

HVORDAN HAR DU DET? 2021

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

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



HVORDAN HAR DU DET? 2021

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

UDARBEJDET AF

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

DEFACTUM | Marts 2022

TITEL

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

FORFATTERE

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

COPYRIGHT

© DEFACTUM, Region Midtjylland 2022

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

UDGIVER

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

DENNE RAPPORT CITERES SÅLEDES:

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

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

UDGIVELSE

Marts 2022

OPLAG

1.500

LAYOUT

2.1hartwork

FORSIDE

Malene Hald

FORORD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

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

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

11. COVID-19

En ny smitsom sygdom, COVID-19, har siden begyndelsen af 2020 sat sit præg på hverdagen i Danmark og resten af verden. I *Hvordan har du det? 2021* er svarpersonerne blevet bedt om at svare på en række spørgsmål om, hvordan COVID-19 har påvirket dem. Det skal understreges, at der er tale om et øjebliksbillede på det tidspunkt, hvor svarene blev afgivet (hovedparten af spørgeskemaerne er udfyldt i februar-marts 2021). Situationen under coronapandemien har ændret sig hurtigt, og kapitlet skal derfor læses i det lys. Kapitlet starter med en introduktion til emnet, og herefter følger en gennemgang af resultaterne.

COVID-19

COVID-19 er en virussygdom, der primært angriber luftvejene. Sygdommen forårsages af en coronavirus (SARS-CoV-2). Infektionen går ofte over af sig selv – i mange tilfælde uden eller med kun lette symptomer – men i nogle tilfælde udvikler den sig til en alvorlig lungebetændelse, og virussen kan desuden forårsage skader på kredsløbet i form af blodpropper i hjerne, hjerte, nyrer, lunger og arme og ben. COVID-19 kan medføre senfølger og er i værste fald dødelig (1).

Sygdommen overføres ved dråbe- og kontaktsmitte. COVID-19 er mere smitsom end influenza, og sygdommen smitter desuden, selvom smittebæreren (endnu) ikke har symptomer, hvilket gør den vanskelig at inddæmme (inkubationstiden er forholdsvis lang). Der findes indtil videre ingen lægemidler, der kan kurere sygdommen, men sygdomsforløbet kan lindres gennem behandling med bl.a. ilt, antivirale lægemidler og antistofbehandling. Dødeligheden anslås at være mellem 0,15 og 1 % (infection fatality rate). Den stiger kraftigt med alderen og er højere hos personer med en række kroniske sygdomme (1-4).

Coronapandemien og tiltag for at mindske smittespredningen

De første tilfælde af COVID-19 blev opdaget i december 2019 i den kinesiske millionby Wuhan. Sygdommen spredte sig hurtigt globalt, og i slutningen af januar 2020 erklærede Verdenssundhedsorganisationen (WHO) COVID-19-udbruddet for en global sund-

hedskrise. Den 11. marts opgraderede WHO trusselsniveauet til en pandemi (5).

På trods af advarsler gennem flere år fra fagfolk om faren for pandemier var de fleste landes regeringer uforberedte på situationen, og mange lande valgte en vent-og-se-strategi frem for med det samme at iværksætte en aggressiv inddæmning af smitten. Det har uden tvivl været med til at accelerere pandemien i den første fase (6, 7).

Midlerne, der er taget i anvendelse under coronapandemien for at forhindre smittespredning (trods store forskelle fra land til land i den konkrete udformning), kan opdeles i fire kategorier:

- Hygiejniske foranstaltninger (hoste og nyse i ærmet, håndhygiejne, mundbind, afspritning af overflader, udluftning o.lign.)
- Fysisk og social distancering (holde afstand, undgå unødigt social kontakt, lukning af skoler og arbejdspladser, hjemmearbejde, forbud mod forsamlinger over en vis størrelse, udgangsforbud, lukning af grænser osv.)
- Opsporing og isolation af smittede (testning, kontaktopsporing)
- Immunisering gennem vaccination

Da der ikke var vacciner mod COVID-19 ved pandemiens start, kunne man det første år kun anvende midler inden for de tre første kategorier.

Evidens for forebyggelse af smittespredning

Coronapandemien har udløst en intensiv forskningsindsats i behandling af og vacciner mod COVID-19. Der er forsket meget mindre i effekten af ikke-farmakologisk forebyggelse af smittespredning. En metaanalyse offentliggjort i november 2021 viser dog, at man ud fra foreliggende undersøgelser kan konkludere, at man ved at holde fysisk afstand kan reducere smittespredningen med 25 %, at man ved at bruge mundbind kan reducere smittespredningen med 53 %, og at man ved at vaske hænder kan reducere smittespredningen med 53 %. Studiet viste imidlertid store huller i vores viden. Det var således ikke muligt at lave metaanalyser af effekten af karantæne

og isolation, omfattende samfundsnedlukninger samt lukning af grænser, skoler og arbejdspladser (8).

Coronapandemien i Danmark

Til og med den 25. januar 2022 var der konstateret 1.381.511 tilfælde af COVID-19 i Danmark (9). Blandt disse var 3.621 personer døde.

COVID-19 har indtil videre ramt Danmark i tre bølger. Første bølge startede i begyndelsen af 2020. Den første patient med COVID-19 blev diagnosticeret den 27. februar. Den 11. marts annoncerede regeringen en omfattende nedlukning af samfundsaktiviteter med det formål at stoppe smittespredningen. I første omgang var målet at undgå en overbelastning af sundhedsvæsenet. Fra april 2020 påbegyndtes en gradvis genåbning af samfundet, der i maj blev suppleret med en intensiv test- og kontaktopsporingsstrategi, der havde til hensigt at inddæmme smitten. Den 8. maj 2020 blev Folketingets partier enige om en plan for genåbning af landet.

Anden bølge startede i sensommeren 2020. I oktober blev der konstateret udbredt smitte på minkfarme i Vest- og Nordjylland med en særlig minkvariant af SARS-CoV-2, der kunne smitte fra dyr til mennesker, og det blev besluttet at slå alle danske minkbesætninger ned. Der blev indført lokale restriktioner i Nordjylland for at reducere smittespredningen, og fra december blev der igen indført landsdækkende restriktioner. Antallet af smittede toppede i december 2020. Fra marts 2021 blev landet gradvist genåbnet, og den 1. september 2021 blev de sidste indenlandske restriktioner ophævet. En ny variant af SARS-CoV-2 (delta) bidrog til en hurtig udbredelse af smitten, idet den var dobbelt så smitsom som den hidtil dominerende variant. I slutningen af anden bølge blev coronapasset indført, der dokumenterer, at ihændeleveren er testet negativ, tidligere er smittet eller – efter indførelse af vacciner – vaccineret.

Tredje bølge startede i oktober 2021, og i november blev der genindført restriktioner i form af krav om fremvisning af coronapas på en række offentlige steder (bl.a. uddannelsesinstitutioner, statslige og regionale arbejdspladser og på serveringssteder)

samt brug af mundbind i butikker, kollektiv trafik, sundhedsvæsenet og visse andre steder i det offentlige rum. I slutningen af november konstateredes en ny variant af SARS-CoV-2 (omikron), som er mere smitsom end deltavarianten, og som derfor hurtigt kom til at dominere i tredje bølge (10). Omikronvarianten førte til en voldsom stigning i smitten, hvilket i en periode medførte yderligere restriktioner (nedlukning af nattelivet, hjemsendelse af skoleelever, der måtte ikke afholdes koncerter med 50 eller flere stående mv.). Smitte med omikron medførte til gengæld lavere risiko for indlæggelse og alvorlig sygdom end smitte med deltavarianten (11), hvilket sammen med effekten af vaccinerne gjorde det muligt at holde de fleste af samfundets aktiviteter åbne. Fra februar 2022 blev de fleste restriktioner afskaffet igen.

En vigtig forudsætning for, at myndighedernes tiltag for at inddæmme pandemien bliver efterlevet, er, at der er støtte i befolkningen. En sammenlignende undersøgelse i otte vestlige lande af befolkningernes opbakning til deres respektive regeringens pandemi-politik viser, at der generelt har været moderat til stor opbakning, men at Danmark er det land, hvor opbakningen har været størst (12). Det gælder dog ikke spørgsmålet om grænselukning, hvor opbakningen var lavest i Danmark (13).

Dødelighed og tabte leveår i Danmark sammenlignet med andre lande

Målt i dødelighed og tabte leveår er Danmark indtil nu kommet bedre igennem coronapandemien end de fleste andre lande. Sammenligner man på tværs af lande, ligger antallet af døde med COVID-19 i forhold til indbyggertal lavere end i hovedparten af landene i den vestlige verden (9). I Danmark var der til og med den 17. januar 2022 registreret 600 døde pr. mio. Til sammenligning var Bulgarien det europæiske land, der med 4.672 pr. mio. havde den højeste dødsrate, mens Island med 128 pr. mio. havde den laveste dødsrate. Ud over Island havde kun tre europæiske lande en lavere dødsrate end Danmark: Norge med 252 pr. mio., Finland med 310 pr. mio. og Cypern med 558 pr. mio. De resterende 46 europæiske lande havde en højere dødsrate.

Ud over de coronarelaterede dødsfald kan der være dødsfald, der skyldes, at sundhedsvæsenet har aflyst eller udskudt andre behandlinger, eller at borgere har undladt at søge læge ved alvorlige sygdomme som kræft og hjerte-kar-sygdomme. Nedlukning af samfundet kan også have ført til færre dødsfald som følge af ulykker, influenza osv. Det er derfor relevant også at se på, hvordan pandemien har påvirket den samlede dødelighed.

Et studie med 29 lande viser, at Danmark, Finland og Norge er de eneste lande, der ikke har oplevet fald i middellevetiden fra 2019 til 2020 (14). For mange af de vesteuropæiske lande skal man tilbage til 2. verdenskrig for at finde fald i middellevetiden i samme størrelsesorden, og for de fleste østeuropæiske lande er faldet større end efter østblokkens opløsning.

En anden måde at opgøre forskelle i dødelighed på er tabte leveår. Her beregner man, hvor mange leveår der er tabt som følge af for tidlig død (sammenholdt med forventet restlevetid). Jo tidligere et dødsfald indtræffer, jo flere tabte leveår. Her betyder det altså noget, om COVID-19 først og fremmest har øget dødeligheden blandt midaldrende (mange tabte leveår) eller hos de ældste (få tabte leveår).

Et studie med 37 lande viser, at Danmark sammen med Taiwan, New Zealand, Norge, Island og Sydkorea var de eneste lande, hvor antallet af tabte leveår i 2020 ikke var højere end forventet (15). I de resterende 31 lande gik mere end 222 mio. leveår tabt i 2020, hvilket er 28,1 mio. flere tabte leveår end forventet hos mænd og 10,8 mio. flere hos kvinder.

Vacciner

En ny fase i inddæmningen af coronapandemien indledtes på globalt plan, da de første vacciner mod COVID-19 var klar til brug i slutningen af 2020 efter en usædvanlig intensiv forsknings- og udviklingsindsats (16). Vaccination betragtes af de danske sundhedsmyndigheder som det vigtigste redskab til bekæmpelse af coronapandemien og dens følger. I Danmark bruges mRNA-vacciner (Pfizer/BioNTech og Moderna), der bygger på en ny vaccineteknologi, der blandt andet muliggør en hurtig tilpasning af vaccinerne til nye virusvarianter (mutationer). De nyudviklede vacciner har en høj effektivitet og har få bivirkninger.

De mindsker ikke blot risikoen for at blive smittet og bringe smitte videre, men giver i de fleste tilfælde også et mildere sygdomsforløb og dermed færre indlæggelser og dødsfald hos personer, der smittes på trods af, at de er vaccinerede (såkaldte gennembrudsinfektioner). Vaccinernes effekt aftager dog over tid (hurtigst hos ældre), og befolkningen skal sandsynligvis genvaccineres med visse mellemrum.

Ved at vaccinere de mest sårbare dele af befolkningen kan man reducere dødeligheden væsentligt. Ved at vaccinere sundheds- og plejepersonalet kan man beskytte de faggrupper, der i kraft af deres arbejde kommer i direkte kontakt med smittede. Gennem massevaccination af store befolkningsgrupper kan man begrænse smittespredningen i væsentligt omfang og reducere antallet, der bliver alvorligt syge og får brug for behandling. Hvis man opnår en tilstrækkelig høj vaccinationsrate, kan man endvidere skabe flokimmunitet igennem vaccination kombineret med immunitet hos personer, der har haft sygdommen, hvorved sygdommen i heldigste fald helt kan udryddes eller i hvert fald holdes på et lavt niveau med sporadiske udbrud.

