målt i forhold til indikatorer for sociale relationer trods justering for en række socioøkonomiske forhold.

I del 2 justeres også for sundhedsadfærd samt for arbejdsmarkedstilknytning for aldersgruppen 16-64 år. De justerede analyser i del 2 resulterer systematisk i en større reduktion af forskellen mellem beboere i de to boligformer for aldersgruppen 16-64 år end for aldersgruppen 65 år eller derover. Ved en sensitivitetanalyse ses det, at arbejdsmarkedstilknytning i nogen grad forklarer denne forskel ved justering i de to aldersgrupper. Det er derfor tænkeligt, at arbejdsmarkedstilknytning og arbejdsmarkedshistorik kan forklare en del af de observerede forskelle i del 1 samt i del 2 for aldersgruppen 65 år eller derover. I kapitel 2 af denne rapport ses

det tilmed, at andelen af beboere, som modtager førtidspension, er omkring fire gange større i almene boliger (12,3 %) end i ikke-almene boliger (3,2 %) (tabel 2.3). For at kunne modtage førtidspension skal ens arbejdsevne være så væsentligt og varigt nedsat, at man ikke kan arbejde i et almindeligt job eller fleksjob. Førtidspension, sygelighed og den generelle sundhedstilstand hænger derfor stærk sammen, og førtidspension påvirker tilmed ens muligheder på boligmarkedet. Ved fortolkning af de justerede resultater i del 1 skal man derfor være opmærksom på, at der ikke er taget højde for forskelle i erhvervsmæssigstilling eller arbejdsmarkedstilknytning, og det kan have en vis betydning.

Endeligt kan det heller ikke udelukkes, at andre faktorer i det omkringliggende miljø, herunder boligmiljøet (som beskrevet i kapitel 1), kan have en betydning for forskellene i sundhedstilstanden mellem beboere i almene boliger og ikke-almene boliger.

### **Fortolkning af ujusterede og justerede resultater**

Det er vigtigt at være opmærksom på, at de præsenterede andele (%) og ujusterede resultater viser situationen, som den er blandt beboere i henholdsvis almene boliger og ikke-almene boliger. Det vil sige, at disse resultater afspejler den faktiske situation i de to boligformer, og det er dem, som med fordel ville kunne blive genstand for fremtidige sundhedspolitiske tiltag og strategier. De justerede analyser er supplerende analyser, der giver en indikation af, hvor stor en del af forskellen mellem almene boliger og ikke-almene boliger, der kan forklares af de nævnte sociodemografiske faktorer samt sundhedsadfærd. Disse kan primært anvendes til at vurdere, hvorvidt sundhedstilstanden kan forklares af udvalgte forhold, samt om ændringerne i boligområderne til dels drives af ændringerne i beboersammensætningen.

### **Indflydelse af COVID-19-pandemi og nedlukning**

Data til Den Nationale Sundhedsprofil 2021 blev indsamlet mellem d. 5. februar og d. 12. maj 2021, hvor der stadig gjaldt en række restriktioner og tiltag i forbindelse med håndteringen af COVID-19-pandemien. Dette har med stor sandsynlighed påvirket resultaterne i denne undersøgelse, idet rammerne for vores liv var markant anderledes, end vi er vant til. Det kan tænkes, at restriktioner og tiltag har ramt beboere i almene boliger hårdere eller på en anden måde end beboere i andre boligforhold. Dette er dog ikke undersøgt. Resultaterne i denne rapport skal således ses i lyset heraf, og konklusioner om udviklingen siden 2010 skal foretages med en vis forsigtighed.

Data fra 2021 i denne rapport tegner et øjebliksbillede under en nedlukningsperiode, og som følge heraf kan der potentielt set opstå udsving for visse indikatorer i undersøgelsen, hvor årsagen alene kan henføres til de særlige levevilkår under nedlukningen og altså ikke til validitetsudfordringer. En del af disse udsving vil forventes at normalisere sig helt eller delvist med ophævelse af restriktionerne. Dette kan dermed potentielt set betyde, at nogle resultater indsamlet under nedlukningen ikke vil kunne reproducere, når restriktionerne ophæves, da COVID-19 sandsynligvis har påvirket besvarelserne på en måde, som ikke ville være sket, hvis der ikke havde været en pandemi.

### **Flyttemønstre og mulig misklassifikation**

I del 1 tildeles alle deltagere i hver af de fire undersøgelsesår i Den Nationale Sundhedsprofil en boligstatus (almen eller ikke-almen), svarende til deres bopæl henholdsvis den 1. januar 2010, 2013, 2017 og 2021. Herefter sammenlignes beboere i almene boliger og beboere i ikke-almene boliger. Oplysningen om boligstatus er – som de øvrige oplysninger i del 1 – et øjebliksbillede, hvor vi ikke kender boligstatus før og efter skæringsdatoen. Det betyder, at nogle beboere vil have boet

kort tid i eksempelvis en almen bolig, og at nogle vil skifte boligstatus kort efter dataindsamlingen. Dette kan medvirke til at reducere forskelle mellem beboere i almene og ikke-almene boliger.

I del 2 tildeles boligstatus ved inklusion (1. januar 2010, 2013, 2017 eller 2021), og denne bevares i hele opfølgingsperioden (indtil 31. december 2021). Beboere, der skifter boligstatus i opfølgingsperioden, vil derfor i en del af opfølgningen have en forkert boligstatus. Dette kan medvirke til at reducere forskelle mellem beboere i almene og ikke-almene boliger.

## Referencer

1. Landsbyggefonden. Beboerstatistik 2022. Tilgængelig fra: <https://lbf.dk/analyser/statistikker-og-analyser/beboerstatistik/beboerstatistik-2022/> [Tilgået juni 2023]
2. Lund R, Nilsson CJ, Christensen U, Schmidt L. Medicinsk sociologi - sociale faktorer betydning for befolkningens helbred. 3. udgave. København: Munksgaard, 2020.
3. Algren MH, Ekholm O, Nielsen L, et al. Social isolation, loneliness, socioeconomic status, and health-risk behaviour in deprived neighbourhoods in Denmark: A cross-sectional study. *SSM Popul Health*. 2020;10:100546.
4. Dalton SO, Schüz J, Engholm G, et al. Social inequality in incidence of and survival from cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003: Summary of findings. *Eur J Cancer*. 2008;44:2074-85.



# Bilag

## Bilag 1: Indikatorer opdelt på køn og alder (udvikling)

**Tabel B1.1** Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	72,5	73,3	72,6	73,9	87,5	87,3	85,3	85,2
<b>Mænd</b>								
16-29 år	92,5	92,2	89,9	88,4	95,7	95,6	93,6	92,1
30-49 år	74,4	77,0	75,0	77,8	91,8	91,5	89,6	89,6
50-64 år	65,3	62,6	64,9	68,4	84,7	85,2	82,8	84,7
65-79 år	70,4	72,9	69,8	70,5	83,6	83,3	83,3	82,0
≥80 år	63,1	65,7	62,1	65,2	72,5	71,5	72,2	72,2
<b>I alt</b>	75,6	76,6	75,4	76,7	89,0	88,8	87,0	86,8
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	89,0	88,5	85,9	84,2	94,3	93,6	90,7	89,6
30-49 år	72,1	71,8	71,2	74,3	89,2	88,8	86,1	86,6
50-64 år	62,9	61,8	61,8	64,1	82,9	83,3	80,2	81,1
65-79 år	64,4	67,4	68,5	69,5	80,4	81,2	81,5	80,6
≥80 år	54,8	52,2	54,4	57,5	64,3	64,9	64,6	66,7
<b>I alt</b>	70,1	70,7	70,3	71,5	86,0	85,9	83,6	83,6

**Tabel B1.2** Høj score på stressskalaen. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	.	33,1	37,8	39,9	.	19,3	22,6	27,0
<b>Mænd</b>								
16-29 år	.	21,5	32,1	37,0	.	15,5	22,2	29,8
30-49 år	.	35,9	40,9	41,2	.	16,5	20,0	23,7
50-64 år	.	34,9	36,8	36,3	.	15,2	17,4	18,4
65-79 år	.	24,3	24,5	29,0	.	13,6	13,8	16,6
≥80 år	.	28,6	27,8	33,2	.	22,2	22,7	24,5
<b>I alt</b>	.	29,6	34,4	36,5	.	15,7	18,8	22,3
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	.	36,3	45,6	53,5	.	29,2	36,8	47,7
30-49 år	.	40,2	46,1	45,9	.	23,0	27,2	32,1
50-64 år	.	37,8	41,2	42,0	.	19,2	22,8	24,8
65-79 år	.	26,6	29,1	30,9	.	18,7	18,0	22,2
≥80 år	.	35,9	35,4	36,9	.	29,4	28,8	30,7
<b>I alt</b>	.	35,9	40,7	42,8	.	23,0	26,6	31,6

**Table B1.3** Lav score på den fysiske helbredsskala. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	18,5	18,0	19,4	18,1	8,3	8,8	9,8	9,6
<b>Mænd</b>								
16-29 år	2,2	2,6	4,1	2,8	1,6	1,6	2,0	1,7
30-49 år	13,8	13,2	12,7	10,6	3,9	4,1	4,6	4,2
50-64 år	21,1	24,7	23,8	22,7	10,2	9,5	11,2	9,8
65-79 år	24,5	22,1	26,1	26,8	13,5	14,5	13,9	15,3
≥80 år	36,0	37,4	42,3	39,4	28,8	31,3	32,9	30,9
<b>I alt</b>	14,6	15,1	16,1	15,1	6,8	7,2	8,2	8,2
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	3,8	3,5	5,5	3,4	2,3	2,6	3,1	3,0
30-49 år	17,1	17,4	17,9	15,5	6,4	6,7	7,9	7,1
50-64 år	27,0	27,5	29,1	26,6	12,9	13,2	14,0	13,3
65-79 år	33,1	27,6	28,7	28,3	17,7	16,8	17,2	17,1
≥80 år	54,7	52,2	54,1	52,3	44,4	43,3	43,3	39,5
<b>I alt</b>	21,8	20,5	22,2	20,7	9,9	10,4	11,5	11,1

