



I DANMARK



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, ambulant, 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.

INDHOLDSFORTEGNELSE

FAGLIG FØLGEGRUPPE	11
REVIEWERE	12
FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER	13
1 SAMMENFATNING	15
1.1 Byrdemål.....	15
1.2 Social ulighed.....	30
2 BAGGRUND	47
2.1 Formål.....	47
2.2 De udvalgte sygdomme.....	48
2.3 De udvalgte sygdomsbyrdemål.....	50
2.4 Referencer.....	51
3 DATAKILDER	53
3.1 Det Centrale Personregister.....	53
3.2 Landspatientregisteret.....	53
3.3 Dødsårsagsregisteret.....	53
3.4 Sygesikringsregisteret.....	53
3.5 Cancerregisteret.....	54
3.6 Det Nationale Diabetesregister.....	54
3.7 Lægemiddelstatistikregisteret.....	54
3.8 Førtidspensionsstatistikken.....	54
3.9 Sygedagpengeregisteret.....	54
3.10 Ældreokumentation.....	55
3.11 Den Nationale Sundhedsprofil 2010.....	55
3.12 Uddannelsesregistret.....	55
3.13 Indkomststatistikregistret.....	55
3.14 Andre datakilder.....	55
3.15 Referencer.....	57
4 METODE	59
4.1 Udvalgte sygdomme.....	59
4.2 Periode og befolkning.....	61
4.3 Sygdomsbyrdemål.....	61
4.4 Social ulighed.....	69
4.5 Referencer.....	71
5 LUNGEKRÆFT	73
5.1 Indledning.....	73
5.2 Forekomst af lungekræft.....	74
5.3 Lungekræft og dødelighed.....	75
5.4 Lungekræft og indlæggelser.....	76
5.5 Lungekræft og ambulante hospitalsbesøg.....	77

5.6	Lungekræft og primærsektor	78
5.7	Lungekræft og førtidspensioner.....	79
5.8	Lungekræft og sygedage	80
5.9	Lungekræft og sundhedsøkonomi	81
5.10	Lungekræft og produktionstab	82
5.11	Kommentarer til resultater	83
5.12	Metode	84
5.13	Referencer.....	86
6	TYK- OG ENDETARMSKRÆFT.....	87
6.1	Indledning.....	87
6.2	Forekomst af tyk- og endetarmskræft.....	88
6.3	Tyk- og endetarmskræft og dødelighed.....	89
6.4	Tyk- og endetarmskræft og indlæggelser	91
6.5	Tyk- og endetarmskræft og ambulante hospitalsbesøg.....	92
6.6	Tyk- og endetarmskræft og primærsektor	93
6.7	Tyk- og endetarmskræft og førtidspensioner.....	94
6.8	Tyk- og endetarmskræft og sygedage	94
6.9	Tyk- og endetarmskræft og sundhedsøkonomi	95
6.10	Tyk- og endetarmskræft og produktionstab	96
6.11	Kommentarer til resultater	97
6.12	Metode	98
6.13	Referencer.....	100
7	BRYSTKRÆFT	101
7.1	Indledning.....	101
7.2	Forekomst af brystkræft.....	102
7.3	Brystkræft og dødelighed	103
7.4	Brystkræft og indlæggelser.....	104
7.5	Brystkræft og ambulante hospitalsbesøg	105
7.6	Brystkræft og primærsektor.....	106
7.7	Brystkræft og førtidspensioner.....	107
7.8	Brystkræft og sygedage.....	108
7.9	Brystkræft og sundhedsøkonomi	108
7.10	Brystkræft og produktionstab.....	109
7.11	Kommentarer til resultater	110
7.12	Metode	111
7.13	Referencer.....	113
8	PROSTATAKRÆFT	115
8.1	Indledning.....	115
8.2	Forekomst af prostatakræft.....	116
8.3	Prostatakræft og dødelighed	117
8.4	Prostatakræft og indlæggelser.....	118
8.5	Prostatakræft og ambulante hospitalsbesøg	119
8.6	Prostatakræft og primærsektor	120
8.7	Prostatakræft og førtidspensioner	121
8.8	Prostatakræft og sygedage	122
8.9	Prostatakræft og sundhedsøkonomi.....	122
8.10	Prostatakræft og produktionstab.....	123
8.11	Kommentarer til resultater	124

8.12	Metode	125
8.13	Referencer.....	127
9	DIABETES	129
9.1	Indledning.....	129
9.2	Forekomst af diabetes	130
9.3	Diabetes og dødelighed.....	131
9.4	Diabetes og indlæggelser.....	133
9.5	Diabetes og ambulante hospitalsbesøg.....	134
9.6	Diabetes og skadestuebesøg	135
9.7	Diabetes og primærsektor	136
9.8	Diabetes og førtidspensioner.....	138
9.9	Diabetes og sygedage	139
9.10	Diabetes og sundhedsøkonomi	139
9.11	Diabetes og produktionstab.....	140
9.12	Kommentarer til resultater	141
9.13	Metode	142
9.14	Referencer.....	144
10	MISBRUG	145
10.1	Indledning.....	145
10.2	Forekomst af misbrug.....	146
10.3	Misbrug og dødelighed	148
10.4	Misbrug og indlæggelser	149
10.5	Misbrug og ambulante hospitalsbesøg	151
10.6	Misbrug og skadestuebesøg.....	152
10.7	Misbrug og primærsektor.....	154
10.8	Misbrug og førtidspensioner	155
10.9	Misbrug og sygedage	156
10.10	Misbrug og sundhedsøkonomi.....	157
10.11	Misbrug og produktionstab	158
10.12	Kommentarer til resultater	159
10.13	Metode	160
10.14	Referencer.....	162
11	DEPRESSION.....	163
11.1	Indledning.....	163
11.2	Forekomst af depression	164
11.3	Depression og indlæggelser.....	165
11.4	Depression og ambulante hospitalsbesøg.....	166
11.5	Depression og skadestuebesøg	167
11.6	Depression og primærsektor	168
11.7	Depression og førtidspensioner.....	170
11.8	Depression og sygedage.....	171
11.9	Depression og sundhedsøkonomi	171
11.10	Depression og produktionstab	173
11.11	Kommentarer til resultater	173
11.12	Metode	175
11.13	Referencer.....	176

12 ALZHEIMERS OG ANDEN DEMENSSYGDOM.....	177
12.1 Indledning.....	178
12.2 Forekomst af Alzheimers og anden demenssygdom.....	178
12.3 Alzheimers og anden demenssygdom og dødelighed.....	179
12.4 Alzheimers og anden demenssygdom og indlæggelser.....	181
12.5 Alzheimers og anden demenssygdom og ambulante hospitalsbesøg.....	182
12.6 Alzheimers og anden demenssygdom og skadestuebesøg.....	184
12.7 Alzheimers og anden demenssygdom og primærsektor.....	185
12.8 Alzheimers og anden demenssygdom og førtidspensioner.....	186
12.9 Alzheimers og anden demenssygdom og sygedage.....	187
12.10 Alzheimers og anden demenssygdom og sundhedsøkonomi.....	188
12.11 Alzheimers og anden demenssygdom og produktionstab.....	189
12.12 Kommentarer til resultater.....	190
12.13 Metode.....	191
12.14 Referencer.....	193
13 ANGST.....	195
13.1 Indledning.....	195
13.2 Forekomst af angst.....	196
13.3 Angst og indlæggelser.....	197
13.4 Angst og ambulante hospitalsbesøg.....	198
13.5 Angst og skadestuebesøg.....	200
13.6 Angst og primærsektor.....	201
13.7 Angst og førtidspensioner.....	203
13.8 Angst og sygedage.....	204
13.9 Angst og sundhedsøkonomi.....	204
13.10 Angst og produktionstab.....	206
13.11 Kommentarer til resultater.....	206
13.12 Metode.....	207
13.13 Referencer.....	209
14 SKIZOFRENI.....	211
14.1 Indledning.....	211
14.2 Forekomst af skizofreni.....	212
14.3 Skizofreni og indlæggelser.....	213
14.4 Skizofreni og ambulante hospitalsbesøg.....	214
14.5 Skizofreni og skadestuebesøg.....	215
14.6 Skizofreni og primærsektor.....	216
14.7 Skizofreni og førtidspensioner.....	217
14.8 Skizofreni og sygedage.....	218
14.9 Skizofreni og sundhedsøkonomi.....	219
14.10 Skizofreni og produktionstab.....	220
14.11 Kommentarer til resultater.....	221
14.12 Metode.....	222
14.13 Referencer.....	224
15 MIGRÆNE.....	225
15.1 Indledning.....	225
15.2 Forekomst af migræne.....	226
15.3 Migræne og indlæggelser.....	227

15.4	Migræne og ambulante hospitalsbesøg.....	227
15.5	Migræne og skadestuebesøg.....	228
15.6	Migræne og primærsektor.....	229
15.7	Migræne og førtidspensioner.....	230
15.8	Migræne og sygedage.....	231
15.9	Migræne og sundhedsøkonomi.....	231
15.10	Migræne og produktionstab.....	232
15.11	Kommentarer til resultater.....	233
15.12	Metode.....	234
15.13	Referencer.....	236
16	ISKÆMISK HJERTESYGDOM.....	237
16.1	Indledning.....	237
16.2	Forekomst af iskæmisk hjertesygdom.....	238
16.3	Iskæmisk hjertesygdom og dødelighed.....	239
16.4	Iskæmisk hjertesygdom og indlæggelser.....	241
16.5	Iskæmisk hjertesygdom og ambulante hospitalsbesøg.....	242
16.6	Iskæmisk hjertesygdom og skadestuebesøg.....	243
16.7	Iskæmisk hjertesygdom og primærsektor.....	244
16.8	Iskæmisk hjertesygdom og førtidspensioner.....	245
16.9	Iskæmisk hjertesygdom og sygedage.....	246
16.10	Iskæmisk hjertesygdom og sundhedsøkonomi.....	246
16.11	Iskæmisk hjertesygdom og produktionstab.....	248
16.12	Kommentarer til resultater.....	248
16.13	Metode.....	249
16.14	Referencer.....	251
17	APOPLEKSI.....	253
17.1	Indledning.....	253
17.2	Forekomst af apopleksi.....	254
17.3	Apopleksi og dødelighed.....	255
17.4	Apopleksi og indlæggelser.....	257
17.5	Apopleksi og ambulante hospitalsbesøg.....	258
17.6	Apopleksi og skadestuebesøg.....	259
17.7	Apopleksi og primærsektor.....	260
17.8	Apopleksi og førtidspensioner.....	261
17.9	Apopleksi og sygedage.....	262
17.10	Apopleksi og sundhedsøkonomi.....	262
17.11	Apopleksi og produktionstab.....	263
17.12	Kommentarer til resultater.....	264
17.13	Metode.....	265
17.14	Referencer.....	267
18	KOL.....	269
18.1	Indledning.....	269
18.2	Forekomst af KOL.....	270
18.3	KOL og dødelighed.....	271
18.4	KOL og indlæggelser.....	273
18.5	KOL og ambulante hospitalsbesøg.....	274
18.6	KOL og skadestuebesøg.....	275
18.7	KOL og primærsektor.....	276

18.8	KOL og førtidspensioner.....	277
18.9	KOL og sygedage.....	278
18.10	KOL og sundhedsøkonomi	278
18.11	KOL og produktionstab	280
18.12	Kommentarer til resultater	280
18.13	Metode	282
18.14	Referencer.....	283
19	NEDRE LUFTVEJSINFEKTIONER	285
19.1	Indledning.....	285
19.2	Nedre luftvejsinfektioner og dødelighed	286
19.3	Nedre luftvejsinfektioner og indlæggelser.....	287
19.4	Nedre luftvejsinfektioner og ambulante hospitalsbesøg	288
19.5	Nedre luftvejsinfektioner og skadestuebesøg.....	289
19.6	Nedre luftvejsinfektioner og sundhedsøkonomi.....	290
19.7	Nedre luftvejsinfektioner og produktionstab.....	291
19.8	Kommentarer til resultater	292
19.9	Metode	293
19.10	Referencer.....	295
20	ASTMA.....	297
20.1	Indledning.....	297
20.2	Forekomst af astma.....	298
20.3	Astma og dødelighed.....	299
20.4	Astma og indlæggelser	300
20.5	Astma og ambulante hospitalsbesøg.....	301
20.6	Astma og skadestuebesøg	302
20.7	Astma og primærsektor	303
20.8	Astma og førtidspensioner.....	304
20.9	Astma og sygedage.....	304
20.10	Astma og sundhedsøkonomi	305
20.11	Astma og produktionstab	306
20.12	Kommentarer til resultater	307
20.13	Metode	308
20.14	Referencer.....	310
21	KRONISK LEVERSYGDOM	311
21.1	Indledning.....	311
21.2	Forekomst af kronisk leversygdom	312
21.3	Kronisk leversygdom og dødelighed.....	314
21.4	Kronisk leversygdom og indlæggelser.....	315
21.5	Kronisk leversygdom og ambulante hospitalsbesøg.....	316
21.6	Kronisk leversygdom og skadestuebesøg	317
21.7	Kronisk leversygdom og primærsektor	318
21.8	Kronisk leversygdom og førtidspensioner.....	319
21.9	Kronisk leversygdom og sygedage.....	320
21.10	Kronisk leversygdom og sundhedsøkonomi	320
21.11	Kronisk leversygdom og produktionstab	322
21.12	Kommentarer til resultater	322
21.13	Metode	323
21.14	Referencer.....	325