En række lande påbegyndte vaccination af deres befolkninger, så snart der var tilgængelige vacciner på markedet. I Danmark blev de første borgere vaccinerede i slutningen af december 2020. I januar 2022 var 4,7 millioner i Danmark færdigvaccinerede mod COVID-19 ud af en samlet befolkning på 5,9 millioner (80 %). Desuden var 3,3 millioner (57 %) blevet genvaccineret første gang, idet de havde modtaget en såkaldt booster-vaccine for at genopfriske virkningen af de første to vaccinationer, fordi effekten aftager over tid (17).

Det ideelle mål for vaccinationsindsatsen i Danmark er flokimmunitet, men det er usikkert, om dette mål kan nås. Det vides ikke med sikkerhed, hvor høj vaccinationsraten skal være, for at det sker. En ukendt faktor er, at der i løbet af coronapandemien er fremkommet mere smitsomme varianter af virusserne, og det kan ske igen. Jo mere smitsom virusserne er, jo større andel af befolkningen skal være immun for at stoppe smittespredningen. Med deltavarianten af SARS-CoV-2 skønnedes det, at mindst 86 % af befolkningen skulle være immune (18). Den mere smitsomme omikron-variant kræver en højere vaccinationsrate. For at opnå en tilstrækkelig høj vaccinationsrate skal børn

også vaccineres. I første omgang var vaccinerne kun godkendt til voksne, men den nedre aldersgrænse er blevet sænket flere gange, og for indeværende tilbydes vaccination ned til 5 år. Hertil kommer, at der kan opstå nye mutationer, som gør de eksisterende vacciner mindre effektive eller virkningsløse, så man må tilpasse vaccinerne og revaccinere befolkningen.

På verdensplan havde 61 % fået minimum én vaccinedosis i slutningen af januar 2022 (19). Udrulningen af vaccinerne i forhold til kontinenter og lande er foregået i et meget ujævnt tempo. Afrika var det kontinent, der med 10 % færdigvaccinerede på dette tidspunkt havde den laveste vaccinationsrate (20). Det er derfor næppe realistisk, at der globalt opnås flokimmunitet gennem vaccination inden for en overskuelig fremtid. Selv om smitten eventuelt i perioder bliver elimineret i Danmark, må det forventes, at der jævnligt vil komme nye smitteudbrud på grund af smitte tilført fra udlandet. Det kan derfor forudses, at COVID-19 vil påvirke befolkningens dagligdag lang tid endnu – muligvis i form af en sæsonvirus, der giver mildere sygdomsforløb, efterhånden som befolkningen opbygger bedre immunitet, eller virussen muterer.

Påvirkning af dagligdagen

Coronapandemien har grebet dybt ind i den danske befolknings dagligdag og har påvirket samfundslivet i en grad, der sjældent er set i forbindelse med smittsomme sygdomme eller andre "sundhedsbegivenheder". Den statslige regulering har i perioder ændret rammerne for både lønmodtageres og selvstændiges muligheder for at udøve deres erhverv og grebet direkte ind i borgernes omgang med hinanden både i og uden for hjemmet. F.eks. har mange måttet passe deres arbejde fra hjemmet, samtidig med at deres børn var i "hjemmeskole" og havde brug for forældrenes støtte og opmærksomhed.

Man kan skelne mellem de direkte effekter af COVID-19 i form af sygdomsepisoder, dødsfald og senfølger – herunder belastningen af sundhedsvæsenet, der har trukket ressourcer væk fra andre sundhedsaktiviteter – og den indirekte effekt som følge af myndighedernes tiltag for at beskytte udsatte befolkningsgrupper, beskytte sundhedsvæsenet mod overbelastning og begrænse smittespredningen. Myndighedernes nedlukning af en række almindelige samfundsaktiviteter

har grebet forstyrrende ind i dagligdagen hos personer i alle aldre og har bl.a. ført til arbejdsløshed og virksomhedslukninger.

Hertil kommer ændringer i befolkningens adfærd, som ikke er en direkte følge af ovennævnte, men skyldes menneskers reaktioner på coronapandemien. Et eksempel er, hvis en person med symptomer, der normalt ville have givet anledning til et lægebesøg, undlader at kontakte sin praktiserende læge af frygt for at blive smittet, eller fordi man ikke vil belaste et i forvejen belastet sundhedsvæsen med sin henvendelse. Et andet eksempel er, hvis en person kompenserer for bortfaldet af sociale kontakter i dagligdagen ved at drikke mere alkohol eller spise mere slik.

Det er vigtigt at være opmærksom på, hvorvidt COVID-19 har belastet nogle befolkningsgrupper mere end andre. Erfaringen fra tidligere pandemier viser, at de har øget den sociale ulighed i sundhed (21). Det kan også blive en effekt af den nuværende pandemi. Der er peget på en række mulige årsager til dette: 1) sociale forskelle i fedme, diabetes, hjerte-kar-sygdomme, kroniske luftvejssygdomme og kræft; 2) sociale forskelle med hensyn til at beskytte sig mod smitte gennem håndvask, brug af masker, hjemmearbejde, mindre brug af offentlig transport mv.; 3) sociale forskelle i eksponeringen for smitte på arbejde og under transport til og fra arbejde (22).

Befolkningens trivsel

Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens trivsel? Restriktionerne under nedlukningen begrænsede borgernes muligheder for frit at disponere over eget liv, og den sociale kontakt blev indskrænket.

Sociologer, der beskæftiger sig med velfærdsstaten, har påpeget, at rige samfund i stigende omfang er blevet i stand til at beskytte sine befolkninger mod risici og farer som følge af sociale begivenheder, sygdom, naturkatastrofer og krig mv. Det har både skabt en forventning om og en tillid til, at velfærdsstaten skærmer individet, når der opstår krisesituationer (23).

Andre samfundsforskere har påpeget, at opfattelsen af, hvad der udgør en risiko, påvirkes af, hvilke risici man vælger at fokusere på, og at medierne her spiller

en central rolle (24). Ifølge sociologen Ulrik Beck kan det senmoderne samfund betegnes som et "risiko-samfund", hvor hverken velfærdsstatens eller videnskabens evne til at skærme individet mod farer kan tages for givet (25). I en vis forstand har vi fået et kulturelt og økonomisk overskud til at tage sorger og risici på forskud, der gør, at borgerne ikke nødvendigvis føler sig trygge (26).

Der er således ikke enighed blandt samfundsforskere om, hvordan en sundhedskrise som den aktuelle vil påvirke befolkningens trivsel. Ud fra de nævnte teorier må man forvente, at befolkningens reaktion på coronapandemien både afhænger af den enkeltes erfaringer med pandemien: Hvordan er jeg personligt eller mine nærmeste blevet påvirket af situationen? Samt af det billede, som medierne har formidlet af pandemien: Hvordan ser det medieformidlede "trusselsbillede" ud? Hvor farlig er sygdommen? Har myndighederne styr på situationen? Har man tillid til, at videnskaben kan udvikle effektive midler mod pandemien?

Undersøgelser af den danske befolknings trivsel under pandemien tegner ikke noget entydigt billede af udviklingen:

- En undersøgelse af den voksne befolkning foretaget under pandemiens første bølge konkluderer, at befolkningens psykiske velbefindende var blevet negativt påvirket af pandemien – i højere grad hos kvinder end mænd (27). En opfølgende undersøgelse under anden bølge viser imidlertid, at befolkningens psykiske velbefindende atter var blevet bedre og stort set var på niveau med før pandemien (28).
- En anden undersøgelse konkluderer i modsætning hertil, at den første bølge af pandemien kun havde en mindre indvirkning på mental og fysisk sundhed i den danske befolkning (29).
- En undersøgelse af den voksne befolknings trivsel før og efter pandemien viser, at unge mænd (18-24 år) og yngre kvinder (18-44 år) samt ældre kvinder (65-74 år) rapporterede dårligere mental trivsel i den tidlige fase af pandemien sammenlignet med 2016 (30).
- En undersøgelse af risikoen for stress/depression før og efter den første nedlukning viser, at der var færre depressive symptomer blandt voksne umiddelbart efter nedlukningen – det gjaldt især voksne med hjemmeboende børn (31).
- En undersøgelse af udviklingen i befolkningens mentale sundhed under den første nedlukning konkluderer, at den danske befolkning ser ud til at have klaret nedlukningen uden alarmerende ændringer i deres mentale helbred (32).
- En forløbsundersøgelse viser, at der generelt skete et fald i befolkningens trivsel fra før nedlukningen i 2019 til efteråret 2020. Overraskende var faldet mest udpræget hos personer uden depression eller kroniske sygdomme (33).
- En undersøgelse af unges trivsel viser, at flere unge kvinder trivedes dårligt under den første nedlukning end unge mænd, og at mistrivlsen var mere udbredt blandt unge, der havde haft angst og psykiske lidelser før pandemien eller kom fra økonomisk dårligt stillede familier (34).
- En undersøgelse af trivsel blandt skolebørn i 6.-9. klasse under første nedlukning viser, at flere elever "kunne lide at gå i skole" under nedlukningen, at nedlukningen ikke fik flere til at føle sig ensomme, og at nedlukningen især havde en positiv virkning på børn fra hjem med lav social status (35).
- En undersøgelse af trivsel blandt personer med diabetes i begyndelsen af pandemien viser, at mere end halvdelen var bekymrede for, at de ville blive alvorligt påvirkede af COVID-19, hvis de blev smittet, og en tredjedel var bekymrede for, at de ikke ville kunne regulere deres diabetes (36). En anden undersøgelse blandt personer med diabetes viser, at deres psykiske trivsel blev forbedret efter genåbningen af samfundet efter den første nedlukning (37).
- En undersøgelse af gravides mentale trivsel under første bølge af pandemien viser, at færre gravide havde dårligt mentalt helbred sammenlignet med resten af befolkningen, men at mange var bekymrede for at blive alvorligt syge, hvis de blev smittet, og at de bl.a. var bekymrede for, at deres partner ikke kunne være til stede ved fødslen på grund af restriktionerne (38).

Brug af sundhedsvæsenet

Som nævnt har coronapandemien påvirket befolkningens brug af sundhedsvæsenet, både fordi ikke-akutte behandlinger er blevet udsat eller aflyst, og video- og telefonkonsultationer i et vist omfang har erstattet fysisk fremmøde, og fordi der er sket ændringer i borgernes praksis med hensyn til at kontakte sund-

hedsvæsenet. Det er stadig uklart, hvordan COVID-19 har påvirket befolkningens kontaktmønster, og hvilken indvirkning det har haft på sundhed, trivsel og dødelighed.

Internationalt har undersøgelser af pandemiens effekt på brugen af sundhedsvæsenet fokuseret på direkte påvirkninger inden for dele af hospitalsvæsenet (f.eks. intensivafdelinger (39, 40) og akutafdelinger (41, 42)) eller indirekte påvirkninger af specifikke sygdomme (især mental sundhed (40, 42, 43) og kræftdødelighed (44)). Data fra USA og Storbritannien viser en betydelig reduktion i hospitalsindlæggelser for livstruende tilstande i løbet af 2020 (45, 46), hvilket tyder på, at borgere kan have undgået kontakt med sundhedsvæsenet. Disse undersøgelser faldt dog sammen med høje forekomster af COVID-19, og derfor kan resultaterne muligvis ikke generaliseres til lande og perioder med lavere smittetryk. Der mangler også viden om, hvad den øgede brug af video- og telefonkonsultationer under coronapandemien har betydet for sundhedsvæsenets betjening af befolkningen.

Opgørelser fra Sundhedsstyrelsen viser, at det danske sundhedsvæsen var i stand til at genoptage sin aktivitet i fuldt omfang efter pandemiens første og anden bølge (47). Efter tredje bølge var aktiviteten på sygehusene stadig noget nedsat som følge af sygeplejerskestrejken i sommeren 2021, mens aktivitetsniveauet i praksissektoren var normaliseret (48). Sundhedsstyrelsen gør dog opmærksom på, at befolkningen kan have ændret sit henvendelsesmønster til sundhedsvæsenet ud fra et forsigtighedsprincip og derved søgt læge i mindre grad end tidligere.

Spørgsmålene i *Hvordan har du det?*

Følgende spørgsmål anvendes til at belyse forekomst og konsekvenser af COVID-19 i befolkningen:

- Har du haft COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, jeg er blevet testet positiv for COVID-19 ved podning eller antistof-test, 2) Ja, jeg tror, jeg har haft COVID-19, 3) Nej, jeg tror ikke, jeg har haft COVID-19, 4) Ved ikke.

- Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder?

Der er spurgt om følgende områder: 1) Om man har været mere bekymret for sit helbred, 2) Om man har været mere bekymret for sin mentale trivsel, 3) Om man har været mere bekymret for sine nærmestes helbred, 4) Om man har været mere bekymret for sine nærmestes mentale trivsel, 5) Om man har følt sig mere isoleret fra andre, 6) Om man har været bekymret for at blive smittet med COVID-19.

