

OKTOBER 2015

SYGDOMSBYRDEN I DANMARK

■ Sygdomme



SYGDOMSBYRDEN I DANMARK – SYGDOMME

© Sundhedsstyrelsen, 2015.

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.
Publikationen citeres således: Flachs EM, Eriksen L, Koch MB, Ryd JT, Dibba E, Skov-Ettrup L, Juel K. Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Sygdomsbyrden i Danmark – sygdomme. København: Sundhedsstyrelsen; 2015.

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
sundhedsstyrelsen.dk

Udarbejdet for Sundhedsstyrelsen af:

Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet ved
Esben Meulengracht Flachs, Louise Eriksen, Mette Bjerrum Koch,
Julie Thorning Ryd, Emily Dibba, Lise Skov-Ettrup og Knud Juel

Emneord

Sygdomsbyrde, folkesundhed, Danmark, prævalens, incidens, dødelighed, dødsfald, leveår, middellevetid, indlæggelser, ambulans, skadestue, primærsektor, førtidspension, sygedage, sundhedsøkonomi, medicin, hjemmehjælp, produktionstab, social ulighed

Sprog

Dansk

Version

2.0

Versionsdato

28.09.2015.

Oplag

1000

Tryk

Rosendahls - Schultz Grafisk

ISBN Elektronisk

978-87-7104-655-7

ISBN Trykt

978-87-7104-656-4

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, oktober 2015.

1 SAMMENFATNING

I rapporten er en lang række sygdomsbyrdemål i form af forekomst, dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg i primærsektoren, førtidspensioner, sygedage, sundhedsøkonomi og produktionstab belyst for 21 udvalgte sygdomme. Endvidere belyses den sociale ulighed i sygdomsbyrdemålene ved at se på forskelle mellem uddannelsesgrupper. Rapportens resultater vil i det følgende blive sammenfattet dels med udgangspunkt i sygdomsbyrdemålene og dels med udgangspunkt i de 21 sygdomme. Således er det ved en rangordning af sygdommene inden for de enkelte byrdemål muligt at sammenligne sygdommene. Det vil her kunne ses, at betydningen af den enkelte sygdom afhænger af, hvilket byrdemål, der anvendes. For hvert byrdemål illustreres endvidere den sociale ulighed for de enkelte sygdomme. Det vil her kunne ses, hvilke sygdomme der eksempelvis er forbundet med størst eller mindst social ulighed i de enkelte byrdemål, og hvorledes den sociale ulighed i byrdemålene rangerer inden for de enkelte sygdomme.

1.1 Byrdemål

Her gives en oversigt over de 21 sygdommes placering på hver af sygdomsbyrdemålene fordelt på mænd og kvinder. Ikke alle sygdomme optræder under alle sygdomsbyrdemål, idet visse sygdomme ikke er relateret til for eksempel dødelighed, eller tallene er så små, at der vil være stor usikkerhed på opgørelserne. Det ses, at placeringen af den enkelte sygdom afhænger af byrdemålet. Således er diabetes den sygdom med flest nye årlige tilfælde og ambulante hospitalsbesøg, mens lænderygsmerter er den mest prævalente sygdom samtidig med, at den er årsag til flest lægebesøg og sygedage. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til flest dødsfald, mens lungekræft tegner sig for flest tabte leveår. Nedre luftvejsinfektioner er årsag til flest indlæggelser, mens misbrug er årsag til flest skadestuebesøg. Angst tegner sig for flest nytilkendelser af førtidspension og de største omkostninger til tabt produktion. Endelig er skizofreni årsag til de største omkostninger til behandling og pleje.

Incidens

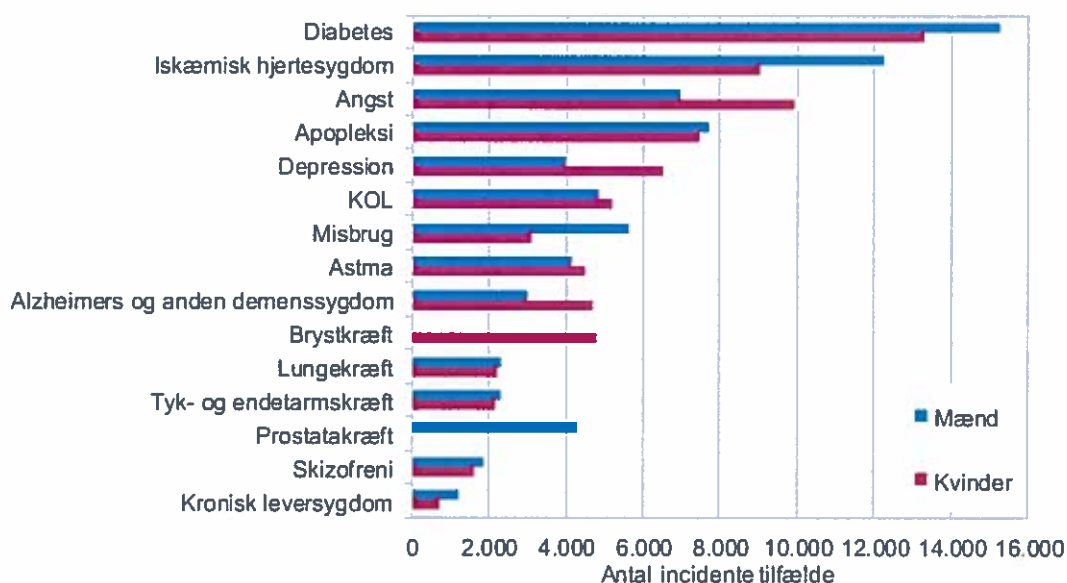
Incidensen (antallet af nye tilfælde) af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år blev registreret med en aktionsdiagnose for den pågældende sygdom i Landspatientregisteret, Det Nationale Diabetesregister eller Cancerregisteret, eller med den pågældende sygdom som dødsårsag i Dødsårsagsregisteret. Personer som i en forudgående periode allerede var registreret indgår ikke.

Det ses af figur 1.1.1, at de sygdomme, der har den højeste incidens, er diabetes, iskæmisk hjertesygdom, angst og apopleksi. Disse sygdomme er årsag til 15.000-29.000 nye tilfælde årligt, når tilfælde for mænd og kvinder lægges sammen.

Depression, KOL, misbrug, astma og Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til 7.700-11.000 årlige nye tilfælde. De resterende sygdomme er årsag til mindre end 5.000 nye tilfælde om året.

For nogle sygdomme er der betydelige kønsforskelle. Der ses flere nye tilfælde af diabetes, iskæmisk hjertesygdom, misbrug og kronisk leversygdom blandt mænd end blandt kvinder. Derimod ses der blandt kvinder flere nye tilfælde af angst, depression og Alzheimers og anden demenssygdom end blandt mænd. To sygdomme prostata- og brystkræft er kønsspecifikke. Blandt de resterende inkluderede sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle.

Figur 1.1.1 Incidens af udvalgte sygdomme i Danmark blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



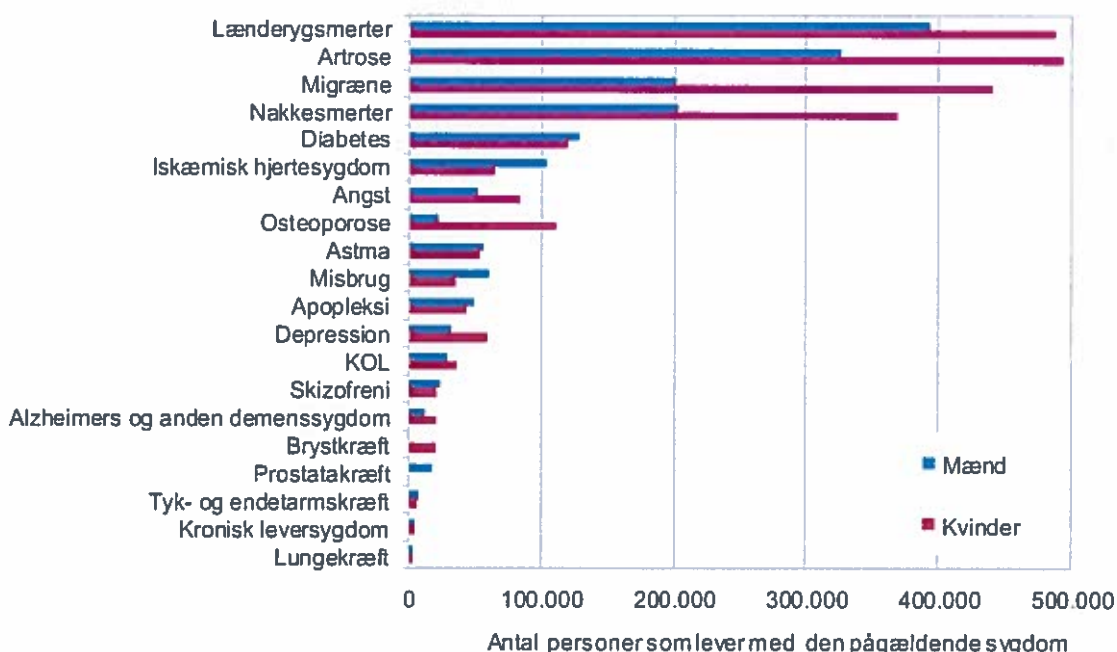
Prævalens

For sygdommene migræne, lænderygsmerter, nakkesmerter, artrose og osteoporose er prævalensen (antallet af personer, der lever med den pågældende sygdom) opgjort ved hjælp af selvrapporterede oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Denne inkluderer kun personer fra det fyldte 16. år, hvorfor der ikke er beregnet prævalens for personer under 16 år. Særligt for migræne, lænderygsmerter og nakkesmerter, der også rammer børn, er prævalensen for disse sygdomme derfor underestimeret. For de øvrige sygdomme er prævalensopgørelsen foretaget ved at identificere alle personer, der er registreret med en aktionsdiagnose for den pågældende sygdom over en given periode i Landspatientregisteret, Det Nationale Diabetesregister eller Cancerregisteret.

Det ses af figur 1.1.2, at de mest prævalente sygdomme er lænderygsmerter, artrose, migræne og nakkesmerter med 570.000-890.000 tilfælde, når tilfælde for mænd og kvinder lægges sammen. Herefter følger diabetes, iskæmisk hjertesygdom, angst og osteoporose med 130.000-250.000 tilfælde. Astma, misbrug, apopleksi, depression, KOL og skizofreni har en prævalens på 42.000-120.000. Der er mindre end 33.000 tilfælde af hver af de resterende sygdomme.

Der ses betydelige kønsforskelle i prævalensen for en del af de udvalgte sygdomme. Prævalensen af osteoporose er fem gange så høj blandt kvinder som blandt mænd, og prævalensen af migræne, depression og Alzheimers og anden demenssygdom er omtrent dobbelt så høj blandt kvinder som blandt mænd. Også lænderygsmerter, artrose, nakkesmerter og angst er mere prævalente blandt kvinder end blandt mænd. Derimod er der flere mænd end kvinder, som lever med iskæmisk hjertesygdom og misbrug. Blandt de resterende sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle.

Figur 1.1.2 Prævalens af udvalgte sygdomme i Danmark blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



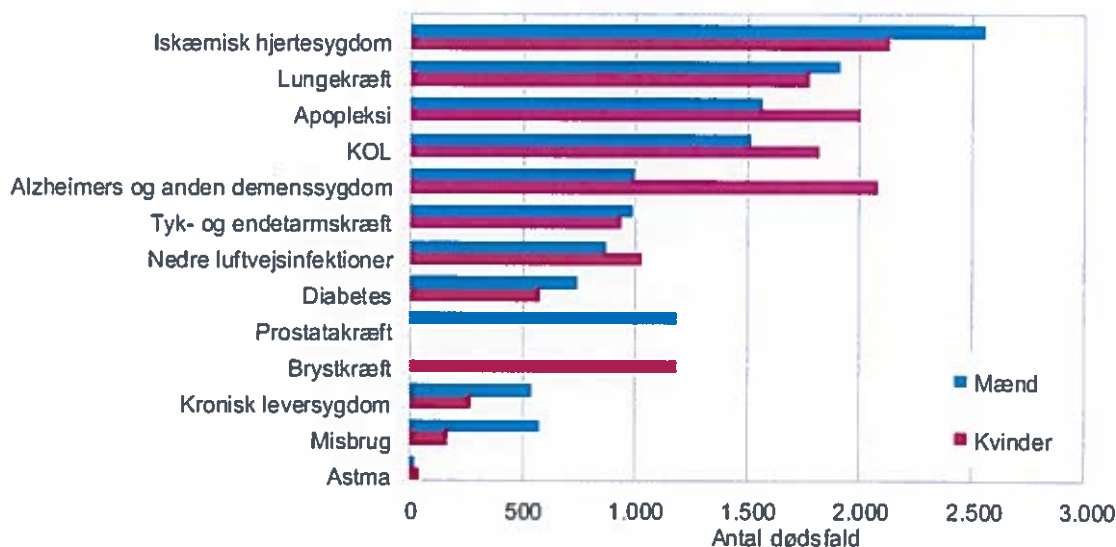
Dødsfald

Dødsfald er opgjort på baggrund af Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er anvendt. Der er omtrent 53.000 dødsfald om året i Danmark i perioden 2010-2012, og de udvalgte sygdomme i denne rapport er årsag til halvdelen af disse. Det ses af figur 1.1.3, at de fem hyppigste dødsårsager af de inkluderede sygdomme er iskæmisk hjertesygdom, lungekræft, apopleksi, KOL og Alzheimers og anden demenssygdom. Disse fem sygdomme er årsag til 3.000-4.700 dødsfald årligt, når dødsfald for mænd og kvinder lægges sammen, eller 6-9 % af alle dødsfald.

Tyk- og endetarmskræft, nedre luftvejsinfektioner, diabetes, prostatakræft, brystkræft, kronisk leversygdom og misbrug er årsag til 740-2.000 årlige dødsfald. Astma er årligt årsag til 61 dødsfald.

I Danmark er der stort set lige mange dødsfald blandt mænd og kvinder, mens kønsfordelingen for de enkelte dødsårsager varierer en del. Blandt kvinder ses dobbelt så mange dødsfald på grund af Alzheimers og anden demenssygdom og astma sammenlignet med mænd. Ydermere er apopleksi og KOL årsag til flere dødsfald blandt kvinder end blandt mænd. Blandt mænd er der tre gange så mange dødsfald på grund af misbrug og dobbelt så mange dødsfald på grund af kronisk leversygdom sammenlignet med kvinder. Endvidere er iskæmisk hjertesygdom og diabetes årsag til flere dødsfald blandt mænd sammenlignet med kvinder. Kønsfordelingen for prostata- og brystkræft er selvsagt skæv. Blandt de resterende inkluderede sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle.