22 LÆNDERYGSMERTER	327
22.1 Indledning.....	327
22.2 Forekomst af lænderygsmarter.....	328
22.3 Lænderygsmarter og indlæggelser.....	329
22.4 Lænderygsmarter og ambulante hospitalsbesøg.....	330
22.5 Lænderygsmarter og skadestuebesøg.....	331
22.6 Lænderygsmarter og primærsektor.....	332
22.7 Lænderygsmarter og førtidspensioner.....	333
22.8 Lænderygsmarter og sygedage.....	334
22.9 Lænderygsmarter og sundhedsøkonomi.....	335
22.10 Lænderygsmarter og produktionstab.....	336
22.11 Kommentarer til resultater.....	337
22.12 Metode.....	337
22.13 Referencer.....	340
23 NAKKESMERTER	343
23.1 Indledning.....	343
23.2 Forekomst af nakkesmerter.....	344
23.3 Nakkesmerter og indlæggelser.....	345
23.4 Nakkesmerter og ambulante hospitalsbesøg.....	345
23.5 Nakkesmerter og skadestuebesøg.....	346
23.6 Nakkesmerter og primærsektor.....	347
23.7 Nakkesmerter og førtidspensioner.....	348
23.8 Nakkesmerter og sygedage.....	349
23.9 Nakkesmerter og sundhedsøkonomi.....	349
23.10 Nakkesmerter og produktionstab.....	351
23.11 Kommentarer til resultater.....	351
23.12 Metode.....	352
23.13 Referencer.....	354
24 ARTROSE	355
24.1 Indledning.....	355
24.2 Forekomst af artrose.....	356
24.3 Artrose og indlæggelser.....	357
24.4 Artrose og ambulante hospitalsbesøg.....	357
24.5 Artrose og skadestuebesøg.....	358
24.6 Artrose og primærsektor.....	359
24.7 Artrose og førtidspensioner.....	360
24.8 Artrose og sygedage.....	361
24.9 Artrose og sundhedsøkonomi.....	362
24.10 Artrose og produktionstab.....	363
24.11 Kommentarer til resultater.....	364
24.12 Metode.....	364
24.13 Referencer.....	366
25 OSTEOPOROSE	367
25.1 Indledning.....	367
25.2 Forekomst af osteoporose.....	368
25.3 Osteoporose og dødelighed.....	368
25.4 Osteoporose og primærsektor.....	369

25.5	Osteoporose og førtidspensioner	370
25.6	Osteoporose og sygedage	371
25.7	Osteoporose og sundhedsøkonomi.....	371
25.8	Osteoporose og produktionstab.....	372
25.9	Kommentarer til resultater	373
25.10	Metode	374
25.11	Referencer.....	376
26	DALYs.....	377
26.1	Global Burden of Disease Study: Sygdomsbyrdeestimer for Danmark	377
26.2	Disability-Adjusted Life Years (DALYs)	377
26.3	Referencer.....	382

FAGLIG FØLGEGRUPPE

Allan Krasnik

Professor, centerleder, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Elsa Bach

Forskningschef, Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø

Finn Diderichsen

Professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Inge Tetens

Professor, Fødevareinstituttet, Danmarks Tekniske Universitet

Jan Sørensen

Professor, Center for Sundhedsøkonomisk Forskning (COHERE), Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet

Jes Søgaard

Afdelingschef, Kræftens Bekæmpelse, adjungeret professor, Health, Aarhus Universitet

Janus Laust Thomsen

Direktør, Dansk Almenmedicinsk Kvalitetsenhed, lektor, ph.d., Institut for Sundhedstjenesteforskning, Syddansk Universitet.

Lars Iversen

Professor emeritus, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Merete Nordentoft

Professor, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Morten Grønbæk

Direktør, professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Steffen Loft

Professor, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

REVIEWERE

Ann-Dorthe Zwisler

Professor, overlæge, Videncenter for Rehabilitering og Palliation, Odense Universitetshospital og Syddansk Universitet

Ewa M. Roos

Professor, Forskningsenheden for Muskuloskeletal Funktion og Fysioterapi, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Jan Hartvigsen

Professor, Forskningsenheden for Klinisk Biomekanik, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Jes Olesen

Klinisk professor, Neurologisk Afdeling, Region Hovedstaden

Jørgen Vestbo

Professor, Manchester Academic Health Science Centre, University Hospital South Manchester

Karen Søgaard

Professor, Forskningsenheden for Fysisk Aktivitet og Sundhed i Arbejdslivet, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Marit Eika Jørgensen

Forskningsleder, overlæge, Steno Diabetes Center, adjungeret professor, Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet

Merete Nordentoft

Professor, Institut for Klinisk Medicin, Københavns Universitet

Pernille Hermann

Specialeansvarlig overlæge, lektor, Endokrinologisk afdeling, Odense Universitetshospital

Thomas Benfield

Professor, Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital/Købehavns Universitet

Ulrik Becker

Professor, overlæge, dr.med., Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet og Gastroenheden, Hvidovre Hospital

Vibeke Backer

Klinisk professor, Institut for Klinisk Medicin, Bispebjerg Hospital

FORKORTELSER OG ORDFORKLARINGER

Forkortelser

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical (Classification System)
BMI	Body Mass Index
CCI	Charlson Comorbidity Index
COI	Cost-of-illness
DAGS	Dansk Ambulant Grupperingssystem
DALY	Disability-Adjusted Life Year
DANCOS	Danish National Cohort Study
DRG	Diagnosis Related Groups
GBD 2010	Global Burden of Disease Study 2010
ICD-10	International Classification of Disease (10. udgave)
IHME	Institute for Health Metrics and Evaluation
KOL	Kronisk obstruktiv lungesygdom
WHO	World Health Organization
YLD	Years Lived with Disability
YLL	Years of Life Lost

Ordforklaringer

Incidens	Nye tilfælde af en sygdom i løbet af en periode. For eksempel antallet af personer, der i løbet af et år får lungekræft, blandt personer, der ikke allerede har sygdommen i forvejen. I nærværende rapport opgøres incidens både som det absolutte antal nye personer, der får lungekræft i løbet af et år, og som en rate i forhold til antallet af personår i befolkningen i løbet af et år.
Prævalens	Personer, der på et givent tidspunkt har en given sygdom, for eksempel personer med lungekræft d. 1. januar 2010. Opgøres enten som et absolut antal eller som en rate i forhold til befolkningsstørrelsen.
Social ulighed	I nærværende rapport tales om social ulighed, når der for et givent sygdomsbyrde-mål er en forholdsvis stor sygdomsbyrde i grupperne grundskoleuddannelse og kort uddannelse i forhold til gruppen med mellemlang/lang uddannelse.

Omvendt social ulighed	I nærværende rapport tales om omvendt social ulighed, når der for et givent sygdomsbyrdemål er en forholdsvis stor sygdomsbyrde i gruppen med mellem-lang/lang uddannelse i forhold til grupperne med grundskoleuddannelse og kort uddannelse.
Gradient	I nærværende rapport tales om gradient, når den sociale ulighed for et givent sygdomsbyrdemål stiger gradvist i takt med, at den sociale position, målt ved uddannelsesniveau, falder eller stiger.
Somatisk	Det, som tilhører kroppen (i modsætning til psykisk- det, der tilhører sindet). I nærværende rapport brugt om den del af sygehusvæsenet, der ikke er psykiatriske afdelinger. Opdelingen bruges i forhold til, hvor i sygehusvæsenet en aktivitet foregår, og er foretaget på baggrund af behandlende afdeling.
Komorbiditet	Personer, der har flere sygdomme/tilstande på samme tid. Symptomerne kan ofte være overlappende.

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

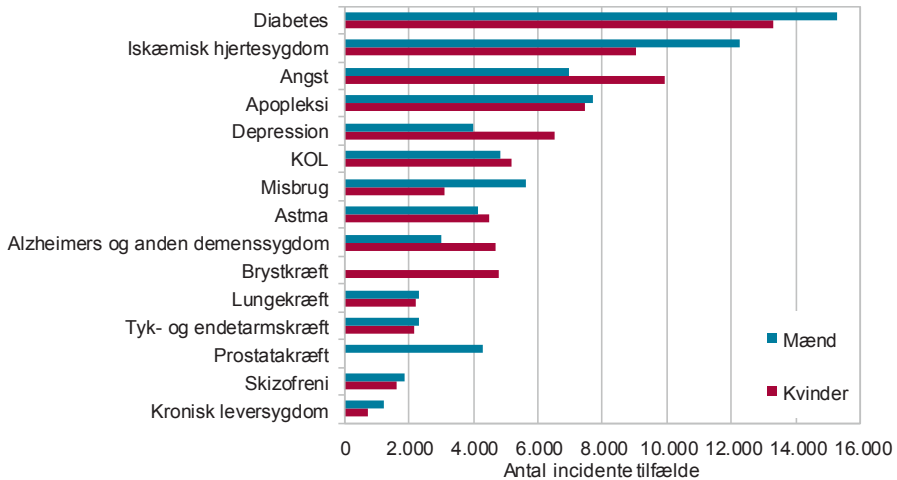
Incidensen (antallet af nye tilfælde) af en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år blev registreret med en aktionsdiagnose for den pågældende sygdom i Landspatientregisteret, Det Nationale Diabetesregister eller Cancerregisteret, eller med den pågældende 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



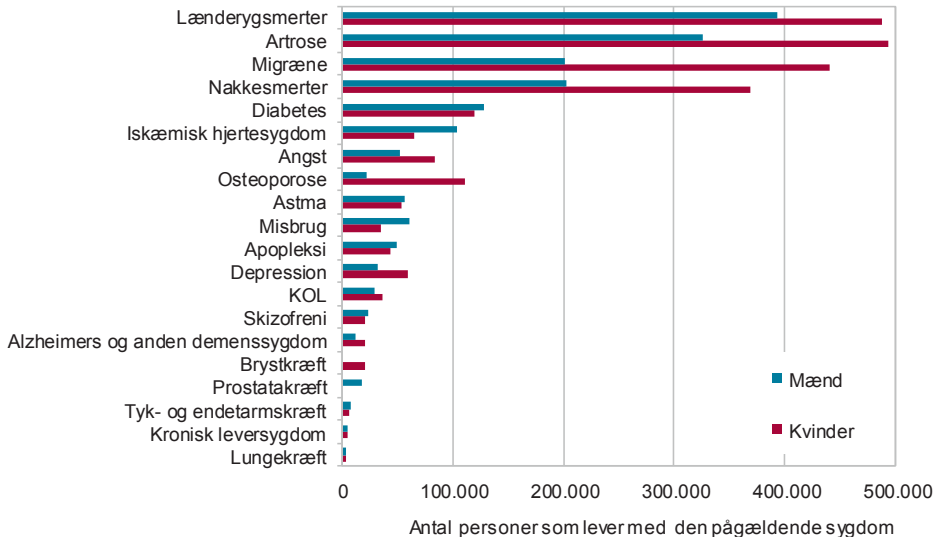
Prævalens

For sygdommene migræne, lænderygsmarter, 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, lænderygsmarter 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 lænderygsmarter, 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 lænderygsmarter, 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



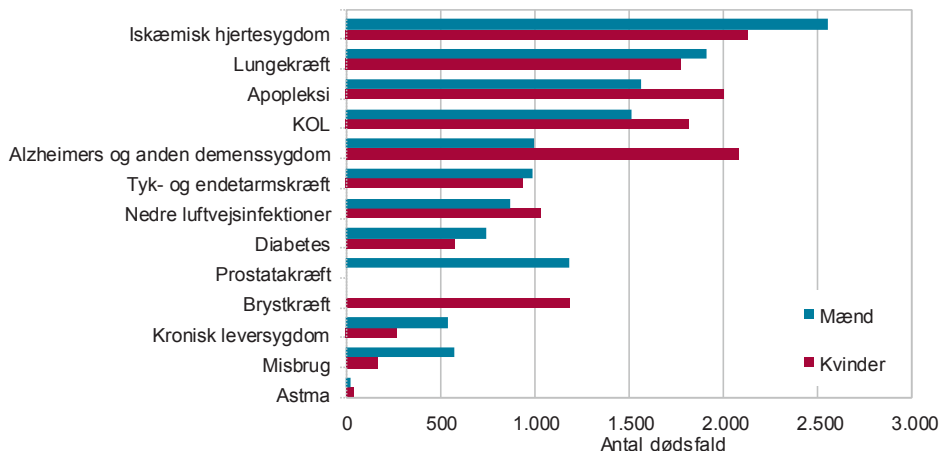
Dødsfald

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 selv sagt 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

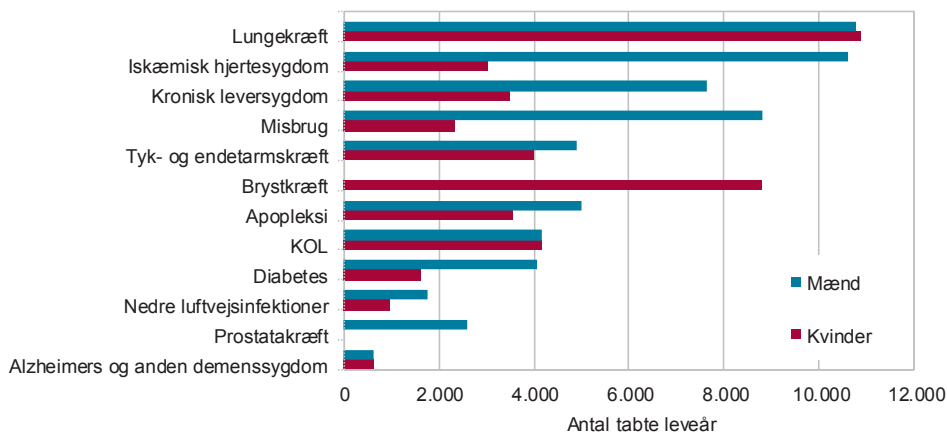
Antallet af tabte leveår for en person beregnes som det antal år, der mistes før alder 75.