Spørgsmålene har svarmulighederne 1) Nej, 2) Ja, lidt, 3) Ja, en del, 4) Ja, meget.

- Har du undladt at tage kontakt til læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, 2) Nej.

- Har du undladt at tage kontakt til læge eller sygehus, fordi du ikke vil belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, 2) Nej.

- Hvor enig er du i følgende udsagn?: Jeg tilhører "risikogruppen" for at blive alvorligt syg af COVID-19.

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Meget uenig, 2) Uenig, 3) Enig, 4) Meget enig, 5) Ved ikke.

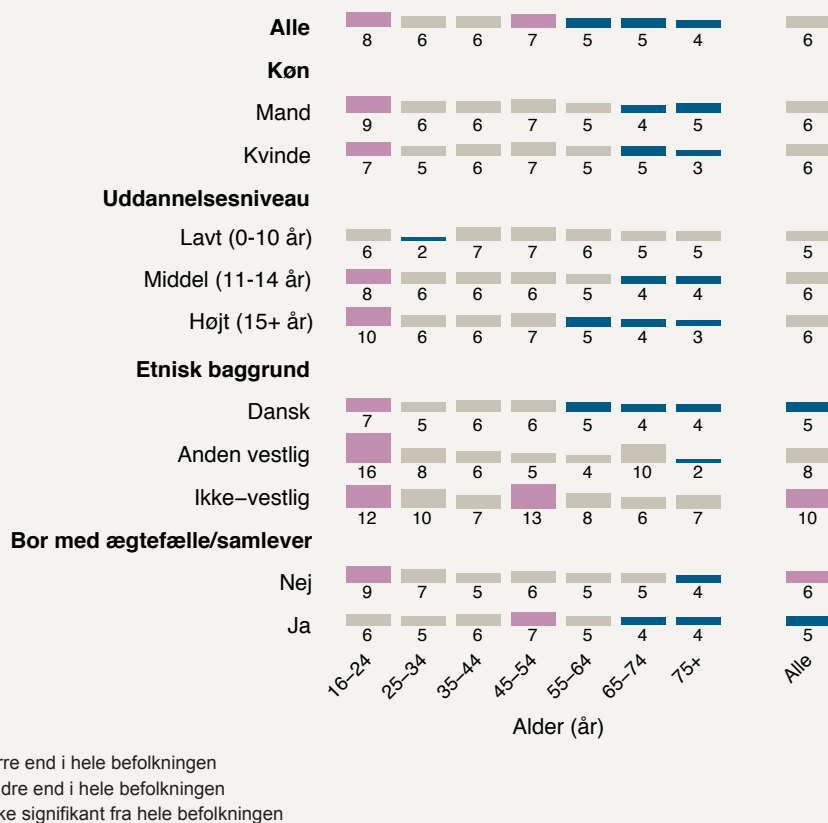
- Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien (sammenlignet med din livskvalitet før COVID-19-pandemien)?

Spørgsmålet har svarmulighederne 1) Ja, den er blevet meget dårligere, 2) Ja, den er blevet lidt dårligere, 3) Nej, den er uændret, 4) Ja, den er blevet lidt bedre, 5) Ja, den er blevet meget bedre.

Data til *Hvordan har du det?* er som nævnt hovedsageligt indsamlet i februar og marts 2021, der var en periode kendetegnet ved høje smittetal og skærpelse af restriktionerne i begyndelsen og faldende smittetal og afvikling af restriktionerne mod slutningen. Vaccinationen af den danske befolkning var startet. Tidsrammen for svarene omfatter hele perioden fra primo februar 2021 til svartidspunktet. Dataindsamlingen sluttede den 12. maj 2021.

Figur 11.1

Har du haft COVID-19? Andelen i procent, der har svaret, at de er 'testet positive', eller som 'tror, de har haft det' i forhold til alder og køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivsstatus



Hvor mange har haft COVID-19?

Figur 11.1 viser andelen, der oplyser, at de har haft COVID-19 (personer, der er testet positive for COVID-19, og personer, der tror, at de har haft COVID-19). Søjlerne yderst til højre angiver andelen i hele den voksne befolkning samt opdelt på køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivssituation. Søjlerne til venstre herfor viser andelen opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier.

Hele befolkningen. Der er 6 %, som angiver, at de har haft COVID-19 (7 ud af 10 af disse er testet positive, mens 3 ud af 10 tror, at de har haft det). I befolkningen som helhed er der ingen forskel i forekomsten af COVID-19 i forhold til køn og uddannelsesniveau. En større andel med anden etnisk baggrund end dansk har haft COVID-19 sammenlignet med hele befolkningen – det gælder både personer med anden vestlig

baggrund end dansk og med ikke-vestlig baggrund – mens en mindre andel med dansk baggrund har haft COVID-19. En lidt større andel af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har haft COVID-19, sammenlignet med personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever.

Alder. Når man opdeler befolkningen i aldersgrupper, nuanceres dette billede yderligere:

Der er en større andel, der har haft COVID-19, blandt personer i alderen 16-24 år sammenlignet med hele befolkningen. Det gælder især blandt personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever. Der er en mindre andel, der har haft COVID-19, blandt personer i alderen 55 år og derover end i hele befolkningen. Det gælder især blandt personer med

middelhøjt og højt uddannelsesniveau og blandt personer med dansk baggrund.

Tolkning. Generelt peger figur 11.1 i retning af, at der er en sammenhæng mellem sociale faktorer og risikoen for at blive smittet. Det er vigtig viden ved tilrettelæggelse af forebyggende indsatser i forhold til COVID-19 og af sundhedsindsatser efter coronapandemien, idet pandemien kan have forstærket eksisterende sociale uligheder eller skabt nye former for ulighed.

De ret markante forskelle i andelen, der har haft COVID-19, må antages at afspejle forskelle i smitteeksponering hos forskellige befolkningsgrupper. Når dobbelt så mange unge som ældre har været smittet, kan det skyldes, at unge ofte deltager i store "åbne" sociale grupper i forbindelse med uddannelse, fester, koncerter, diskoteker mv., hvoraf nogle kan fungere som superspredningsbegivenheder. Nogle unges adfærd under coronapandemien har måske også været mindre "risikoudvigende", fordi de ikke forventer, at de ville blive alvorligt syge, hvis de blev smittet. Derimod lever mange ældre et liv med færre og mere afgrænsede netværkskontakter, og de har måske også været mere påpasselige, fordi risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 stiger med alderen.

Når andelen, der har været smittet, er højere blandt personer med ikke-vestlig baggrund, kan det skyldes trangere boligforhold eller jobs, der i højere grad har bragt dem i kontakt med mange mennesker, eller hvor det har været svært at holde afstand. Det kan også skyldes forskelle i familiære netværk og samværsformer. Mangelfulde dansk kundskaber kan hos nogle have været en barriere for at forstå sundhedsmyndighedernes råd, ligesom en mindre grad af tillid til myndighederne kan have mindsket motivationen for at følge rådene (51-54).

Generelt har der været et væsentligt skel i arbejdsstyrken mellem dem, der i perioder har kunnet arbejde hjemmefra (med mulighed for at arbejde online), og dem, der måtte vedblive at arbejde i deres sædvanlige omgivelser. F.eks. har medarbejdere i sundhedsvæsenet, daginstitutioner, supermarkeder eller rengøringsbranchen sjældent kunnet arbejde hjemmefra og er derfor blevet mere eksponerede for smitte (55, 56).

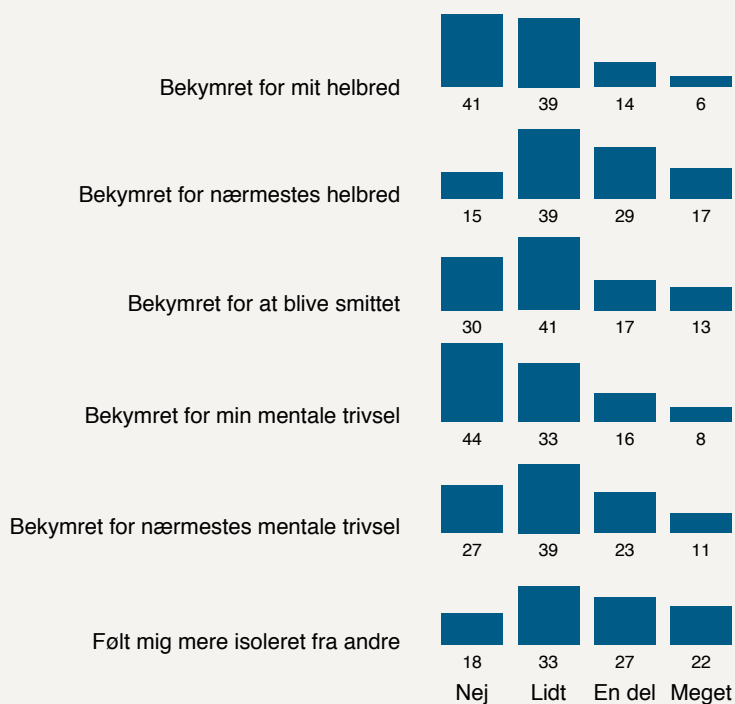
Hvor pålidelige er selvrapporterede smittetal for COVID-19?

Statens Serum Institut skønner, at der blandt smittede med COVID-19 er lidt under en tredjedel, der ikke oplever symptomer (49). Selvrapporterede smittetal for COVID-19 må derfor antages at undervurdere udbredelsen noget, da personer, der har været smittede uden at have symptomer, kun ved, at de har haft sygdommen, hvis de er blevet testet positive.

Statens Serum Institut fandt antistoffer mod SARS-CoV-2 hos 7 % af den danske befolkning over 12 år i den nationale prævalensundersøgelse foretaget i marts 2021 (50) – altså omkring det tidspunkt, hvor data til *Hvordan har du det? 2021* blev indsamlet. Der er således ikke større afvigelser i forekomsten opgjort på denne måde og ved selvrapportering på trods af mulig under- og fejlrapportering i sidstnævnte.

Figur 11.2

Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Procent



Hvordan har COVID-19 påvirket befolkningens dagligdag?

Hele befolkningen. Figur 11.2 viser, at COVID-19 har påvirket dagligdagen hos en stor del af befolkningen. De tre øverste spørgsmål i figuren handler om helbredsbekymringer: Har COVID-19 gjort svarpersonerne mere bekymrede for deres eget helbred, mere bekymrede for deres nærmestes helbred, og hvor bekymrede har de været for at blive smittet med COVID-19?

Der er 20 %, som har været en del/meget mere bekymrede for deres eget helbred, mens 46 % har været en del/meget mere bekymrede for deres nærmestes helbred. Bekymringer for de nærmestes helbred fyldte således betydeligt mere end bekymringer for eget helbred. I alt 30 % har været en del/meget bekymrede for at blive smittet.

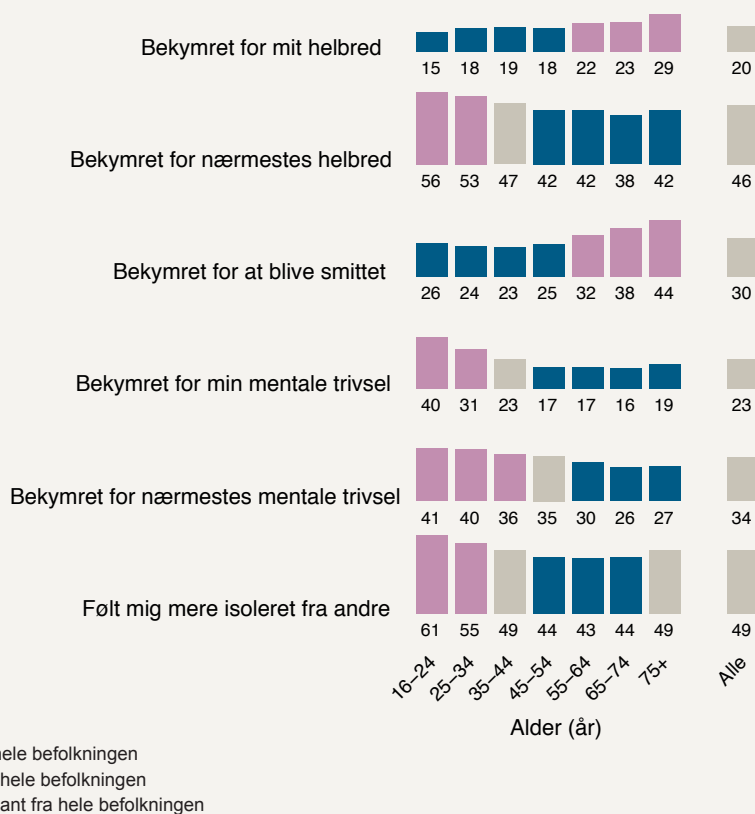
De tre nederste spørgsmål i figur 11.2 handler om trivsel: Har COVID-19 gjort svarpersonerne mere bekymrede for deres mentale trivsel, mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel, og har de følt sig mere isolerede fra andre?