Figur 1.1.3 Dødsfald i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



Tabte leveår

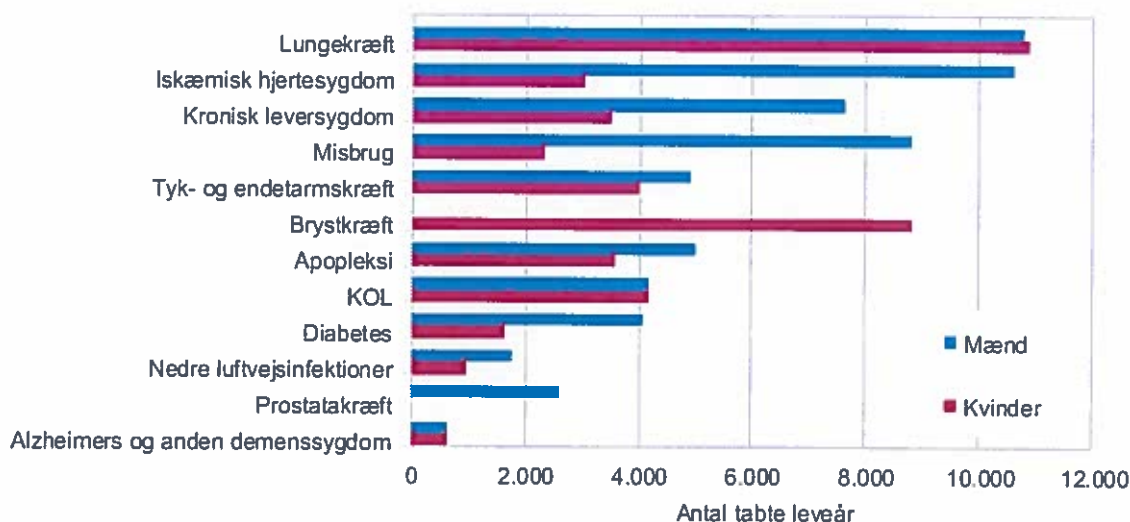
Antallet af tabte leveår for en person beregnes som det antal år, der mistes før alder 75.

De inkluderede sygdomme er tilsammen årsag til godt 100.000 tabte leveår årligt. Det ses af figur 1.1.4, at lungekræft med knap 22.000 årlige tabte leveår, når tabte leveår for mænd og kvinder lægges sammen, er den sygdom, der resulterer i flest årlige tabte leveår i Danmark både totalt set, og når tallene betragtes kønsopdelt. Blandt mænd efterfølges lungekræft af iskæmisk hjertesygdom som den sygdom, der forårsager flest tabte leveår, og for kvinder er det brystkræft.

Iskæmisk hjertesygdom, kronisk leversygdom og misbrug er årligt årsag til 11.000-14.000 tabte leveår, tyk- og endetarmskræft, brystkræft, apopleksi, KOL og diabetes bidrager med 5.600-8.900 tabte leveår årligt. Nedre luftvejsinfektioner, prostatakræft, Alzheimers og anden demenssygdom og skizofreni er årsag til mellem 650 og 2.800 tabte leveår hvert år.

For de inkluderede sygdomme er der totalt set flere tabte leveår blandt mænd (61.000) end blandt kvinder (43.000). Der ses endvidere markante kønsforskelle i antallet af tabte leveår for de enkelte sygdomme. Blandt mænd er der næsten fire gange så mange tabte leveår på grund af misbrug og iskæmisk hjertesygdom og mere end dobbelt så mange på grund af diabetes og kronisk leversygdom sammenlignet med kvinder. Der ses ligeledes flere tabte leveår på grund af tyk- og endetarmskræft og apopleksi blandt mænd end blandt kvinder. Antallet af tabte leveår på grund af lungekræft, KOL og Alzheimers og anden demenssygdom fordeler sig ligeligt blandt mænd og kvinder.

Figur 1.1.4 Tabte leveår i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



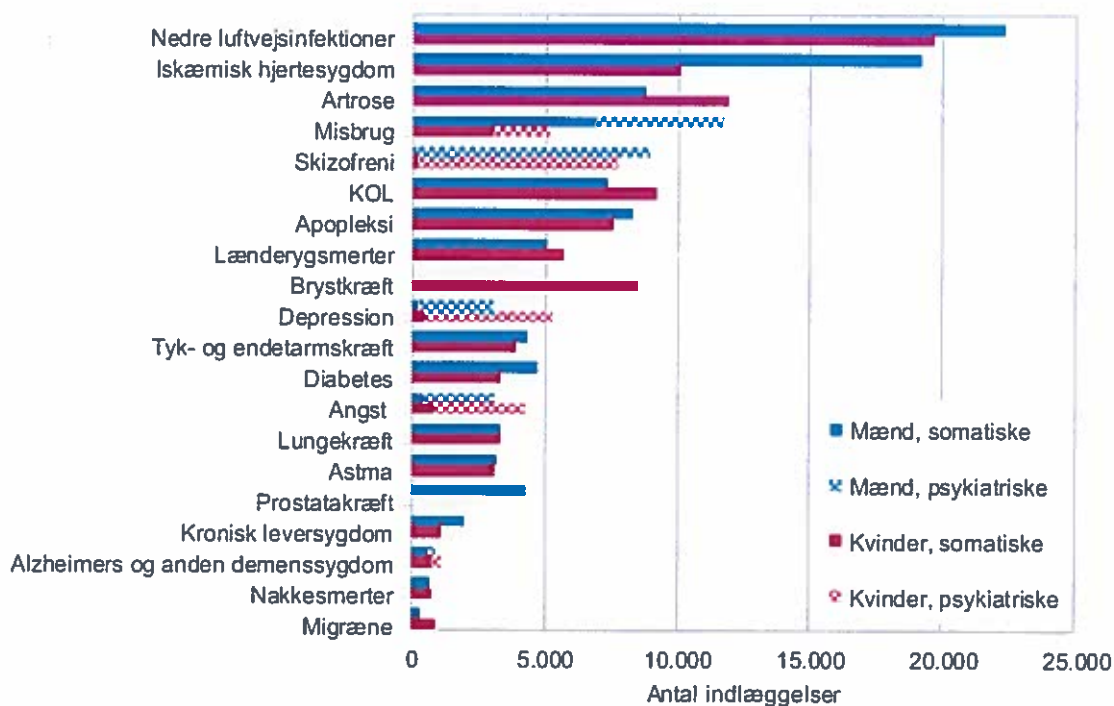
Indlæggelser

Indlæggelser er delt op efter, om det er en somatisk eller en psykiatrisk afdeling. Der er opgjort somatiske indlæggelser for alle sygdomme og psykiatriske indlæggelser for fem af de inkluderede sygdomme. Børn i alderen 0-15 år indgår for diabetes, astma, angst, misbrug, depression, skizofreni og nedre luftvejsinfektioner. Opgørelser af indlæggelser er baseret på aktionsdiagnoser specificeret i tabel 4.1.1.

Der er årligt omtrent 1,1 mio. somatiske og 51.000 psykiatriske indlæggelser i Danmark, og indlæggelser på grund af de 21 udvalgte sygdomme udgør en femtedel af alle somatiske indlæggelser, mens indlæggelser på grund af de fem psykiske sygdomme udgør tre fjerdedele af alle psykiatriske indlæggelser. Det ses af figur 1.1.5, at nedre luftvejsinfektioner og iskæmisk hjertesygdom er årsag til flest årlige indlæggelser blandt de 21 sygdomme. De bidrager med henholdsvis 41.000 og 30.000 årlige indlæggelser, når indlæggelser for mænd og kvinder lægges sammen. Det svarer til henholdsvis 4 % og 3 % af alle somatiske indlæggelser. Artrose, misbrug, KOL, skizofreni og apopleksi er årligt årsag til 15.000-21.000 indlæggelser, mens lænderygsmerter, brystkræft, tyk- og endetarmskræft, depression, diabetes, angst, lungekræft, astma og prostatakræft bidrager med 4.300-11.000 indlæggelser. Kronisk leversygdom, Alzheimers og anden demenssygdom, nakkesmerter og migræne er hver årsag til mindre end 4.000 indlæggelser hvert år. Skizofreni er den sygdom, der er årsag til flest psykiatriske indlæggelser.

I Danmark er der stort set lige mange indlæggelser blandt mænd og kvinder, både hvad angår somatiske og psykiatriske indlæggelser. Fordelt på sygdomme ses der dog flere markante kønsforskelle. Der er omtrent dobbelt så mange indlæggelser blandt mænd sammenlignet med kvinder på grund af iskæmisk hjertesygdom, kronisk leversygdom og misbrug, mens der er betydeligt flere indlæggelser på grund af depression, migræne og artrose blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.1.5 Somatiske og psykiatriske indlæggelser i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



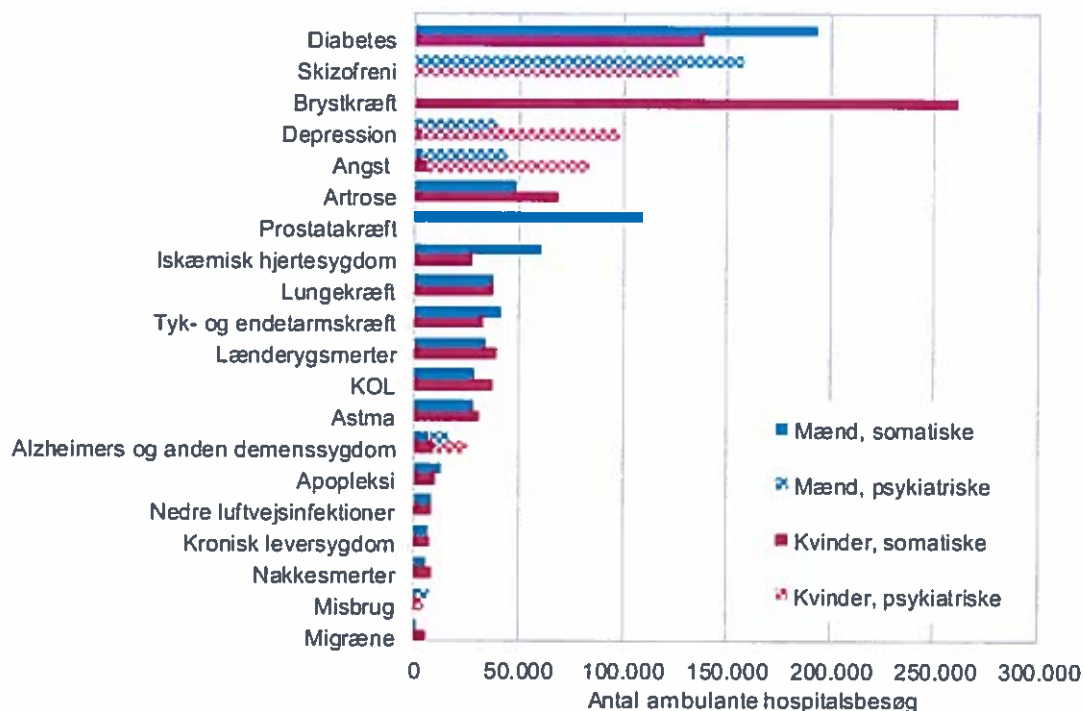
Ambulante hospitalsbesøg

Ambulante hospitalsbesøg er delt op efter, om det er på en somatisk eller på en psykiatrisk afdeling. Der er opgjort somatiske ambulante hospitalsbesøg for alle de inkluderede sygdomme og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg for fem af de inkluderede sygdomme. Børn i alderen 0-15 år indgår i opgørelserne af ambulante hospitalsbesøg for diabetes, angst, skizofreni, astma, misbrug, depression og nedre luftvejsinfektioner. Opgørelser af ambulante hospitalsbesøg er baseret på aktionsdiagnoser specificeret i tabel 4.1.1.

Der er totalt set omtrent 9,1 mio. somatiske og 930.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg årligt i Danmark, og de inkluderede sygdomme er årsag til 15 % af alle de somatiske, mens de fem psykiske sygdomme er årsag til 61 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Det ses af figur 1.1.6, at diabetes, skizofreni og brystkræft er årsag til flest ambulante hospitalsbesøg. Disse tre sygdomme bidrager årligt med 260.000-340.000 besøg, når besøg for mænd og kvinder lægges sammen. Depression, angst, artrose og prostatakræft er årligt årsag til 100.000-140.000 besøg, mens iskæmisk hjertesygdom, lungekræft, tyk- og endetarmskræft, lænderygsmerter, KOL, astma og Alzheimers og anden demenssygdom bidrager med 41.000-89.000 besøg årligt. Apopleksi, nedre luftvejsinfektioner, kronisk leversygdom, nakkesmerter, misbrug og migræne er hver årsag til mindre end 23.000 besøg årligt.