**Table B1.4** Lav score på den mentale helbredsskala. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	17,2	18,1	21,5	25,4	8,7	9,5	11,7	15,9
<b>Mænd</b>								
16-29 år	12,8	11,4	18,7	27,0	8,0	8,6	12,2	20,5
30-49 år	17,6	18,3	23,8	26,1	7,7	8,3	10,6	14,2
50-64 år	16,5	19,3	19,4	21,7	6,2	7,0	8,3	10,2
65-79 år	8,9	10,2	12,4	17,2	4,3	5,2	5,1	7,9
≥80 år	12,8	14,5	16,3	19,1	9,3	12,5	10,4	12,5
<b>I alt</b>	14,7	15,2	19,3	23,6	7,0	7,7	9,4	13,3
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	20,1	20,5	27,8	36,2	14,4	15,9	21,4	30,7
30-49 år	23,3	24,9	27,2	28,1	11,1	11,7	14,7	18,6
50-64 år	19,2	20,2	23,3	25,5	7,9	8,8	10,9	13,1
65-79 år	11,7	12,7	12,9	17,9	5,8	7,3	7,0	11,2
≥80 år	17,6	21,7	19,7	22,0	13,8	14,3	15,0	17,1
<b>I alt</b>	19,3	20,5	23,4	26,9	10,5	11,3	13,9	18,4

**Tabel B1.5** Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig. Udvikling 2010-2021 blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	11,1	10,7	12,2	13,1	4,6	5,0	6,0	7,4
<b>Mænd</b>								
16-29 år	7,8	7,7	9,4	16,2	4,3	4,6	7,2	11,5
30-49 år	12,4	12,6	14,3	15,1	3,6	4,2	5,4	6,4
50-64 år	12,7	12,0	12,2	12,4	3,6	3,9	4,5	4,5
65-79 år	5,5	5,2	5,6	6,2	2,3	2,6	2,5	2,9
$\geq 80$ år	3,9	4,9	7,6	5,1	3,4	3,3	3,0	3,2
I alt	9,9	9,6	10,8	12,7	3,5	3,9	4,9	6,1
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	12,3	11,6	16,3	21,8	7,7	8,8	11,5	16,6
30-49 år	14,7	15,4	15,0	13,2	5,5	6,2	6,6	8,0
50-64 år	14,2	12,7	14,8	13,9	5,2	5,4	6,6	6,3
65-79 år	7,5	6,8	7,7	7,9	3,8	4,1	3,9	5,2
$\geq 80$ år	8,2	8,5	9,2	7,4	6,6	5,0	5,1	5,7
I alt	12,1	11,6	13,3	13,5	5,6	6,1	7,0	8,7

**Tabel B1.6** Ængstelse, nervøsitet, uro, angst. Udvikling 2010-2021 blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	9,9	9,7	12,0	13,2	3,7	4,1	5,5	6,7
<b>Mænd</b>								
16-29 år	5,3	6,4	8,9	12,2	2,6	2,9	5,6	8,2
30-49 år	11,0	12,0	13,3	14,1	2,6	3,1	4,1	5,1
50-64 år	11,9	10,3	13,1	10,9	3,2	3,3	4,1	3,9
65-79 år	5,0	4,6	5,6	6,7	1,9	2,1	2,2	2,5
$\geq 80$ år	3,5	5,1	4,4	5,2	2,3	3,2	2,5	3,3
I alt	8,5	8,6	10,4	11,1	2,6	2,9	4,0	4,8
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	8,1	8,8	15,9	23,3	4,7	6,2	10,9	16,3
30-49 år	13,6	13,8	14,7	15,2	4,4	4,9	6,5	8,0
50-64 år	13,8	13,0	15,1	15,8	5,2	5,2	6,6	6,1
65-79 år	8,5	6,8	7,9	8,0	4,2	4,5	4,5	5,3
$\geq 80$ år	7,6	8,1	9,8	9,3	6,8	5,4	5,1	6,5
I alt	11,0	10,6	13,3	14,9	4,7	5,2	7,0	8,6

**Tabel B1.7** Søvnbesvær, søvnproblemer. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	17,4	17,7	20,5	21,7	8,9	9,8	12,2	13,6
<b>Mænd</b>								
16-29 år	10,9	11,2	14,6	18,1	7,2	7,2	10,8	14,2
30-49 år	17,8	18,3	21,8	21,0	6,2	7,1	9,2	10,8
50-64 år	17,9	19,6	22,2	21,9	7,8	8,4	10,8	10,7
65-79 år	11,7	11,3	13,0	14,1	6,6	6,9	7,8	8,3
≥80 år	10,0	9,6	12,5	12,5	7,7	9,0	9,0	10,0
I alt	14,8	15,1	18,1	18,8	6,9	7,5	9,7	11,0
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	14,2	15,3	20,5	26,2	10,0	11,8	15,7	19,1
30-49 år	21,0	22,7	23,3	24,9	9,0	10,5	13,1	14,2
50-64 år	24,5	24,6	27,4	27,8	13,1	14,1	17,0	17,8
65-79 år	17,2	17,5	20,3	19,2	12,1	12,4	13,5	14,5
≥80 år	17,8	16,2	18,3	19,3	15,6	15,3	15,1	16,1
I alt	19,4	19,8	22,5	24,1	11,0	12,2	14,8	16,3

**Tabel B1.8** Ofte uønsket alene. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	10,9	10,8	11,4	14,6	4,5	4,8	5,3	8,0
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,8	8,6	11,0	16,1	5,6	6,5	7,6	12,5
30-49 år	12,0	13,9	13,6	15,4	3,7	3,9	5,0	6,3
50-64 år	11,3	10,0	11,7	13,9	3,6	3,6	4,1	4,9
65-79 år	7,2	8,1	8,1	9,6	3,5	3,5	3,6	4,6
≥80 år	11,1	13,6	11,0	11,1	9,2	8,6	6,0	7,5
I alt	10,5	10,7	11,4	13,9	4,2	4,5	5,1	6,9
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	10,4	11,3	12,9	17,9	6,8	7,6	9,0	14,5
30-49 år	11,1	11,5	11,5	13,6	3,7	4,0	4,7	7,7
50-64 år	11,9	10,2	10,8	14,9	3,8	3,6	4,4	6,1
65-79 år	9,7	8,7	8,9	13,1	4,6	4,4	3,6	7,3
≥80 år	14,7	14,2	13,2	18,7	12,3	12,4	8,9	14,6
I alt	11,2	10,9	11,3	15,2	4,9	5,1	5,5	9,0

**Table B1.9.** Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	7,3	6,7	7,8	8,4	3,8	4,0	4,3	4,9
<b>Mænd</b>								
16-29 år	4,7	5,7	8,1	9,7	3,8	4,3	5,9	7,0
30-49 år	9,6	9,8	11,2	11,2	4,3	4,5	5,2	6,0
50-64 år	12,5	10,8	12,5	13,0	5,7	5,7	5,7	6,2
65-79 år	12,2	10,3	10,4	10,7	7,8	7,7	6,0	6,3
≥80 år	9,5	9,5	8,0	10,1	9,6	8,9	6,2	6,3
I alt	9,4	9,0	10,4	11,1	5,2	5,4	5,7	6,3
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	3,6	4,0	5,0	5,0	1,7	1,9	3,0	3,4
30-49 år	5,8	4,9	5,8	7,0	1,9	2,3	2,7	3,7
50-64 år	7,0	5,9	6,6	7,5	2,7	2,8	3,0	3,5
65-79 år	6,4	5,6	5,5	5,8	3,6	3,8	2,9	3,4
≥80 år	5,2	3,8	4,9	4,2	4,5	3,5	3,4	3,2
I alt	5,7	4,9	5,7	6,1	2,5	2,7	2,9	3,5

**Table B1.10** Daglig rygning. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	29,9	24,5	24,8	22,0	19,4	15,7	15,4	12,3
<b>Mænd</b>								
16-29 år	23,1	19,9	21,9	16,0	18,8	15,1	17,0	10,5
30-49 år	39,5	31,9	33,1	30,5	20,4	16,6	16,6	13,8
50-64 år	41,8	36,8	36,7	33,1	25,1	20,9	19,3	16,0
65-79 år	27,8	25,8	25,3	23,0	19,6	16,9	14,5	13,7
≥80 år	15,7	13,9	11,4	14,9	15,3	11,2	9,6	8,1
I alt	33,0	27,9	28,6	25,1	21,0	17,2	16,7	13,4
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	21,7	16,8	18,4	15,9	14,9	11,7	13,4	9,1
30-49 år	31,9	24,7	23,8	21,9	17,9	14,0	13,8	10,9
50-64 år	36,4	31,0	31,2	26,8	21,8	18,1	18,1	14,7
65-79 år	24,1	20,2	18,3	17,8	16,4	13,3	11,7	11,0
≥80 år	12,8	10,5	9,1	8,5	10,0	9,3	8,0	6,2
I alt	27,5	21,9	21,7	19,5	17,7	14,2	14,1	11,2

**Tabel B1.11** Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	71,9	71,5	72,0	72,2	74,9	73,3	73,6	74,3
<b>Mænd</b>								
16-29 år	85,8	78,2	80,3	76,8	81,6	78,8	79,0	80,4
30-49 år	77,5	75,8	76,3	77,3	81,8	80,4	81,3	80,6
50-64 år	67,2	71,3	70,6	67,3	71,3	71,6	73,1	74,1
65-79 år	54,4	54,2	54,0	59,5	53,3	53,2	56,0	59,4
≥80 år	27,1	38,7	39,7	33,1	26,4	26,5	23,1	33,7
I alt	71,9	70,8	71,5	69,8	73,7	72,0	73,2	73,1
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	82,6	85,0	82,7	85,8	84,8	86,7	82,7	82,5
30-49 år	77,7	77,7	80,1	79,0	81,6	82,2	80,7	82,3
50-64 år	70,6	74,5	71,4	73,3	74,6	73,9	73,2	77,0
65-79 år	61,4	57,1	57,7	67,4	62,7	57,9	59,2	63,2
≥80 år	36,2	26,2	34,3	41,3	34,7	26,5	32,5	38,7
I alt	72,0	72,1	72,5	74,6	76,3	74,9	74,1	75,6