Også her var der en markant større andel, der har været bekymrede for deres nærmestes end for deres egen mentale trivsel, selv om forskellen er mindre. I alt 24 % har været en del/meget mere bekymrede for deres egen mentale trivsel, mens 34 % har været en del/meget mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel.

Mest udbredt var følelsen af at være mere isoleret fra andre under coronapandemien. I alt har 49 % af befolkningen svaret en del/meget til dette spørgsmål.

Figur 11.3

Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget', i forskellige aldersgrupper



Alder. Figur 11.3 viser, at der er nogle markante aldersforskelle i, hvordan COVID-19 har påvirket dagligdagen (en del/meget). Følelsen af at være mere isoleret fra andre er især udbredt hos unge. I alderen 16-24 år har 61 % følt sig mere isolerede, og i alderen 25-34 år var det 55 %. Andelen er betydeligt lavere hos midaldrende og "de unge ældre": 44 % i alderen 45-54 år, 43 % i alderen 55-64 år og 44 % i alderen 65-74 år.

Der er også en markant sammenhæng mellem alder og bekymringen for egen mentale trivsel. I alderen 16-24 år har 40 % været mere bekymrede for deres egen mentale trivsel, i alderen 25-34 år var det 31 %, mens det fra 45 år og derover svinger mellem 17 % og 19 %.

Flere unge end ældre har været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og mentale trivsel. I alderen 16-24 år var 56 % mere bekymrede for deres nærmestes

helbred, mens det fra 45 år og derover svinger mellem 38 % og 42 %. I alderen 16-24 år var 41 % mere bekymrede for deres nærmestes mentale trivsel, mens det fra 55 år og derover svinger mellem 26 % og 30 %.

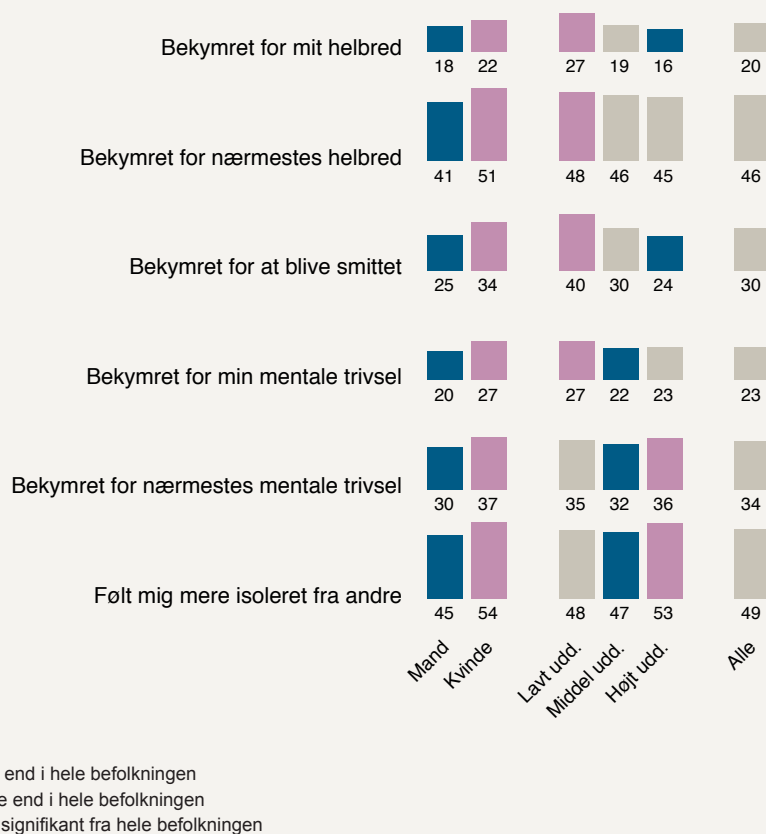
Bekymringerne for eget helbred stiger med alderen. I alderen 16-24 år har 15 % været mere bekymrede for eget helbred, mens det fra 75 år og derover var 29 %.

Bekymringen for at blive smittet ligger forholdsvis lavt hos unge og midaldrende – her er ca. hver fjerde bekymret for at blive smittet – mens andelen er større hos personer fra 55 år og derover. Blandt de ældste (75 år og derover) var 44 % bekymrede for at blive smittet.

Sammenfattende kan det konstateres, at færre unge har været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittet, men flere har til gengæld oplevet dårligere trivsel og følt sig mere isolerede end ældre.

Figur 11.4

Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget', i forhold til køn og uddannelsesniveau



Køn. Figur 11.4 viser, at kvinders dagligdag har været mere belastet af pandemien end mænds. Den største forskel ses i forhold til bekymring for nærmestes helbred. Her har 51 % af kvinderne været mere bekymrede mod 41 % af mændene.

Der er desuden flere kvinder end mænd, som har følt sig mere isolerede fra andre på grund af COVID-19. I alt 54 % af kvinderne har følt sig mere isolerede mod 45 % af mændene. Bekymringen for at blive smittet har også været mere udbredt blandt kvinder, hvor 34 % har været bekymret for at blive smittet mod 25 % blandt mændene.

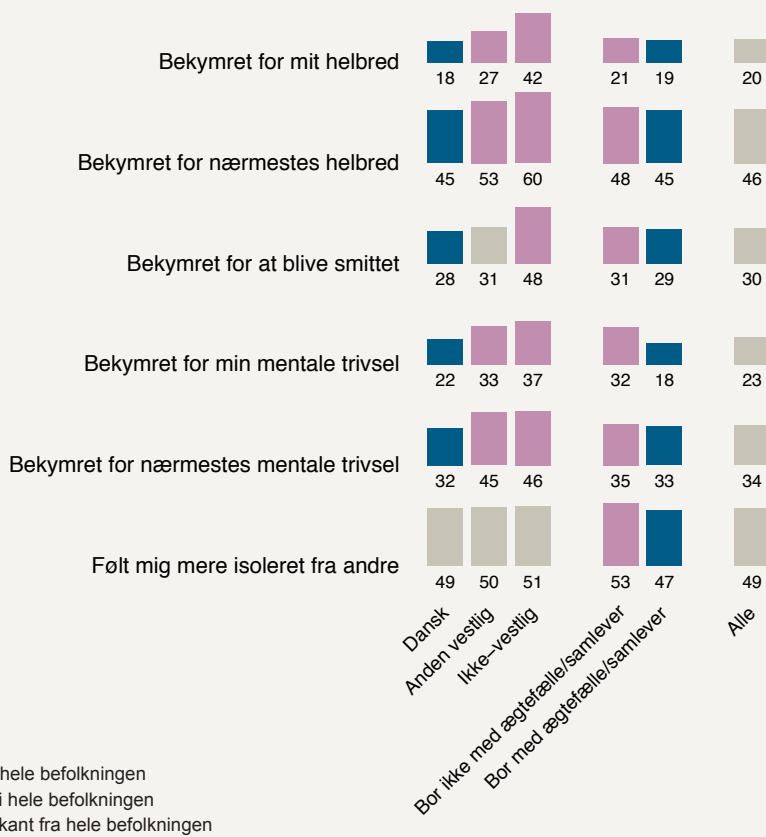
Kønsforskellen er mindst i forhold til bekymringen for eget helbred. Der er 22 % af kvinderne, som har været mere bekymrede for eget helbred, mod 18 % af mændene.

Uddannelsesniveau. Figur 11.4 viser, at uddannelsesniveau især på to områder spiller en rolle for, hvordan COVID-19 har påvirket dagligdagen. Andelen, der har været mere bekymret for at blive smittet, er størst blandt personer med lavt uddannelsesniveau (40 %) og mindst blandt personer med højt uddannelsesniveau (24 %). Det samme gælder bekymringen for eget helbred, hvor 27 % af personer med lavt uddannelsesniveau har været mere bekymrede, mens 16 % af personer med højt uddannelsesniveau har været mere bekymrede.

Etnisk baggrund. Figur 11.5 viser, at personer med ikke-vestlig baggrund og personer med anden vestlig baggrund end dansk generelt har følt sig mere belastede af COVID-19 sammenlignet med personer med dansk baggrund. Mest belastede er personer med ikke-vestlig baggrund. En undtagelse er oplevelsen af social isolation. Her har en lige stor andel af de tre grupper følt sig en del eller meget isoleret fra andre.

Figur 11.5

Har COVID-19 påvirket din dagligdag på følgende områder? Andelen i procent, der har svaret 'en del' eller 'meget' i forhold til etnisk baggrund og samlivsstatus



De største forskelle finder man ved bekymringer for eget helbred og for at blive smittet. Der er 18 % med dansk baggrund, der har været mere bekymrede for eget helbred, mod 42 % med ikke-vestlig baggrund. Det gælder også bekymringer for egen mental trivsel, bekymringer for nærmestes helbred samt bekymringer for nærmestes mentale trivsel, hvor forskellene er mindre, men dog markante.

Samliv. Figur 11.5 viser, at personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere belastede af COVID-19 end personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Størst er forskellen ved bekymringer for egen mental trivsel, hvor 32 % af personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever har været mere bekymrede mod 18 % blandt personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Forskellen på de øvrige områder er forholdsvis beskeden.

Tolkning. Svarmønstret kan forstås ud fra, hvad der har været på spil for de forskellige befolkningsgrupper under pandemien.

Unge sociale liv adskiller sig som regel væsentligt fra midaldrende og ældres. Kontakten med andre unge er helt centralt for et tilfredsstillende ungdomsliv. Coronapandemien har på forskellig måde ført til begrænsninger i samværet med andre unge. Elever og studerende har i perioder været sendt hjem. Restauranter, musiksteder og fritidsaktiviteter har ligeledes været lukket i perioder. Muligheden for at rejse i andre lande og "oplevelse verden" har også været begrænset. Til gengæld er risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 væsentlig mindre hos unge sammenlignet med midaldrende og i særdeleshed ældre. Det må antages at være forklaringen på, at unge generelt har oplevet dårligere trivsel og følt sig mere isolerede end ældre, men at de til gengæld har været mindre bekymrede for eget helbred og for

at blive smittet. Det kan hos nogle unge have ført til en adfærd, der øgede risikoen for smitte. Bekymringen for de nærmestes helbred er på den anden side mere udbredt hos unge end ældre, og hensynet til familien kan have haft den modsatte effekt – nemlig at man har været påpasselig med at undgå smitte for på den måde at beskytte ældre familiemedlemmer.

Når flere kvinder end mænd har været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og trivsel under pandemien, kan det skyldes, at kvinder ofte har flere omsorgsfunktioner i familien end mænd, og at de f.eks. derfor bekymrer sig mere for, at ældre, svagelige familiemedlemmer bliver smittet med COVID-19. Desuden er kvinders sociale netværk generelt større end mænds (57, 58), og det kan være forklaringen på, at flere kvinder end mænd har følt sig mere isolerede under pandemien, fordi de sædvanlige sociale kontakter har været stærkt begrænsede.

Uddannelse sorterer befolkningen i forhold til de forskellige dele af arbejdsmarkedet og påvirker desuden indkomstniveauet og graden af sikkerhed i beskæftigelsen. Det kan være forklaringen på, at personer med lavt uddannelsesniveau generelt har været mere bekymrede for eget helbred og for at blive smittet end den øvrige befolkning. Mange personer med lavt uddannelsesniveau kan under pandemien have oplevet, at det var svært at skærme sig mod smitte på arbejde på grund af arbejdets karakter, mens f.eks. mange med boglig uddannelse har haft mulighed for at arbejde hjemme. Trangene boligforhold kan desuden have gjort det sværere for denne gruppe at undgå smittespredning, hvis et medlem af husholdningen blev smittet. Risikoen for at miste jobbet i forbindelse med sygdom er generelt også større hos personer med lavt uddannelsesniveau end hos de øvrige arbejdstagere.

Den udbredte bekymring for ens eget og de nærmestes helbred og trivsel hos personer med anden etnisk baggrund end dansk skyldes formentlig en blanding af flere faktorer. Dels har smitten været mere udbredt i disse grupper (jf. figur 11.1), så pandemien er "kommet tættere på" i dagligdagen. Dels er der langt flere personer med lavt uddannelsesniveau blandt personer med ikke-vestlig baggrund med de konsekvenser, det har i forhold til job og indkomst.