I Danmark er der totalt set flere ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder end blandt mænd, og det gælder både somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Fordelt på sygdomme ses der flere markante kønsforskelle. Blandt mænd er der mere end dobbelt så mange besøg på grund af iskæmisk hjertesygdom som blandt kvinder. Ligeledes er der blandt mænd flere besøg på grund af diabetes, skizofreni, tyk- og endetarmskræft og apopleksi end blandt kvinder. Blandt kvinder er der fire gange så mange ambulante hospitalsbesøg på grund af migræne og mere end dobbelt så mange på grund af depression og angst sammenlignet med mænd. Ambulante hospitalsbesøg på grund af artrose og Alzheimers og anden demenssygdom ses ligeledes i væsentligt højere antal blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.1.6 Somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



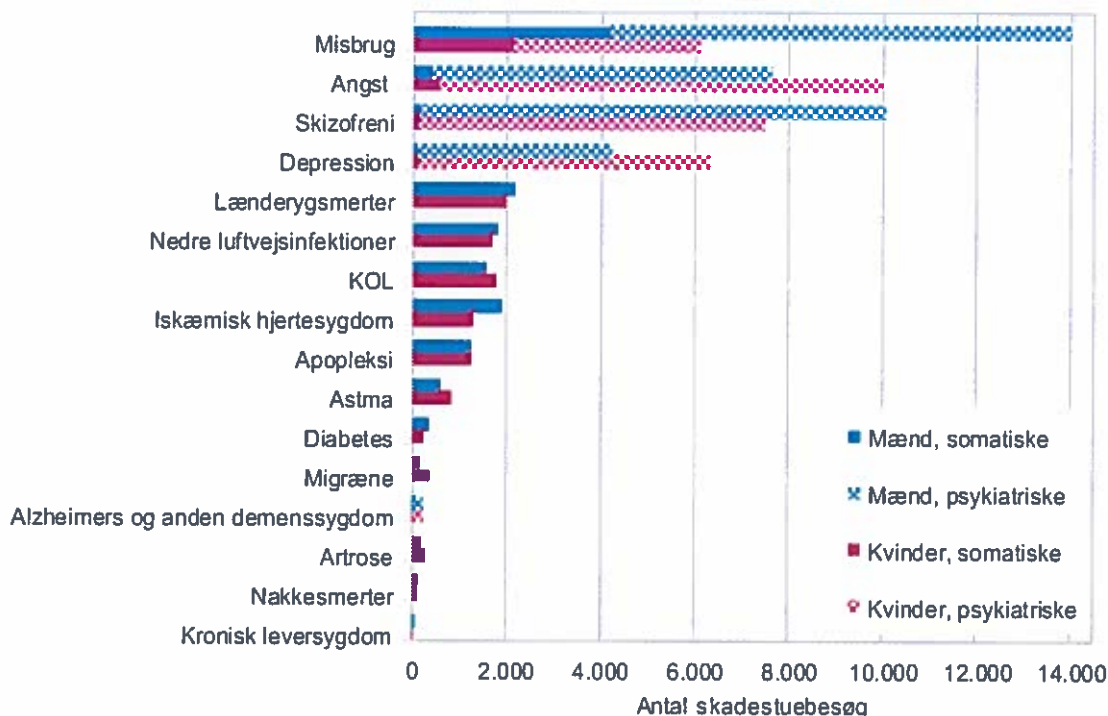
Skadestuebesøg

Skadestuebesøg er delt op i somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Der er opgjort somatiske skadestuebesøg for alle inkluderede sygdomme og psykiatriske skadestuebesøg for fem af de inkluderede sygdomme. Børn i alderen 0-15 år indgår i opgørelserne for diabetes, misbrug, depression, skizofreni, angst, nedre luftvejsinfektioner og astma. Opgørelser af skadestuebesøg er baseret på aktionsdiagnoser specificeret i tabel 4.1.1.

Der er omtrent 890.000 somatiske og 83.000 psykiatriske skadestuebesøg hvert år i Danmark, og de 21 inkluderede sygdomme er årsag til 3 % af alle somatiske skadestuebesøg, mens de fem psykiske sygdomme udgør 70 % af alle psykiatriske skadestuebesøg. Misbrug, angst, skizofreni og depression er årsag til 10.000-21.000 skadestuebesøg hvert år, når skadestuebesøg for mænd og kvinder lægges sammen (figur 1.1.7). En betydelig del af skadestuebesøgene på grund af misbrug er somatiske skadestuebesøg, mens angst, skizofreni og depression hovedsageligt er årsag til psykiatriske skadestuebesøg. Lænderygsmerter, nedre luftvejsinfektioner, KOL og iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 3.100-4.200 somatiske skadestuebesøg, mens apopleksi og astma er årsag til 1.400-2.500 skadestuebesøg. Diabetes, migræne, Alzheimers og anden demenssygdom, artrose, nakkesmerter og kronisk leversygdom bidrager hver med mindre end 700 skadestuebesøg årligt.

I Danmark er der generelt lidt flere somatiske såvel som psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd end blandt kvinder. Kønsfordelingen varierer dog sygdommene imellem. Der er dobbelt så mange skadestuebesøg blandt mænd sammenlignet med kvinder på grund af misbrug. Ydermere er antallet af skadestuebesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom, diabetes og skizofreni en anelse højere blandt mænd sammenlignet med kvinder. Derimod er antallet af skadestuebesøg på grund af angst, depression, astma og migræne højest blandt kvinder. Der er ingen bemærkelsesværdige kønsforskelle i skadestuebesøg for de resterende sygdomme.

Figur 1.1.7 Somatiske og psykiatriske skadestuebesøg i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



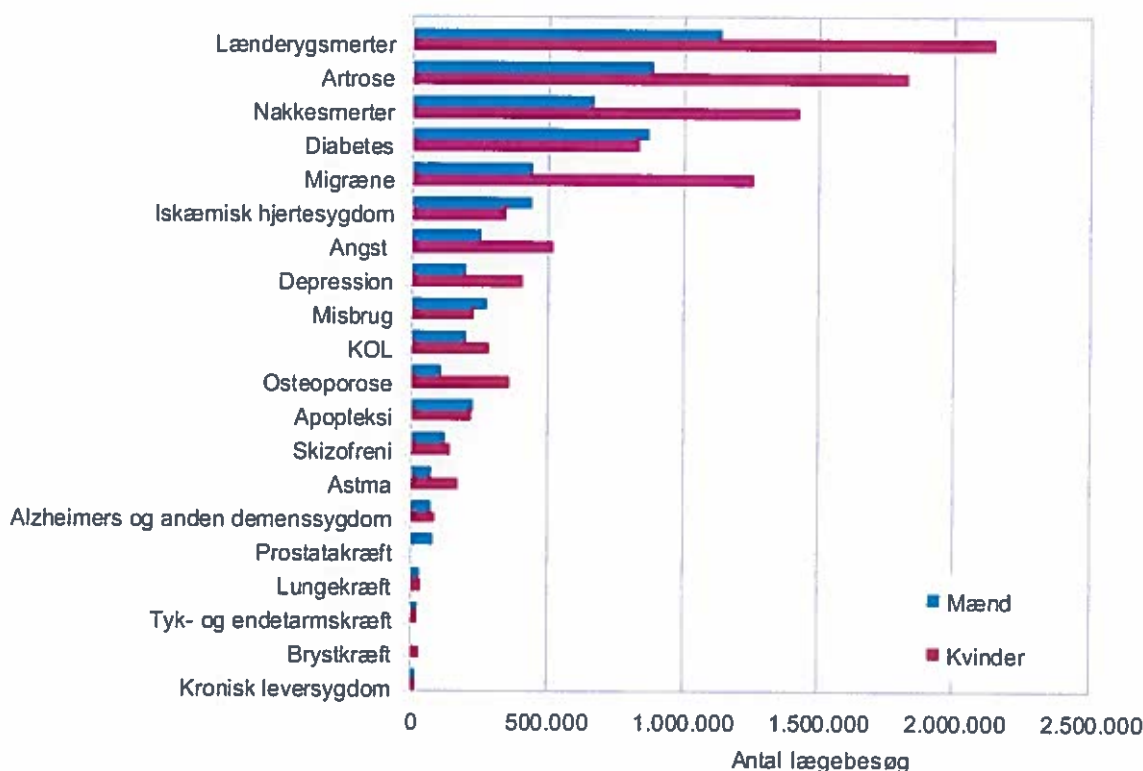
Besøg hos alment praktiserende læge

Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som merforbrug i gruppen af personer med den pågældende sygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling samt ens sygelighed fraset den pågældende sygdom. Det antages derfor, at det beregnede antal ekstra besøg skyldes den pågældende sygdom.

Det ses af figur 1.1.8, at de fire hyppigste årsager til besøg af de udvalgte sygdomme er lænderygsmerter, artrose, nakkesmerter, diabetes og migræne. Disse fem sygdomme er årligt årsag til 1,7-3,3 mio. besøg når tal for mænd og kvinder lægges sammen. Iskæmisk hjertesygdom, angst og depression er årsag til 600.000-800.000 årlige besøg, mens misbrug, KOL, osteoporose, apopleksi, diabetes, skizofreni, astma og Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til 150.000-510.000 besøg. De resterende sygdomme er hver årsag til mindre end 80.000 besøg.

Generelt er antallet af besøg højere blandt kvinder end blandt mænd for de fleste sygdomme. Kvinder har omtrent dobbelt så mange besøg i forhold til mænd på grund af lænderygsmerter, artrose, nakkesmerter, migræne, angst, depression og astma og mere end tre gange så mange besøg som mænd på grund af osteoporose. Antallet af besøg er højere blandt mænd end blandt kvinder for iskæmisk hjertesygdom og misbrug. Kønsfordelingen varierer ikke nævneværdigt for de resterende sygdomme.

Figur 1.1.8 Besøg hos alment praktiserende læge i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



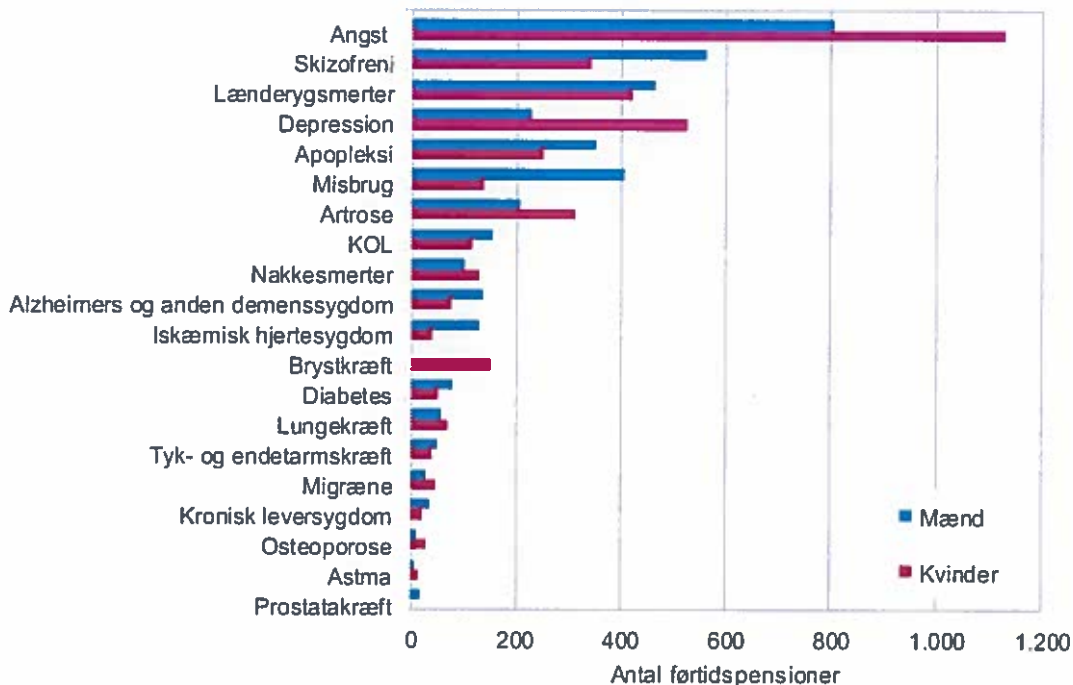
Førtidspensioner

Opgørelserne af helbredsbeholdet førtidspension laves på baggrund af Ankestyrelsens register for nytilkendelser, der er registreret diagnosespecifikt. Opgørelserne af antal førtidspensioner omfatter personer i alderen 16-64 år. Der har i perioden 2010 til 2012 i gennemsnit været næsten 16.000 nytilkendelser årligt, og de udvalgte sygdomme er årsag til halvdelen af alle nytilkendelser. Det skal bemærkes, at der i 2013 trådte en reform af førtidspensionsområdet i kraft, hvis formål blandt andet var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres. Det medførte mere end en halvering af førtidspensioner i 2013 i forhold til året før.

Angst er klart den betydeligste årsag til førtidspensioner med godt 1.900 nytilkendelser årligt, når nytilkendelser for mænd og kvinder lægges sammen, svarende til hver ottende nytilkendelse (figur 1.1.9). Skizofreni, lænderygsmærter, depression, apopleksi, misbrug og artrose er årsag til 510-900 nytilkendelser. KOL, nakkesmerter, Alzheimers og anden demenssygdom, iskæmisk hjertesygdom, brystkræft, diabetes og lungekræft er årsag til 120-380 nytilkendte førtidspensioner årligt, mens de resterende sygdomme hver er årsag til mindre end 90 nytilkendelser.

I Danmark er der stort set lige mange mænd og kvinder, der får tilkendt førtidspension. Der ses dog betydelige kønsforskelle, når man ser på de enkelte årsager til tilkendelserne. Der er tre gange så mange mænd som kvinder, der bliver tilkendt førtidspension på grund af misbrug og iskæmisk hjertesygdom. Derudover er der betydeligt flere mænd end kvinder, der bliver tilkendt førtidspension på grund af skizofreni, apopleksi, KOL, Alzheimers og anden demenssygdom, diabetes og kronisk leversygdom, mens der er betydelig flere kvinder end mænd, der tilkendes førtidspension på grund af depression, angst, artrose, migræne og osteoporose. Der er ingen nævneværdige kønsforskelle for de øvrige sygdomme.

Figur 1.1.9 Førtidspensioner i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



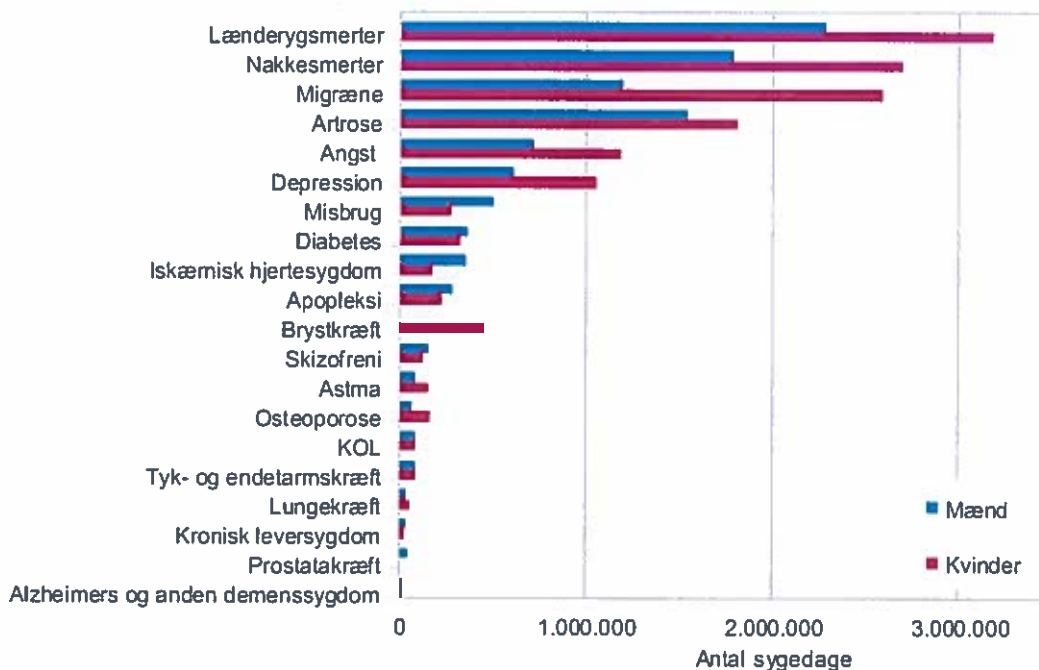
Sygedage

Sygedage er opgjort som fraværskdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af en given sygdom beregnes som de ekstra sygedage blandt personer med den givne sygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling samt ens sygelighed fraset den givne sygdom. Det antages derfor, at sygedagene kan henføres til den pågældende sygdom. Da sygemeldinger med varighed kortere end 21/30 dage ikke inkluderes i registeret, er kortere sygefravær ikke en del af opgørelserne for personer i arbejde. Nedre luftvejsinfektioner, der typisk vil være forbundet med kortere sygefravær, er derfor ikke inkluderet i opgørelserne. Sygefraværet for mindre alvorlige og typisk ikke-kroniske sygdomme (eksempelvis lettere rygsmerter) antages dermed at være underestimeret i opgørelsen.