**Tabel B1.12** Ryger ≥15 cigaretter om dagen. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	17,1	13,0	12,7	10,4	9,8	7,4	7,0	5,1
<b>Mænd</b>								
16-29 år	11,4	10,4	8,2	5,7	9,4	6,9	6,5	3,5
30-49 år	27,3	21,7	20,9	17,6	13,5	10,1	10,1	7,2
50-64 år	27,9	22,9	24,3	21,3	14,6	12,2	11,8	9,4
65-79 år	13,6	11,3	13,1	11,9	7,2	6,3	5,5	5,3
≥80 år	2,8	2,3	3,0	4,3	3,0	1,6	1,5	1,5
I alt	20,2	16,3	16,1	13,5	11,7	9,1	8,6	6,4
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	9,1	6,7	6,4	3,7	5,4	3,9	4,1	2,2
30-49 år	19,2	13,8	12,5	10,1	9,0	6,2	6,0	4,1
50-64 år	23,0	16,6	16,0	12,3	10,8	8,2	7,9	5,6
65-79 år	10,2	7,5	7,6	6,8	5,8	4,7	4,0	3,4
≥80 år	2,8	3,1	2,1	2,0	1,7	1,6	1,2	1,5
I alt	14,7	10,5	10,0	7,8	7,9	5,7	5,5	3,8

**Tabel B1.13** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	20,4	16,9	13,7	11,4	25,3	21,8	18,8	16,6
<b>Mænd</b>								
16-29 år	33,5	28,0	20,2	12,8	45,7	37,6	31,2	22,8
30-49 år	24,0	18,1	15,0	13,2	25,1	21,9	18,4	16,6
50-64 år	36,2	29,3	25,3	21,9	39,2	33,5	28,9	25,3
65-79 år	35,7	29,2	29,5	25,4	39,4	35,9	34,4	33,7
≥80 år	24,6	23,9	22,1	21,8	30,2	26,9	27,2	27,7
<b>I alt</b>	31,1	25,3	21,4	17,7	35,1	30,6	27,0	23,9
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	16,9	15,3	11,4	6,8	24,9	21,3	16,8	11,5
30-49 år	7,8	5,0	3,9	3,1	8,2	6,4	4,5	4,1
50-64 år	14,6	12,3	8,2	5,6	17,5	14,1	10,9	9,6
65-79 år	12,6	9,3	8,4	9,7	17,8	15,1	14,1	14,6
≥80 år	7,0	7,9	5,8	6,8	11,2	10,6	8,8	10,6
<b>I alt</b>	12,0	10,1	7,6	6,2	15,4	13,0	10,6	9,4

**Tabel B1.14** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	22,1	25,1	27,3	27,4	19,9	21,7	24,0	23,6
<b>Mænd</b>								
16-29 år	13,2	17,8	21,5	23,8	11,6	14,6	16,7	14,8
30-49 år	31,0	31,1	38,1	41,8	25,2	27,5	31,0	31,6
50-64 år	29,8	35,7	34,3	32,2	23,6	25,6	28,2	26,4
65-79 år	13,7	17,0	14,4	19,2	11,5	12,8	15,0	15,7
≥80 år	5,2	7,5	4,3	4,2	4,3	6,5	4,2	5,7
<b>I alt</b>	22,0	24,9	26,4	27,4	18,6	20,5	22,4	21,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	10,8	15,9	25,1	20,9	12,2	15,6	18,0	18,6
30-49 år	33,9	42,3	36,1	46,1	36,2	36,9	43,2	42,5
50-64 år	35,8	35,3	44,6	40,9	29,1	33,1	38,2	38,8
65-79 år	12,1	17,3	18,6	17,0	13,7	15,8	18,9	19,6
≥80 år	4,0	6,9	10,2	10,4	3,3	3,7	6,0	4,8
<b>I alt</b>	22,4	25,4	29,3	27,3	22,6	24,4	27,6	27,8

**Table B1.15** Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	.	11,3	9,4	7,6	.	12,6	11,0	9,4
<b>Mænd</b>								
16-29 år	.	19,9	13,9	9,7	.	30,1	24,9	18,8
30-49 år	.	15,8	12,8	10,9	.	14,7	13,3	11,7
50-64 år	.	22,7	20,1	17,5	.	18,1	17,2	15,6
65-79 år	.	11,6	14,8	11,6	.	10,3	10,8	11,1
≥80 år	.	4,4	3,9	5,2	.	3,9	3,9	4,9
I alt	.	17,2	14,6	11,8	.	17,8	15,9	13,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	.	12,6	9,0	6,1	.	19,3	14,6	10,5
30-49 år	.	4,4	3,2	3,2	.	4,1	3,6	3,2
50-64 år	.	7,7	7,2	5,2	.	5,7	5,7	5,3
65-79 år	.	3,7	3,9	3,8	.	3,2	3,1	3,7
≥80 år	.	1,7	1,5	1,1	.	1,7	1,5	2,1
I alt	.	6,6	5,3	4,2	.	7,3	6,2	5,2

**Table B1.16** Usundt kostmønster. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	18,0	19,0	21,5	23,6	12,4	13,1	14,8	16,5
<b>Mænd</b>								
16-29 år	24,0	22,8	25,6	29,4	19,9	18,5	20,1	22,2
30-49 år	24,2	23,5	27,4	31,0	17,3	17,5	18,6	21,0
50-64 år	22,4	27,3	28,9	30,2	15,6	17,1	19,2	21,2
65-79 år	23,8	26,5	28,3	26,7	15,4	17,0	18,3	19,7
≥80 år	24,9	23,7	31,3	26,5	18,3	21,1	20,0	20,3
I alt	23,7	24,7	27,6	29,4	17,1	17,6	19,1	21,0
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	15,8	15,7	17,7	22,1	9,9	10,1	13,7	15,4
30-49 år	12,5	13,2	15,6	18,7	7,0	7,6	9,8	11,8
50-64 år	11,0	12,2	16,1	17,0	6,1	6,8	8,9	10,5
65-79 år	13,6	15,3	15,4	16,7	7,8	8,8	9,7	10,4
≥80 år	18,3	20,9	19,6	20,8	12,9	15,4	14,9	15,4
I alt	13,6	14,6	16,5	18,8	7,7	8,5	10,6	12,1



**Tabel B1.17** Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	55,2	52,4	58,8	61,6	54,5	50,8	55,4	58,4
<b>Mænd</b>								
16-29 år	67,1	62,1	66,0	71,3	61,7	60,2	60,0	64,3
30-49 år	58,2	58,6	67,7	68,2	58,5	58,0	62,6	65,7
50-64 år	43,4	37,4	48,4	52,2	38,9	36,2	44,0	51,1
65-79 år	23,9	25,7	34,8	34,9	25,2	22,0	29,6	32,3
≥80 år	19,8	18,6	22,2	24,1	17,2	14,8	19,4	23,1
I alt	50,3	47,0	54,7	57,8	49,3	46,0	49,9	53,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	83,5	82,5	82,8	84,8	84,3	82,8	82,3	81,1
30-49 år	78,3	76,0	79,4	77,2	78,5	74,0	76,9	77,7
50-64 år	53,7	52,0	61,3	64,8	57,7	52,0	59,2	63,5
65-79 år	41,9	37,9	42,2	47,4	37,9	34,4	41,8	42,4
≥80 år	22,4	23,9	28,7	32,3	25,3	25,1	25,5	29,4
I alt	61,9	59,6	64,2	66,4	66,0	60,9	65,2	66,2

**Tabel B1.18** Stillesiddende fritidsaktivitet. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	26,7	27,0	30,0	30,3	13,7	14,5	18,3	16,8
<b>Mænd</b>								
16-29 år	17,7	15,9	23,2	28,3	11,9	12,2	18,2	19,6
30-49 år	28,7	26,7	26,2	29,1	12,7	12,7	18,4	16,9
50-64 år	29,7	28,1	25,1	30,0	12,6	13,5	15,4	13,9
65-79 år	27,6	30,8	36,0	31,4	13,9	15,5	18,8	15,6
≥80 år	45,7	49,2	62,4	48,0	37,6	41,4	38,7	32,7
I alt	26,8	25,9	28,7	30,6	13,4	14,2	18,5	17,2
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	18,8	19,4	22,4	26,3	11,0	11,0	16,4	16,3
30-49 år	25,2	26,0	28,5	27,9	12,3	13,5	18,4	15,0
50-64 år	22,3	24,3	29,3	27,2	11,4	12,7	13,8	12,8
65-79 år	27,7	28,4	31,1	27,6	16,0	16,0	17,6	16,1
≥80 år	55,9	59,9	64,0	54,1	46,4	48,4	46,2	40,8
I alt	26,7	27,8	31,0	30,0	14,0	14,9	18,1	16,5

**Table B1.19** Har stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	63,3	62,5	70,9	64,8	70,9	69,5	74,5	71,3
<b>Mænd</b>								
16-29 år	73,7	74,3	80,3	75,9	76,9	74,0	76,8	74,8
30-49 år	69,5	66,9	82,6	71,7	80,6	82,0	82,3	81,0
50-64 år	58,7	54,1	68,6	55,2	62,6	65,0	65,5	66,7
65-79 år	48,2	46,6	62,9	54,5	51,0	48,6	54,2	54,4
≥80 år	40,9	45,2	21,2	35,8	43,0	40,9	53,9	45,6
I alt	61,8	59,2	68,8	62,8	68,3	66,9	69,7	68,9
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	86,1	84,4	86,8	85,0	87,7	87,1	82,6	84,5
30-49 år	74,4	77,5	78,7	77,1	87,4	86,3	91,6	87,5
50-64 år	65,0	66,5	75,3	67,9	74,7	75,7	88,6	76,3
65-79 år	52,8	51,5	67,1	56,7	57,1	53,9	66,3	59,7
≥80 år	44,9	42,2	53,2	41,0	45,1	43,2	46,8	46,8
I alt	64,5	64,9	72,6	66,5	73,5	72,0	79,4	73,7