Når personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere bekymrede for egen men-

tal trivsel end samlevende under pandemien, er en nærliggende forklaring, at nedlukningen har gjort det sværere for dem at få dækket deres sociale behov.

Hvor mange vurderer, at de er i risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19?

Nogle personer, der bliver syge med COVID-19, får et mildt forløb, mens andre får et mere alvorligt forløb med behov for indlæggelse på sygehus. Sundhedsstyrelsens information til befolkningen om, hvem der er i særlig risiko for at blive alvorligt syg af COVID-19, lyder således:

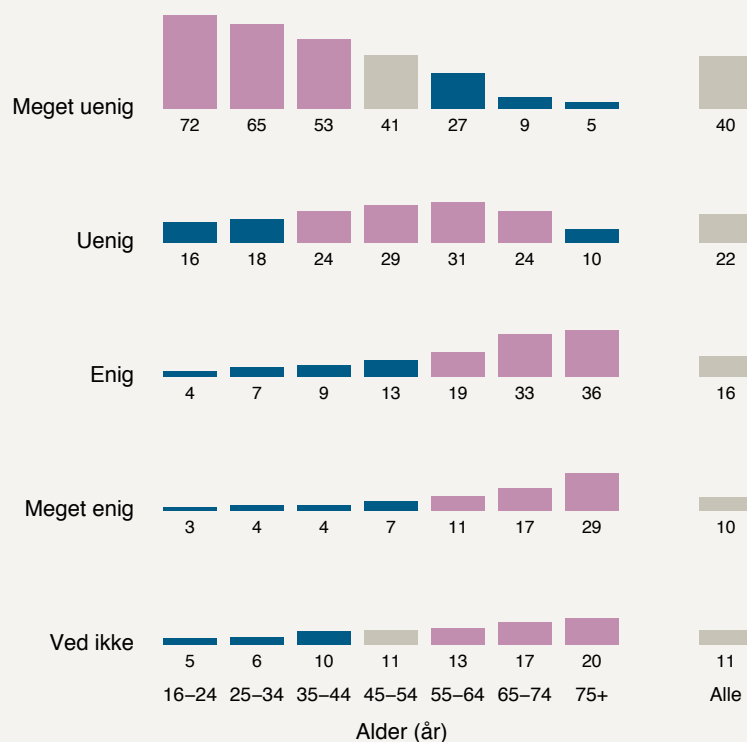
- *Personer i alderen 80 år eller ældre*
Uanset om du er frisk og rask eller har kroniske sygdomme og tilstande, er du i øget risiko.
- *Personer i alderen 65-79 år*
Mange friske og raske personer i aldersgruppen er ikke i øget risiko, men har du f.eks. kroniske sygdomme eller mental og fysisk svækkelse mv., så kan du være i øget risiko.
- *Personer under 65 år*
Meget få er i øget risiko, men personer i aldersgruppen med visse kroniske sygdomme, svært kontrollerbare kroniske sygdomme, overvægt med BMI på 35 eller derover og/eller nedsat immunforsvar menes at være i øget risiko (59).

Desuden nævnes specifikt beboere på plejehjem og gravide (både den gravide selv og det ufødte barn) som særlige risikogrupper. Udmeldingerne bygger på den forskningsbaserede viden om COVID-19, der er opbygget i løbet af pandemien. Baggrunden er bl.a. en rapport fra Sundhedsstyrelsen om en række specifikke sygdomme og tilstande, der øger risikoen for et alvorligt forløb (60). Denne viden har f.eks. været anvendt til at prioritere, hvem der først skulle tilbydes vaccination ved udrulning af vacciner. Der er tale om en viden, der løbende opdateres, efterhånden som der kommer nye forskningsresultater.

Det er relevant at undersøge, i hvilket omfang borgernes risikovurdering er i overensstemmelse med sundhedsmyndighedernes. Den individuelle vurdering af risikoen for at blive alvorligt syg af COVID-19 er vigtig, fordi det må antages, at der er en sammenhæng mellem risikovurdering og det, den enkelte gør for at beskytte sig mod smitte. Dette underbygges af uden-

Figur 11.6

Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper



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

landske studier (61, 62). En undervurdering af risikoen for at blive alvorligt syg kan føre til en overdrevet letsindig adfærd. På den anden side kan en overvurdering af risikoen skabe andre problemer, hvis det f.eks. medfører en meget restriktiv livsførelse med få sociale kontakter eller en overdreven frygt for eget helbred (helbredsangst). Det er naturligvis vigtigt at understrege, at ingen på forhånd kan vide, hvor syg man bliver ved smitte med COVID-19.

Hele befolkningen. Figur 11.6 viser at 26 % er enige i udsagnet "Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19" (enig/meget enig). Hver tiende har svaret 'ved ikke'. Resten mener ikke, at de tilhører en særlig risikogruppe (uenig/meget uenig).

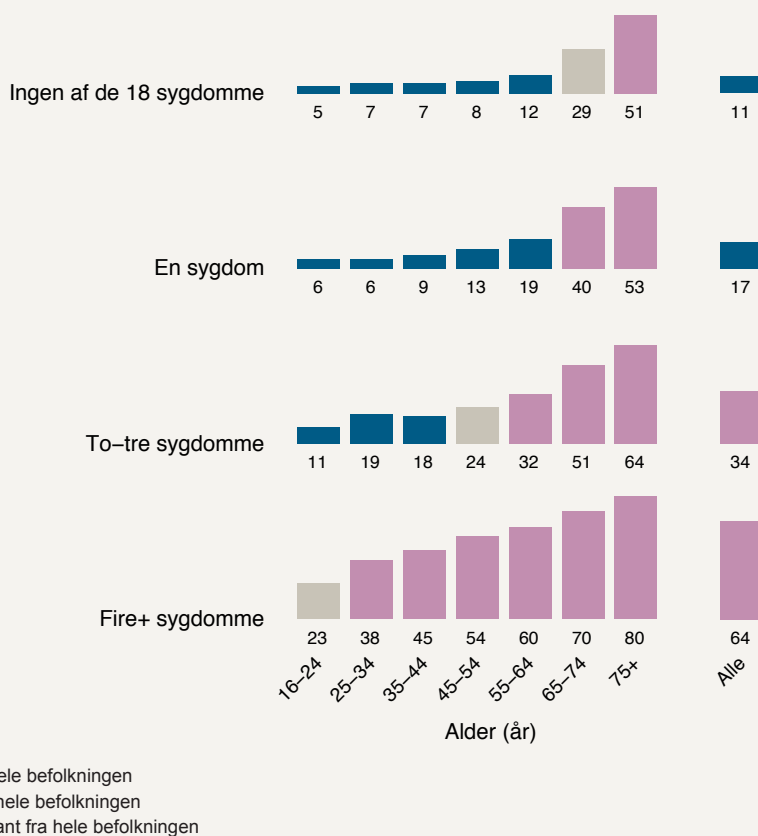
Alder. Figur 11.6 viser desuden at der er en meget stærk sammenhæng mellem alder og risikovurdering. Blandt personer på 75 år og derover er der kun 15 %,

som er uenige i, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 (uenig/meget uenig), mod næsten 9 ud af 10 blandt personer i alderen 16-24 år. Andelen, der har svaret 'ved ikke', stiger desuden markant med alderen fra 5 % hos de yngste til 20 % hos de ældste borgere.

Kronisk sygdom og alder. Figur 11.7 viser andelen af personer, der mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 (enig/meget enig). Søjlen yderst til højre viser andelen i hele befolkningen opdelt i forhold til, hvor mange kroniske sygdomme de har, mens søjlerne til venstre herfor viser svarfordelingen opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier. Der er 26 % i hele befolkningen, der mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge (jf. figur 11.6 enig/meget enig). Det er denne andel, der er brugt i de statistiske sammenligninger i figur 11.7.

Figur 11.7

Jeg tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syg af COVID-19 (enig, meget enig). Andelen i procent i forskellige aldersgrupper i forhold til antal kroniske sygdomme



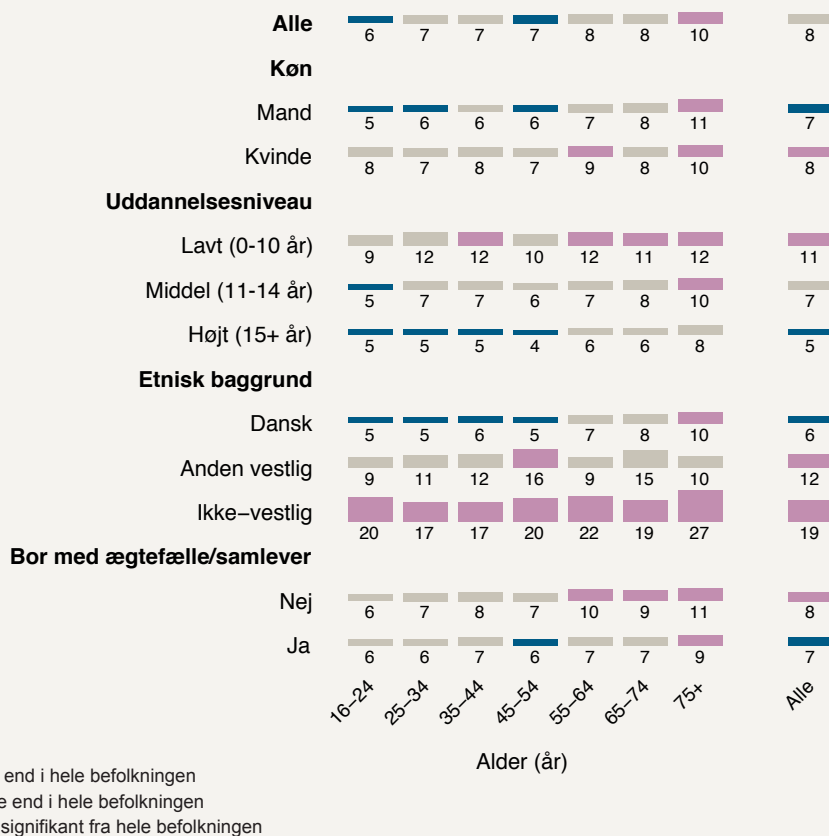
Kun 11 % blandt personer, der ikke har kroniske sygdomme, mener, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 64 % blandt personer med fire eller flere kroniske sygdomme. Når man kombinerer alder og antallet af sygdomme, ser man en meget tydelig sammenhæng mellem alder og kronisk sygdom på den ene side og risikovurdering på den anden. I den yngste aldersgruppe uden kroniske sygdomme mener kun 5 %, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 80 % i den ældste aldersgruppe med fire eller flere kroniske sygdomme.

Tolkning. Der er god overensstemmelse mellem sundhedsmyndighedernes udmeldinger om, hvilke befolkningsgrupper der på grund af deres alder og/eller kroniske sygdomme er i særlig risiko for at blive alvorligt syge af COVID-19, og folks egen vurdering. Dette er bemærkelsesværdigt. Typiske kilder til infor-

mation om sundhedsrisici er medieomtale og information fra myndighederne. Erfaringer, som man selv eller personer i ens netværk har gjort, kan også spille en vigtig rolle. Der er dog ofte en tendens til enten at under- eller overvurdere specifikke risici (både på sundhedsområdet og i andre sammenhænge) (63). Når dette ikke i højere grad synes at være tilfældet her, kan det skyldes en række særlige forhold: Oplysninger om COVID-19, herunder risikoen forbundet med at have sygdommen, har haft en dominerende plads i nyhedsformidlingen under pandemien. Budskaberne har stort set stået uimodsagt. Afsenderne af budskaberne har haft en høj troværdighed ("eksperter"). Der har især i begyndelsen af pandemien været en kriseagtig stemning i befolkningen, fordi COVID-19 var en ny og ukendt trussel, hvilket formentlig har været stærkt motiverende for mange til at søge information om sygdommen.

Figur 11.8

Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper



Hvor mange har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus på grund af pandemien?

Frygt for smitte. Figur 11.8 viser at 8 % har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19.

Der er lidt flere kvinder end mænd, markant flere med lavt uddannelsesniveau, markant flere med anden etnisk baggrund end dansk – især personer med ikke-vestlig baggrund – og lidt flere blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, sammenlignet med hele befolkningen.

Sammenhængen med alder er ikke så markant. Dog ses en tendens til, at andelen, der har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet, stiger med alderen. Det gælder for alle undergrupper.