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



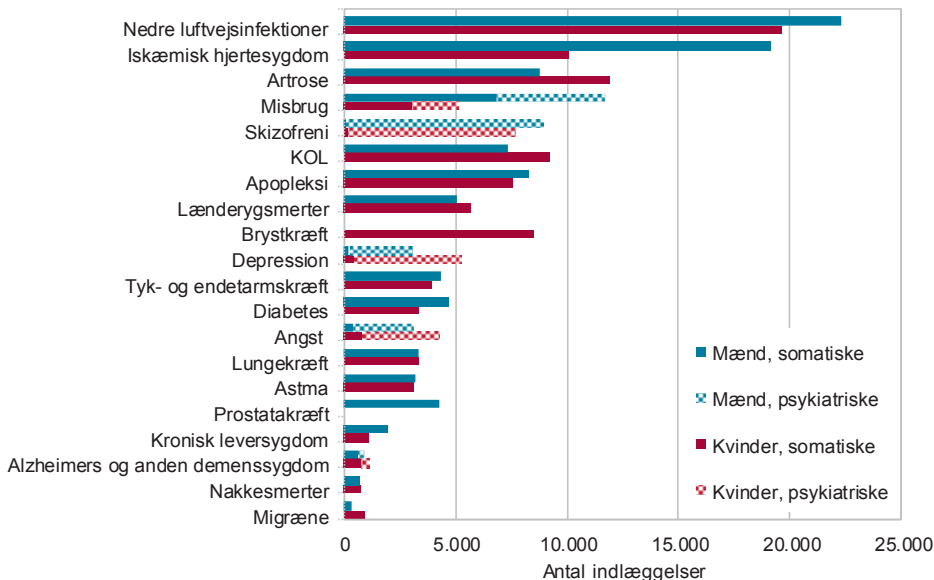
Indlæggelser

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



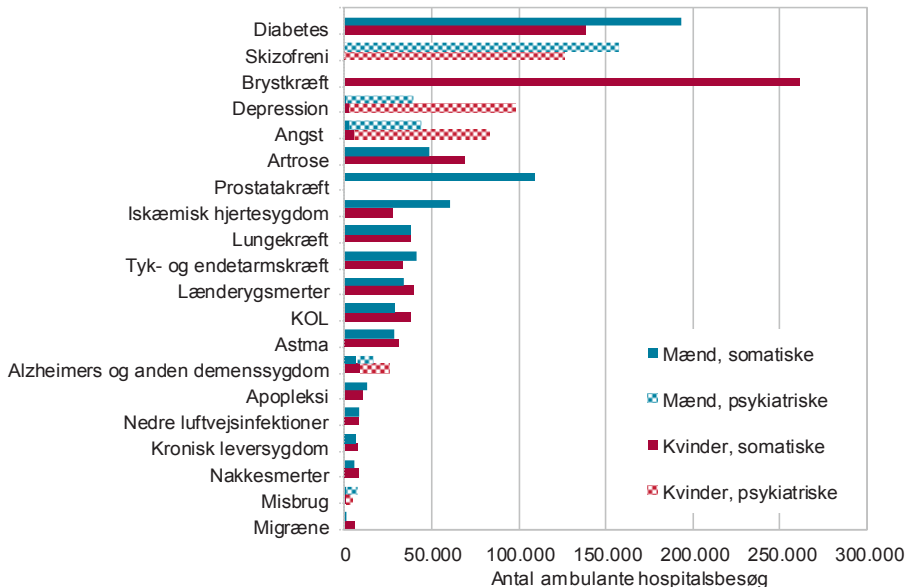
Ambulante hospitalsbesøg

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



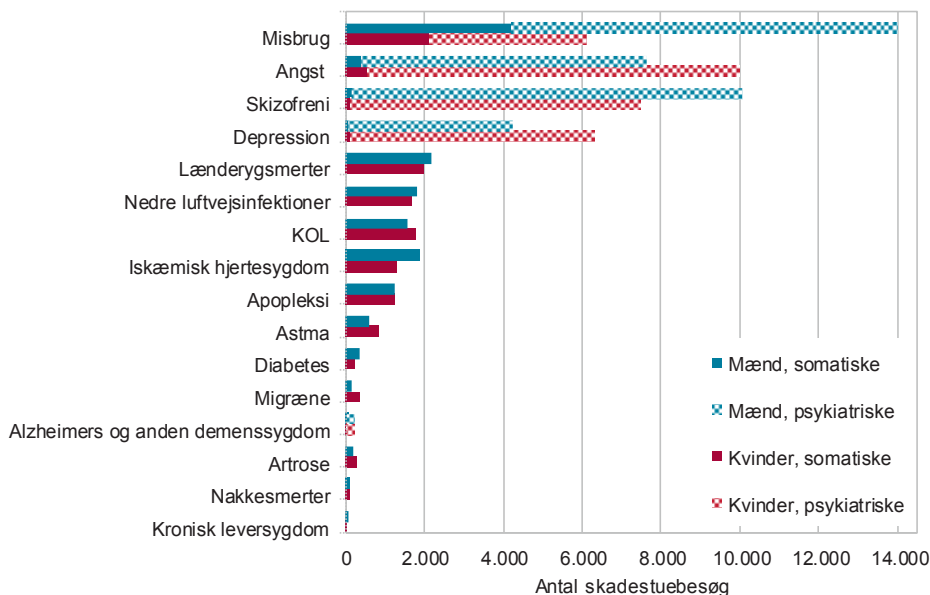
Skadestuebesøg

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



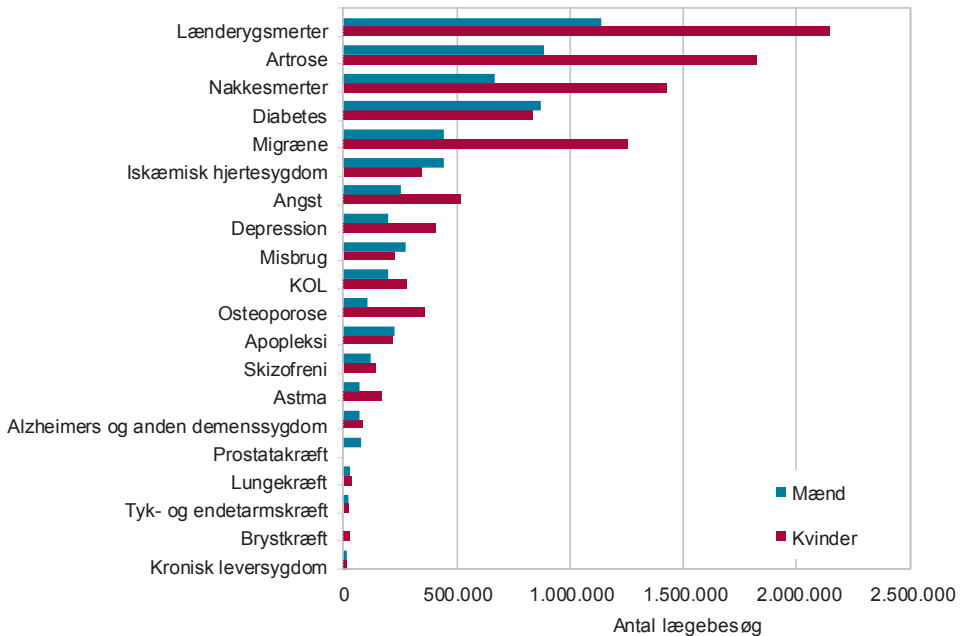
Besøg hos alment praktiserende læge

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



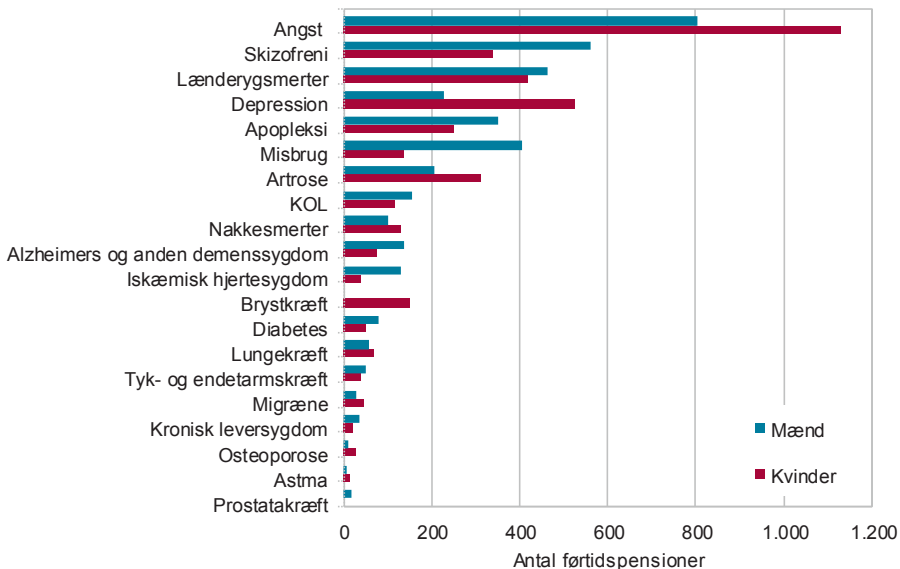
Førtidspensioner

Opgørelserne af helbredsbetiget 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, lænderygsmerter, 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 betydeligt 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



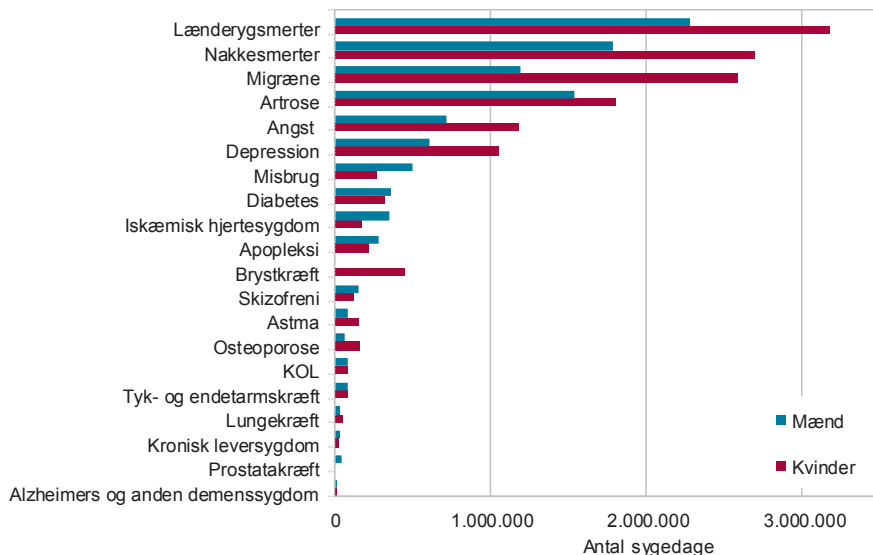
Sygedage

Sygedage er opgjort som fraværssdage 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 rygsmærter) 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 lænderygsmærter, nakkesmærter, 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 lænderygsmærter, nakkesmærter, 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



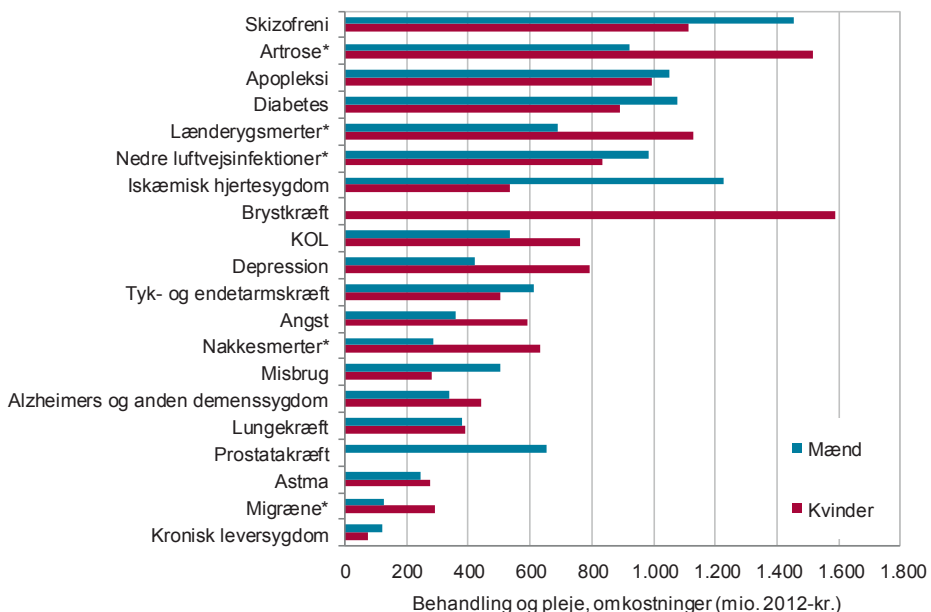
Sundhedsøkonomi

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, lænderygsmerte, 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, lænderygsmerte, 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, lænderygsmerte, 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



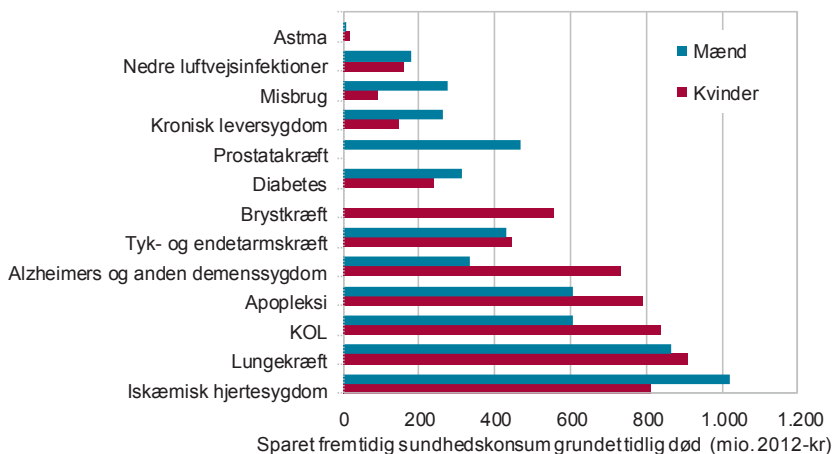
*Der er ikke opgjort omkostninger ved hjemmehjælp/praktisk hjælp for artrose, lænderygsmerte, nedre luftvejsinfektioner, nakkesmerter og migræne. For nedre luftvejsinfektioner er desuden ikke opgjort omkostninger ved primærsektor og medicin.