**Table B1.20** Svær overvægt. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	18,3	19,5	22,4	24,3	12,6	13,2	15,8	17,3
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,3	11,0	11,9	15,0	6,7	5,7	7,9	8,6
30-49 år	20,5	21,2	24,3	25,5	13,2	14,1	16,6	18,9
50-64 år	24,9	23,1	27,5	30,1	16,9	17,6	20,6	22,3
65-79 år	22,0	23,0	28,1	27,6	15,9	17,3	19,7	20,3
≥80 år	10,5	12,2	14,9	17,1	8,7	11,7	12,3	12,9
I alt	18,5	18,8	22,0	23,7	13,0	13,7	16,2	17,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	10,0	12,3	14,4	15,5	6,4	6,7	8,9	10,2
30-49 år	21,9	23,4	25,5	29,7	13,6	14,5	17,6	19,2
50-64 år	22,4	26,0	28,7	30,1	14,5	15,2	18,5	20,8
65-79 år	19,9	22,9	24,3	25,9	13,4	14,0	15,8	17,3
≥80 år	10,8	11,3	16,5	17,5	8,1	9,7	10,6	11,1
I alt	18,2	20,1	22,7	24,8	12,1	12,8	15,3	16,9

**Tabel B1.21** Diabetes. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	8,3	9,0	9,0	9,5	4,2	4,5	4,8	5,1
<b>Mænd</b>								
16-29 år	0,9	0,7	1,3	1,1	0,8	0,6	1,0	0,8
30-49 år	4,5	5,6	4,9	5,2	2,0	2,0	2,0	2,2
50-64 år	15,0	17,2	15,7	16,7	7,4	7,2	7,5	7,4
65-79 år	21,6	22,2	23,2	24,8	13,1	13,4	13,3	14,3
≥80 år	15,1	15,6	20,6	20,9	12,4	16,4	15,9	15,3
I alt	8,9	9,8	10,1	11,0	4,9	5,2	5,7	6,2
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	1,1	0,7	1,2	0,9	0,6	0,5	0,7	0,9
30-49 år	3,7	4,8	3,7	3,8	1,5	1,6	1,5	1,7
50-64 år	11,6	10,7	10,7	9,5	4,6	5,1	4,7	4,7
65-79 år	15,8	18,1	16,6	15,8	9,4	9,2	8,8	8,6
≥80 år	13,6	15,5	15,0	17,3	10,1	12,0	12,6	10,5
I alt	7,8	8,3	8,1	8,3	3,5	3,9	4,0	4,1

**Tabel B1.22** Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL). Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	8,6	7,8	7,5	8,8	3,8	3,8	3,6	4,4
<b>Mænd</b>								
16-29 år	1,4	1,0	1,5	1,6	1,2	0,9	0,9	1,2
30-49 år	5,9	5,2	3,9	3,6	1,4	1,2	1,1	1,4
50-64 år	12,8	12,9	10,2	14,5	5,7	5,0	4,6	4,8
65-79 år	15,5	16,5	17,2	18,7	10,2	10,3	8,8	11,2
≥80 år	17,7	16,9	21,2	20,2	13,9	15,0	14,0	13,7
I alt	8,2	8,0	7,6	9,1	4,0	3,9	3,8	4,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	2,0	1,4	1,1	1,0	0,9	0,6	0,7	0,8
30-49 år	4,0	2,5	2,4	3,2	1,4	1,2	0,7	1,2
50-64 år	12,2	11,3	10,9	10,5	5,3	4,9	4,1	4,7
65-79 år	18,2	16,8	14,3	17,0	9,5	8,8	8,6	9,8
≥80 år	15,2	13,2	16,7	17,5	9,1	11,3	11,5	12,0
I alt	8,8	7,6	7,4	8,6	3,7	3,6	3,5	4,2

**Tabel B1.23** Astma. Udvikling 2010-2021 blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	11,1	10,1	10,3	11,8	7,0	7,0	7,1	7,9
<b>Mænd</b>								
16-29 år	8,7	8,0	7,5	10,5	7,8	7,3	7,6	7,0
30-49 år	9,2	8,6	9,6	10,1	6,2	6,4	6,6	7,1
50-64 år	8,8	9,6	8,5	11,4	5,5	5,6	6,1	7,3
65-79 år	9,6	8,6	8,7	9,9	6,3	5,8	5,7	7,1
$\geq 80$ år	8,7	8,7	10,7	9,9	8,7	7,6	6,3	6,9
I alt	9,0	8,7	8,7	10,5	6,4	6,4	6,5	7,1
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	11,9	10,7	10,2	11,1	8,7	8,8	8,5	9,0
30-49 år	12,8	10,5	10,6	12,0	6,8	7,3	6,9	8,1
50-64 år	12,4	12,4	14,6	15,4	7,3	7,3	7,8	8,7
65-79 år	14,5	12,4	11,3	13,4	7,8	7,8	7,9	8,8
$\geq 80$ år	12,2	9,3	11,6	12,7	7,7	7,6	7,9	9,2
I alt	12,7	11,2	11,6	12,9	7,5	7,7	7,7	8,6

**Tabel B1.24** Allergi. Udvikling 2010-2021 blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	24,4	25,2	24,0	26,0	21,5	22,3	21,5	23,2
<b>Mænd</b>								
16-29 år	25,3	25,9	23,6	29,0	22,6	23,7	23,9	25,8
30-49 år	23,5	23,8	25,5	26,0	22,6	23,0	23,6	24,8
50-64 år	17,5	20,9	19,1	19,0	16,2	16,8	17,0	19,4
65-79 år	13,6	14,4	12,8	13,7	12,4	12,7	11,2	13,4
$\geq 80$ år	13,1	12,5	7,9	11,0	11,7	10,5	8,0	9,6
I alt	20,8	21,8	20,7	22,2	19,4	19,6	19,2	20,8
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	28,5	29,7	28,4	31,4	25,4	27,6	27,4	29,5
30-49 år	30,8	29,8	28,9	33,1	27,0	28,0	27,1	28,4
50-64 år	27,9	31,5	29,9	31,1	22,3	24,1	23,3	25,8
65-79 år	22,1	22,8	22,1	24,2	18,1	18,4	17,0	19,5
$\geq 80$ år	20,2	16,7	18,1	18,5	14,5	15,7	12,9	15,2
I alt	27,3	27,8	26,8	29,1	23,8	24,9	23,7	25,6

**Table B1.25** Migræne eller hyppig hovedpine. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	21,4	19,4	21,3	22,0	14,8	13,7	15,4	17,1
<b>Mænd</b>								
16-29 år	9,6	8,8	13,8	12,3	7,3	7,5	8,9	10,8
30-49 år	19,7	16,0	19,1	19,6	10,7	9,7	11,7	12,6
50-64 år	17,8	15,9	18,2	16,1	10,4	9,5	10,9	11,9
65-79 år	9,9	8,1	10,3	10,3	6,2	5,7	5,9	7,4
≥80 år	7,7	5,5	7,4	7,4	5,0	4,6	4,2	5,9
<b>I alt</b>	14,7	12,3	15,5	14,6	9,1	8,4	9,6	10,7
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	25,1	25,2	29,1	31,8	21,5	20,4	24,3	27,7
30-49 år	37,1	35,1	35,0	38,8	25,7	24,7	27,7	30,4
50-64 år	28,9	26,3	29,2	32,3	19,4	18,3	21,0	24,3
65-79 år	15,6	14,4	13,2	15,1	11,1	9,7	9,9	11,3
≥80 år	11,3	10,2	10,9	10,1	8,7	8,0	7,1	7,7
<b>I alt</b>	26,8	25,1	26,1	28,2	20,6	19,2	21,2	23,4

**Table B1.26** Diskusprolaps eller andre rygsygdomme. Udvikling 2010-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	18,4	17,4	17,5	18,5	12,8	12,6	12,9	14,1
<b>Mænd</b>								
16-29 år	5,6	5,4	4,9	4,6	4,5	4,4	3,8	3,5
30-49 år	19,4	17,9	16,3	15,3	12,3	12,4	12,1	12,6
50-64 år	28,4	26,4	25,5	27,0	18,5	18,5	18,2	19,5
65-79 år	20,4	20,3	21,8	24,4	16,0	15,9	16,2	19,3
≥80 år	16,4	15,6	18,4	23,2	15,2	15,6	17,4	18,5
<b>I alt</b>	17,9	16,6	16,3	17,1	12,8	12,8	12,8	14,1
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	5,6	6,1	5,4	6,1	5,1	4,9	4,8	4,4
30-49 år	17,6	19,1	16,5	16,6	11,6	11,1	12,2	12,6
50-64 år	25,4	24,9	26,8	26,8	16,8	16,6	17,4	18,4
65-79 år	26,1	22,1	23,8	25,6	17,6	16,4	16,3	18,8
≥80 år	23,5	24,4	26,8	28,9	20,9	19,7	20,6	22,2
<b>I alt</b>	18,7	18,1	18,4	19,7	12,8	12,3	13,1	14,1

**Table B1.27** Psykisk lidelse af mere end seks måneders varighed. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	.	14,5	16,7	17,7	.	6,9	8,3	9,6
<b>Mænd</b>								
16-29 år	.	9,6	13,5	16,8	.	5,8	8,2	10,4
30-49 år	.	19,0	20,8	20,4	.	6,0	7,1	8,6
50-64 år	.	16,5	18,2	18,5	.	5,7	6,4	6,5
65-79 år	.	6,6	6,8	8,2	.	3,2	3,0	3,9
≥80 år	.	3,9	4,3	4,1	.	3,1	2,9	3,1
I alt2	.	13,3	15,2	16,0	.	5,4	6,3	7,3
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	.	14,6	20,0	25,3	.	10,6	14,5	18,9
30-49 år	.	20,8	22,9	24,9	.	9,5	11,9	13,9
50-64 år	.	19,9	21,4	21,4	.	8,3	10,0	10,0
65-79 år	.	7,3	8,4	9,6	.	4,7	4,8	5,7
≥80 år	.	5,5	7,7	5,8	.	5,0	5,3	4,7
I alt	.	15,4	17,8	19,2	.	8,5	10,4	11,9

**Table B1.28** Psykisk sygdom af mindre end seks måneders varighed. Udvikling 2013-2021 blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%)