Det ses af figur 1.1.10, at de fire hyppigste årsager til sygedage blandt erhvervsaktive personer er lænderygsmerter, nakkesmerter, migræne og artrose. Disse fire sygdomme er årligt årsag til 3,3-5,5 mio. sygedage, når sygedage for mænd og kvinder lægges sammen. Angst og depression er årligt årsag til 1,6-1,9 mio. sygedage. Misbrug, diabetes, iskæmisk hjertesygdom, apopleksi og brystkræft 450.000-770.000 sygedage, mens skizofreni, astma, osteoporose, KOL og tyk- og endetarmskræft er årsag til 160.000-280.000. De resterende udvalgte sygdomme er hver årsag til mindre end 100.000 sygedage om året.

I Danmark er der samlet set langt flere sygedage blandt erhvervsaktive kvinder end blandt erhvervsaktive mænd, men det gælder ikke for alle sygdomme. Kvinder har mere end dobbelt så mange sygedage i forhold til mænd på grund af migræne og osteoporose. Også antallet af sygedage på grund af lænderygsmerter, nakkesmerter, artrose, angst og depression er højere blandt kvinder end blandt mænd. Derimod er antallet af sygedage dobbelt så højt blandt mænd som blandt kvinder for iskæmisk hjertesygdom og kronisk leversygdom. Antallet af sygedage på grund af misbrug, apopleksi og skizofreni er ligeledes højere blandt mænd end blandt kvinder. Blandt de resterende udvalgte sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle med hensyn til antal sygedage.

Figur 1.1.10 Sygedage i Danmark på grund af udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



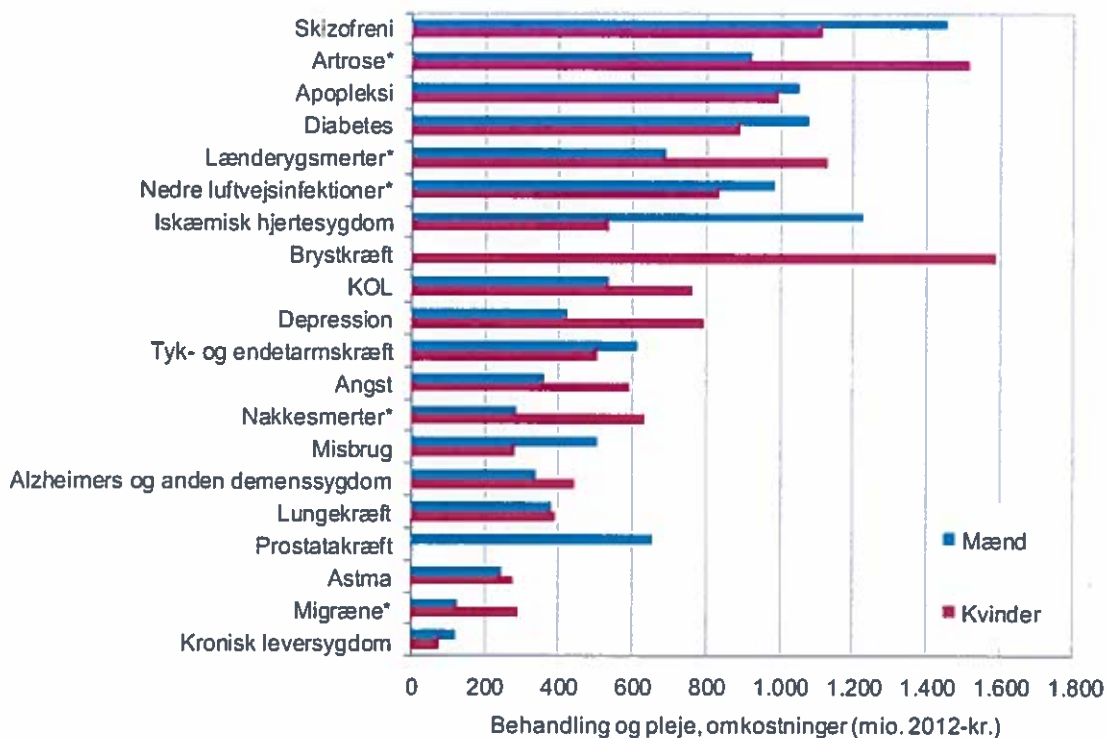
Sundhedsøkonomi

Sundhedsøkonomi er opgjort som omkostninger til behandling (indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, primærsektor og receptpligtig medicin) samt pleje (hjemmehjælp/praktisk hjælp). De totale omkostninger til behandling og pleje af de udvalgte sygdomme er 25,6 mia. kr. om året. På grund af data og/eller metodebegrænsninger er der for migræne, lænderygsmerter, nakkesmerter, artrose, osteoporose og nedre luftvejsinfektioner ikke opgjort omkostninger ved hjemmehjælp/praktisk hjælp, og endvidere for nedre luftvejsinfektioner er der ikke opgjort omkostninger ved primærsektor og medicin, mens der for osteoporose kun er opgjort omkostninger ved primærsektor og medicin. Sammenligningerne mellem sygdomme skal derfor foretages med forsigtighed.

Det ses af figur 1.1.11, at skizofreni og artrose er de sygdomme, der har de største omkostninger til behandling og pleje. Når tallene for mænd og kvinder lægges sammen er omkostningerne på henholdsvis 2.600 og 2.400 mio. kr. om året. Apopleksi, diabetes, lænderygsmerter, nedre luftvejsinfektioner, iskæmisk hjertesygdom og brystkræft, er årligt årsag til 1.600-2.100 mio. kr., mens KOL, depression, tyk- og endetarmskræft, angst, nakkesmerter, misbrug, Alzheimers og anden demenssygdom, lungekræft og prostatakræft er årsag til omkostninger på 650-1.300 mio. kr. De resterende udvalgte sygdomme er hver årsag til omkostninger på under 520 mio. kr.

Der er stort set lige store omkostninger til behandling og pleje blandt mænd som blandt kvinder, om end kønsfordelingen for de enkelte sygdomme varierer en del. Artrose, lænderygsmerter, KOL, depression, angst og Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til større omkostninger blandt kvinder end blandt mænd, og mere end dobbelt så store omkostninger ses blandt kvinder på grund af nakkesmerter og migræne. Blandt mænd er iskæmisk hjertesygdom årsag til mere end dobbelt så store omkostninger end blandt kvinder. Endvidere er skizofreni, tyk- og endetarmskræft, misbrug og kronisk leversygdom årsag til større omkostninger blandt mænd end blandt kvinder. For prostata- og brystkræft er kønsfordelingen selvsagt skæv. For de resterende udvalgte sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle med hensyn til omkostninger til behandling og pleje.

Figur 1.1.11 Omkostninger til behandling og pleje i Danmark for udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



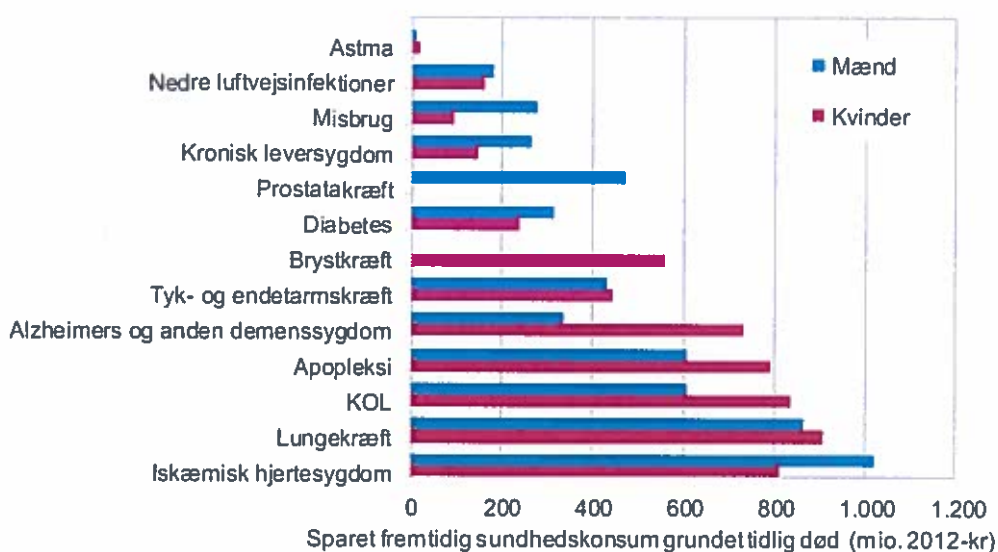
*Der er ikke opgjort omkostninger ved hjemmehjælp/praktisk hjælp for artrose, lænderygsmerter, nedre luftvejsinfektioner, nakkesmerter og migræne. For nedre luftvejsinfektioner er desuden ikke opgjort omkostninger ved primærsektor og medicin.

Det sparede fremtidige sundhedskonsum opstår, når en person dør tidligt. Det sparede sundhedskonsum er opgjort ved antallet af sygdomsspecifikke dødsfald og det aldersspecifikke samlede forbrug i hospitalssektoren, primærsektoren, til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp, vægtes med sandsynligheden for at være i live frem til alder 100 år for hver aldersgruppe. Det sparede fremtidige sundhedskonsum for de udvalgte sygdomme er 11,1 mia. kr. om året.

Det ses af figur 1.1.12, at det årlige sparede sundhedskonsum for astma er på under 25 mio. kr., når tal for mænd og kvinder lægges sammen, hvilket er det laveste for de udvalgte sygdomme. Nedre luftvejsinfektioner, misbrug, kronisk leversygdom, prostatakræft, diabetes, brystkræft og tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til sparet sundhedskonsum på 330-880 mio. kr. Alzheimers og anden demenssygdom, apopleksi og KOL er årligt årsag til et sparet sundhedskonsum på 1.000-1.500 mio. kr. Lungekræft og iskæmisk hjertesygdom er begge årligt årsag til et sparet sundhedskonsum på 1.800 mio. kr.

Kønsfordelingen af sparet sundhedskonsum for de enkelte sygdomme varierer en del. Det sparede sundhedskonsum for misbrug er tre gange så højt blandt mænd som blandt kvinder. Også for iskæmisk hjertesygdom, diabetes og kronisk leversygdom er det sparede sundhedskonsum højere blandt mænd end blandt kvinder. Det sparede sundhedskonsum for Alzheimers og anden demenssygdom er dobbelt så højt for kvinder som for mænd. Ligeledes er det sparede sundhedskonsum for KOL og apopleksi højere blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.1.12 Sparet fremtidig sundhedskonsum i Danmark for udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

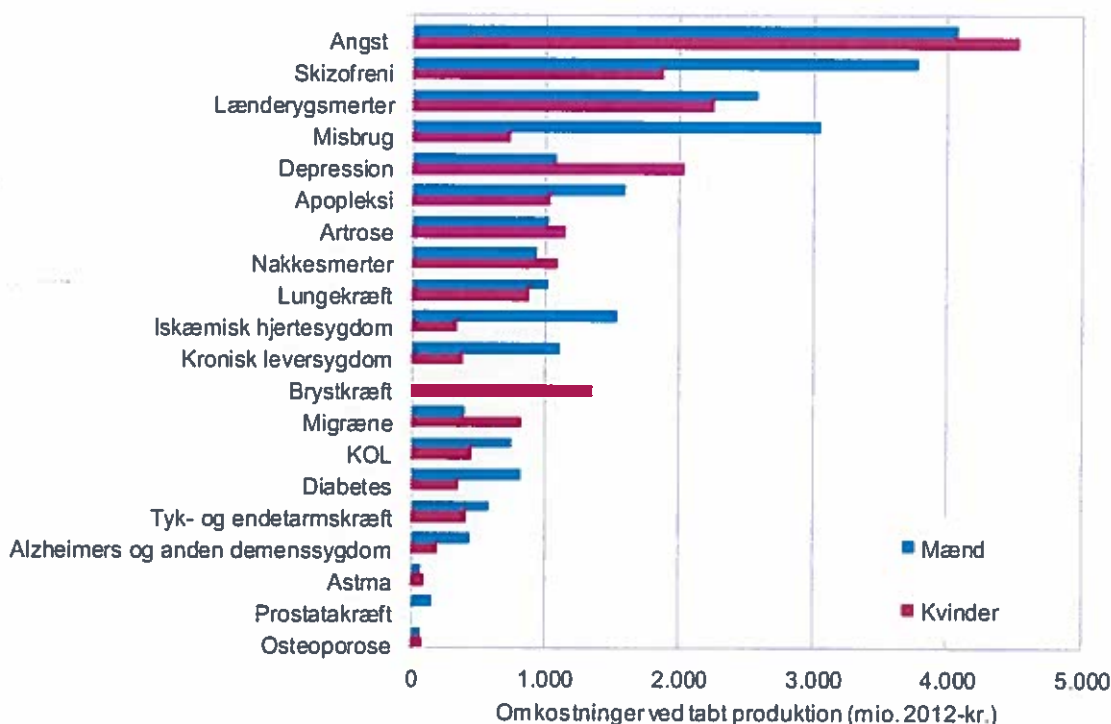


Produktionstab

Produktionstab er opgjort som omkostninger til fravær fra arbejdsmarkedet ved sygedage, førtidspensioner og tidlig død. Produktionstab for de udvalgte sygdomme er på 45,1 mia. kr. om året. Det ses af figur 1.1.13, at de fem sygdomme med størst omkostninger ved produktionstab er angst, skizofreni, lænderygsmerter, misbrug og depression. Disse fem sygdomme er årligt årsag til omkostninger ved tabt produktion på 3.100-8.700 mio. kr. hver, når omkostninger for mænd og kvinder lægges sammen. Apopleksi, artrose, nakkesmerter, lungekræft og iskæmisk hjertesygdom er årsag til et produktionstab på 1.800-2.700 mio. kr., mens kronisk leversygdom, brystkræft, migræne, KOL, diabetes, tyk- og endetarmskræft og Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til et produktionstab på 630-1.500 mio. kr. De resterende udvalgte sygdomme er hver årsag til et produktionstab på under 180 mio. kr.