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, vægtet 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 fremtidige sundhedskonsum i Danmark for udvalgte sygdomme blandt mænd og kvinder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

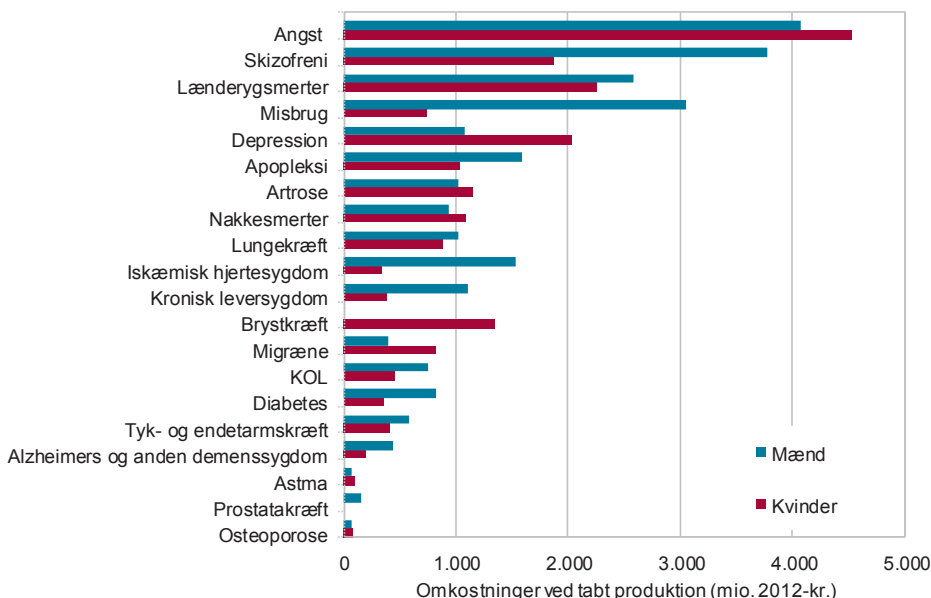


Produktionstab

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, lænderygsmærter, 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 lænderygsmærter, 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

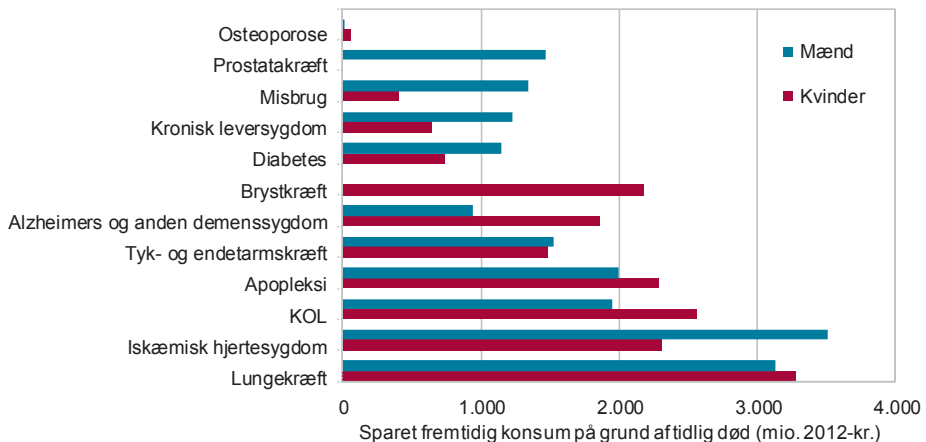


Det sparede fremtidige konsum opstår, når en person dør tidligt. Dette repræsenterer en besparelse i det private forbrug såsom fødevarer, transport og bolig samt i det gennemsnitlige individuelle offentlige forbrug såsom fritid, kultur og social beskyttelse (eksklusive sundhedskonsum). Det årlige konsum 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 sparede konsum på 1.400-1.900 mio. kr. Brystkræft, Alzheimers og anden demenssygdom og tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til et sparede konsum på 2.100-3.100 mio. kr., og apopleksi, KOL, iskæmisk hjertesygdom og lungekræft er årligt årsag til sparede konsum på 4.200-6.500 mio. kr. på grund af tidlig død.

Kønsfordelingen for sparede konsum for de enkelte sygdomme varierer en anelse. Blandt mænd ses et højere sparede konsum end blandt kvinder for iskæmisk hjertesygdom og diabetes, dobbelt så højt sparede konsum for kronisk leversygdom samt tre gange så højt sparede konsum for misbrug. Blandt kvinder ses derimod et højere sparede 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 Sparede 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, nakkesmerter, lænderygsmerter 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

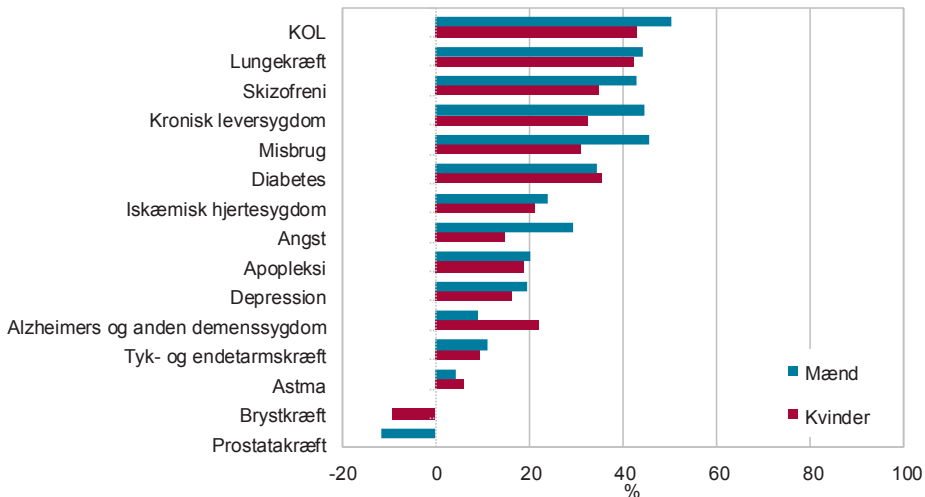
Her gives for alle byrdemål en oversigt over placeringen af den sociale ulighed for hver af de 21 sygdomme fordelt på mænd og kvinder.

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

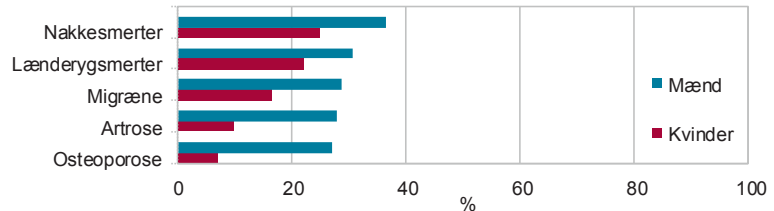


Social ulighed i prævalens

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



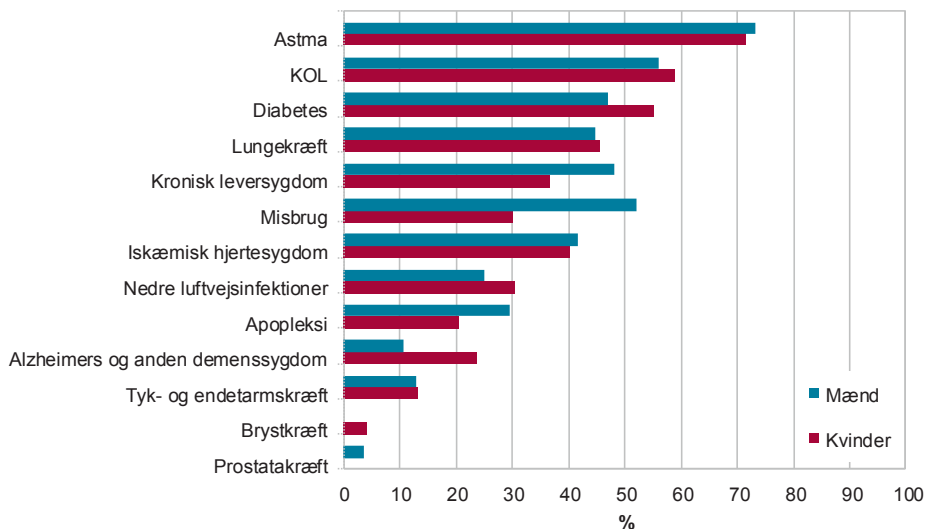
Social ulighed i dødsfald

Social ulighed i dødsfald er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra dødsfald som differensen 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



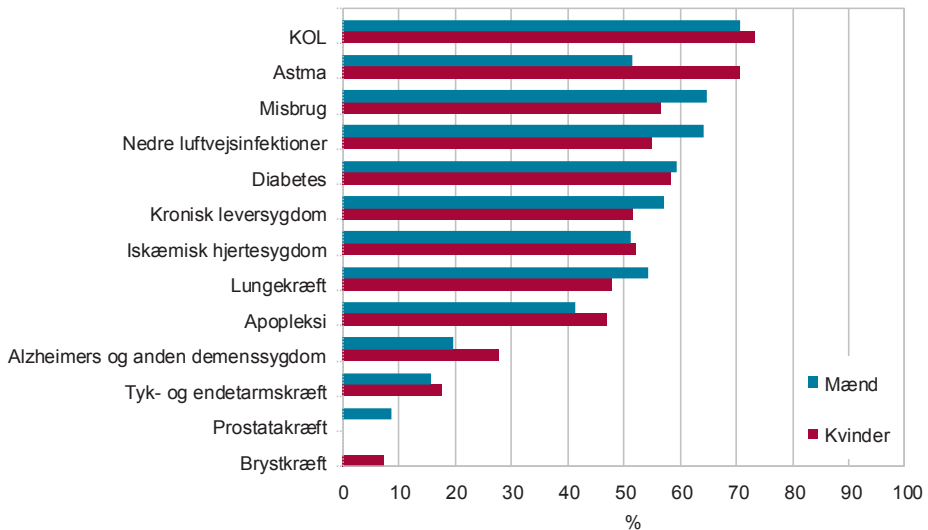
Social ulighed i tabte leveår

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



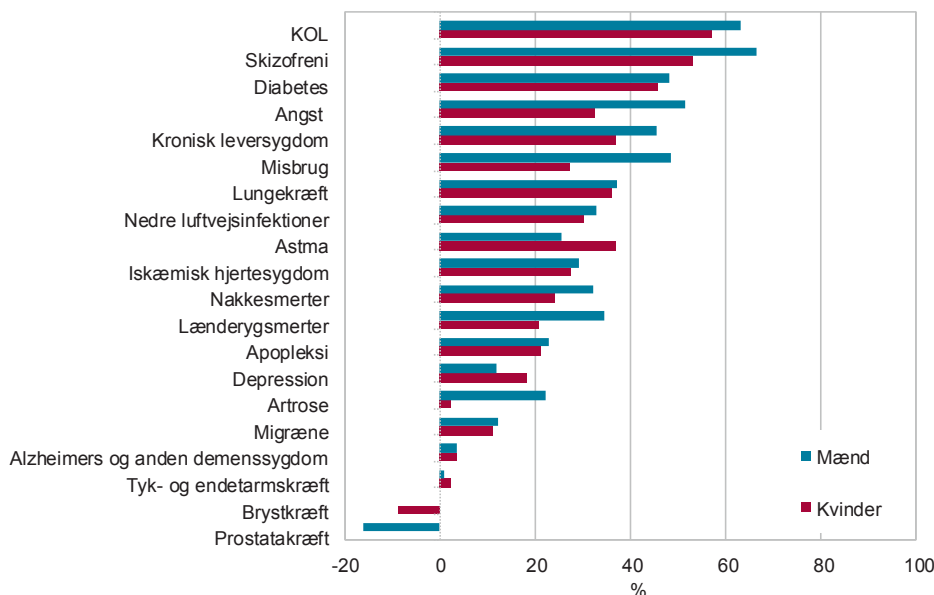
Social ulighed i indlæggelser

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 prostatakraft 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



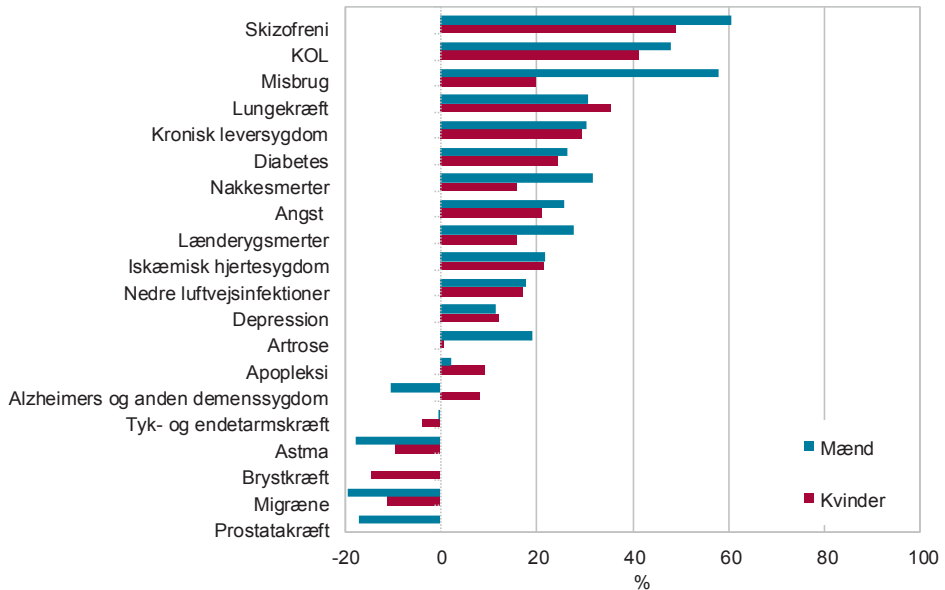
Social ulighed i ambulante hospitalsbesøg