	Almene boliger				Ikke-almene boliger			
	2010	2013	2017	2021	2010	2013	2017	2021
<b>I alt</b>	.	10,6	11,3	13,1	.	5,0	5,9	7,2
<b>Mænd</b>								
16-29 år	.	6,7	6,5	9,9	.	3,8	5,4	6,6
30-49 år	.	13,0	12,6	14,1	.	4,0	4,8	6,3
50-64 år	.	13,6	13,5	14,8	.	4,1	4,8	5,0
65-79 år	.	5,4	5,8	6,3	.	2,4	2,3	3,1
≥80 år	.	2,1	5,4	4,4	.	2,7	2,1	2,4
I alt	.	9,7	9,7	11,2	.	3,7	4,4	5,2
<b>Kvinder</b>								
16-29 år	.	9,1	13,2	17,9	.	7,9	10,0	13,1
30-49 år	.	15,6	16,5	18,3	.	7,3	9,0	11,4
50-64 år	.	15,2	14,5	17,9	.	6,1	7,4	7,9
65-79 år	.	6,0	6,5	7,1	.	3,5	3,4	4,3
≥80 år	.	4,5	6,6	5,5	.	3,6	3,4	3,5
I alt	.	11,3	12,5	14,6	.	6,4	7,5	9,1

## Bilag 2: Indikatorer opdelt på kommune (2021)

**Table B2.1** Fremragende, vældig godt eller godt selv vurderet helbred blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

Kommune	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	75,0	1.996	87,9	11.189
Aarhus	76,0	1.798	88,5	4.550
Odense	70,9	940	85,7	4.029
Rødovre	79,0	903	85,4	1.705
Aalborg	74,5	786	85,8	3.370
Ballerup	76,9	693	89,1	791
Sønderborg	75,4	654	85,3	2.836
Brøndby	77,8	651	87,6	635
Herlev	77,0	620	86,3	790
Esbjerg	77,6	605	85,0	2.646
Albertslund	75,5	596	85,6	687
Hvidovre	75,4	487	86,0	945
Høje-Taastrup	73,1	483	83,3	2.123
Glostrup	74,5	469	85,6	923
Ishøj	77,5	449	83,4	680
Tårnby	75,0	438	86,4	1.019
Gladsaxe	79,9	424	87,0	1.008
Vejle	74,8	413	85,7	2.837
Frederikshavn	71,0	405	84,1	2.445
Randers	72,2	398	83,3	2.756
Fredericia	73,0	341	83,4	1.316
Fredensborg	79,0	323	86,1	1.203
Helsingør	72,9	304	83,8	1.211
Furesø	75,5	280	89,8	1.330
Lyngby-Taarbæk	73,6	261	87,9	1.249

**Table B2.2** Høj score på stressskalaen blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	41,9	1.829	31,7	10.450
Aarhus	41,0	1.641	28,2	4.329
Odense	48,1	846	28,8	3.794
Rødovre	37,5	831	28,4	1.607
Aalborg	41,3	698	28,1	3.123
Ballerup	32,0	637	24,1	751
Sønderborg	37,9	598	27,8	2.692
Brøndby	38,1	602	27,1	600
Herlev	35,3	586	25,4	748
Esbjerg	36,3	565	25,3	2.479
Albertslund	40,3	542	25,7	644
Hvidovre	34,7	440	25,8	892
Høje-Taastrup	43,7	438	29,1	1.995
Glostrup	40,1	450	29,0	852
Ishøj	36,3	412	29,4	627
Tårnby	37,4	407	27,3	954
Gladsaxe	35,2	393	26,2	961
Vejle	42,0	374	26,1	2.687
Frederikshavn	40,5	362	24,2	2.259
Randers	41,0	366	28,4	2.601
Fredericia	40,3	314	27,4	1.223
Fredensborg	33,5	296	24,2	1.131
Helsingør	41,6	275	25,8	1.127
Furesø	37,4	261	18,6	1.263
Lyngby-Taarbæk	36,5	236	24,2	1.178



**Table B2.3** Lav score på den fysiske helbredsskala blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarepersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	15,4	1.787	5,4	10.509
Aarhus	13,6	1.600	5,3	4.287
Odense	18,6	852	8,6	3.779
Rødovre	16,6	805	8,8	1.577
Aalborg	15,2	692	8,5	3.141
Ballerup	13,8	619	7,2	740
Sønderborg	20,7	573	10,6	2.649
Brøndby	15,2	584	8,8	593
Herlev	16,1	570	8,3	744
Esbjerg	13,7	561	10,3	2.463
Albertslund	15,2	528	7,5	630
Hvidovre	13,7	429	9,5	878
Høje-Taastrup	20,0	422	10,2	1.963
Glostrup	16,3	422	8,5	849
Ishøj	15,3	391	11,2	621
Tårnby	16,5	384	8,2	937
Gladsaxe	14,0	376	7,7	949
Vejle	18,2	367	10,1	2.683
Frederikshavn	26,2	345	12,1	2.245
Randers	18,5	352	10,2	2.564
Fredericia	19,4	312	11,2	1.245
Fredensborg	20,2	265	9,7	1.118
Helsingør	21,1	259	7,9	1.118
Furesø	21,2	249	7,3	1.265
Lyngby-Taarbæk	15,0	234	6,6	1.184

**Table B2.4** Lav score på den mentale helbredsskala blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarepersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	26,4	1.787	20,5	10.509
Aarhus	28,4	1.600	17,8	4.287
Odense	30,9	852	18,4	3.779
Rødovre	21,1	805	16,7	1.577
Aalborg	27,8	692	17,2	3.141
Ballerup	19,7	619	13,3	740
Sønderborg	22,0	573	15,3	2.649
Brøndby	22,1	584	15,2	593
Herlev	20,4	570	15,9	744
Esbjerg	22,9	561	14,7	2.463
Albertslund	26,2	528	16,2	630
Hvidovre	21,7	429	16,5	878
Høje-Taastrup	26,0	422	17,8	1.963
Glostrup	20,8	422	15,2	849
Ishøj	23,1	391	17,1	621
Tårnby	22,9	384	15,7	937
Gladsaxe	21,4	376	14,5	949
Vejle	25,3	367	15,9	2.683
Frederikshavn	24,7	345	14,9	2.245
Randers	20,8	352	15,7	2.564
Fredericia	26,5	312	16,3	1.245
Fredensborg	20,2	265	14,7	1.118
Helsingør	22,3	259	15,1	1.118
Furesø	21,2	249	12,7	1.265
Lyngby-Taarbæk	23,2	234	15,6	1.184

**Table B2.5** Nedtrykthed, deprimeret, ulykkelig blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	14,0	1.864	9,2	10.465
Aarhus	14,0	1.655	8,5	4.327
Odense	16,0	872	8,8	3.844
Rødovre	10,7	841	8,1	1.614
Aalborg	14,6	706	7,9	3.128
Ballerup	7,9	654	5,9	753
Sønderborg	13,1	623	7,3	2.747
Brøndby	10,0	609	8,1	611
Herlev	10,3	592	7,9	760
Esbjerg	12,2	577	7,4	2.518
Albertslund	13,9	554	7,2	648
Hvidovre	10,7	450	7,4	894
Høje-Taastrup	12,1	441	8,4	2.031
Glostrup	9,1	452	6,8	867
Ishøj	11,2	415	7,7	645
Tårnby	12,9	413	7,9	966
Gladsaxe	9,5	399	7,0	952
Vejle	11,9	384	6,8	2.717
Frederikshavn	12,0	366	5,9	2.290
Randers	8,4	377	8,8	2.653
Fredericia	12,1	324	8,1	1.252
Fredensborg	8,6	302	7,0	1.145
Helsingør	11,1	287	6,8	1.155
Furesø	11,1	269	4,5	1.293
Lyngby-Taarbæk	11,6	243	6,6	1.188

**Table B2.6** Ængstelse, nervøsitet, uro, angst blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	15,7	1.866	8,7	10.470
Aarhus	15,2	1.656	7,2	4.330
Odense	15,9	874	7,3	3.842
Rødovre	11,3	842	7,1	1.615
Aalborg	13,5	710	7,5	3.128
Ballerup	8,7	658	4,5	755
Sønderborg	10,2	624	6,1	2.744
Brøndby	10,6	611	5,6	613
Herlev	10,0	595	7,4	759
Esbjerg	10,9	575	6,8	2.527
Albertslund	12,5	555	8,0	651
Hvidovre	12,0	453	6,6	895
Høje-Taastrup	14,4	448	7,4	2.031
Glostrup	8,9	455	7,6	869
Ishøj	12,2	415	6,1	645
Tårnby	13,2	413	7,2	969
Gladsaxe	8,8	403	7,9	955
Vejle	13,9	384	6,1	2.717
Frederikshavn	14,1	364	5,5	2.292
Randers	11,5	378	7,8	2.655
Fredericia	14,8	325	6,8	1.251
Fredensborg	10,2	301	5,3	1.148
Helsingør	10,6	287	7,3	1.159
Furesø	9,8	268	3,5	1.294
Lyngby-Taarbæk	9,6	246	7,5	1.188

**Table B2.7** Søvnbesvær, søvnproblemer blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	21,9	1.866	13,1	10.458
Aarhus	22,4	1.652	14,1	4.328
Odense	26,7	875	15,4	3.846
Rødovre	19,8	844	13,0	1.613
Aalborg	20,5	709	13,8	3.129
Ballerup	16,1	658	13,3	754
Sønderborg	18,9	622	12,9	2.746
Brøndby	19,4	612	13,0	613
Herlev	19,1	595	13,7	759
Esbjerg	18,6	574	14,3	2.526
Albertslund	21,6	555	12,8	651
Hvidovre	19,7	451	11,6	891
Høje-Taastrup	28,5	448	15,3	2.035
Glostrup	19,8	455	14,8	869
Ishøj	20,7	415	13,2	644
Tårnby	19,5	414	14,3	970
Gladsaxe	17,4	401	13,2	951
Vejle	23,0	383	12,5	2.721
Frederikshavn	23,3	364	13,2	2.296
Randers	25,1	378	14,6	2.651
Fredericia	25,2	325	15,0	1.253
Fredensborg	18,6	300	14,0	1.144
Helsingør	16,1	286	14,2	1.155
Furesø	20,4	268	8,8	1.295
Lyngby-Taarbæk	15,9	246	11,5	1.188