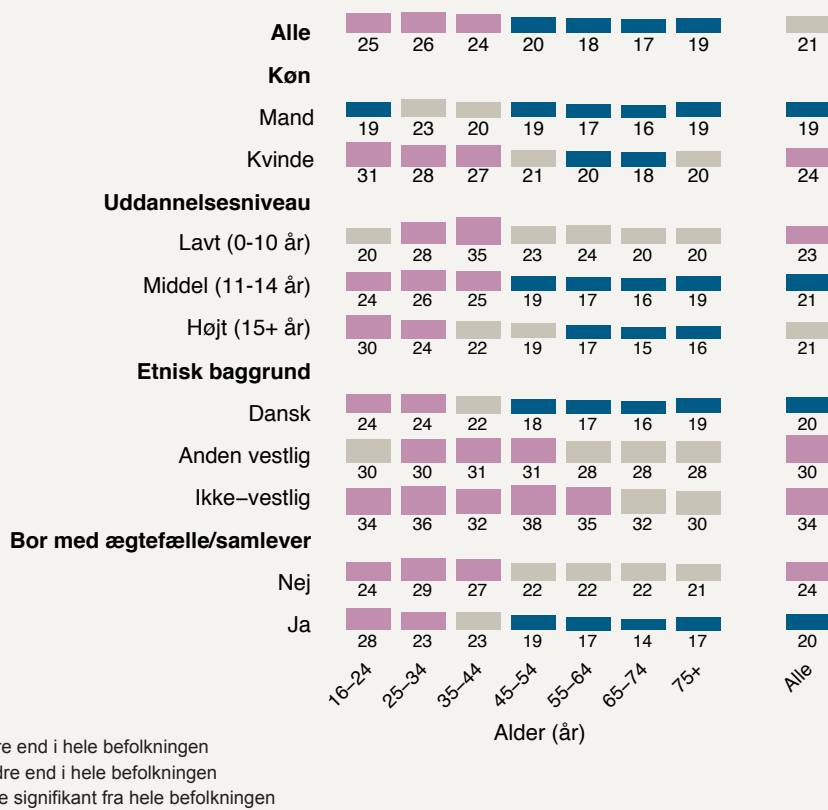
Ville ikke belaste sundhedsvæsenet. Figur 11.9 viser at 21 % har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19.

Der er en større andel blandt kvinder, en lidt større andel blandt personer med lavt uddannelsesniveau, en væsentlig større andel blandt personer med anden etnisk baggrund end dansk og en større andel blandt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, sammenlignet med befolkningen som helhed.

Der er en sammenhæng med alder, når det drejer sig om ikke at ville belaste sundhedsvæsenet yderligere. Jo yngre, jo større en andel har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19. Sammenhængen er altså modsat af, hvad der gør sig gældende, når det drejer sig om at undlade kontakt med sundhedsvæsenet af frygt for at blive smittet.

Figur 11.9

Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus, fordi man ikke ville belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der er COVID-19. Andelen i procent i forskellige aldersgrupper



Personer med kroniske sygdomme. Figur 11.10 viser, hvor mange blandt personer med kroniske sygdomme der har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus, A) af frygt for at blive smittet, B) for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere eller C) af mindst en af disse grunde.

Ved alle kroniske sygdomme gælder, at en større andel end i befolkningen som helhed har undladt kontakt af frygt for at blive smittet – færrest blandt personer med allergi, flest blandt personer med hjertekrampe. Andelen, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, stiger markant i forhold til antallet af kroniske sygdomme.

Der er en større andel blandt de fleste sygdomsgrupper end i hele befolkningen, der har undladt at kontakte sundhedsvæsenet for ikke at belaste det yderligere, mens der var COVID-19. Det gælder ved 13 ud af 18

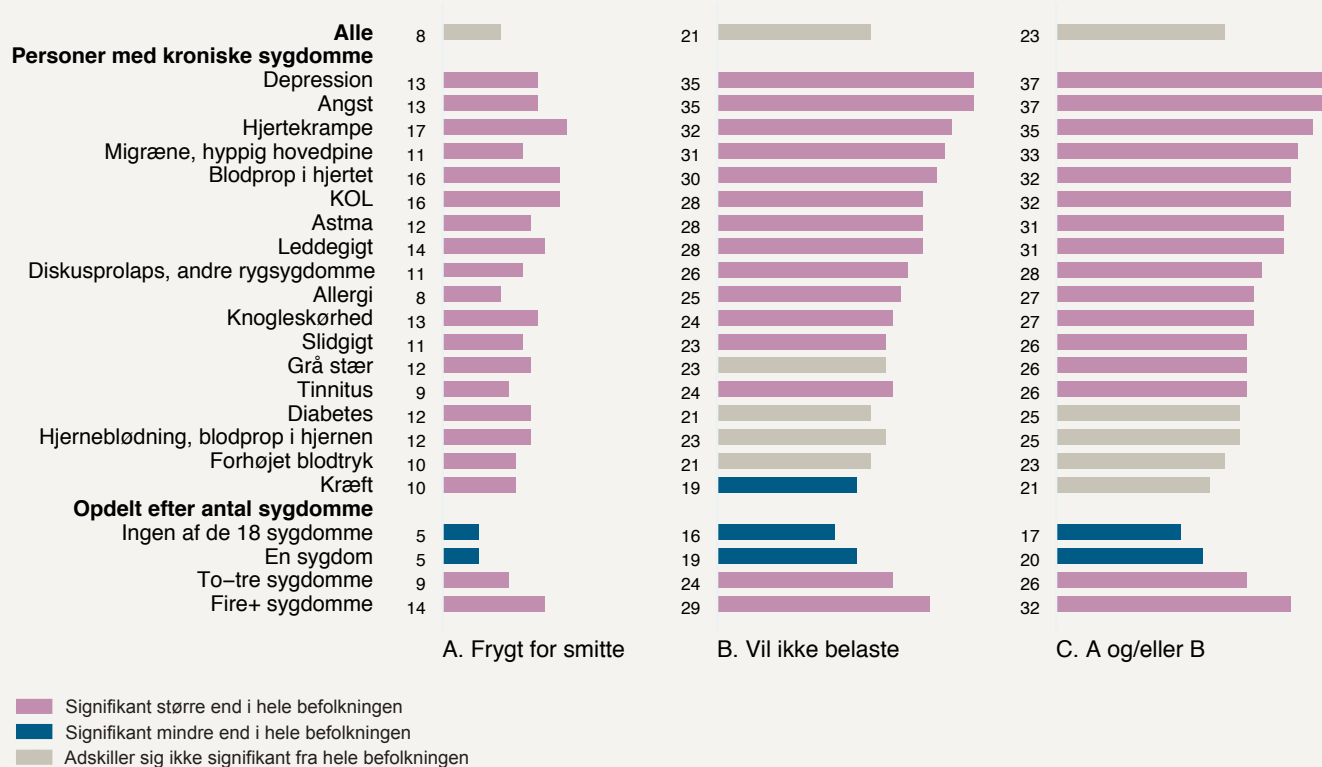
sygdomme – mest markant ved depression og angst. Andelen, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet, stiger ligeledes markant med antallet af kroniske sygdomme.

Det beskrevne mønster gentager sig, når man ser på de to grunde til at undlade kontakt med sundhedsvæsenet under ét. Blandt personer med depression og angst, hjertekrampe eller blodprop i hjertet, KOL og migræne/hyppig hovedpine har omtrent tre ud af ti undladt at tage kontakt. Ved 14 ud af de 18 sygdomme er andelen højere end i befolkningen som helhed. Hver fjerde med to-tre kroniske sygdomme har undladt kontakt, mens det gælder for hver tredje med fire eller flere kroniske sygdomme.

Tolkning. Coronapandemien har påvirket befolkningens brug af sundhedsvæsenet. Tallene viser, at det ikke blot skyldes, at sundhedsvæsenet har aflyst aftaler

Figur 11.10

Har undladt at tage kontakt med læge eller sygehus af frygt for at blive smittet med COVID-19, eller fordi man ikke ville belaste sundhedsvæsenet. Andelen i procent for 18 kroniske sygdomme



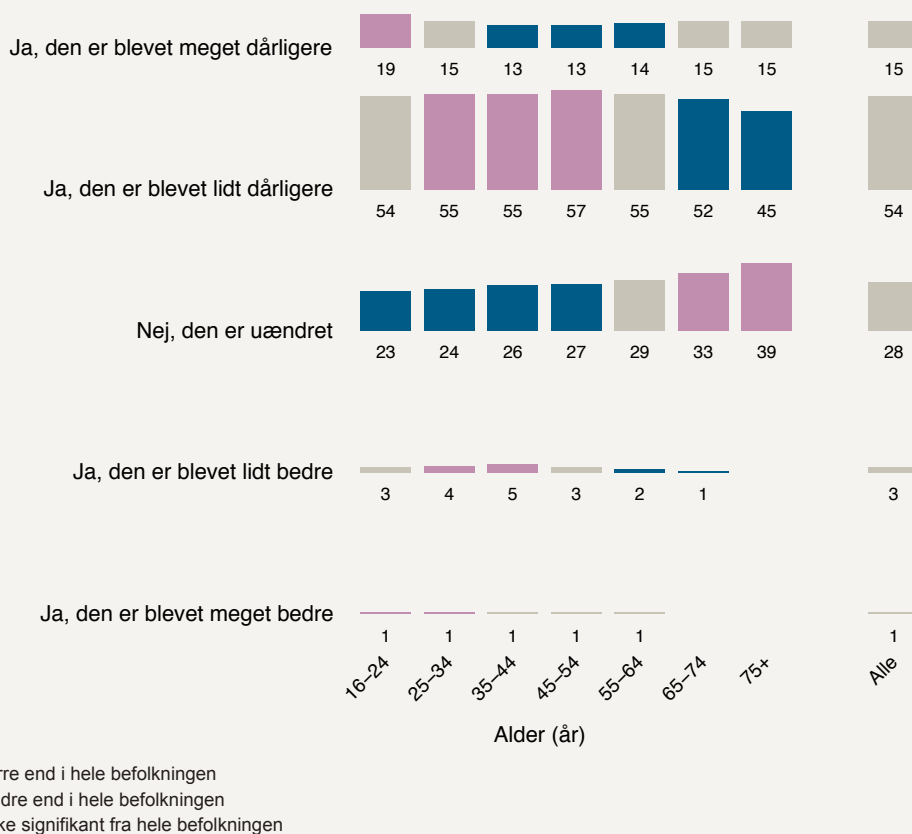
med patienter eller har indskrænket borgernes muligheder for at komme i kontakt med sundhedsvæsenet. Mange har også selv reageret på pandemien ved at ændre deres kontaktmønster. Mange har undladt at kontakte læge eller sygehus for at vise hensyn til et presset sundhedsvæsen. Der er også personer, der har undladt at tage kontakt med sundhedsvæsenet af frygt for at blive smittet med COVID-19. Det er dog en mindre andel, hvilket kan ses som et udtryk for, at der generelt har været en høj grad af tillid til, at sundhedspersonalet har kunnet skærme patienterne mod smitte. Vi ved dog ikke, hvor mange af dem der har haft kontakt med sundhedsvæsenet under pandemien, som har været bekymrede for at blive smittet, men alligevel har valgt at henvende sig.

Konsekvenserne af de undladte kontakter til sundhedsvæsenet kendes på nuværende tidspunkt ikke. Nogle af de undladte kontakter har muligvis ingen alvorlige

helbredsmæssige følger for patienterne. I andre tilfælde kan det have betydelige og i værste fald livsforkortende konsekvenser, hvis en patient ikke får den fornødne hjælp af sundhedspersonalet, når behovet opstår. Nogle patienter går i langvarige behandlingsforløb, der kræver regelmæssig kontakt med en læge eller andet sundhedspersonale. Her kan det mindske effekten af behandlingen, hvis patienten i en periode udebliver fra sin behandling. Mange kroniske patienter går ligeledes til rutinemæssige tjek hos egen læge eller i sygehusenes ambulatorier. Manglende fremmøde kan føre til, at ting, der skulle have været handlet på, først opdages senere. Desuden kan et brud på "rutinerne" få nogle patienter til helt at droppe ud af et kontrolforløb. Det må derfor antages, at der er behov for et "genopretningsarbejde" i forhold til borgere, der er blevet underdiagnosticerede eller underbehandlede under pandemien.

Figur 11.11

Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (Sammenlignet med før pandemien). Andelen i procent i forskellige aldersgrupper



Hvordan har COVID-19 påvirket livskvaliteten?

Menneskers livskvalitet påvirkes af både "ydre" og "indre" faktorer. Hvordan man vurderer sin livskvalitet, afhænger både af, "hvordan man har det" – det vil sige de faktiske omstændigheder – og "hvordan man tager det" – det vil sige, hvordan man oplever og tolker disse omstændigheder.