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, lænderygssmerter, 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, lænderygssmerter, 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



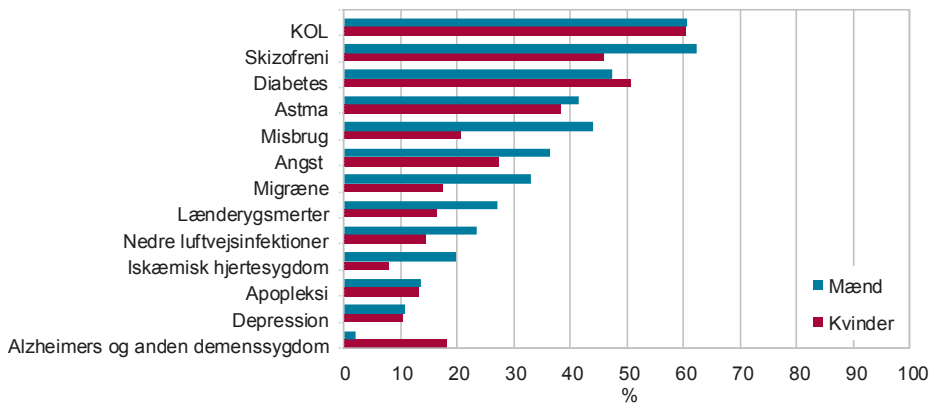
Social ulighed i skadestuebesøg

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-mønstre 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-mønstre som gruppen med mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012



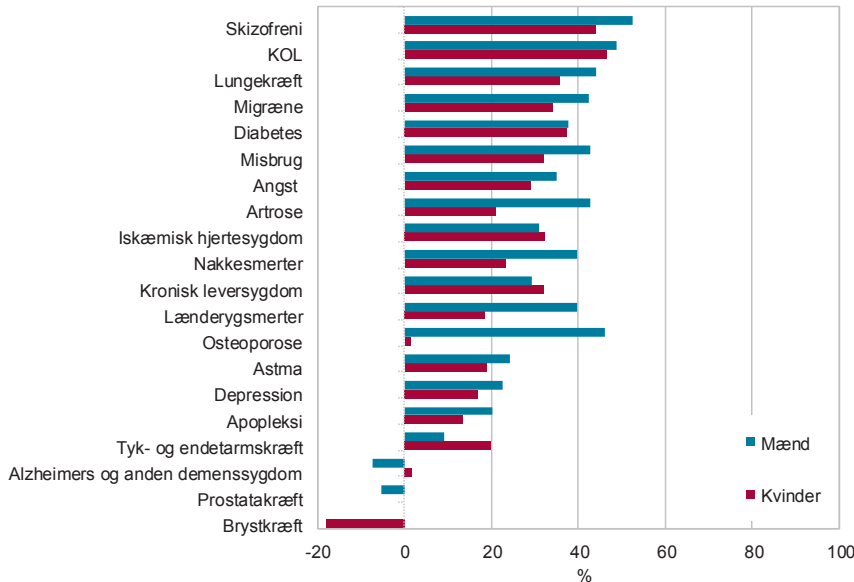
Social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge

Social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge er opgjort for hver sygdom ved at beregne antallet af ekstra besøg. Ekstra besøg er opgjort 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), prostatakraft 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

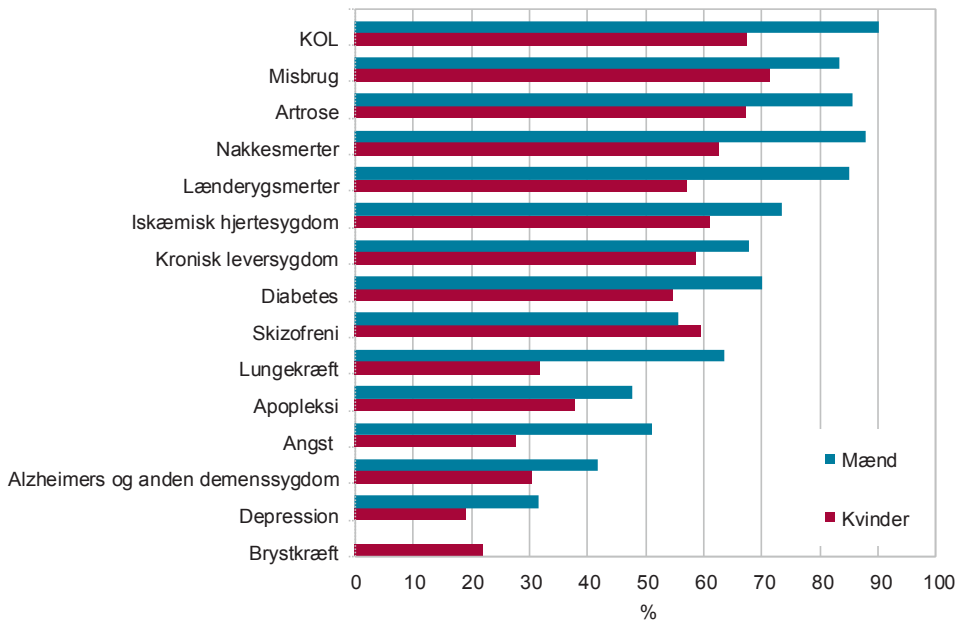


Social ulighed i førtidspensioner

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 mellem-lang/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 mellem-lang/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 mellem-lang/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 mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og udvalgte sygdomme. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012



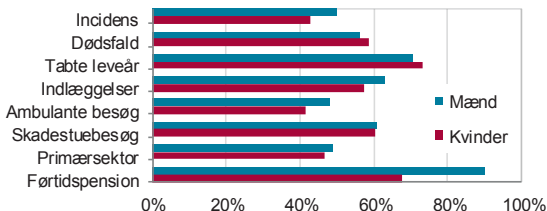
1.2.2 Social ulighed i byrdemål fordelt efter sygdom

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.

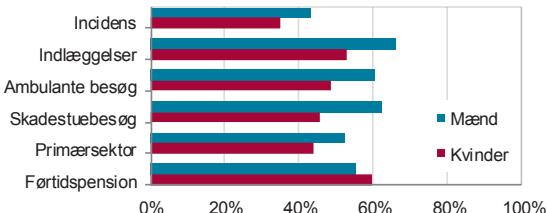
Figur 1.2.10 Social ulighed i KOL



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.

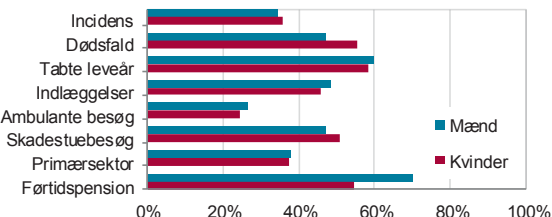
Figur 1.2.11 Social ulighed i skizofreni



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.

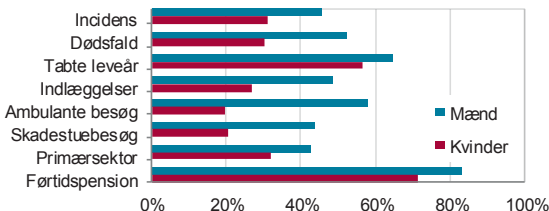
Figur 1.2.12 Social ulighed i diabetes



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 mellemlang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 43-83 % mindre for mænd og 20-72 % mindre for kvinder.

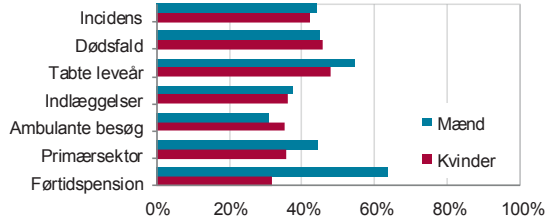
Figur 1.2.13 Social ulighed i misbrug



Lungekræft

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

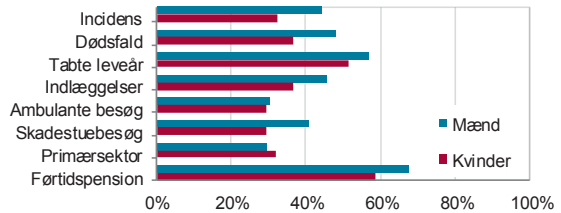
Figur 1.2.14 Social ulighed i lungekræft



Kronisk leversygdom

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

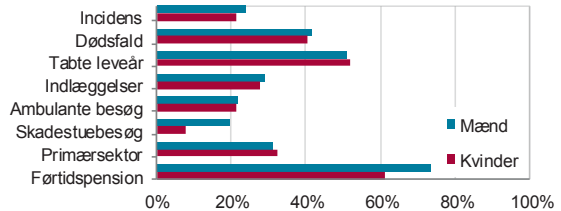
Figur 1.2.15 Social ulighed i kronisk leversygdom



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 mellemlang/lang uddannelse, ville de udvalgte byrdemål årligt være 20-73 % mindre for mænd og 8-61 % mindre for kvinder.

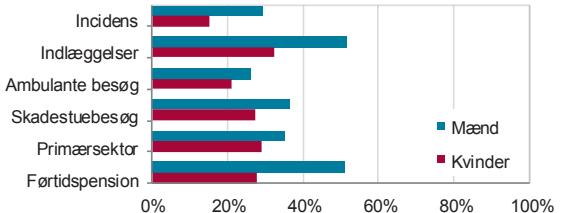
Figur 1.2.16 Social ulighed i iskæmisk hjertesygdom



Angst

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

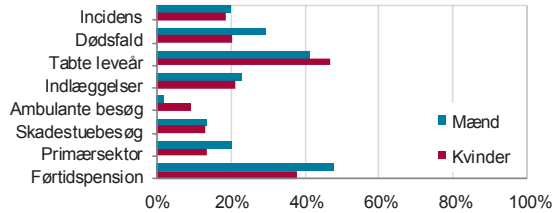
Figur 1.2.17 Social ulighed i angst



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.

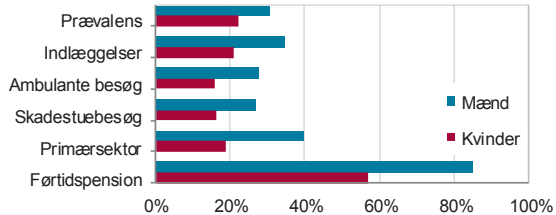
Figur 1.2.18 Social ulighed i apopleksi



Lænderygmerter

Der ses social ulighed i alle de udvalgte byrdemål for lænderygmerter, 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.

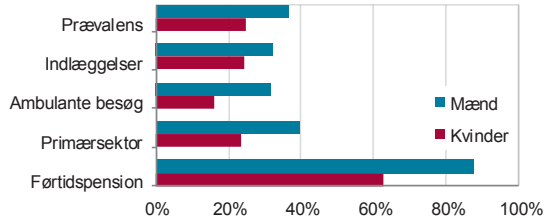
Figur 1.2.19 Social ulighed i lænderygmerter



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.

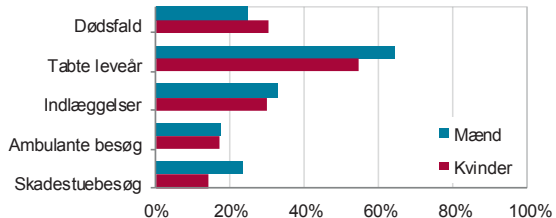
Figur 1.2.20 Social ulighed i nakkesmerter



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.

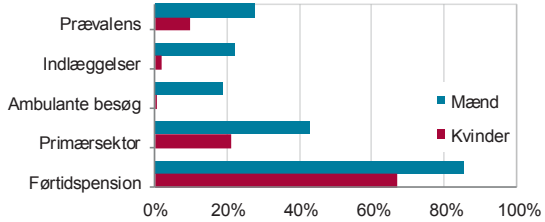
Figur 1.2.21 Social ulighed i nedre luftvejsinfektioner



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.

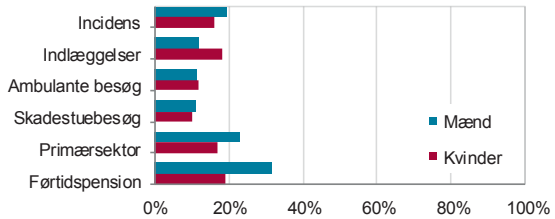
Figur 1.2.22 Social ulighed i artrose



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.

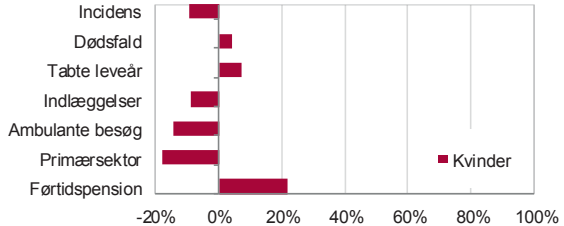
Figur 1.2.23 Social ulighed i depression



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.

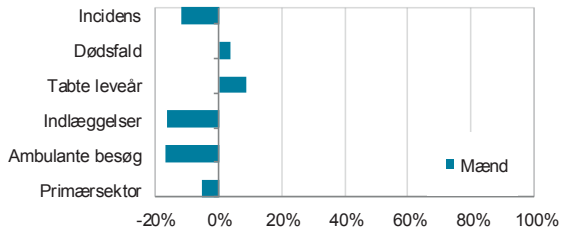
Figur 1.2.24 Social ulighed i brystkræft



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.