**Table B2.8** Ofte uønsket alene blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	14,2	1.818	9,1	10.195
Aarhus	15,6	1.592	8,9	4.215
Odense	17,3	849	8,5	3.754
Rødovre	13,2	828	7,3	1.576
Aalborg	16,3	679	8,1	3.053
Ballerup	12,1	649	6,3	736
Sønderborg	14,1	607	7,2	2.711
Brøndby	13,3	591	7,2	608
Herlev	12,4	583	8,8	748
Esbjerg	15,0	557	6,6	2.461
Albertslund	14,7	544	7,3	637
Hvidovre	11,2	450	8,5	873
Høje-Taastrup	13,9	436	8,1	1.996
Glostrup	11,5	447	7,2	859
Ishøj	10,5	400	8,4	631
Tårnby	13,1	405	7,1	946
Gladsaxe	13,8	394	7,6	937
Vejle	15,2	371	7,3	2.650
Frederikshavn	18,8	361	7,6	2.241
Randers	16,4	368	9,5	2.582
Fredericia	15,0	316	8,2	1.219
Fredensborg	10,1	291	7,2	1.132
Helsingør	12,1	275	7,3	1.134
Furesø	10,3	255	4,7	1.281
Lyngby-Taarbæk	11,7	243	8,6	1.168

**Table B2.9** Nogen at tale med ved problemer eller brug for støtte blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	9,2	1.819	4,3	10.179
Aarhus	7,4	1.593	4,1	4.213
Odense	9,5	845	4,2	3.752
Rødovre	7,7	827	4,7	1.579
Aalborg	6,1	679	4,4	3.058
Ballerup	7,9	648	3,4	736
Sønderborg	8,7	604	4,8	2.711
Brøndby	9,4	588	6,5	605
Herlev	6,8	581	5,1	745
Esbjerg	8,4	554	5,7	2.462
Albertslund	8,9	545	5,5	635
Hvidovre	9,3	452	6,3	873
Høje-Taastrup	9,9	437	6,0	1.989
Glostrup	7,0	447	5,6	857
Ishøj	7,8	400	7,4	632
Tårnby	7,7	403	5,4	949
Gladsaxe	7,5	394	4,0	933
Vejle	7,6	370	4,6	2.650
Frederikshavn	7,0	359	4,7	2.237
Randers	9,6	370	5,8	2.586
Fredericia	11,1	313	5,2	1.220
Fredensborg	7,9	290	4,0	1.129
Helsingør	8,8	274	5,0	1.132
Furesø	9,7	254	4,9	1.278
Lyngby-Taarbæk	8,7	244	5,0	1.168

**Table B2.10** Kontakt med naboer eller beboere i lokalområdet blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	51,0	1.773	46,6	10.124
Aarhus	54,1	1.574	40,6	4.203
Odense	47,3	826	40,3	3.714
Rødovre	42,2	814	40,4	1.560
Aalborg	47,4	672	36,9	3.035
Ballerup	42,2	636	30,5	727
Sønderborg	37,9	585	30,7	2.667
Brøndby	42,6	583	30,7	598
Herlev	44,0	574	33,9	739
Esbjerg	46,2	547	32,7	2.424
Albertslund	43,3	536	31,6	635
Hvidovre	44,5	443	37,2	865
Høje-Taastrup	47,0	420	37,4	1.972
Glostrup	43,6	440	37,4	851
Ishøj	48,0	391	39,1	621
Tårnby	46,5	400	31,0	942
Gladsaxe	36,3	387	40,5	929
Vejle	43,8	357	33,5	2.620
Frederikshavn	36,9	346	31,9	2.210
Randers	42,5	361	37,2	2.563
Fredericia	45,4	309	38,3	1.200
Fredensborg	37,6	282	28,6	1.122
Helsingør	39,8	270	30,8	1.114
Furesø	42,2	249	27,4	1.271
Lyngby-Taarbæk	41,2	237	35,1	1.165



**Table B2.11** Tegn på ensomhed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

Kommune	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	19,0	1.793	13,4	10.169
Aarhus	21,6	1.592	12,6	4.202
Odense	19,3	837	11,6	3.737
Rødovre	14,4	821	10,7	1.567
Aalborg	22,3	670	11,3	3.041
Ballerup	14,7	643	10,7	730
Sønderborg	16,4	595	9,2	2.685
Brøndby	16,7	585	9,8	602
Herlev	14,1	574	11,8	744
Esbjerg	19,4	546	10,0	2.441
Albertslund	20,5	532	9,8	633
Hvidovre	16,2	445	10,2	870
Høje-Taastrup	17,0	424	13,3	1.984
Glostrup	17,3	444	12,8	852
Ishøj	13,4	396	12,3	627
Tårnby	17,9	398	9,8	945
Gladsaxe	17,8	392	11,9	933
Vejle	17,3	365	10,2	2.642
Frederikshavn	22,9	350	11,0	2.222
Randers	22,4	364	12,5	2.574
Fredericia	16,2	312	9,9	1.202
Fredensborg	16,4	285	10,6	1.122
Helsingør	16,2	275	9,7	1.122
Furesø	17,4	252	7,5	1.271
Lyngby-Taarbæk	10,2	239	13,0	1.165

**Table B2.12** Tegn på social isolation blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	13,5	1.764	5,3	10.107
Aarhus	15,0	1.562	4,2	4.185
Odense	15,4	816	6,1	3.685
Rødovre	12,2	809	5,1	1.553
Aalborg	11,9	672	5,5	3.022
Ballerup	11,6	631	4,9	724
Sønderborg	14,4	571	5,4	2.638
Brøndby	10,7	578	4,5	596
Herlev	12,0	567	3,3	738
Esbjerg	13,3	536	4,5	2.399
Albertslund	11,8	530	5,4	630
Hvidovre	12,7	440	5,8	863
Høje-Taastrup	11,7	412	5,8	1.975
Glostrup	11,3	435	4,9	848
Ishøj	8,8	391	6,9	621
Tårnby	10,4	399	3,9	937
Gladsaxe	10,4	386	5,0	925
Vejle	15,1	354	5,3	2.608
Frederikshavn	14,8	345	5,6	2.197
Randers	16,9	359	6,3	2.553
Fredericia	16,1	301	6,1	1.192
Fredensborg	9,1	282	4,8	1.116
Helsingør	13,4	269	4,5	1.113
Furesø	12,5	249	3,1	1.264
Lyngby-Taarbæk	15,2	232	6,2	1.161

**Table B2.13** Daglig rygning blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	23,6	1.867	11,8	10.438
Aarhus	20,3	1.626	7,9	4.302
Odense	20,2	860	10,4	3.823
Rødovre	21,5	849	10,4	1.615
Aalborg	18,3	706	11,6	3.103
Ballerup	17,9	660	6,9	750
Sønderborg	21,0	608	12,7	2.733
Brøndby	21,7	612	10,1	610
Herlev	22,6	593	6,8	760
Esbjerg	21,1	567	13,5	2.504
Albertslund	21,5	559	10,1	648
Hvidovre	22,3	460	11,1	890
Høje-Taastrup	24,1	443	11,4	2.028
Glostrup	19,6	452	11,8	869
Ishøj	26,2	413	13,0	642
Tårnby	23,0	413	13,1	966
Gladsaxe	18,9	397	10,4	955
Vejle	22,3	376	11,8	2.693
Frederikshavn	24,2	370	13,2	2.281
Randers	26,4	372	13,9	2.632
Fredericia	21,3	323	14,9	1.235
Fredensborg	28,3	299	10,0	1.149
Helsingør	25,0	284	11,0	1.158
Furesø	19,9	261	5,9	1.296
Lyngby-Taarbæk	16,9	244	7,2	1.187

**Table B2.14** Ryger dagligt og vil gerne holde op med at ryge blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	75,6	407	76,8	1.138
Aarhus	69,5	308	76,0	323
Odense	72,5	165	74,8	374
Rødovre	82,1	164	74,5	157
Aalborg	77,4	125	79,1	337
Ballerup	76,0	113	70,8	46
Sønderborg	68,1	116	72,5	311
Brøndby	74,1	129	74,6	54
Herlev	80,6	124	70,2	47
Esbjerg	76,6	114	72,9	302
Albertslund	81,8	101	78,7	56
Hvidovre	65,9	96	77,5	87
Høje-Taastrup	65,5	100	78,6	216
Glostrup	73,6	82	72,0	89
Ishøj	73,0	108	58,5	77
Tårnby	79,1	89	74,7	118
Gladsaxe	82,4	70	73,5	91
Vejle	56,7	79	73,5	285
Frederikshavn	77,0	88	72,5	284
Randers	65,5	93	74,2	332
Fredericia	76,7	62	73,6	157
Fredensborg	75,8	81	74,4	101
Helsingør	66,7	66	82,4	114
Furesø	72,0	48	62,6	80
Lyngby-Taarbæk	.	37	77,6	75

**Table B2.15** Ryger  $\geq 15$  cigaretter om dagen blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	11,4	1.861	4,1	10.425
Aarhus	9,0	1.621	2,1	4.300
Odense	11,2	859	3,7	3.820
Rødovre	10,6	844	3,7	1.613
Aalborg	7,7	705	4,1	3.098
Ballerup	9,3	657	3,0	748
Sønderborg	9,8	606	5,4	2.729
Brøndby	10,2	608	4,1	609
Herlev	11,9	591	2,9	759
Esbjerg	8,0	564	6,5	2.498
Albertslund	9,1	559	5,0	648
Hvidovre	9,2	460	4,1	890
Høje-Taastrup	11,3	440	4,9	2.026
Glostrup	9,3	452	5,1	868
Ishøj	12,9	411	5,6	642
Tårnby	10,8	412	6,0	965
Gladsaxe	9,8	394	3,4	954
Vejle	10,4	375	4,8	2.689
Frederikshavn	11,1	370	5,7	2.278
Randers	11,9	372	5,0	2.626
Fredericia	11,7	323	5,9	1.233
Fredensborg	11,6	298	3,6	1.148
Helsingør	12,2	282	5,1	1.157
Furesø	10,6	261	1,3	1.295
Lyngby-Taarbæk	6,8	244	2,3	1.187