Kønsfordelingen for produktionstab for de enkelte sygdomme varierer en del. Blandt mænd er produktionstab for misbrug og iskæmisk hjertesygdom omtrent fire gange så stort som blandt kvinder, knap tre gange så stort for kronisk leversygdom, diabetes og Alzheimers og anden demenssygdom samt dobbelt så stort på grund af skizofreni. Ydermere er lænderygsmerter, apopleksi, lungekræft, KOL, tyk- og endetarmskræft årsag til større produktionstab blandt mænd end blandt kvinder. Blandt kvinder er produktionstab på grund af migræne dobbelt så stort som blandt mænd. Endvidere ses et større produktionstab blandt kvinder end blandt mænd for angst, depression, artrose, nakkesmerter, astma og osteoporose. Blandt de resterende sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle i produktionstab.

Figur 1.1.13 Produktionstabsomkostninger i Danmark for udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit for 2010-2012

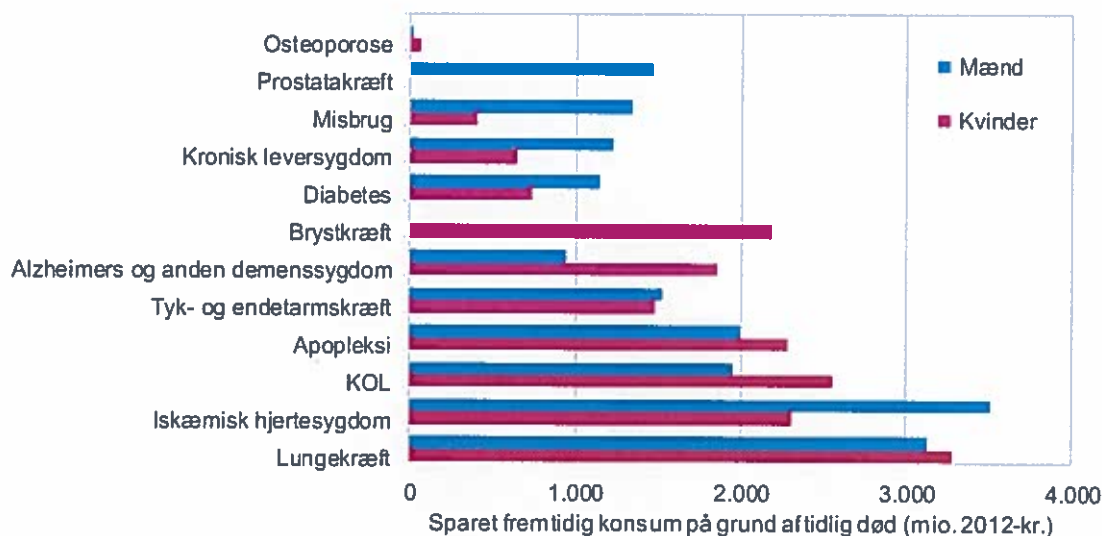


Det sparede fremtidige konsum opstår, når en person dør tidligt. Dette repræsenterer en besparelse i det private forbrug såsom fødevarer, transport og bolig samt i det gennemsnitlige individuelle offentlige forbrug såsom fritid, kultur og social beskyttelse (eksklusive sundhedskonsum). Det årlige konsum vægtes med sandsynligheden for at være i live frem til alder 100 år for hver aldersgruppe. Det samlede sparede fremtidige konsum for de udvalgte sygdomme er på 38,0 mia. kr. om året.

Det ses af figur 1.1.14, at det årlige sparede konsum på grund af tidlig død for osteoporose er på 75 mio. kr., når tal for mænd og kvinder lægges sammen, hvorimod prostatakræft, misbrug, kronisk leversygdom og diabetes årligt er årsag til et sparet konsum på 1.400-1.900 mio. kr. Brystkræft, Alzheimers og anden demenssygdom og tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til et sparet konsum på 2.100-3.100 mio. kr., og apopleksi, KOL, iskæmisk hjertesygdom og lungekræft er årligt årsag til sparet konsum på 4.200-6.500 mio. kr. på grund af tidlig død.

Kønsfordelingen for sparet konsum for de enkelte sygdomme varierer en anelse. Blandt mænd ses et højere sparet konsum end blandt kvinder for iskæmisk hjertesygdom og diabetes, dobbelt så højt sparet konsum for kronisk leversygdom samt tre gange så højt sparet konsum for misbrug. Blandt kvinder ses derimod et højere sparet konsum for KOL og dobbelt så højt for Alzheimers og anden demenssygdom. For de resterende sygdomme er der ingen nævneværdige kønsforskelle i det sparede konsum.

Figur 1.1.14 Sparet fremtidig konsum på grund af tidlig død for udvalgte sygdomme fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012



1.2 Social ulighed

Social ulighed er for byrdemålene incidens eller prævalens, dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, primærsektor opgjort for personer i alderen 30-84 år og for førtidspensioner opgjort for personer i alderen 30-64 år. For nogle sygdomme er der ingen opgørelser af social ulighed i visse byrdemål, enten fordi byrdemålene ikke er relevante, eller fordi der er relativt få tilfælde og derfor også stor usikkerhed på estimaterne.

På baggrund af sygdomsbyrden for personer med mellemlang/lang uddannelse er den forventede sygdomsbyrde i de to øvrige uddannelsesgrupper (grundskoleuddannelse og kort uddannelse) beregnet. Differencen mellem den observerede og den forventede sygdomsbyrde er således den ekstra sygdomsbyrde, der findes i grupperne grundskoleuddannelse og kort uddannelse, i forhold til en situation, hvor alle uddannelsesgrupper havde samme sygdomsmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. I næste afsnit illustreres for hvert byrdemål, hvor stor en andel den ekstra sygdomsbyrde udgør af den samlede sygdomsbyrde for hele befolkningen mellem 30 og 84 år. Disse beregninger er foretaget for alle personer med oplyst uddannelsesniveau, og det er omtrent 93 % af befolkningen i aldersgruppen 30-84 år.

For sygdomme med en tidlig debutalder, såsom skizofreni, misbrug, angst og depression, er det sandsynligt, at den sociale ulighed kan skyldes, at sygdommen er medvirkende til, at en uddannelse aldrig påbegyndes eller fuldføres, mens den fundne sammenhæng mellem uddannelsesniveau og sygdomsbyrdemål for andre sygdomme ofte kan forklares ved, at personer med kort uddannelse i højere grad har en uhensigtsmæssig sundhedsadfærd i form af eksempelvis rygning end personer med lang uddannelse. Dermed vil der naturligvis ses stor social ulighed i sygdomme såsom KOL og lungekræft, der langt hen ad vejen kan forklares ved den sociale ulighed i risikofaktorerne. Kort uddannelse kan også være relateret til en lang række andre risikofaktorer såsom belastende arbejdsmiljø og dårligt boligmiljø, som kan indvirke på sygdomsbyrden.

Overordnet set er den sociale ulighed særlig markant for lungekræft, diabetes, KOL, kronisk leversygdom, misbrug (særligt mænd) og skizofreni. Således ville byrden for disse sygdomme være betydeligt mindre, hvis personer med kortere uddannelse (grundskole og kort uddannelse) havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Seks af de 21 sygdomme (tyk- og endetarmskræft, brystkræft, prostatakræft, Alzheimers og anden demenssygdom (mænd), astma og migræne) er kendetegnet ved, at der ses omvendt social ulighed, om end uligheden ikke er påfaldende stor. For disse sygdomme ligger den ekstra sygdomsbyrde i nogle af byrdemålene således blandt gruppen med mellemlang/lang uddannelse og ikke i gruppen med kortere uddannelse. Det er særligt for ambulante hospitalsbesøg, at der ses omvendt social ulighed. For brystkræft og prostatakræft ses der omvendt social ulighed for incidens og indlæggelser samt primærsektor for brystkræft. For en række af de øvrige sygdomme ses en tendens til, at den sociale ulighed i ambulante hospitalsbesøg er mindre markant end den sociale ulighed for mange af de øvrige byrdemål.

For en række sygdomme ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i næsten alle sygdomsbyrdemål. For misbrug, kronisk leversygdom, angst, skizofreni, nakkesmerte, lænderygsmerte og artrose gælder det, at den sociale ulighed er mere udtalt blandt mænd end blandt kvinder, mens den sociale ulighed er mest udtalt blandt kvinder for Alzheimers og anden demenssygdom i nogle sygdomsbyrdemål.

1.2.1 Social ulighed i byrdemål

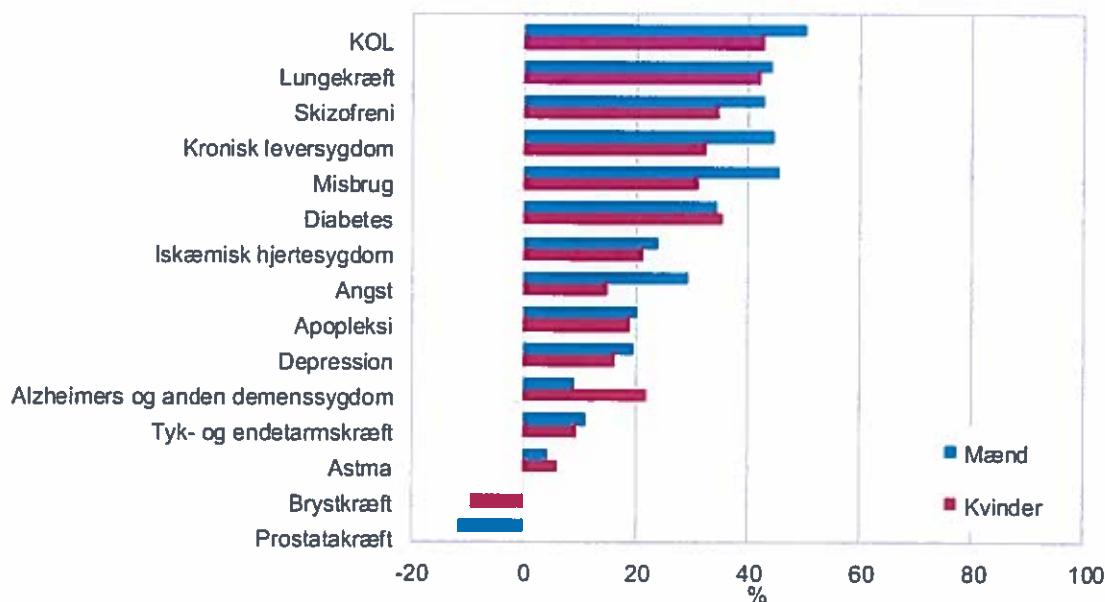
Her gives for alle byrdemål en oversigt over placeringen af den sociale ulighed for hver af de 21 sygdomme fordelt på mænd og kvinder.

Social ulighed i incidente tilfælde

I figur 1.2.1 er angivet den andel af incidente tilfælde, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år havde samme sygdomsmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i incidente tilfælde er størst for KOL og lungekræft, efterfulgt af skizofreni, kronisk leversygdom, misbrug og diabetes. Antallet af incidente tilfælde ville således for disse sygdomme have været mindsket med 31-51 % afhængig af sygdom og køn, hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse. Incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom, angst, apopleksi, depression og Alzheimers og anden demenssygdom (kvinder) ville være mindsket med 14-30 %, mens der for de resterende sygdomme ikke ses nogen stor social ulighed. Det skal bemærkes, at den sociale ulighed for brystkræft og prostatakræft, omend lille, er omvendt, fordi incidensen for disse to sygdomme er højest i gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i incidente tilfælde for enkelte af sygdommene. For kronisk leversygdom, misbrug og angst er den sociale ulighed mere markant blandt mænd end blandt kvinder. Og blandt kvinder er den sociale ulighed i incidensen af Alzheimers og anden demenssygdom mere markant end blandt mænd. For de resterende sygdomme er kønsforskellen i den sociale ulighed i incidente tilfælde ikke stor.

Figur 1.2.1 Andel (%) af incidente tilfælde, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse, fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



Social ulighed i prævalens

For en række sygdomme har det ikke været muligt at beregne incidensen, og for disse sygdomme er den sociale ulighed derfor beregnet ud fra prævalensen. Prævalensen af nakkesmerter, lænderygsmerter, migræne, artrose og osteoporose er opgjort på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2010. I figur 1.2.2 er angivet den andel af prævalente tilfælde, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år havde samme sygdomsmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i prævalente tilfælde af de udvalgte sygdomme er størst for nakkesmerter efterfulgt af lænderygsmerter, migræne, artrose og osteoporose.

Den sociale ulighed er mere markant blandt mænd end blandt kvinder. Antallet af prævalente tilfælde ville således for mænd have været mindsket med 27-37 % og for kvinder med 7-25 % afhængig af sygdom, hvis hele befolkningen havde haft samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse.

Figur 1.2.2 Andel (%) af prævalente tilfælde, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



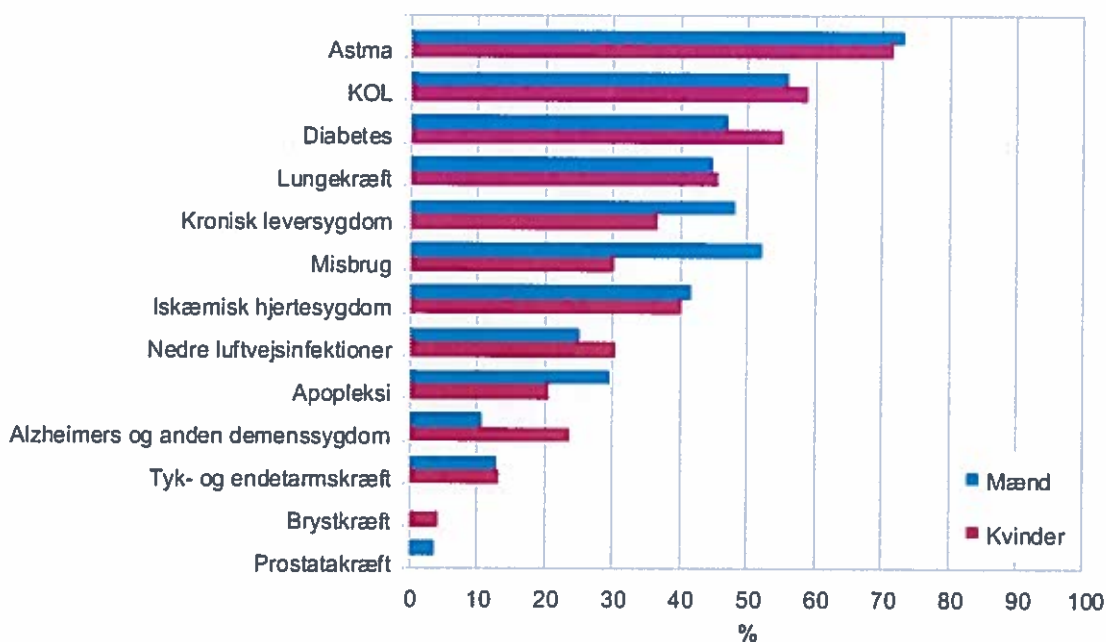
Social ulighed i dødsfald

Social ulighed i dødsfald er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra dødsfald som differencen mellem det aktuelle antal dødsfald i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal dødsfald, uddannelsesgrupperne ville have haft, hvis de havde samme dødelighed som gruppen med mellem-lang/lang uddannelse.