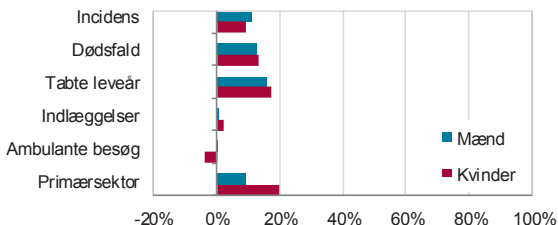
Figur 1.2.25 Social ulighed i prostatakræft



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 incidente 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.

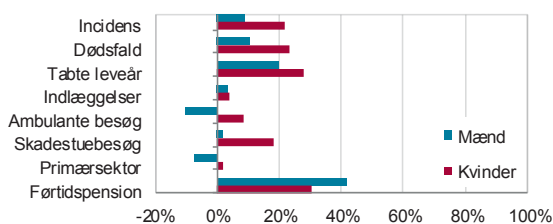
Figur 1.2.26 Social ulighed i tyk- og endetarmskræft



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 incidente 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.

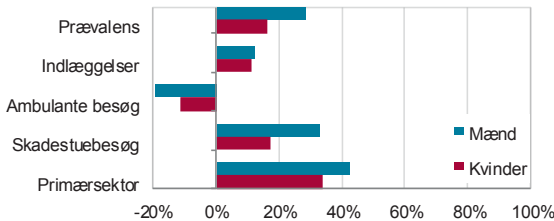
Figur 1.2.27 Social ulighed i Alzheimers og anden demenssygdom



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.

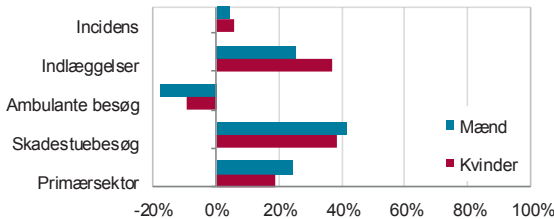
Figur 1.2.28 Social ulighed i migræne



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.

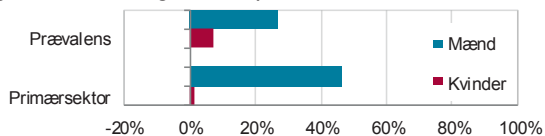
Figur 1.2.29 Social ulighed i astma



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



2 BAGGRUND

I 2012 blev hovedresultater fra det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 publiceret i The Lancet (1), og i 2013 udkom overordnede rapporter med sygdomsbyrde mål for hvert af de 187 inkluderede lande, herunder Danmark (2). I GBD estimeres sygdomsbyrden målt ved Disability Adjusted Life Years (DALYs) for 291 forskellige sygdomstilstande og ulykkesårsager samt 69 risikofaktorer på globalt, regionalt og nationalt niveau. GBD 2010 er et partnerskab mellem WHO og universitetsmiljøer i USA, England og Australien. Analyserne i GBD 2010 bygger på tidligere GBD-studier, nye data fra nationale registre samt opdaterede metaanalyser med beregning af risikofaktorerne relative risici. GBD-studiernes datakvalitet og beregningsmetoder er optimeret gennem tiden, men der er fortsat begrænsninger typisk på grund af manglende nationale data.

I Danmark giver de unikke danske registre på sundhedsområdet og Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 (3, 4) gode muligheder for at udvide beregninger og resultater fra GBD-studiet til at omfatte andre sygdomsbyrde mål end DALYs, der kun måler på dødelighed i form af tabte leveår og levetid med sygdom. Det er på grund af de detaljerede danske data også muligt at betragte sygdomsforekomst, brug af både primær-, hospitals- og plejesektoren, fravær fra arbejdsmarkedet og de afledte sundhedsøkonomiske konsekvenser for alle disse mål for sygdomsbyrden. Endvidere er det muligt at lave estimater på samme måde for alle sygdomme, således at det bliver muligt umiddelbart at sammenligne disse.

I Danmark findes der markant social ulighed i flere sundhedsmæssige indikatorer: Risikofaktorer, sygdomsforekomst, brug af sundhedsvæsenet og dødelighed. På trods af de veldokumenterede sociale forskelle, mangler der viden om fordelingen af sygdomsbyrden grundet social ulighed. Tværgående ulighedsberegninger for alle sygdomsbyrdeanalyser indgår derfor som en central del af rapportens beregninger af, hvorledes sygdomsbyrden fordeler sig i befolkningen som supplement til demografiske fordelinger efter køn og alder. De unikke danske registre og Den Nationale Sundhedsprofil 2010 og 2013 giver mulighed for at udvide GBD-beregningerne og dermed tilføje et helt nyt perspektiv på sygdomsbyrdeestimer, herunder specielt potentialet i at koble data om social position med sygelighed.

2.1 Formål

Dette er den første af tre rapporter om sygdomsbyrden i Danmark. Rapporten beskriver, hvorledes sygdomsbyrden for 21 markante folkesygdomme fordeler sig i befolkningen efter køn og alder. Sygdomsbyrden spænder over en bred vifte af forskellige sygdomsbyrde mål i form af forekomst, dødelighed, behandling i både primær- og sekundærsektoren, fravær fra arbejdsmarkedet og sundhedsøkonomiske konsekvenser. Der er derudover lavet beregninger af social ulighed i sygdomsbyrden. Den anden rapport beskriver sygdomsbyrden ved ulykker og selvmord, mens den tredje rapport beskriver udvalgte risikofaktorerens bidrag til sygdomsbyrden.

Formålet med første del af det danske sygdomsbyrdestudie er at levere sygdomsbyrdeestimer for 21 udvalgte sygdomme, der alle belaster folkesundheden i Danmark markant. Styrken ved at udføre et nationalt studie i forlængelse af det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 er, at det er muligt at opgøre sygdomsbyrden på flere forskellige måder (forekomst, dødelighed, brug af sundhedsvæsenet og sundhedsøkonomiske konsekvenser) og på den måde skabe en bred viden omkring sygdomsbyrden af de forskellige sygdomme. Et meget stærkt element og en unik mulighed i et samlet dansk sygdomsbyrdestudie er, at der kan laves tværgående opgørelser af social ulighed i sundhed for alle de forskellige mål for sygdomsbyrde.

Nærværende rapport er dermed første del af et bidrag til et opdateret beslutningsgrundlag for prioritering, planlægning, forskning og uddannelse på sundhedsområdet. Intentionen er, at dette danske sygdomsbyrdestudie vil kunne fungere som et centralt planlægningsredskab i sundhedsmyndighedernes arbejde både i stat, regioner og kommuner. Et sådant systematisk arbejde vil kunne danne grundlag for fremtidige sammenligninger, hvor udviklingen i sygdomsbyrden kan følges over tid.

Der er lagt vægt på, at resultaterne kan sammenlignes meningsfuldt og kan anvendes af beslutningstagere og planlæggere både i kommuner, i regioner og nationalt, og altså tilgodes brug på disse forskellige administrative niveauer.

Sygdomsbyrdeestimerne er beregnet for sygdomskategorier, der belaster folkesundheden i Danmark markant, og udvalget af sygdomme har i udgangspunktet sigtet mod at dække de i GBD 2010 mest byrdefulde sygdomme. Udvalget er endeligt fastlagt i samarbejde med sygdomsbyrdestudiets faglige følgegruppe, således at det er sikret, at de udvalgte sygdomme er dækkende for både sygdomsbyrden og for specifikke danske forhold, herunder at der i reglen er et vist forebyggelsespotentiale, og således at forskellige sygdomsgrupper, herunder somatiske og psykiatriske, samt sygdomme med høj og lav dødelighed, alle er repræsenteret.

Formålet med denne rapport har ikke været at gentage de beregninger, der allerede foreligger i GBD 2010, men snarere at supplere disse med yderligere mål for sygdomsbyrden i Danmark og dennes fordeling i befolkningen på tværs af demografiske og sociale faktorer. Der er derfor ikke inkluderet DALY-beregninger direkte i rapporten, men DALY-opgørelserne fra GBD 2010-studiet er præsenteret i kapitel 26, således at det er muligt at læse resultaterne i sammenhæng.

2.2 De udvalgte sygdomme

Nærværende rapport opgør sygdomsbyrden ved en række forskellige sygdomsbyrdemål for 21 udvalgte sygdomsgrupper (herefter benævnt sygdomme). De er valgt på baggrund af tre kriterier:

- 1) En betydelig vægt ifølge opgørelsen for Danmark i det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010
- 2) Et vist forebyggelsespotentiale
- 3) Mulighed for register- eller spørgeskemabaseret opgørelse af sygdomsbyrden, således at det er muligt at identificere individer i befolkningen med en given sygdom og lade opgørelserne tage udgangspunkt i disse

I forhold til opgørelsen af sygdomsbyrden for Danmark præsenteret i GBD 2010, er der taget udgangspunkt i de mest byrdefulde sygdomme opgjort ved DALYs, som er et samlet mål for tabte leveår og år levet med sygdom. Derefter er der foretaget en udvælgelse, således at kræft i bugspytkirtlen er udeladt fra opgørelserne på grund af begrænset forebyggelsespotentiale, mens sygdomsgruppen anden hjertekar- eller kredsløbssygdom er udeladt, da den indeholder en lang række sygdomme, der kan karakteriseres som en slags restgrupper inden for hjerte- og kredsløbssygdomme. Andre muskel- og skeletsygdomme indeholder ligeledes en række "restsygdomme", herunder osteoporose, som er inkluderet særskilt i opgørelserne. Fald, trafikulykker og selvmord er ekskluderet fra denne første rapport, men indgår i den anden rapport omhandlende ulykker. Endelig er tandsygdomme udeladt på grund af manglende muligheder for opgørelser på basis af registeroplysninger.

I forhold til udvalget i GBD 2010 er beslægtede sygdomme slået sammen, således at de to sygdomme alkoholmisbrug og stofmisbrug er slået sammen til én sygdom, "misbrug". Misbrug benyttes i denne rapport som en samlet betegnelse for et bredt spektrum af tilstande, som er forårsagede af et skadeligt forbrug af et eller flere rusmidler. Derudover er GBD 2010-sygdommen "levercirrose" udvidet til at omfatte en skare kroniske leversygdomme for ikke at identificere sygdommen direkte med konsekvenser af risikofaktoren alkohol, som vil blive opgjort i den tredje og sidste rapport om risikofaktorer.

Det endelige udvalg af sygdomme til denne rapport er vist i tabel 2.2.1.

Tabel 2.2.1 Oversigt over de 21 udvalgte sygdomme

Sygdomme
Lungekræft
Tyk- og endetarmskræft
Brystkræft
Prostatakræft
Diabetes
Misbrug
Depression
Alzheimers og anden demenssygdom
Angst
Skizofreni
Migræne
Iskæmisk hjertesygdom
Apopleksi
KOL
Nedre luftvejsinfektioner
Astma
Kronisk leversygdom
Lænderygmerter
Nakkesmerter
Artrose
Osteoporose

2.3 De udvalgte sygdomsbyrdemål

Sygdomsbyrden ved 21 sygdomme opgøres ved hjælp af en række forskellige sygdomsbyrdemål, som fremgår af tabel 2.3.1.

Tabel 2.3.1 Oversigt over de udvalgte sygdomsbyrdemål

Sygdomsbyrdemål
Forekomst
Incidens
Prævalens
Dødelighed
Dødsfald
Tab i middellevetid
Tabte leveår indtil det 75. år
Kontakt til hospitalet
Indlæggelser på somatiske og psykiatriske hospitaler
Ambulante besøg på somatiske og psykiatriske hospitaler
Skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske hospitaler
Kontakt til primærsektoren
Alment praktiserende læge
Fysioterapeut og kiropraktor
Psykolog og psykiater
Fodterapeut
Øjenlæge
Fravær fra arbejdsmarkedet
Sygedage
Førtidspensioner
Sundhedsøkonomiske konsekvenser i form af omkostninger til:
Hospitalssektoren
Primærsektoren
Receptpligtig medicin
Hjemmehjælp
Sparet sundhedskonsum på grund af tidlig død
Produktionstab ved fravær fra arbejdsmarkedet på grund af:
Sygedage
Førtidspensioner
Tidlig død
Sparet konsum på grund af tidlig død

Sygdomsbyrden er opgjort for den danske befolkning – primært personer på 16 år eller derover, men børn inddrages, hvor det er relevant og muligt – inddelt efter køn og alder samt uddannelsesniveaue, således at det er muligt at danne sig et indtryk af den sociale ulighed i sygdomsbyrden. En nærmere beskrivelse af rapportens datakilder findes i kapitel 3 og af sygdomsbyrdemålene i kapitel 4.

2.4 Referencer

1. Murray CJ, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation. GBD Profile: Denmark. Global burden of diseases, injuries, and risk factors study 2010. 2013.
3. Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: 2011.
4. Sundhedsstyrelsen. Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: 2014.

3 DATAKILDER

Sygdomsbyrdemålene i denne rapport bygger på opgørelser og beregninger lavet på baggrund af oplysninger i en række administrative registre, dels på sundhedsområdet (Landspatientregisteret, Dødsårsagsregisteret og Lægemedelstatistikregisteret), og dels på det sociale område (Indkomststatistikregisteret, Sygedagpengeregistret, Uddannelsesregistret og Førtidspensionsstatistikken). Dertil er benyttet et antal forskningsdatabaser (Den Nationale Sundhedsprofil 2010 / DANCOS, Cancerregisteret og Det Nationale Diabetesregister). For alle databaserne gælder, at oplysninger om personer på 16 år eller derover er behandlet via DANCOS-databasen ved Danmarks Statistiks forskningsservice, mens oplysninger om børn under 16 år er behandlet via Statens Serum Institut. Da tilgangen til databaserne og dermed strukturering og opgørelsestidspunkt varierer for personer under og over 16 år, kan der være mindre metodeforskelle mellem opgørelserne for disse aldersgrupper. Det er for de enkelte sygdomme og sygdomsbyrdemål angivet, hvis der er metodeforskelle. Det vurderes ikke, at disse metodeforskelle giver anledning til diskrepans i rapportens resultater for personer under og over 16 år.