**Table B2.16** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	13,2	1.760	20,2	10.053
Aarhus	11,4	1.597	18,0	4.223
Odense	10,2	832	15,7	3.721
Rødovre	12,1	793	14,4	1.546
Aalborg	9,6	680	13,4	3.042
Ballerup	14,3	622	16,2	723
Sønderborg	12,7	578	13,5	2.674
Brøndby	11,7	575	15,2	596
Herlev	12,6	556	17,0	741
Esbjerg	8,6	549	15,6	2.430
Albertslund	10,4	513	15,2	627
Hvidovre	12,0	434	14,6	860
Høje-Taastrup	5,9	423	13,0	1.946
Glostrup	13,2	420	15,8	841
Ishøj	10,1	385	13,1	618
Tårnby	13,3	387	16,2	934
Gladsaxe	13,7	386	17,0	926
Vejle	9,2	368	15,4	2.631
Frederikshavn	10,9	360	14,4	2.215
Randers	9,7	357	13,8	2.577
Fredericia	8,1	310	15,5	1.200
Fredensborg	15,9	284	21,7	1.119
Helsingør	14,7	268	22,4	1.112
Furesø	13,8	247	22,0	1.267
Lyngby-Taarbæk	11,9	222	19,1	1.143

**Tabel B2.17** Drikker mere end 10 genstande i løbet af en typisk uge og vil gerne nedsætte alkoholforbruget blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	32,4	330	28,0	2.719
Aarhus	27,3	251	25,2	989
Odense	26,4	120	23,8	715
Rødovre	21,8	138	26,7	321
Aalborg	35,5	83	19,6	507
Ballerup	25,2	106	19,2	158
Sønderborg	30,1	91	26,1	457
Brøndby	21,7	100	22,0	127
Herlev	35,9	99	30,5	162
Esbjerg	24,3	73	17,5	453
Albertslund	27,0	89	26,3	126
Hvidovre	27,0	83	21,4	187
Høje-Taastrup	25,3	44	22,7	389
Glostrup	15,3	64	21,8	184
Ishøj	20,1	57	20,0	123
Tårnby	29,6	69	30,0	214
Gladsaxe	29,4	70	27,2	222
Vejle	.	42	27,5	507
Frederikshavn	23,6	48	21,0	391
Randers	35,7	54	23,7	462
Fredericia	35,7	34	23,9	225
Fredensborg	26,7	54	24,7	337
Helsingør	35,3	53	27,5	339
Furesø	20,3	51	25,8	357
Lyngby-Taarbæk	35,0	44	27,2	312

**Table B2.18** Drikker fem eller flere genstande ved samme lejlighed ugentligt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	10,5	1.842	15,9	10.347
Aarhus	8,9	1.630	11,8	4.283
Odense	8,1	861	9,6	3.803
Rødovre	9,4	836	7,6	1.605
Aalborg	6,8	701	8,2	3.098
Ballerup	8,9	655	7,9	745
Sønderborg	6,3	613	6,5	2.731
Brøndby	8,4	603	6,9	611
Herlev	8,7	588	10,6	760
Esbjerg	6,6	563	8,4	2.490
Albertslund	6,4	554	6,4	649
Hvidovre	8,9	455	8,3	886
Høje-Taastrup	5,6	438	7,2	2.018
Glostrup	8,6	443	8,1	867
Ishøj	4,8	410	6,5	637
Tårnby	7,7	408	9,0	962
Gladsaxe	8,3	395	11,4	952
Vejle	6,1	376	8,1	2.686
Frederikshavn	5,8	367	7,3	2.260
Randers	7,0	376	7,8	2.629
Fredericia	6,0	320	9,2	1.223
Fredensborg	8,4	296	9,3	1.144
Helsingør	11,4	279	14,0	1.142
Furesø	6,4	256	8,5	1.288
Lyngby-Taarbæk	7,8	240	11,3	1.179



**Table B2.19** Usundt kostmønster blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	18,0	1.785	11,3	10.209
Aarhus	21,4	1.578	11,5	4.205
Odense	23,2	833	17,5	3.737
Rødovre	21,2	818	13,9	1.581
Aalborg	25,9	678	18,0	3.042
Ballerup	21,7	646	11,2	737
Sønderborg	27,0	589	19,1	2.679
Brøndby	27,4	591	16,1	596
Herlev	23,7	575	14,6	741
Esbjerg	23,0	552	19,7	2.444
Albertslund	22,3	538	17,1	634
Hvidovre	22,6	447	15,3	870
Høje-Taastrup	22,6	425	18,7	1.970
Glostrup	23,3	444	16,4	851
Ishøj	24,0	400	15,9	626
Tårnby	21,7	395	17,2	943
Gladsaxe	16,2	384	11,5	930
Vejle	21,3	363	17,6	2.628
Frederikshavn	24,8	346	20,0	2.211
Randers	29,6	362	20,4	2.564
Fredericia	27,7	311	20,4	1.198
Fredensborg	19,5	293	11,8	1.129
Helsingør	21,6	278	12,9	1.117
Furesø	23,6	248	9,1	1.270
Lyngby-Taarbæk	14,4	238	11,2	1.165

**Table B2.20** Har et usundt kostmønster og vil gerne spise mere sundt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	62,9	305	66,8	1.097
Aarhus	67,1	332	65,8	449
Odense	66,0	196	60,1	599
Rødovre	60,4	170	64,8	209
Aalborg	65,1	165	63,4	505
Ballerup	62,0	136	60,0	77
Sønderborg	60,6	149	52,7	464
Brøndby	58,8	162	60,4	93
Herlev	50,5	125	65,4	99
Esbjerg	66,5	122	58,4	436
Albertslund	67,9	116	63,0	102
Hvidovre	65,3	96	62,9	129
Høje-Taastrup	58,2	100	61,9	342
Glostrup	53,1	100	63,4	134
Ishøj	61,3	92	58,7	104
Tårnby	63,8	84	65,5	154
Gladsaxe	60,8	56	56,3	96
Vejle	66,4	79	59,5	419
Frederikshavn	59,5	81	58,1	392
Randers	61,9	104	63,1	473
Fredericia	71,8	75	66,2	222
Fredensborg	59,3	55	55,6	117
Helsingør	63,0	57	61,3	118
Furesø	59,2	57	65,6	106
Lyngby-Taarbæk	58,8	34	68,2	112

**Table B2.21** Stillesiddende fritidsaktivitet blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

Kommune	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	28,7	1.816	13,6	10.251
Aarhus	30,8	1.583	14,0	4.243
Odense	32,0	836	15,1	3.760
Rødovre	28,3	832	17,3	1.589
Aalborg	29,9	686	16,8	3.073
Ballerup	27,4	651	15,5	741
Sønderborg	33,5	596	16,7	2.697
Brøndby	31,0	589	18,9	606
Herlev	26,6	579	19,6	752
Esbjerg	23,0	549	14,4	2.458
Albertslund	33,2	547	19,3	640
Hvidovre	27,3	452	21,0	874
Høje-Taastrup	30,1	430	23,4	1.991
Glostrup	24,5	451	20,7	863
Ishøj	30,8	405	26,1	628
Tårnby	29,7	406	15,3	952
Gladsaxe	28,8	390	15,7	944
Vejle	28,6	367	17,1	2.652
Frederikshavn	34,6	357	15,7	2.248
Randers	31,0	361	19,4	2.591
Fredericia	30,2	312	18,3	1.211
Fredensborg	26,5	293	15,0	1.137
Helsingør	27,1	279	15,0	1.126
Furesø	30,3	256	11,2	1.279
Lyngby-Taarbæk	26,0	239	13,8	1.170

**Table B2.22** Har stillesiddende fritidsaktivitet og vil gerne være mere fysisk aktiv blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	67,8	485	79,2	1.304
Aarhus	69,5	479	78,4	540
Odense	68,2	248	74,6	518
Rødovre	65,3	212	72,7	244
Aalborg	66,9	196	76,6	465
Ballerup	70,2	168	75,3	103
Sønderborg	58,9	185	62,9	392
Brøndby	69,6	176	71,7	100
Herlev	65,9	139	75,2	124
Esbjerg	66,4	124	64,2	331
Albertslund	73,5	163	71,5	108
Hvidovre	70,0	121	71,8	161
Høje-Taastrup	66,6	119	76,4	407
Glostrup	69,9	96	75,6	156
Ishøj	55,9	122	67,8	140
Tårnby	66,1	109	72,4	134
Gladsaxe	72,2	108	74,1	134
Vejle	59,3	100	69,7	415
Frederikshavn	58,3	120	70,2	321
Randers	54,9	106	61,4	448
Fredericia	67,2	83	66,1	200
Fredensborg	68,8	69	83,1	148
Helsingør	71,2	66	76,2	148
Furesø	65,3	69	74,6	134
Lyngby-Taarbæk	72,9	58	76,5	140

**Table B2.23** Svær overvægt blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	19,1	1.790	10,3	10.091
Aarhus	19,0	1.572	10,1	4.182
Odense	24,4	823	14,1	3.715
Rødovre	26,4	823	15,1	1.568
Aalborg	25,1	663	15,2	2.990
Ballerup	23,8	643	12,4	735
Sønderborg	27,1	594	19,8	2.671
Brøndby	27,8	590	18,7	602
Herlev	27,2	568	15,9	744
Esbjerg	23,7	543	20,0	2.429
Albertslund	27,3	544	18,6	634
Hvidovre	21,7	447	16,0	868
Høje-Taastrup	27,2	429	19,2	1.969
Glostrup	21,3	444	18,0	853
Ishøj	25,3	388	24,4	623
Tårnby	23,6	402	17,0	949
Gladsaxe	23,1	386	13,8	931
Vejle	24,8	360	17,6	2.632
Frederikshavn	31,4	345	22,7	2.179
Randers	22,6	366	19,6	2.548
Fredericia	27,9	309	16,9	1.205
Fredensborg	21,3	291	12,2	1.123
Helsingør	22,4	268	15,0	1.113
Furesø	22,9	250	8,7	1.279
Lyngby-Taarbæk	17,9	238	11,6	1.163