I figur 1.2.3 er angivet den andel af dødsfaldene, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde haft samme dødelighed som gruppen med mellem-lang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i dødsfald er størst for astma efterfulgt af KOL, diabetes, lungekræft, kronisk leversygdom (mænd) og misbrug (mænd). Antallet af dødsfald på grund af disse sygdomme ville således have været mindsket med 44-74 % afhængig af sygdom og køn, hvis hele befolkningen havde samme dødelighed som personer med mellem-lang/lang uddannelse. Dødeligheden for kronisk leversygdom (kvinder), iskæmisk hjertesygdom og osteoporose (kvinder) ville have været mindsket med 37-42 %, mens den for nedre luftvejsinfektioner, misbrug (kvinder), apopleksi, Alzheimers og anden demenssygdom (kvinder) ville have været mindsket med 20-30 %. For de øvrige sygdomme er den sociale ulighed i dødsfald ikke markant.

Der ses markante kønsforskelle i den sociale ulighed for enkelte af sygdommene. For misbrug og kronisk leversygdom er den sociale ulighed mere udtalt for mænd, mens den for Alzheimers og anden demenssygdom er mere udtalt for kvinder.

Figur 1.2.3 Andel (%) af dødsfald, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde haft samme mønster for dødelighed som gruppen med mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



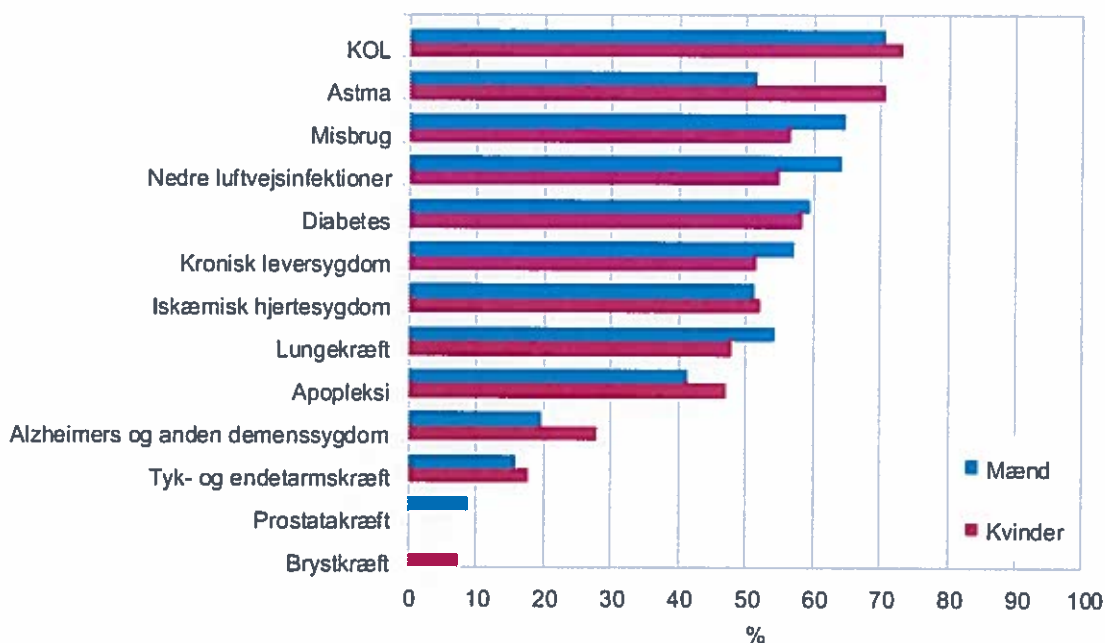
Social ulighed i tabte leveår

Social ulighed i tabte leveår er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra tabte leveår som differensen mellem det aktuelle antal tabte leveår i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal tabte leveår, uddannelsesgrupperne ville have, hvis den havde samme dødelighed på grund af sygdommen som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

I figur 1.2.4 er angivet den andel af tabte leveår, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde samme dødelighed som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i tabte leveår er størst for KOL efterfulgt af astma, misbrug, nedre luftvejsinfektioner, diabetes, kronisk leversygdom, iskæmisk hjertesygdom, lungekræft og apopleksi. Hvis hele befolkningen havde samme dødelighed som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af tabte leveår være mindsket med 41-74 % afhængig af køn og sygdom. Tabte leveår for Alzheimers og anden demenssygdom ville have været mindsket med 20 % for kvinder og 28 % for mænd. For de øvrige sygdomme er den sociale ulighed i tabte leveår ikke stor.

Der ses kønsforskelle i den sociale ulighed i tabte leveår for astma og Alzheimers og anden demenssygdom, hvor den sociale ulighed er mere udtalt blandt kvinder end blandt mænd. For de resterende sygdomme er der ingen stor kønsforskel i den sociale ulighed.

Figur 1.2.4 Andel (%) af tabte leveår, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-74 år for 2010-2012



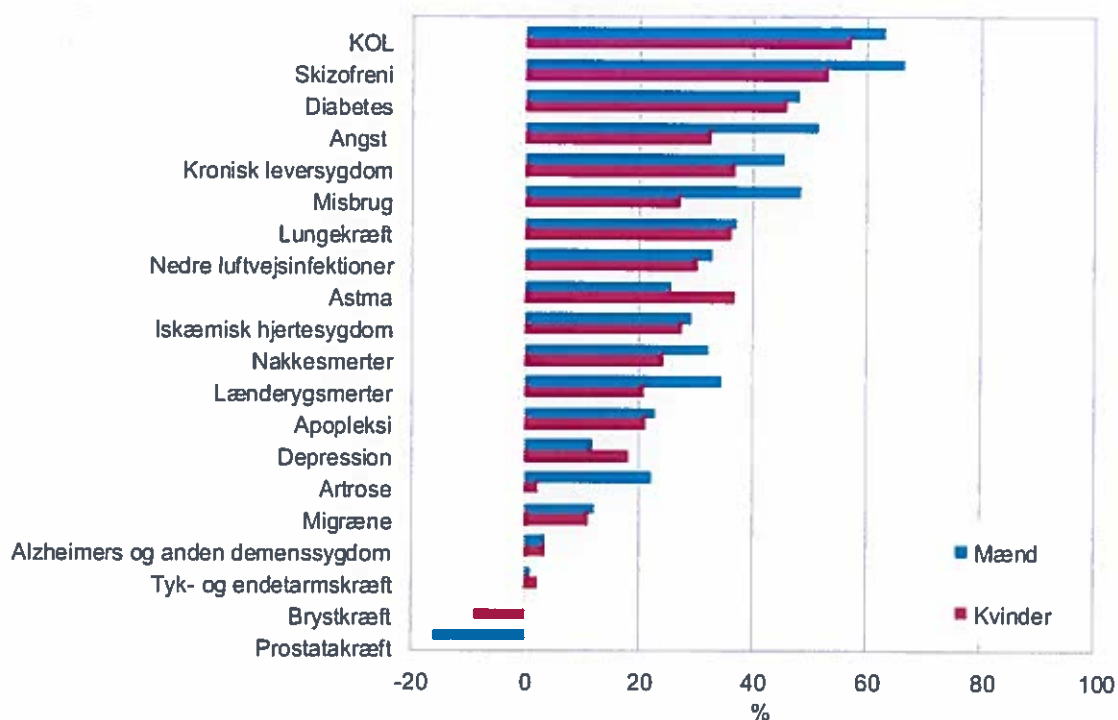
Social ulighed i indlæggelser

Social ulighed i indlæggelser er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra indlæggelser som differensen mellem det aktuelle antal indlæggelser i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal indlæggelser, uddannelsesgrupperne ville have haft, hvis de havde samme mønster for indlæggelser på grund af sygdommen som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

I figur 1.2.5 er angivet den andel af indlæggelser, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde samme indlæggelsesmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i indlæggelser er størst for KOL og skizofreni, efterfulgt af diabetes, angst (mænd), kronisk leversygdom og misbrug (mænd). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for indlæggelser som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af indlæggelser for disse sygdomme være mindsket med 45-67 %. Indlæggelser for angst (kvinder), kronisk leversygdom (kvinder), misbrug (kvinder), lungekræft, nedre luftvejsinfektioner, astma, iskæmisk hjertesygdom, nakkesmerter, lænderygsmerter, apopleksi og artrose (mænd) ville være mindsket med 20-38 %, mens den for depression, artrose (kvinder), migræne og Alzheimers og anden demenssygdom ville være mindsket med mindre end 19 %. For bryst- og prostatakræft er den sociale ulighed omvendt. Således ville antallet af indlæggelser være steget med henholdsvis 9 % og 16 %, hvis hele befolkningen havde samme mønster for indlæggelser som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses betydelige kønsforskelle i den sociale ulighed i indlæggelser for nogle af sygdommene. For artrose er der ulighed blandt mænd, men ikke blandt kvinder. For angst, misbrug og lænderygsmerter er den sociale ulighed betydeligt større blandt mænd end blandt kvinder, mens den sociale ulighed er større blandt kvinder for astma og depression end blandt mænd. For de resterende sygdomme er der enten ingen eller kun en mindre kønsforskel i den sociale ulighed i indlæggelser.

Figur 1.2.5 Andel (%) af indlæggelser, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



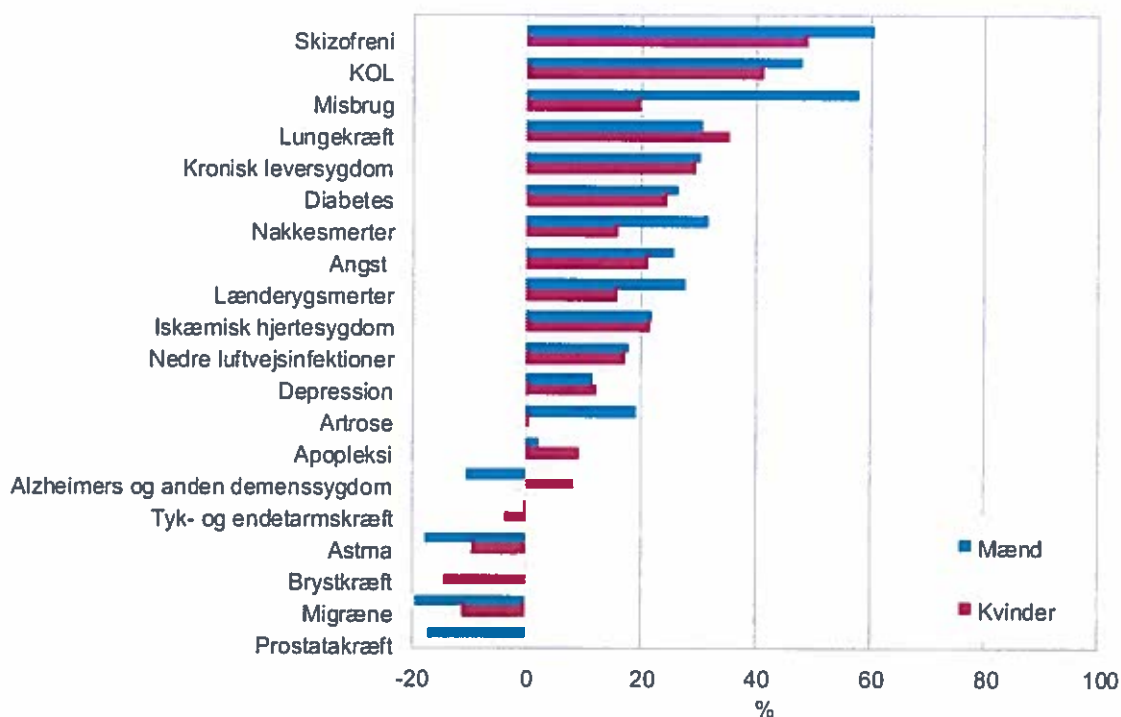
Social ulighed i ambulante hospitalsbesøg

Social ulighed i ambulante hospitalsbesøg er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra ambulante hospitalsbesøg som differencen mellem det aktuelle antal ambulante hospitalsbesøg i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal ambulante hospitalsbesøg, uddannelsesgrupperne ville have haft, hvis de havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af sygdommen som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

I figur 1.2.6 er angivet den andel af ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i ambulante hospitalsbesøg er størst for skizofreni, KOL og misbrug (mænd). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af ambulante hospitalsbesøg være mindsket med 41-61 % afhængig af sygdom. Ambulante hospitalsbesøg for kronisk leversygdom, diabetes, lungekræft, nakkesmerter, angst, lænderygsmærter, iskæmisk hjertesygdom, misbrug (kvinder), nedre luftvejsinfektioner og artrose (mænd) ville være mindsket med 15-36 %, mens depression, artrose (kvinder), apopleksi og Alzheimers og anden demenssygdom (kvinder) ville være mindsket med mindre end 13 %. For Alzheimers og anden demenssygdom (mænd), astma, brystkræft, migræne og prostatakræft er den sociale ulighed omvendt. Således ville antallet af ambulante hospitalsbesøg være steget med 9-20 %, hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses udtalte kønsforskelle i den sociale ulighed i ambulante hospitalsbesøg for en række af sygdommene. For misbrug, nakkesmerter, lænderygsmærter, artrose, astma og migræne er den sociale ulighed betydeligt større blandt mænd end blandt kvinder. For Alzheimers er den sociale ulighed ikke stor, men uligheden går i hver sin retning for mænd og kvinder (omvendt social ulighed for mænd).