3.1 Det Centrale Personregister

Det Centrale Personregister tildeler alle personer med bopæl i Danmark et unikt personnummer og kan dermed bruges som nøgle til at sammenstille oplysninger fra alle de øvrige databaser. Derudover indeholder Det Centrale Personregister oplysninger om ind- og udvandring og eventuel dødsdato (1).

3.2 Landspatientregisteret

Landspatientregisteret indeholder sygehuskontakter på danske offentlige såvel som private hospitaler, både på somatiske (siden 1977) og psykiatriske afdelinger (siden 1995). I denne rapport er der opgjort både skadestuekontakter, ambulante hospitalskontakter og indlæggelser. Registeret er anvendt således, at alle kontakter, der har været aktive i perioden fra år 2000 til 2012, er medtaget, ligesom der er medtaget besøg fra både afsluttede og uafsluttede kontakter (2). Desuden benyttes afregningsdatasættene for perioden 2010 til 2012, som tager udgangspunkt i kontakter i Landspatientregisteret og knytter afregningstakster til de enkelte behandlinger. Til indlæggelser tilknyttes DRG-takster (DRG står for diagnoserelaterede grupper), og til ambulante besøg og skadestuebesøgene tilknyttes DAGS-takster (DAGS står for Dansk Ambulant Grupperingssystem). Både DRG- og DAGS-taksterne er en beregning af sygehusenes gennemsnitlige omkostninger fordelt på forskellige diagnosegrupper (3).

3.3 Dødsårsagsregisteret

Dødsårsagsregisteret rummer i dets nærværende form alle dødsfald i Danmark siden 1970. Der er for hvert dødsfald angivet identifikation af personen, dødsdato, en tilgrundliggende dødsårsag og eventuelt medvirkende dødsårsager. I denne rapport anvendes dødsfald registreret i perioden fra 2010 til 2012, og der anvendes udelukkende den tilgrundliggende dødsårsag. De supplerende dødsårsager anvendes af to årsager ikke, dels er de kun opgjort i varierende grad, og dels skal de samlede dødsfald opdeles i dødsfald efter sygdom, således at et enkelt dødsfald optræder netop én gang i rapporten (4).

3.4 Sygesikringsregisteret

Sygesikringsregisteret indeholder registrering af alle ydelser fra praktiserende læger, praktiserende speciallæger, tandlæger, psykologer, fysioterapeuter, kiropraktorer, fodterapeuter m.fl., så længe ydelserne foregår i regi af den

offentlige sygesikring. Registret indeholder alle kontakter siden 1990, men der er i denne rapport kun benyttet kontakter for årene 2010-2012. Til kontakterne er knyttet oplysninger om blandt andet yderens speciale, modtagerens personnummer, tidspunkt for ydelse og yderens honorar. Der er ikke registreret oplysninger om årsagen til ydelsen eller diagnosen for den tilgrundslygende sygdom (5).

3.5 Cancerregisteret

Cancerregisteret indeholder oplysninger om alle kræftdiagnoser (ondartede tumorer og i nogen grad også godartede tumorer) stillet siden 1943, og indberetning har været obligatorisk siden 1987. Registret er en sammenstilling af oplysninger fra en række kilder, der efterfølgende verificeres, og registret er dermed en samlet indgang til oplysninger om kræfttilfælde i den danske befolkning. Registret indeholder blandt andet oplysninger om personnummer og dato for kræftdiagnose (6). Cancerregisteret er kun benyttet for personer på 16 år eller derover.

3.6 Det Nationale Diabetesregister

Det Nationale Diabetesregister indeholder oplysninger om alle personer med diabetes siden 1996. Registret bygger på oplysninger fra en række forskellige kilder (Landspatientregisteret, Sygesikringsregisteret og Lægemiddelstatistikregisteret), og registret er dermed en samlet indgang til oplysninger om diabetesstilfælde i den danske befolkning. Registret indeholder blandt andet oplysninger om personnummer og dato for diabetesdiagnose (7). Diabetesregisteret er kun benyttet for personer på 16 år eller derover.

3.7 Lægemiddelstatistikregisteret

Lægemiddelstatistikregisteret indeholder oplysninger om alle indløste recepter på danske apoteker. Registret dækker perioden fra 1995 og fremefter. I denne rapport er anvendt data fra årene 2010-2012. For hver indløst recept er der tilknyttet oplysninger om blandt andet typen af medicin (efter ATC-kodesystemet) (8), dosis, personnummer for modtager, dato for indløsning og pris (9). Lægemiddelstatistikregisteret er kun benyttet for personer på 16 år eller derover.

3.8 Førtdspensionsstatistikken

Registret indeholder oplysninger om kommunernes afgørelser om førtdspension fra 1998 og frem og baseres på kommunernes indberetninger til Ankestyrelsen. Til den enkelte afgørelse er knyttet oplysninger om blandt andet ansøgers personnummer, afgørelse om førtdspension (tilkendelse, afslag, frakendelse eller opretholdelse), dato for afgørelse samt hoveddiagnose samt eventuelle bidiagnoser. I nærværende rapport er der kun anvendt nytilkendte førtdspensioner i perioden fra 2010 til 2012, og udelukkende hoveddiagnosen anvendes (10).

3.9 Sygedagpengeregisteret

I det kommunale sygedagpengeregister registreres personer, hvor der er foretaget en refusion af sygedagpenge, enten til den sygemeldte selv eller til arbejdsgiver. For personer i arbejde er den første periode af en sygemelding arbejdsgiverens ansvar, hvorefter der kan søges om refusion for sygedagpengene. Længden af perioden var i 2010 og 2011 på 21 dage, den 1. januar 2012 ændredes arbejdsgiverperioden til 30 dage. Sygemeldinger med varighed kortere end 21/30 dage inkluderes ikke i Sygedagpengeregisteret, og kortsigtet sygefravær er derfor ikke en del af opgørelserne for personer i arbejde. Fra Sygedagpengeregisteret benyttes oplysninger om dato for sygemelding og dato for sidste dagpengedag (11, 12).

3.10 Ældredokumentation

I nærværende rapport benyttes den del af Ældredokumentationen, der indeholder oplysninger om leveret hjemmehjælp og leveret praktisk hjælp. Ældredokumentationen består af data, der dannes ud fra kommunernes månedlige indberetninger af leverede ydelser. Data fra Ældredokumentationen dækker fra 2011 og frem. Fra registret benyttes variabelen for den gennemsnitlige leverede hjemmehjælp per uge i minutter, samt den gennemsnitlige leverede praktiske hjælp per uge i minutter og hændelsesmåned for den leverede hjemmehjælp og praktiske hjælp (13).

3.11 Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Den Nationale Sundhedsprofil 2010 er en spørgeskemaundersøgelse af den voksne befolknings sundhed og sygelighed gennemført i samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen, de fem danske regioner og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. I undersøgelseerne er der indsamlet data om sundhed og sygelighed samt forhold af betydning herfor. Det vil sige data, som ikke er tilgængelige i de nationale danske registre på sundhedsområdet og derfor supplerer Den Nationale Sundhedsprofil 2010 med viden om den ikke-institutionsbehandlede sygelighed, dødelighed og sociale begivenheder. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 omfatter 298.550 borgere, udtrukket repræsentativt således at der kan laves opgørelser både på nationalt, regionalt og kommunalt niveau, hvoraf 59,5 % besvarede spørgeskemaet. I det personer, der vælger ikke at svare, ikke fordeler sig jævnt i befolkningen, er der for at sikre repræsentativiteten af opgørelserne på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2010 foretaget en opregning, der er udarbejdet af Dataindsamling og Metode ved Danmarks Statistik – en såkaldt vægtning for non-response (14). Undersøgelsen er finansieret af de fem regioner, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse og Statens Institut for Folkesundhed ved Syddansk Universitet. Data er indsamlet af de fem regioner og Statens Institut for Folkesundhed.

3.12 Uddannelsesregistret

Uddannelsesregistret indeholder oplysninger om befolkningens påbegyndte og afsluttede uddannelser per 1. oktober hvert år. Registret dækker perioden 1977 og frem. I denne rapport benyttes variabelen for højest fuldførte uddannelse, som grupperes i tre uddannelseskategorier: grundskole, kort uddannelse og mellemlang/lang videregående uddannelse (15).

3.13 Indkomststatistikregistret

I Indkomststatistikregistret registreres alle oplysninger om beskæftigelse og indkomst i den danske befolkning. Registret dækker perioden 1977 og fremefter. Variable for beskæftigelsesstatus benyttes i denne rapport til at opgøre den erhvervsaktive del af befolkningen til brug for opgørelserne vedrørende produktionstab (16).

3.14 Andre datakilder

Udover de beskrevne registre og spørgeskemadata benyttes data fra Danmarks Statistik (Statistikbanken). Der benyttes køns- og aldersspecifikke erhvervsfrekvenser for 2012 fra tabel RAS110, køns- og aldersspecifik løn for 2012 fra tabel SLON50 samt gennemsnitligt husstandsforbrug og individuelt offentligt forbrug fra tabel FU5 og OFF24. Fra tabel PRIS7 benyttes prisindeks fordelt på varegruppe for årene 2010-2011 til beregning af 2012-priser til brug for de sundhedsøkonomiske opgørelser. Desuden udtrækkes overlevelsestavler fra tabel HISB9 til brug for de sundhedsøkonomiske opgørelser af tabt produktion og sparet konsum.

Af Sygesikringsregisteret fremgår den del af yderens bruttohonorar, der er finansieret gennem den offentlige sygesikring. Behandlinger ved alment praktiserende læge er vederlagsfri, i modsætning til andre behandlinger, såsom kiropraktor, psykolog m.fl. For at kunne prissætte behandlinger, der ikke er vederlagsfri, benyttes tilskuds-

procenter for fysioterapi (40 %), kiropraktik (20 % normalt tilskud, 25 % til kronikere), fodterapi (60 % for patienter med sukkersyge) og psykologhjælp (60 %) (17), således at den benyttede pris udgør de fulde omkostninger og ikke kun den tilskudsberettigede del. Fra Fritvalgsdatabasen (18) er priser på praktisk hjælp og priser på personlig pleje inden for hjemmehjælpsområdet hentet. Der er udtrukket priser per 1. januar 2012 for alle kommuner. Et kommunalt gennemsnit er beregnet med udgangspunkt i de kommunale priser vægtet med antallet af borgere over 65 år i hver kommune. Prisen på leveret praktisk hjælp er beregnet til 410 kr. per time, og prisen på leveret personlig pleje er beregnet til 525 kr. per time.

3.15 Referencer

1. Pedersen CB. The Danish Civil Registration System. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):22-5.
2. Lyng E, Sandegaard JL, Rebolj M. The Danish National Patient Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):30-3.
3. Statens Serum Institut. Sundhedsøkonomi og DRG. 2015 [16-03-2015]. www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsokonomi%20og%20finansiering/Sundhedsokonomi%20og%20DRG.aspx.
4. Helweg-Larsen K. The Danish Register of Causes of Death. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):26-9.
5. Andersen JS, de Fine Olivarius F, Krasnik A. The Danish National Health Service Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):34-7.
6. Gjerstorff M. The Danish Cancer Registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):42-5.
7. Carstensen B, Kristensen J, Marcussen M, Borch-Johnsen K. The National Diabetes Register. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):58-61.
8. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. Structure and principles. 2011 [10-03-2015]. www.whocc.no/atc/structure_and_principles/.
9. Kildemoes HW, Sørensen HT, Hallas J. The Danish National Prescription Registry. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):38-41.
10. Ankestyrelsen. Databeskrivelse af statistikker i Ankestyrelsen. 2014 [10-03-2015]. ast.dk/tal-og-undersogelser/statistik/databeskrivelse-af-ankestyrelsens-statistikker.
11. Pedersen J, Villadsen E, Burr H, Martin M, Nielsen MBD, Meinertz L. Register over Sygedagpenge og Sociale ydelser i Danmark. København: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA), 2011.
12. Bekendtgørelse af lov om sygedagpenge, § 30. Afsnit III, Kapitel 10 (2015).
13. Danmarks Statistik. Ældredokumentation [16-03-2015]. www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/aeldredokumentation.aspx.
14. Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: 2011.
15. Jensen VM, Rasmussen AW. Danish Education Registers. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):91-4.
16. Baadsgaard M, Quitzau J. Danish registers on personal income and transfer payments. *Scand J Public Health*. 2011;39(7 Suppl):103-5.
17. Sundhed.dk. Gratis behandling og tilskud. www.sundhed.dk/borger/behandling-og-rettigheder/sygesikring-og-laegevalg/gratis-behandling-og-tilskud/.
18. Socialstyrelsen. Fritvalgsdatabasen. [18-03-2015]. www.fritvalgsdatabasen.dk/kommunereport.

4 METODE

4.1 Udvalgte sygdomme

Nærværende rapport opgør sygdomsbyrden ved en række forskellige sygdomsbyrdemål for 21 udvalgte sygdomsgrupper (herefter benævnt sygdomme). De er valgt på baggrund af tre kriterier:

- 1) En betydelig vægt ifølge opgørelsen for Danmark af det internationale sygdomsbyrdeprojekt GBD 2010
- 2) Et vist forebyggelsespotentiale
- 3) Mulighed for registerbaseret opgørelse af sygdomsbyrden

Der er i udvælgelsen af sygdommene taget udgangspunkt i de sygdomme, som figurerer som de mest byrdefulde i GBD 2010 for Danmark, opgjort som et samlet mål for tabte leveår og år levet med sygdom – DALYs (Disability Adjusted Life Years). Sygdomsgruppen "andre hjertekarsygdomme" er ikke inkluderet, fordi sygdomsgruppen udgøres af en lang række "restgrupper" af hjertesygdomme, mens osteoporose er medtaget i stedet for den brede sygdomsgruppe "andre muskel- og skeletsygdomme", som osteoporose er en del af. Fald, trafikulykker og selvmord indgår ikke sammen med de udvalgte sygdomme i denne første rapport, men indgår i rapport nummer to omhandlende ulykker og selvmord. De 21 sygdomme fremgår af tabel 4.1.1.