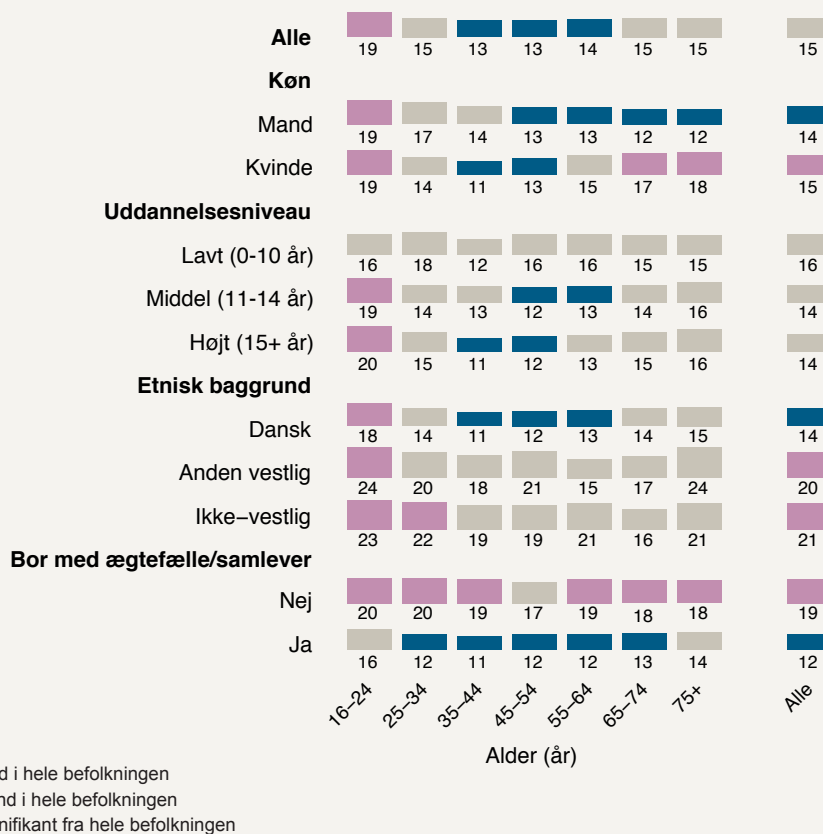
Høj livskvalitet er knyttet til muligheden for at tilfredsstille sine behov, men behovene varierer fra person til person. Coronapandemien har medført så store ændringer i de fleste menneskers dagligdag, at det er nærliggende at antage, at mange har oplevet en ændring i deres livskvalitet. Det er også rimeligt at antage, at der for de fleste har været tale om en forringelse af livskvaliteten. Det skyldes, at de indtrådte ændringer typisk har gjort det vanskeligere at få opfyldt sine behov.

På den anden side er de fleste mennesker i besiddelse af en betydelig evne til at klare modgang og tilpasse sig nye omstændigheder (resiliens). Det er derfor vanskeligt at forudsige, hvordan så ekstraordinær en situation som coronapandemien har påvirket befolkningens livskvalitet.

Mange har oplevet COVID-19 som en trussel mod eget eller nære familiemedlemmers helbred, hvilket i sig selv kan have været en stressfaktor. Pandemien har medført begrænsninger i sociale kontakter, herunder muligheden for at deltage i stimulerende aktiviteter uden for hjemmet i fritiden. For nogle kan det have fremmet oplevelsen af isolation og ensomhed. Hjemmemiljøet i mange familier har ligeledes været påvirket, f.eks. fordi børnene har været i hjemmeskole, samtidig med at forældrene har passet deres arbejde hjemmefra, og det kan have gjort det sværere for den enkelte at finde ro og har måske

Figur 11.12

Er din livskvalitet blevet påvirket af COVID-19-pandemien? (Sammenlignet med før pandemien)
 Andelen i procent med meget dårligere livskvalitet i forhold til alder og opdelt på køn, uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivsstatus



øget antallet af konflikter mellem familiemedlemmer. Nedlukningen kan dog også have været en positiv oplevelse i nogle familier, fordi der har været bedre tid til at være sammen, eller fordi hjemmearbejde har givet mindre transporttid og mere fokus på kerneopgaver.

Generelt har pandemien øget usikkerheden om fremtiden, og mange planlagte aktiviteter er blevet udskudt eller aflyst (fester, rejser osv.). For nogle har pandemien ført til arbejdsløshed, jobusikkerhed eller indkomsttab. Begrebet "coronatræthed" har vundet indpas i sproget som et ord, der signalerer udmattelse som følge af de mange negative påvirkninger af dagligdagen, som pandemien har medført.

Hele befolkningen. Figur 11.11 viser svarpersonernes vurdering af, hvordan deres livskvalitet er blevet påvirket af COVID-19. Søjlerne yderst til højre viser

svarfordelingen for hele befolkningen, mens søjlerne til venstre herfor viser svarfordelingen opdelt på aldersgrupper.

Hos 15 % er livskvaliteten meget dårligere end før pandemien, hos 54 % er den lidt dårligere, mens den er uændret hos 28 %. Kun 3 % vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt bedre, og 1 %, at den er blevet meget bedre.

Alder. Der er en vis forskel mellem aldersgrupperne, idet en større andel af unge end midaldrende og ældre oplever en meget dårligere livskvalitet, mens flere ældre oplever, at deres livskvalitet er uændret.

Meget dårligere livskvalitet. Figur 11.12 viser, hvor mange der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien. Søjlerne yderst til højre viser andelen i hele den voksne befolkning samt opdelt på køn,

uddannelsesniveau, etnisk baggrund og samlivs-situation. Søjlerne til venstre herfor viser andelen i disse grupper opdelt på aldersgrupper inden for disse kategorier. Det er de 15% i hele befolkningen med meget dårligere livskvalitet, der er brugt i de statistiske sammenligninger i figur 11.12.

Køn. Forskellen mellem mænd og kvinder som helhed er beskeden, men der er betydeligt flere ældre kvinder end mænd, der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien.

Uddannelsesniveau. Der er som helhed ingen forskel i forhold til uddannelsesniveau, men flere unge med middelhøjt og højt uddannelsesniveau har fået en meget dårligere livskvalitet.

Etnisk baggrund. Markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en meget dårligere livskvalitet end personer med dansk baggrund. Den laveste andel, der har fået en meget dårligere livskvalitet end før pandemien, finder man hos personer i alderen 35-64 år med dansk baggrund.

Samliv. Der er markant flere personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der har fået en meget dårligere livskvalitet sammenlignet med før pandemien, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Denne forskel findes inden for alle aldersgrupper.

Tolkning. Størstedelen af befolkningen har oplevet, at deres livskvalitet er blevet dårligere under pandemien. For størstedelens vedkommende er der dog tale om en lille nedgang i livskvalitet, mens 1 ud af 7 har oplevet, at deres livskvalitet er blevet meget dårligere.

Det er nærliggende at tolke de forskelle i forringelse af livskvaliteten under pandemien, der ses mellem forskellige befolkningsgrupper, som et resultat af forskelle i behovsbegrænsninger og forskelle i muligheder for at kompensere for disse begrænsninger.

Nogle af de samme faktorer, som er nævnt under afsnittet om pandemiens påvirkning af befolkningens dagligdag, kan nævnes her. Unge har i højere grad end midaldrende og ældre oplevet, at deres muligheder for at få deres behov opfyldt er blevet begrænset under pandemien.

Begrænsninger i sociale kontakter uden for hjemmet i perioder med nedlukning har ligeledes ramt personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, hårdere, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Det er formentlig også forklaringen på, at flere ældre kvinder end mænd har oplevet et fald i livskvalitet, idet 6 ud af 10 kvinder på 75 år og derover ikke lever sammen med en ægtefælle/samlever mod 3 ud af 10 mænd i samme aldersgruppe.

Personer med anden etnisk baggrund end dansk er generelt blevet mere påvirket af pandemien end personer med dansk baggrund. Flere er blevet smittet med COVID-19, flere har været mere bekymrede for deres eget og deres nærmestes helbred og for at blive smittet. Der er dog ikke flere, der har følt sig mere socialt isolerede, end i de andre grupper. Det må formodes, at det er summen af disse påvirkninger, der er forklaringen på, at markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en dårligere livskvalitet under pandemien.

Sammenfatning

Kapitlet belyser, hvordan COVID-19 har påvirket borgernes dagligdag på en række områder.

Der er 6 %, som ifølge egne oplysninger havde haft COVID-19, da data blev indsamlet. Der er en større andel med anden etnisk baggrund end dansk, som har været smittet. Forekomsten af smittede er størst hos unge (16-24 år) og her især hos mænd, personer med middelhøjt og højt uddannelsesniveau, personer med anden etnisk baggrund end dansk og personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever.

COVID-19 har påvirket mange sider af dagligdagen. Halvdelen af befolkningen har følt sig mere socialt isolerede fra andre under pandemien, og mange har været mere bekymrede for deres eget og deres nærmestes helbred og trivsel end før pandemien og for selv at blive smittet.

Der er en markant sammenhæng med alder. Flere ældre end unge har været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittet, mens unge i højere grad har været mere bekymrede for deres egen mentale trivsel og har følt sig mere isolerede fra andre. De unge har desuden været mere bekymrede for deres

nærmestes helbred og trivsel end midaldrende og ældre.

Kvindes dagligdag er generelt blevet mere belastet under pandemien end mænds. Især har flere kvinder været mere bekymrede for deres nærmestes helbred og har følt sig mere isolerede fra andre.

I forhold til uddannelse har flere med lavt uddannelsesniveau været mere bekymrede for deres eget helbred og for at blive smittede.

Personer med ikke-vestlig baggrund har følt sig mere belastede af COVID-19 end personer med dansk baggrund. Det gælder også, omend i mindre grad, for personer med anden vestlig baggrund end dansk. De største forskelle finder man ved bekymringer for eget helbred og for at blive smittet. Med hensyn til oplevelsen af at være mere isoleret fra andre under pandemien er der dog ingen forskel på tværs af etniske grupper.

Personer, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, har været mere belastede af pandemien end personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Især er der flere, der har været bekymrede for deres egen mentale trivsel.

En fjerdedel af befolkningen vurderer, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19. Der er en stærk sammenhæng mellem alder, kronisk sygdom og risikovurdering. I den yngste aldersgruppe uden kroniske sygdomme mener kun 5 %, at de tilhører risikogruppen for at blive alvorligt syge af COVID-19 mod 80 % i den ældste aldersgruppe med fire eller flere kroniske sygdomme.

En del har undladt at kontakte læge eller sygehus under pandemien. Der er 8 %, som har undladt at tage kontakt af frygt for at blive smittet, og 21 %, som har undladt at tage kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der var COVID-19.

Der er en moderat sammenhæng med alder, idet andelen, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, stiger med alderen, mens andelen, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet, falder med alderen.

Ved begge grunde til at undlade at tage kontakt med læge eller sygehus er der markant flere med anden etnisk baggrund end dansk.

Ved samtlige 18 kroniske sygdomme, der indgår i undersøgelsen, er der en større andel blandt personer med disse sygdomme end i befolkningen som helhed, der har undladt kontakt af frygt for at blive smittet, og ved 14 af sygdommene er der desuden flere, der har undladt kontakt for ikke at belaste sundhedsvæsenet yderligere, mens der var COVID-19. Blandt personer med psykiske lidelser, hjertekrampe/blodprop i hjertet, KOL og migræne/hyppig hovedpine har omtrent tre ud af ti undladt at tage kontakt af frygt for smitte, eller fordi de ikke ville belaste sundhedsvæsenet yderligere. Hver fjerde med to-tre kroniske sygdomme har undladt kontakt og hver tredje med fire eller flere kroniske sygdomme.

Hos en stor del af befolkningen er livskvaliteten blevet dårligere under pandemien. Hos 15 % er livskvaliteten meget dårligere end før pandemien, hos 54 % er den lidt dårligere, mens den er uændret hos 28 %. Kun 3 % vurderer, at deres livskvalitet er blevet lidt bedre, og 1 %, at den er blevet meget bedre.

Flere unge med middelhøjt og højt uddannelsesniveau og flere ældre kvinder har fået en meget dårligere livskvalitet under pandemien end befolkningen generelt. Markant flere med anden etnisk baggrund end dansk har fået en meget dårligere livskvalitet end personer med dansk baggrund. Den laveste andel med en meget dårligere livskvalitet end før pandemien finder man hos personer i alderen 35-64 år med dansk baggrund. Der er markant flere, der ikke bor sammen med ægtefælle/samlever, der har fået en meget dårligere livskvalitet sammenlignet med før pandemien, end det er tilfældet for personer, der bor sammen med ægtefælle/samlever. Denne forskel findes inden for alle aldersgrupper.