Figur 1.2.6 Andel (%) af ambulante hospitalsbesøg, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



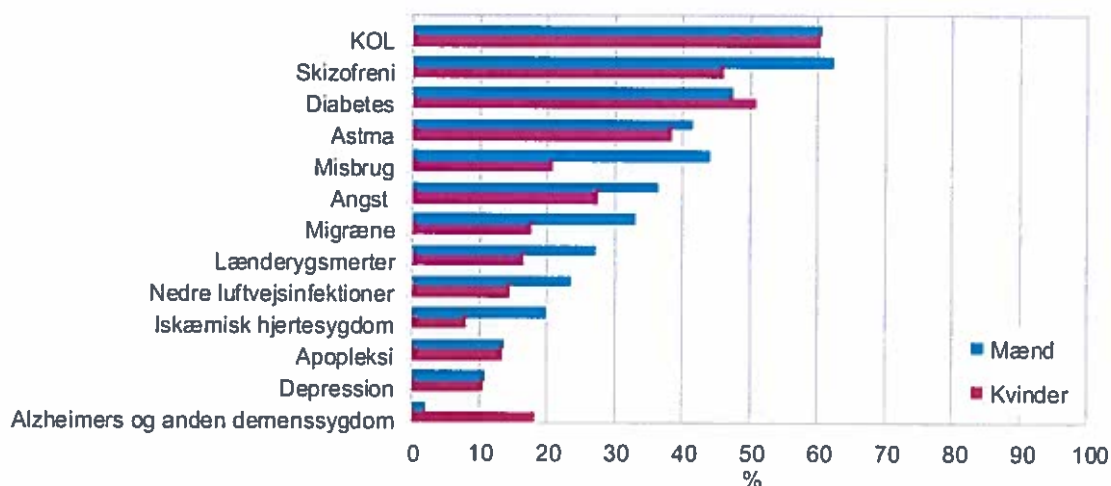
Social ulighed i skadestuebesøg

Social ulighed i skadestuebesøg er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra skadestuebesøg som differensen mellem det aktuelle antal skadestuebesøg i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal skadestuebesøg, uddannelsesgrupperne ville have haft, hvis de havde samme mønster for skadestuebesøg på grund af sygdommen som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

I figur 1.2.7 er angivet den andel af skadestuebesøg, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde samme besøgs mønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i skadestuebesøg er størst for KOL, skizofreni og diabetes. Hvis hele befolkningen havde samme mønster for skadestuebesøg som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af skadestuebesøg være mindsket med 45-63 % afhængig af sygdom. Skadestuebesøg for astma, misbrug (mænd), angst, migræne (mænd) og lænderygsmerter (mænd) ville være mindsket med 27-44 %, mens antallet af skadestuebesøg for de resterende udvalgte sygdomme ville være mindsket med mindre end 24 %.

For de fleste sygdomme er den sociale ulighed større blandt mænd end blandt kvinder, og særlig udtalt er kønsforskellen for misbrug, migræne og iskæmisk hjertesygdom. Kun for Alzheimers og anden demenssygdom er uligheden betydelig større blandt kvinder end blandt mænd.

Figur 1.2.7 Andel (%) af skadestuebesøg, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



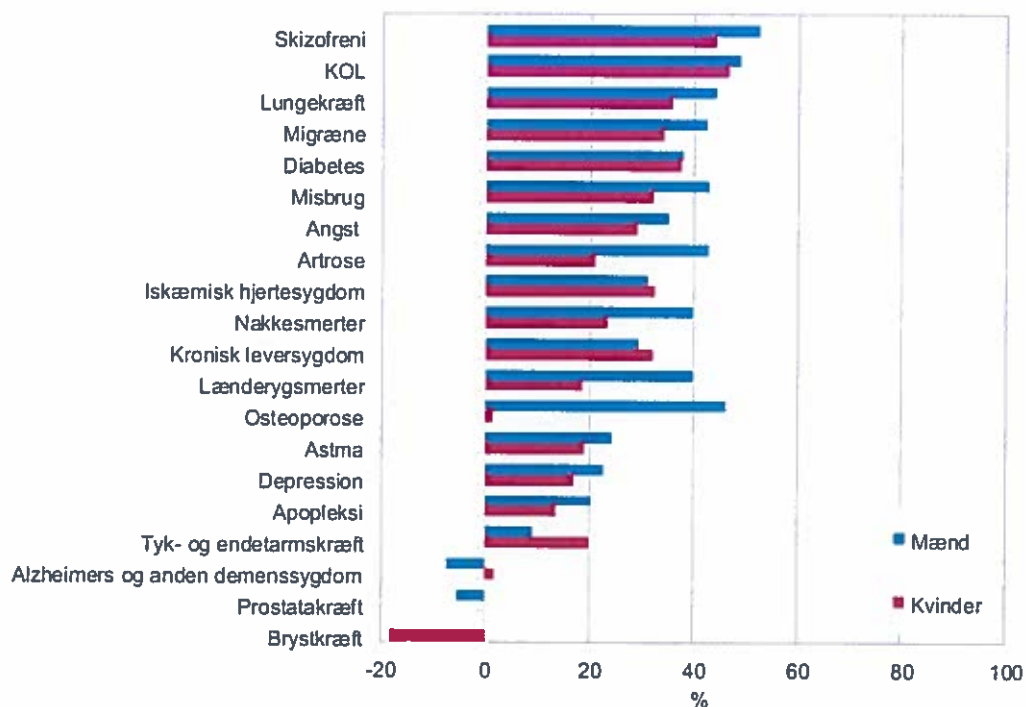
Social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge

Social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge er opgjøret for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra besøg. Ekstra besøg er opgjøret ved differencen mellem det aktuelle antal besøg i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal besøg hos alment praktiserende læge, som uddannelsesgruppen ville have, hvis den havde samme mønster for besøg på grund af sygdommen som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

I figur 1.2.8 er angivet den andel af besøg hos alment praktiserende læge, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-84 år, havde samme besøgs mønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i besøg er størst for skizofreni, KOL, lungekræft, migræne (mænd), diabetes, misbrug (mænd), artrose (mænd), lænderygsmerter (mænd), nakkesmerter (mænd) og osteoporose (mænd). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for besøg som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af besøg være mindsket med 36-53 % afhængig af sygdom. For migræne (kvinder), misbrug (kvinder), angst, iskæmisk hjertesygdom og kronisk leversygdom ville antallet af besøg være mindsket med 29-35 %, mens for artrose (kvinder), nakkesmerter (kvinder), lænderygsmerter (kvinder), astma, depression, apopleksi og tyk- og endetarmskræft ville være mindsket med 9-25 %. Den sociale ulighed for Alzheimers og anden demenssygdom (mænd), prostatakræft og brystkræft er, omend lille, omvendt. Således ville antallet af besøg være steget med 5-18 % hvis hele befolkningen havde samme mønster for besøg som gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

Der ses kønsforskelle i den sociale ulighed i besøg for en række af sygdommene. Uligheden er generelt større blandt mænd end blandt kvinder, og særlig markant er kønsforskellen for artrose, nakkesmerter, lænderygsmerter, osteoporose samt tyk- og endetarmskræft.

Figur 1.2.8 Andel (%) af besøg hos alment praktiserende læge, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

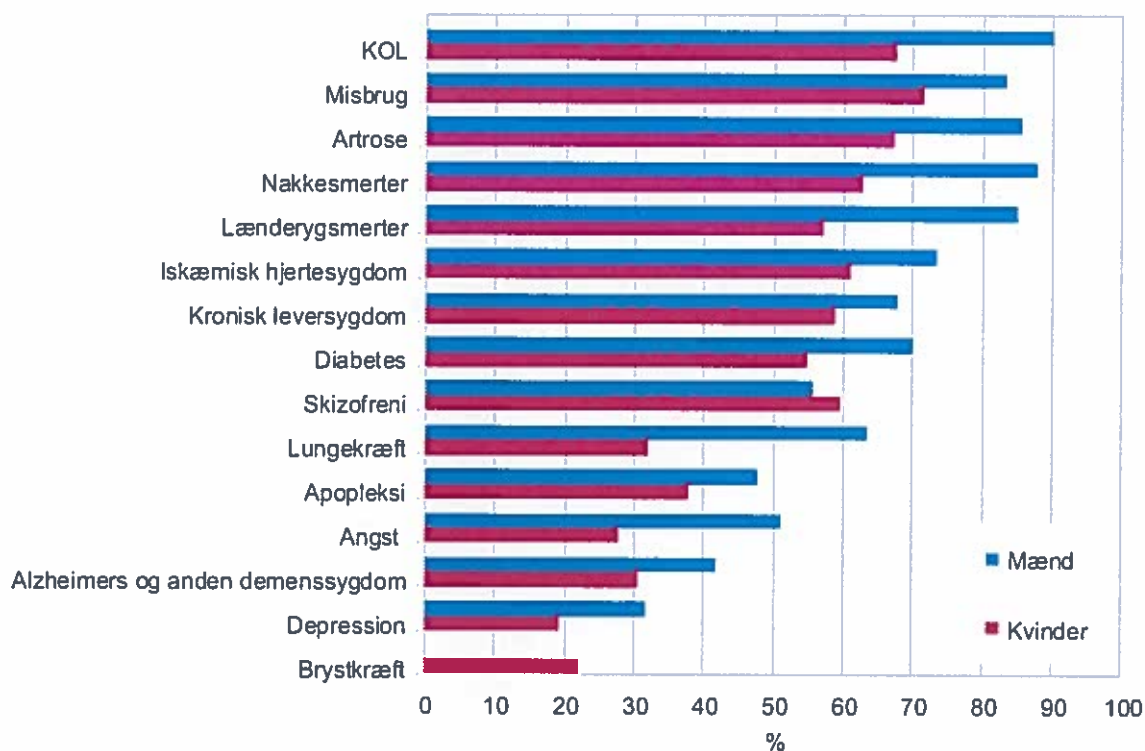


Social ulighed i førtidspensioner

Social ulighed i nytilkendte førtidspensioner er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra nytilkendte førtidspensioner som differencen mellem det aktuelle antal nytilkendte førtidspensioner i grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse og det antal nytilkendte førtidspensioner, uddannelsesgruppen ville have haft, hvis den havde samme mønster for nytilkendte førtidspensioner som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. For prostatakræft, tyk- og endetarmskræft, migræne, astma og osteoporose er antallet af førtidspensioner lavt, og der er derfor ikke foretaget beregninger af den sociale ulighed. For de resterende sygdomme er der også nogen usikkerhed i estimaterne, da antallet af førtidspensioner er langt mindre end for eksempel antallet af indlæggelser.

I figur 1.2.9 er angivet den andel af nytilkendte førtidspensioner, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen i aldersgruppen 30-64 år, havde samme mønster for nytilkendte førtidspensioner som gruppen med mellemlang/lang uddannelse. Den sociale ulighed i nytilkendte førtidspensioner er markant for de fleste sygdomme. Hvis hele befolkningen havde samme mønster for nytilkendte førtidspensioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af sygdommene være mindsket med 19-90 % afhængig af sygdom. Der er generelt større social ulighed blandt mænd end blandt kvinder med undtagelse af skizofreni.

Figur 1.2.9 Andel (%) af nytilkendte førtidspensioner, der ville have været undgået, hvis hele befolkningen havde samme mønster for nytilkendte førtidspensioner som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012



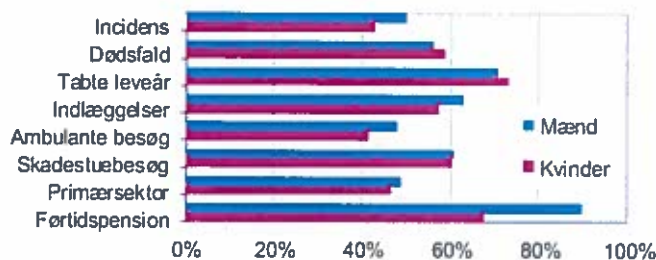
1.2.2 Social ulighed i byrdemål fordelt efter sygdom

Den sociale ulighed i byrdemålene er i det følgende grupperet efter sygdom.

KOL

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for KOL. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 48-90 % mindre for mænd og 41-73 % mindre for kvinder.

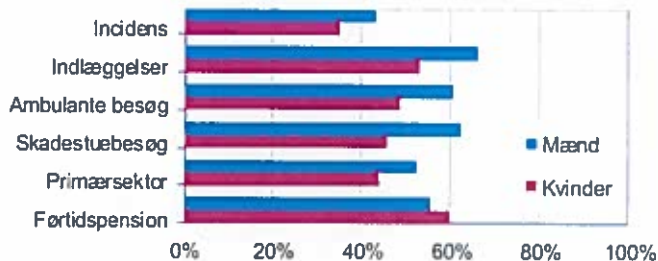
Figur 1.2.10 Social ulighed i KOL



Skizofreni

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for skizofreni. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 43-66 % mindre for mænd og 35-60 % mindre for kvinder.

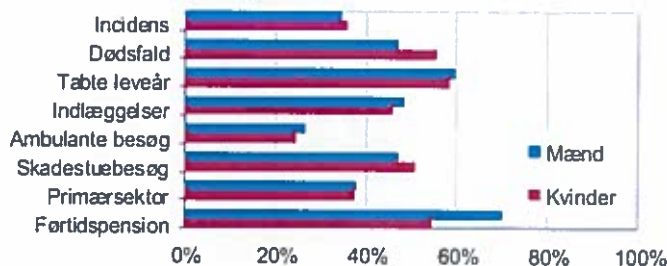
Figur 1.2.11 Social ulighed i skizofreni



Diabetes

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for diabetes. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 26-70 % mindre for mænd og 24-58 % mindre for kvinder.

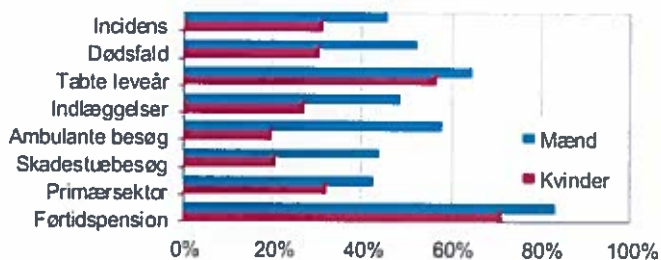
Figur 1.2.12 Social ulighed i diabetes



Misbrug

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for misbrug, særlig udtalt for mænd. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 43-83 % mindre for mænd og 20-72 % mindre for kvinder.