**Table B2.24** Diabetes blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	7,4	1.828	3,1	10.391
Aarhus	7,3	1.589	3,0	4.267
Odense	9,7	848	4,4	3.764
Rødovre	8,3	836	3,8	1.608
Aalborg	8,6	689	4,8	3.097
Ballerup	9,0	648	5,5	746
Sønderborg	13,3	605	6,5	2.700
Brøndby	10,7	598	5,1	608
Herlev	8,4	575	3,5	755
Esbjerg	8,4	560	5,7	2.477
Albertslund	9,9	554	6,7	645
Hvidovre	9,8	449	2,2	881
Høje-Taastrup	12,8	438	6,2	1.998
Glostrup	8,9	451	5,4	857
Ishøj	10,9	412	8,8	634
Tårnby	7,2	401	6,8	960
Gladsaxe	8,6	384	4,3	942
Vejle	7,1	370	4,9	2.676
Frederikshavn	13,2	359	7,1	2.265
Randers	12,2	364	5,6	2.588
Fredericia	9,2	313	5,5	1.231
Fredensborg	11,9	292	4,6	1.137
Helsingør	8,2	278	4,5	1.136
Furesø	9,3	256	3,7	1.284
Lyngby-Taarbæk	5,9	239	3,4	1.177

**Table B2.25** Kronisk bronkitis, for store lunger, rygerlunger (emfysem, KOL) blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	6,6	1.836	2,7	10.403
Aarhus	6,4	1.600	2,8	4.269
Odense	9,8	847	3,8	3.776
Rødovre	8,5	835	3,5	1.608
Aalborg	6,7	697	4,1	3.089
Ballerup	7,9	645	2,4	746
Sønderborg	8,4	605	5,5	2.711
Brøndby	8,0	596	4,1	605
Herlev	8,2	584	3,0	758
Esbjerg	7,8	561	4,5	2.476
Albertslund	8,3	553	3,1	647
Hvidovre	8,9	445	3,8	886
Høje-Taastrup	10,7	435	4,2	2.010
Glostrup	5,1	451	2,2	858
Ishøj	8,3	413	4,9	637
Tårnby	8,2	410	3,6	963
Gladsaxe	8,7	382	3,3	945
Vejle	9,2	377	4,4	2.678
Frederikshavn	13,8	365	5,7	2.267
Randers	14,9	374	5,3	2.596
Fredericia	9,9	316	4,8	1.224
Fredensborg	8,9	291	4,2	1.142
Helsingør	12,4	279	5,1	1.146
Furesø	8,3	258	3,0	1.288
Lyngby-Taarbæk	5,4	236	2,9	1.181

**Tabel B2.26** Astma blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	12,5	1.833	7,4	10.400
Aarhus	10,1	1.592	7,2	4.267
Odense	12,4	845	8,1	3.768
Rødovre	11,2	838	8,0	1.610
Aalborg	12,0	694	6,8	3.094
Ballerup	10,0	647	6,3	743
Sønderborg	13,2	602	9,6	2.705
Brøndby	10,9	597	8,0	608
Herlev	13,4	581	7,3	754
Esbjerg	13,7	560	8,4	2.478
Albertslund	10,6	552	7,3	647
Hvidovre	12,9	439	7,5	882
Høje-Taastrup	13,9	435	8,1	2.011
Glostrup	9,3	447	7,5	858
Ishøj	11,6	409	10,5	636
Tårnby	10,0	405	7,9	960
Gladsaxe	12,9	383	8,9	946
Vejle	11,8	372	8,9	2.680
Frederikshavn	14,1	364	7,8	2.267
Randers	13,5	362	8,1	2.587
Fredericia	14,8	313	9,3	1.225
Fredensborg	13,0	295	8,8	1.135
Helsingør	13,3	279	8,4	1.138
Furesø	10,3	257	7,0	1.282
Lyngby-Taarbæk	9,7	241	8,4	1.176



**Table B2.27** Allergi blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	28,8	1.822	26,3	10.383
Aarhus	28,8	1.579	25,2	4.254
Odense	29,0	838	24,9	3.761
Rødovre	26,0	834	27,1	1.608
Aalborg	27,3	686	23,3	3.085
Ballerup	24,8	645	27,6	743
Sønderborg	22,5	603	21,7	2.694
Brøndby	27,5	589	21,9	606
Herlev	24,9	573	26,6	755
Esbjerg	27,0	556	23,8	2.472
Albertslund	30,0	549	28,7	646
Hvidovre	28,9	443	26,0	882
Høje-Taastrup	26,7	440	24,8	1.996
Glostrup	27,8	446	25,8	858
Ishøj	24,7	412	22,4	635
Tårnby	23,7	404	25,9	959
Gladsaxe	28,6	386	27,5	942
Vejle	24,7	368	21,2	2.664
Frederikshavn	24,6	359	20,4	2.256
Randers	24,6	362	21,9	2.575
Fredericia	25,8	310	23,9	1.224
Fredensborg	26,5	292	23,0	1.137
Helsingør	28,3	273	25,3	1.136
Furesø	21,6	258	28,7	1.279
Lyngby-Taarbæk	25,5	235	26,1	1.178

**Table B2.28** Migræne eller hyppig hovedpine blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	21,9	1.829	15,0	10.382
Aarhus	21,0	1.593	14,8	4.257
Odense	26,1	841	17,2	3.770
Rødovre	21,8	831	16,1	1.602
Aalborg	20,7	689	16,7	3.081
Ballerup	19,4	645	19,2	745
Sønderborg	21,0	602	18,4	2.701
Brøndby	21,5	600	16,8	602
Herlev	22,5	585	16,2	756
Esbjerg	22,3	556	19,0	2.469
Albertslund	26,3	553	17,9	647
Hvidovre	20,3	443	16,7	881
Høje-Taastrup	26,0	434	17,3	1.999
Glostrup	20,4	446	17,5	853
Ishøj	27,4	409	17,6	634
Tårnby	22,6	403	16,7	959
Gladsaxe	18,9	382	17,9	942
Vejle	25,6	368	18,3	2.675
Frederikshavn	23,1	360	17,7	2.265
Randers	25,1	366	18,2	2.582
Fredericia	23,6	311	20,5	1.223
Fredensborg	24,7	293	16,8	1.137
Helsingør	20,3	276	18,3	1.138
Furesø	18,9	260	12,2	1.279
Lyngby-Taarbæk	19,6	236	13,3	1.178

**Table B2.29** Diskusprolaps eller andre rygsygdomme blandt beboere ( $\geq 16$  år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	15,1	1.839	9,3	10.397
Aarhus	14,4	1.598	10,7	4.259
Odense	19,5	847	13,1	3.783
Rødovre	18,0	832	11,2	1.605
Aalborg	15,3	695	13,3	3.088
Ballerup	18,0	650	13,2	749
Sønderborg	22,7	606	15,8	2.714
Brøndby	20,0	599	13,9	604
Herlev	16,1	582	12,6	759
Esbjerg	19,9	562	17,1	2.481
Albertslund	17,9	551	12,2	649
Hvidovre	16,2	443	14,4	887
Høje-Taastrup	19,2	436	12,3	2.008
Glostrup	16,1	445	12,1	861
Ishøj	16,9	413	14,8	634
Tårnby	18,4	409	12,0	963
Gladsaxe	15,9	383	10,4	948
Vejle	19,3	374	14,1	2.679
Frederikshavn	21,3	358	15,2	2.267
Randers	21,1	366	15,8	2.591
Fredericia	18,8	313	14,5	1.227
Fredensborg	19,6	295	13,1	1.137
Helsingør	24,3	275	14,2	1.143
Furesø	15,5	260	12,9	1.288
Lyngby-Taarbæk	18,5	237	9,3	1.180

**Table B2.30** Psykisk sygdom af mere end seks måneders varighed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	16,3	1.827	10,8	10.393
Aarhus	19,3	1.598	9,4	4.250
Odense	20,7	841	10,6	3.773
Rødovre	14,9	835	8,8	1.608
Aalborg	19,6	687	10,2	3.089
Ballerup	15,4	646	6,9	746
Sønderborg	18,8	604	9,5	2.700
Brøndby	14,8	601	5,4	607
Herlev	15,3	579	7,0	756
Esbjerg	20,9	557	9,7	2.475
Albertslund	19,9	548	7,7	651
Hvidovre	14,3	440	8,7	884
Høje-Taastrup	14,9	431	9,6	2.003
Glostrup	12,9	445	7,7	862
Ishøj	13,3	407	8,4	637
Tårnby	12,6	404	7,9	966
Gladsaxe	12,8	382	9,2	945
Vejle	17,7	371	9,1	2.667
Frederikshavn	16,1	358	8,8	2.263
Randers	18,3	366	11,6	2.583
Fredericia	20,7	311	10,6	1.228
Fredensborg	12,1	293	8,0	1.138
Helsingør	16,3	280	9,3	1.139
Furesø	12,5	259	4,9	1.285
Lyngby-Taarbæk	15,8	238	8,6	1.178

**Tabel B2.31** Psykisk sygdom af mindre end seks måneders varighed blandt beboere (≥16 år) i almene boliger og ikke-almene boliger. Procent (%) og antal svarpersoner fordelt på kommuner. 2021

<i>Kommune</i>	Almene boliger		Ikke-almene boliger	
	%	Antal	%	Antal
København	12,4	1.822	8,2	10.352
Aarhus	12,7	1.584	6,5	4.249
Odense	17,6	837	7,5	3.751
Rødovre	10,6	833	7,0	1.604
Aalborg	12,8	683	7,9	3.085
Ballerup	10,4	643	7,0	743
Sønderborg	14,6	595	7,5	2.691
Brøndby	11,5	598	3,3	609
Herlev	11,5	581	5,3	751
Esbjerg	16,4	553	7,2	2.469
Albertslund	14,0	544	5,0	645
Hvidovre	9,4	435	6,6	878
Høje-Taastrup	11,3	428	6,6	2.002
Glostrup	10,7	444	6,8	859
Ishøj	11,9	404	6,7	635
Tårnby	9,4	401	6,9	960
Gladsaxe	11,2	381	6,8	940
Vejle	12,2	367	8,3	2.669
Frederikshavn	12,7	356	6,6	2.258
Randers	15,0	362	7,9	2.574
Fredericia	13,8	307	8,5	1.224
Fredensborg	9,4	291	6,3	1.140
Helsingør	12,6	276	7,0	1.138
Furesø	11,0	255	3,3	1.277
Lyngby-Taarbæk	9,4	237	5,2	1.177