Referencer

1. Ellekvist P. COVID-19, SARS CoV-2. 2021 [citeret 23.11.2021]. Hentet fra: <https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/infektioner/sygdomme/import-og-tropesygdomme/covid-19-sars-cov-2/>.
2. Ioannidis JPA. Reconciling estimates of global spread and infection fatality rates of COVID-19: An overview of systematic evaluations. *European Journal of Clinical Investigation*. 2021;51(5).
3. Levin AT, Hanage WP, Owusu-Boaitey N, Cochran KB, Walsh SP, Meyerowitz-Katz G. Assessing the age specificity of infection fatality rates for COVID-19: systematic review, meta-analysis, and public policy implications. *European Journal of Epidemiology*. 2020;35(12):1123-38.
4. Salzberger B, Buder F, Lampl B, Ehrenstein B, Hitzentbichler F, Holzmann T, m.fl. Epidemiology of SARS-CoV-2. *Infection*. 2021;49(2):233-9.
5. Andersen PB, Jacobsen BA, Kühle L, Christensen HR, Pedersen HF, Würzten H, m.fl. COVID-19-krisen: Forløb og bekymringer. *Religionsvidenskabeligt Tidsskrift*. 2021(72):6-17.
6. Horton R. The COVID-19 catastrophe: What's gone wrong and how to stop it happening again. 2nd edition. Cambridge: Polity Press; 2021.
7. Pedersen KM. Smittetryk og samfundssind. Kritiske nedslag i coronaens tid. Odense: Syddansk Universitetsforlag; 2021.
8. Talic S, Shah S, Wild H, Gasevic D, Maharaj A, Ademi Z, m.fl. Effectiveness of public health measures in reducing the incidence of covid-19, SARS-CoV-2 transmission, and covid-19 mortality: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2021;375:e068302.
9. Worldometers.info. Dover, Delaware, USA. 2022. Hentet fra: <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/denmark/>
10. https://en.wikipedia.org/wiki/SARS-CoV-2_Omicron_variant
11. Bager P, Wohlfahrt J, Rasmussen M, Albertsen M, Krause TG. Hospitalisation associated with SARS-CoV-2 delta variant in Denmark. *The Lancet Infectious Diseases*. 2021;21(10):1351.
12. Jørgensen F, Bor A, Lindholt MF, Petersen MB. Public support for government responses against COVID-19: assessing levels and predictors in eight Western democracies during 2020. *West European Politics*. 2021;44(5-6):1129-58.
13. Lindholt MF, Jørgensen F, Bor A, Petersen MB. Support for border security during the COVID-19 pandemic: evidence on levels and predictors from eight Western democracies in 2020. *Journal of Elections, Public Opinion and Parties*. 2021;31(sup1):1-14.
14. Aburto JM, Schöley J, Kashnitsky I, Zhang L, Rahal C, Missov TI, m.fl. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries. *International Journal of Epidemiology*. 2021.
15. Islam N, Jdanov DA, Shkolnikov VM, Khunti K, Kawachi I, White M, m.fl. Effects of covid-19 pandemic on life expectancy and premature mortality in 2020: time series analysis in 37 countries. *BMJ*. 2021;375:e066768.
16. Bond E, Subbarao K, Soltani H, (red.). Vaccine research and development to advance pandemic and seasonal influenza preparedness and response: Lessons from COVID-19. Washington, DC: The National Academies Press; 2021.
17. Covid-19-dashboards, vaccinstatus: Statens Serum Institut. Hentet fra: https://experience.arcgis.com/experience/9824b03b114244348ef0b10f69f490b4/page/page_3/
18. Sundhedsstyrelsen. Vedr. vaccination af børn på 12-15 år. København; 2021.
19. Our World in Data. Coronavirus (COVID-19) Vaccinations. Hentet fra: https://ourworldindata.org/covid-vaccinations?country=OWID_WRL.
20. Africa CDC. COVID-19 Vaccination. Hentet fra: <https://africacdc.org/covid-19-vaccination/>.

21. Mamelund SE, Shelley-Egan C, Rogeberg O. The association between socioeconomic status and pandemic influenza: Systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2021;16(9):e0244346.
22. Mamelund SE, Dimka J. Social inequalities in infectious diseases. *Scand J Public Health*. 2021;49(7):675-80.
23. Norris P, Inglehart R. *Sacred and secular: Religion and politics worldwide*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011.
24. Douglas M, Wildavsky A. *Risk and culture: An essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley and Los Angeles, California University of California Press; 1983.
25. Beck U. *Risk Society: Towards a New Modernity*. Thousand Oaks: SAGE; 1992.
26. Sørensen JF, Baunvig KF, Pedersen HF, Jacobsen BA, Kühle L, Andersen PB. Historiske og teoretiske baggrunde for COVID-19-pandemiens påvirkning af den danske befolkning. *Religionsvidenskabeligt Tidsskrift*. 2021(72):42-67.
27. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The depressive state of Denmark during the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*. 2020;32(4):226-8.
28. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. Increased psychological well-being after the apex of the COVID-19 pandemic. *Acta Neuropsychiatrica*. 2020;32(5):277-9.
29. Petersen MW, Dantoft TM, Jensen JS, Pedersen HF, Frostholm L, Benros ME, m.fl. The impact of the Covid-19 pandemic on mental and physical health in Denmark – a longitudinal population-based study before and during the first wave. *BMC Public Health*. 2021;21(1):1418.
30. Würtzen H, Clausen LH, Andersen PB, Santini ZI, Erkmen J, Pedersen HF. Mental well-being, health, and locus of control in Danish adults before and during COVID-19. *Acta Neuropsychiatrica*. 2021:1-17.
31. Andersen LH, Fallesen P, Bruckner TA. Risk of stress/depression and functional impairment in Denmark immediately following a COVID-19 shutdown. *BMC Public Health*. 2021;21(1):984.
32. Clotworthy A, Dissing AS, Nguyen T-L, Jensen AK, Andersen TO, Bilsteen JF, m.fl. 'Standing together – at a distance': Documenting changes in mental-health indicators in Denmark during the COVID-19 pandemic. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2021;49(1):79-87.
33. Thygesen LC, Møller SP, Ersbøll AK, Santini ZI, Nielsen MBD, Grønbæk MK, m.fl. Decreasing mental well-being during the COVID-19 pandemic: A longitudinal study among Danes before and during the pandemic. *Journal of Psychiatric Research*. 2021;144:151-7.
34. Hoffmann SH, Pisinger VSC, Rosing JA, Tolstrup JS. Symptoms of distress among young Danes during the national lockdown in May 2020. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2021.
35. Jensen SS, Reimer D. The effect of COVID-19-related school closures on students' well-being: Evidence from Danish nationwide panel data. *SSM - Population Health*. 2021;16:100945.
36. Joensen L, Madsen K, Holm L, Nielsen K, Rod M, Petersen A, m.fl. Diabetes and COVID-19: psychosocial consequences of the COVID-19 pandemic in people with diabetes in Denmark—what characterizes people with high levels of COVID-19-related worries? *Diabetic Medicine*. 2020;37(7):1146-54.
37. Madsen KP, Willaing I, Rod NH, Varga TV, Joensen LE. Psychosocial health in people with diabetes during the first three months of the COVID-19 pandemic in Denmark. *Journal of Diabetes and its Complications*. 2021;35(4):107858.
38. Severinsen ER, Kähler LKA, Thomassen SE, Varga TV, Fich Olsen L, Hviid KVR, m.fl. Mental health indicators in pregnant women compared with women in the general population during the coronavirus disease 2019 pandemic in Denmark. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*. 2021;100(11):2009-18.

39. Burrell AJ, Pellegrini B, Salimi F, Begum H, Broadley T, Campbell LT, m.fl. Outcomes for patients with COVID-19 admitted to Australian intensive care units during the first four months of the pandemic. *Med J Aust.* 2021;214(1):23-30.
40. Fox GJ, Trauer JM, McBryde E. Modelling the impact of COVID-19 on intensive care services in New South Wales. *Med J Aust.* 2020;212(10):468-9.
41. Cheek JA, Craig SS, West A, Lewena S, Hiscock H. Emergency department utilisation by vulnerable paediatric populations during the COVID-19 pandemic. *Emerg Med Australas.* 2020;32(5):870-1.
42. Mitchell RD, O'Reilly GM, Mitra B, Smit V, Miller JP, Cameron PA. Impact of COVID-19 State of Emergency restrictions on presentations to two Victorian emergency departments. *Emerg Med Australas.* 2020;32(6):1027-33.
43. Fisher JR, Tran TD, Hammarberg K, Sastry J, Nguyen H, Rowe H, m.fl. Mental health of people in Australia in the first month of COVID-19 restrictions: a national survey. *Med J Aust.* 2020;213(10):458-64.
44. Maringe C, Spicer J, Morris M, Purushotham A, Nolte E, Sullivan R, m.fl. The impact of the COVID-19 pandemic on cancer deaths due to delays in diagnosis in England, UK: a national, population-based, modelling study. *Lancet Oncol.* 2020;21(8):1023-34.
45. Rashid M, Gale CP, Curzen N, Ludman P, De Belder M, Timmis A, m.fl. Impact of coronavirus disease 2019 pandemic on the incidence and management of out-of-hospital cardiac arrest in patients presenting with acute myocardial infarction in England. *J Am Heart Assoc.* 2020;9(22):e018379.
46. Lange SJ, Ritchey MD, Goodman AB, Dias T, Twentymen E, Fuld J, m.fl. Potential Indirect Effects of the COVID-19 Pandemic on Use of Emergency Departments for Acute Life-Threatening Conditions - United States, January-May 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(25):795-800.
47. Sundhedsstyrelsen. COVID-19: Monitorering af aktivitet i sundhedsvæsenet. Beskrivelse af udviklingen i aktivitet i sundhedsvæsenet under COVID-19 epidemien – 10. rapport. 2021.
48. Sundhedsstyrelsen. Notat – monitorering af aktiviteten på udvalgte områder i praksis- og sygehussektoren. København; 2022.
49. Statens Serum Institut. Notat. Covid-19: Den Nationale Prævalensundersøgelse. Resultaterne fra 3. runde af antistofundersøgelse med 70.000 inviterede deltagere, uge 38-51, 2020. 2021 14.1.2021.
50. Statens Serum Institut. Notat. Covid-19: Den Nationale Prævalensundersøgelse. Resultaterne fra 4. runde af antistofundersøgelse med 50.000 udtrukne borgere, uge 9-12, 2021. 2021 4.5.2021.
51. Brouard S, Vasilopoulos P, Becher M. Sociodemographic and Psychological Correlates of Compliance with the COVID-19 Public Health Measures in France. *Canadian Journal of Political Science-Revue Canadienne De Science Politique.* 2020;53(2):253-8.
52. Devine D, Gaskell J, Jennings W, Stoker G. Trust and the Coronavirus Pandemic: What are the Consequences of and for Trust? An Early Review of the Literature. *Political Studies Review.* 2021;19(2):274-85.
53. Jorgensen F, Bor A, Petersen MB. Compliance without fear: Individual-level protective behaviour during the first wave of the COVID-19 pandemic. *British Journal of Health Psychology.* 2021;26(2):679-96.
54. Six F, De Vadder S, Glavina M, Verhoest K, Pepermans K. What drives compliance with COVID-19 measures over time? Explaining changing impacts with Goal Framing Theory. *Regulation & Governance.*
55. Hawkins D. Differential occupational risk for COVID-19 and other infection exposure according to race and ethnicity. *American Journal of Industrial Medicine.* 2020;63(9):817-20.
56. Zhang M. Estimation of differential occupational risk of COVID-19 by comparing risk factors with case data by occupational group. *American Journal of Industrial Medicine.* 2021;64(1):39-47.
57. McLaughlin D, Vagenas D, Pachana NA, Begum N, Dobson A. Gender Differences in Social Network Size and Satisfaction in Adults in Their 70s. *Journal of Health Psychology.* 2010;15(5):671-9.

58. Fuhrer R, Stansfeld SA. How gender affects patterns of social relations and their impact on health: a comparison of one or multiple sources of support from "close persons". *SOCIAL SCIENCE & MEDICINE*. 2002;54(5):811-25.
59. <https://www.sst.dk/da/corona/covid-19-og-ny-coronavirus/personer-i-oeget-risiko>.
60. Sundhedsstyrelsen. Personer med øget risiko ved COVID-19. Fagligt grundlag. 2021.
61. Qin H, Sanders C, Prasetyo Y, Syukron M, Prentice E. Exploring the dynamic relationships between risk perception and behavior in response to the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) outbreak. *Soc Sci Med*. 2021;285:114267.
62. Hilverda F, Vollmann M. The Role of Risk Perception in Students's COVID-19 Vaccine Uptake: A Longitudinal Study. *Vaccines*. 2022;10(1):22.
63. Breakwell DGM. *The psychology of risk*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.