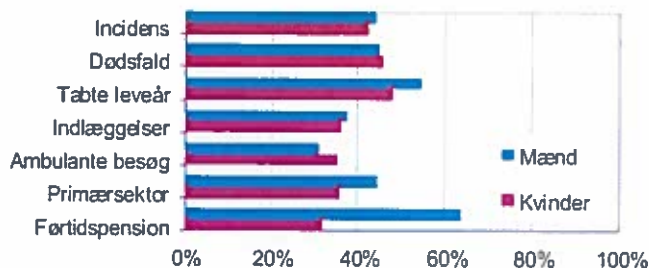
Figur 1.2.13 Social ulighed i misbrug



Lungekræft

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for lungekræft. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 31-63 % mindre for mænd og 32-48 % mindre for kvinder.

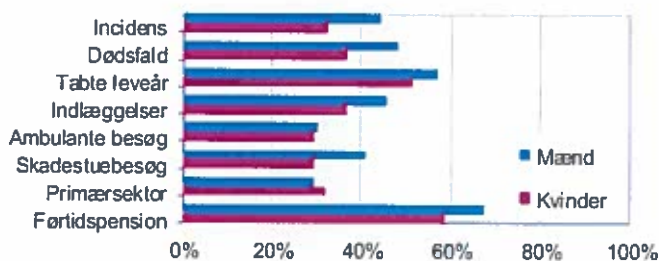
Figur 1.2.14 Social ulighed i lungekræft



Kronisk leversygdom

Der ses markant social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for kronisk leversygdom. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 29-68 % mindre for mænd og 29-59 % mindre for kvinder.

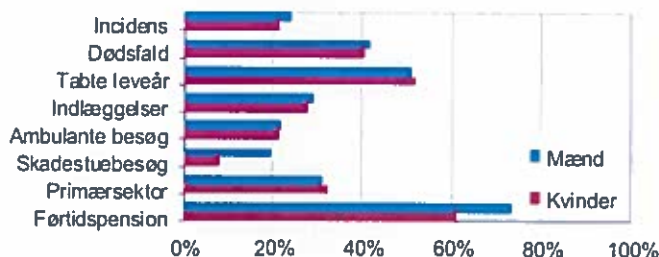
Figur 1.2.15 Social ulighed i kronisk leversygdom



Iskæmisk hjertesygdom

Der ses betydelig social ulighed i næsten alle de udvalgte byrdemål for iskæmisk hjertesygdom. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 20-73 % mindre for mænd og 8-61 % mindre for kvinder.

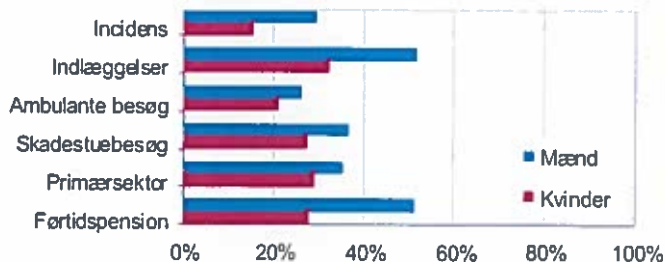
Figur 1.2.16 Social ulighed i iskæmisk hjertesygdom



Angst

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for angst. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 26-52 % mindre for mænd og 15-33 % mindre for kvinder.

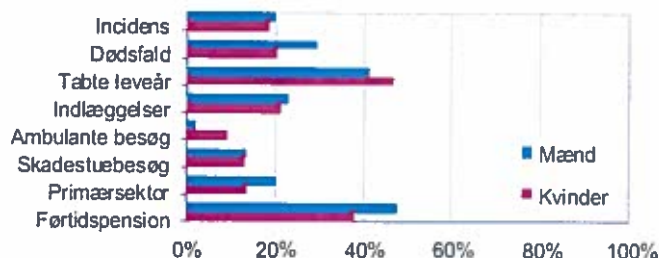
Figur 1.2.17 Social ulighed i angst



Apopleksi

Der ses social ulighed i de fleste udvalgte byrdemål for apopleksi. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville incidens, dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, skadestuebesøg, primærsektor og førtidspension årligt være 13-48 % mindre for både mænd og kvinder. Der ses en mindre social ulighed for ambulante hospitalsbesøg for apopleksi.

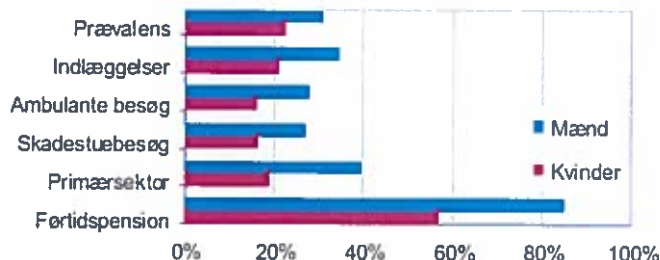
Figur 1.2.18 Social ulighed i apopleksi



Lænderygsmerter

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for lænderygsmerter, mest udtalt for mænd. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville førtidspensioner årligt være 85 % og 57 % mindre for henholdsvis mænd og kvinder, mens de resterende udvalgte byrdemål årligt ville være 27-40 % mindre for mænd og 16-22 % mindre for kvinder.

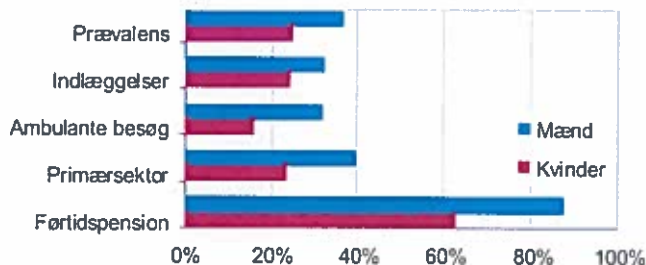
Figur 1.2.19 Social ulighed i lænderygsmerter



Nakkesmerter

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for nakkesmerter, mest udtalt for mænd. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville førtidspensioner årligt være 88 % og 63 % mindre for henholdsvis mænd og kvinder, mens de resterende udvalgte byrdemål årligt ville være 32-40 % mindre for mænd og 16-25 % mindre for kvinder.

Figur 1.2.20 Social ulighed i nakkesmerter



Nedre luftvejsinfektioner

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for nedre luftvejsinfektioner. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville dødsfald, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg årligt være 18-33 % mindre for mænd og 14-31 % mindre for kvinder, mens tabte leveår årligt ville være 64 % og 55 % mindre for henholdsvis mænd og kvinder.

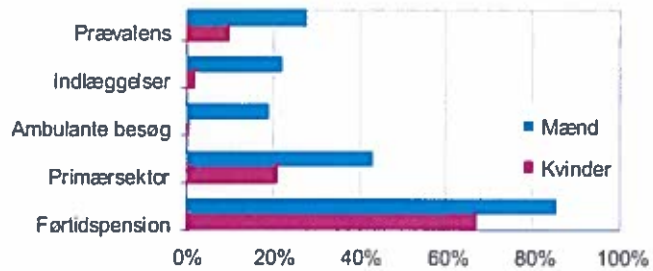
Figur 1.2.21 Social ulighed i nedre luftvejsinfektioner



Artrose

Der ses social ulighed i de fleste udvalgte byrdemål for artrose, og uligheden er mere markant blandt mænd end blandt kvinder. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville førtidspensioner årligt være 86 % og 67 % mindre for henholdsvis mænd og kvinder, mens de resterende udvalgte byrdemål årligt ville være 19-43 % mindre for mænd. Der ses ingen nævneværdig social ulighed for indlæggelser og ambulante besøg på grund af artrose blandt kvinder.

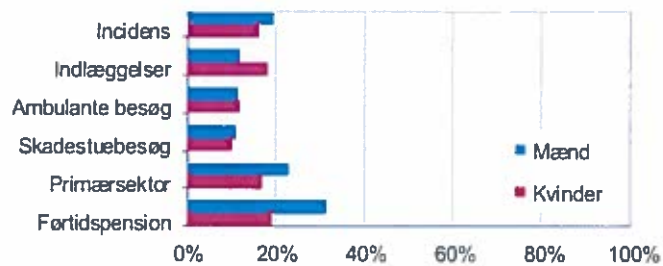
Figur 1.2.22 Social ulighed i artrose



Depression

Der ses en lille social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for depression. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville førtidspension årligt være 31 % mindre for mænd og 19 % mindre for kvinder, mens de resterende udvalgte byrdemål årligt ville være 10-23 % mindre.

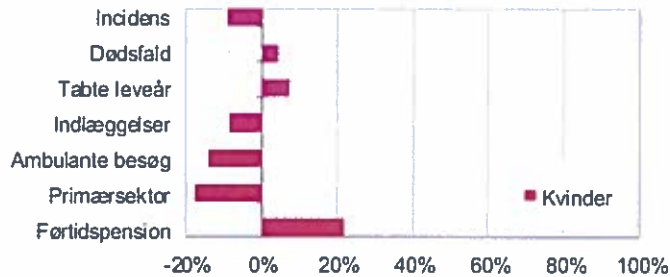
Figur 1.2.23 Social ulighed i depression



Brystkræft

Der ses en lille social ulighed i næsten alle de udvalgte byrdemål for brystkræft, men det er forskelligt hvilke uddannelsesgrupper, der har den største byrde. Hvis alle kvinder havde samme sygdomsmønster som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville incidence tilfælde, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og primærsektoren årligt være 9-18 % større, mens, tabte leveår og førtidspension årligt ville være 7-22 % mindre.

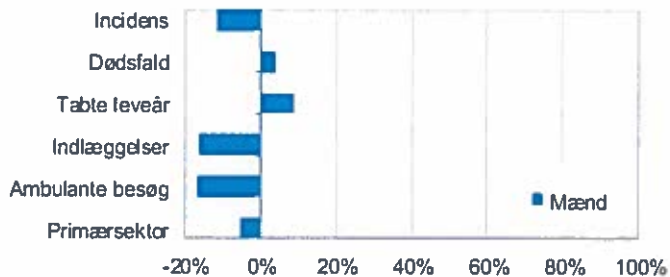
Figur 1.2.24 Social ulighed i brystkræft



Prostatakræft

Der ses en lille omvendt social ulighed i incidens, indlæggelser, ambulante besøg og primærsektor for prostatakræft. Hvis alle mænd havde samme sygdomsmønster som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville antallet af incidence tilfælde, indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg årligt være 12-17 % større. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i dødsfald og kun en lille social ulighed i tabte leveår.

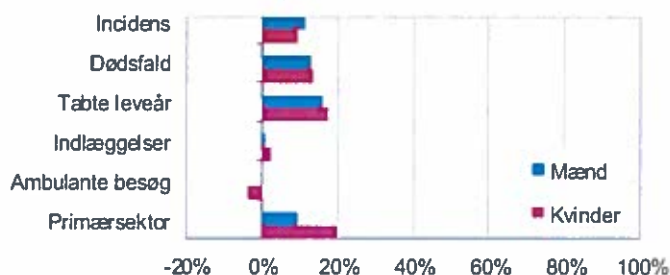
Figur 1.2.25 Social ulighed i prostatakræft



Tyk- og endetarmskræft

Der ses en lille social ulighed i de fleste udvalgte byrdemål for tyk- og endetarmskræft. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville incidentte tilfælde, dødsfald, tabte leveår og primærsektor årligt være 9-20 % mindre. Den sociale ulighed i ambulante hospitalsbesøg for kvinder er, om end den er meget lille, omvendt.

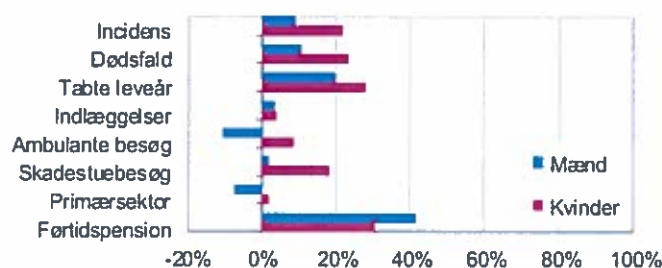
Figur 1.2.26 Social ulighed i tyk- og endetarmskræft



Alzheimers og anden demenssygdom

Der ses social ulighed i de fleste byrdemål for Alzheimers og anden demenssygdom, men med forskellig retning for mænd. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville incidentte tilfælde, dødsfald, tabte leveår og førtidspensioner årligt være 9-27 % mindre for mænd og 22-32 % mindre for kvinder, mens ambulante hospitalsbesøg og primærsektor årligt ville være henholdsvis 7 % og 10 % større for mænd.

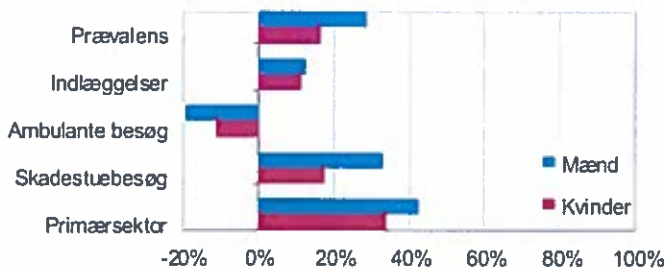
Figur 1.2.27 Social ulighed i Alzheimers og anden demenssygdom



Migræne

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for migræne. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville ambulante hospitalsbesøg årligt være 20 % og 11 % større for henholdsvis mænd og kvinder, mens de resterende udvalgte byrdemål årligt ville være 12-43 % mindre for mænd og 11-34 % mindre for kvinder.

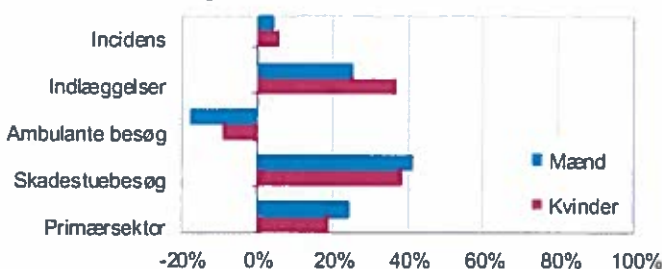
Figur 1.2.28 Social ulighed i migræne



Astma

Der er social ulighed i indlæggelser, skadestuebesøg og primærsektor, mens der er omvendt social ulighed for ambulante hospitalsbesøg. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville ambulante hospitalsbesøg årligt være 18 % og 9 % større for henholdsvis mænd og kvinder, mens indlæggelser, skadestuebesøg og primærsektoren årligt ville være 24-42 % mindre for mænd og 19-38 % mindre for kvinder. For incidens ses en mindre social ulighed.

Figur 1.2.29 Social ulighed i astma



Osteoporose

Der ses social ulighed i prævalens og primærsektor for osteoporose blandt mænd. Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville prævalens og primærsektor årligt være 27-46 % mindre for mænd. Blandt kvinder er uligheden i prævalens lang mindre udtalt, og der er ingen ulighed i primærsektor.

Figur 1.2.30 Social ulighed i osteoporose