Tabel 4.1.1 Oversigt over sygdomme, ICD-10 koder, registre til identifikation af personer med sygdom og latenstid til beregning af prævalens

Sygdomme	ICD-10 koder	Register/survey	Latenstid
Lungekræft	C33-C34	Cancerregisteret	5 år
Tyk- og endetarmskræft	C18-C21	Cancerregisteret	5 år
Brystkræft	C50	Cancerregisteret	5 år
Prostatakræft	C61	Cancerregisteret	5 år
Diabetes*	E10-E14	Diabetesregisteret	siden 1996**
Misbrug	F10-F19	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik og psykiatri)	5 år
Depression	F32-F33	Landspatientregisteret (somatik og psykiatri)	5 år
Alzheimers og anden demenssygdom	F00-F03, G30-G31	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik og psykiatri)	5 år
Angst	F40-F44	Landspatientregisteret (somatik og psykiatri)	5 år
Skizofreni	F20-F29	Landspatientregisteret (somatik og psykiatri)	5 år
Migræne	G43	Den Nationale Sundhedsprofil 2010	-
Iskæmisk hjertesygdom	I20-I25	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik)	10 år
Apopleksi	I60-I69	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik)	10 år
KOL	J40-J44, J47	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik)	10 år
Nedre luftvejsinfektioner***	J09-J22		-
Astma	J45-J46	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik)	10 år
Kronisk leversygdom	K70, K73-K74	Dødsårsagsregisteret, Landspatientregisteret (somatik)	10 år
Lænderygmerter	M51, M53.3-M53.9, M54.0, M54.1, M54.3- M54.9	Den Nationale Sundhedsprofil 2010	-
Nakkesmerter	M50, M53.0-M53.2, M54.2	Den Nationale Sundhedsprofil 2010	-
Artrose	M15-M19	Den Nationale Sundhedsprofil 2010	-
Osteoporose	M80-M81	Den Nationale Sundhedsprofil 2010	-

* Opgørelserne for børn under 16 år er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret med en latenstid på 10 år.

** De incidente tilfælde fra Det Nationale Diabetesregister i perioden 1996 til 2012.

*** For nedre luftvejsinfektioner har det ikke været muligt at opgøre sygdomsfrekvensen.

4.2 Periode og befolkning

I beregningerne er der taget udgangspunkt i alle personer med et dansk personnummer, der var i live og havde bopæl i en dansk kommune i perioden fra 1. januar 2010 til 31. december 2012. Der er således inkluderet både personer med fast bopæl i Danmark og personer, der har bopæl i Danmark i en kortere periode i løbet af årene fra 2010 til 2012. Til beregninger, der kræver opgørelse af tid under risiko, er den samlede risikotid i befolkningen beregnet ved at benytte oplysninger om ind- og udvandring samt dødsfald. Tabel 4.2.1 viser, hvorledes befolkningen fordeler sig efter køn og aldersgrupper.

Opgørelser for børn i aldersgruppen 0-15 år er kun foretaget, hvis sygdommene rammer denne aldersgruppe. Der er derfor helt set bort fra aldersgruppen ved opgørelserne af sygdommene lungekræft, tyk- og endetarmskræft, brystkræft, prostatakræft, Alzheimers og anden demenssygdom, iskæmisk hjertesygdom, KOL og kronisk lever-sygdom. For migræne, lænderygmerter, nakkesmerter, artrose og osteoporose, hvor Den Nationale Sundhedsprofil 2010 ligger til grund for opgørelserne af forekomsten, er børn i aldersgruppen 0-15 år helt udeladt, da disse ikke indgår i sundhedsprofilen. For de resterende sygdomme indgår børn i aldersgruppen 0-15 år på samme måde som resten af befolkningen.

Tabel 4.2.1 Den danske befolkning fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
0-15	546.002	519.869	20	19
16-24	317.390	303.691	12	11
25-34	329.263	326.834	12	12
35-44	398.163	391.724	14	14
45-54	392.552	385.157	14	14
55-64	354.934	358.142	13	13
65-74	262.329	280.607	10	10
75-84	120.449	160.083	4	6
85-	34.466	76.974	1	3
I alt	2.755.548	2.803.080	100	100

4.3 Sygdomsbyrdemål

De 21 udvalgte sygdomme dækker tilsammen et væsentligt udsnit af de sygdomme, den danske befolkning rammes af, og dækker både sygdomme, hvor dødeligheden er høj (for eksempel lungekræft), og derfor er en betydelig byrde, og sygdomme, hvor dødeligheden er meget lav, men forløbet til gengæld er langvarigt (for eksempel angst), og byrden derfor er betydelig, når andre sygdomsbyrdemål, såsom ambulante hospitalsbesøg, førtidspensioner eller sygedage, betragtes. Sygdomsbyrden for de 21 sygdomme er derfor belyst ved en række forskellige mål, der tilsammen kan give et detaljeret billede af, hvorledes sygdomsbyrden i Danmark fordeler sig. Sygdomsbyrdemålene omfatter forekomsten målt som nye sygdomstilfælde (incidens) og antal tilfælde i alt (prævalens), tre dødeligheds mål (antal dødsfald, middellevetidstab og antal tabte leveår), en række mål for belastningen af sundhedsvæsenet (indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg og besøg i primærsektoren), mål for arbejdsmarkedskonsekvenser (sygedage og førtidspensioner), en serie samfundsøkonomiske mål i form af sundhedsøkonomi (omkostninger til behandling og pleje i sundhedsvæsenet, hjemmehjælp/praktisk hjælp og udgifter til medicin) og produktionstab (omkostninger til tabt produktion på grund af sygefravær, førtidspension og tidlig død). For nogle sygdomme er visse sygdomsbyrdemål udeladt på grund af meget små antal og dertilhørende stor usikkerhed i beregningerne.

4.3.1 Forekomst: Incidens og prævalens

Opgørelserne af incidens og prævalens er baseret på data fra både administrative og forskningsbaserede registre på sundhedsområdet samt Den Nationale Sundhedsprofil 2010 (se kapitel 3) for de sygdomme, hvor registrene ikke kan antages at have en rimelig dækningsgrad. Tabel 4.1.1 indeholder en oversigt over, hvilke datakilder der er benyttet til at opgøre incidens og prævalens af de inkluderede sygdomme.

Opgørelsen af prævalens er foretaget ved at identificere alle personer, der er registreret med en given sygdom over en passende periode før det valgte år (latenstid i tabel 4.1.1). Kombineret med information om død og ud- og indvandring i perioden er antallet af prævalente personer med den givne sygdom opgjort per 1. januar det pågældende år. Ved sammenligning med befolkningstallet 1. januar det pågældende år er rater per 100.000 personer derefter blevet beregnet. For eksempel er prævalensen af iskæmisk hjertesygdom 1. januar 2010 opgjort således, at alle personer registreret med aktionsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom i Landspatientregisteret i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2009, der stadig var i live og bosiddende i Danmark per 1. januar 2010, er inkluderet.

For sygdommene migræne, lænderygsmerter, nakkesmerter, artrose og osteoporose er der til prævalensopgørelser benyttet 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, vil den totale prævalens derfor være underestimeret. Den Nationale Sundhedsprofil 2010 indeholder kun oplysninger om den aktuelle sygdomsstatus og ingen oplysninger om sygdommens varighed eller begyndelsestidspunkt, hvorfor det ikke er muligt at opgøre incidens på baggrund af denne. Der anvendes tal fra 2010 og ikke de nyeste fra 2013, sådan at det er muligt at følge personerne i registrene.

Antallet af incidente tilfælde med en given sygdom i et givent år er opgjort som antallet af personer, der i løbet af det givne år blev registreret med den pågældende sygdom, fraset de personer som i den forudgående periode (latenstiden) allerede var registreret. Ved sammenligning med befolkningen i løbet af året og det antal dage, hver person har haft bopælsadresse i Danmark i løbet af det givne år, er raten af nye tilfælde per 100.000 personår beregnet. Således er antallet af incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom i 2010 opgjort som antallet af personer, der i perioden 1. januar 2010 til 31. december 2010 er registreret med aktionsdiagnosen iskæmisk hjertesygdom i Landspatientregisteret eller dødsårsagen iskæmisk hjertesygdom i Dødsårsagsregisteret og ikke samtidigt er registreret i den forudgående tiårsperiode fra 1. januar 2000 til 31. december 2009. Som incidensdato for incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom er benyttet indlæggelsesdatoen fra Landspatientregisteret eller, hvis en forudgående indlæggelse ikke havde fundet sted, statusdatoen fra Dødsårsagsregisteret.

Til nogle af opgørelserne i rapporten er det nødvendigt at beregne den sygdomsspecifikke byrde ved at konstruere to undergrupper af befolkningen: En sygdomsgruppe, der rummer alle personer med en given sygdom, det vil sige både dem som tæller med i prævalente tilfælde, og dem som tæller med som incidente tilfælde, samt en kontrolgruppe, der rummer tre tilfældigt udtrukne personer per person i sygdomsgruppen udvalgt efter fire kriterier: 1) samme køn; 2) samme alder; 3) i live og bosat i Danmark på tidspunktet for identifikation af den tilsvarende person i sygdomsgruppen. Tidspunktet for identifikation er for alle i sygdomsgruppen sat til den 1. i måneden for at begrænse antallet af beregninger. 4) Samme sygelighed udover den aktuelle sygdom hos personerne i sygdomsgruppen på identifikationstidspunktet. Sygeligheden er beregnet med en let modificeret udgave af Charlson Comorbidity Index (CCI) (se nedenfor).

For langt de fleste sygdomme kan denne konstruktion foregå på baggrund af hele befolkningen, men for de fem sygdomme, hvor oplysninger fra Den Nationale Sundhedsprofil anvendes (migræne, lænderygsmerter, nakkesmerter, artrose og osteoporose), er konstruktionen foretaget således, at sygdomstilfælde omfatter alle personer, der er identificeret med den pågældende sygdom, og kontrolgruppen er udtrukket tilfældigt blandt deltagere i Sundhedsprofilen 2010, der ikke har indikeret at have den pågældende sygdom.

Sygdomsbyrden er derefter beregnet som differencen i forbruget blandt sygdomsgruppen og blandt kontrolgruppen. Idet de to grupper antages at have samme sygelighed af alle andre årsager end den pågældende sygdom.

dom i sygdomstilfældegruppen, kan det antages, at det beregnede merforbrug netop har den pågældende sygdom som årsag.

Charlson Comorbidity Index (CCI) er benyttet til at sikre, at de to undergrupper af befolkningen har samme sygelighed af alle andre årsager end den sygdom, der laves beregninger for. CCI er oprindeligt udviklet til at forudsige 1-årsdødeligheden for patienter og inkluderer derfor en række af alvorlige somatiske sygdomme med forøget dødelighed til følge: Blodprop i hjertet, hjertesvigt, kredsløbssygdomme (perifer karsygdom og hjerne-karsygdom), demens, kronisk lungesygdom, bindeevævs sygdom, mavesår, diabetes, halvsidig lammelse, nyresygdom, tumorer med eller uden metastaser, leukemi, lymfekræft, kronisk leversygdom og AIDS (1). CCI tager dermed højde for eventuel komorbiditet mellem somatiske sygdomme, men tager ikke højde for eventuel komorbiditet grundet psykiatriske sygdomme. CCI er velafprøvet internationalt og også på specifikt danske forhold (2).

Til brug i rapporten er CCI beregnet særskilt for både sygdomstilfælde og kontrolgruppe for hver sygdom, således at den aktuelle sygdom ikke indgår i beregningen, ligesom CCI er beregnet med 10 års opsamlingstid for sygdomme til den første i hver måned for nye tilfælde og til d. 1. januar for de allerede forekommende tilfælde. Kriteriet for udvælgelse af kontrolgruppen er gjort med udgangspunkt i følgende fem grupperinger af CCI: CCI=0, CCI=1, CCI=2, CCI=3 og CCI≥4.

CCI er ikke benyttet for de sygdomme, hvor der er lavet beregninger for personer under 16 år, da de sygdomme, der indgår i CCI, sjældent forekommer i denne aldersgruppe.

4.3.2 Dødelighed: Dødsfald, middellevetidstab og tabte leveår

Til beregning af dødsfald anvendes Dødsårsagsregisteret, hvor den tilgrundliggende dødsårsag anvendes. Medvirkende dødsårsager anvendes ikke. Det årlige antal dødsfald er beregnet som et gennemsnit af de tre år 2010, 2011 og 2012.

Middellevetidstab for en given sygdom er beregnet via den aktuariske metode, således at det antages, at dødeligheden grundet den pågældende sygdom ikke påvirker dødeligheden af alle andre årsager.

Antallet af tabte leveår på grund af en given sygdom er beregnet ud fra antallet af årlige dødsfald på grund af den pågældende sygdom, alderen på dødstidspunktet og en antagelse om, at alle personer lever indtil det fyldte 75. år. Antallet af tabte leveår for en person er differencen i år mellem alder ved død og alder 75 år. Det samlede årlige antal tabte leveår i befolkningen er derfor summen af tabte leveår for personer døde af den pågældende sygdom i et givent år. Ved valget af 75 år som skæringspunkt bliver dødsfald, der sker i en ung alder, vægtet højere end dødsfald, der hovedsageligt sker i en høj alder.

4.3.3 Indlæggelser

Indlæggelser opgøres i rapporten med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012. Indlæggelser på somatiske afdelinger opgøres for alle sygdomme. Indlæggelser på psykiatriske afdelinger opgøres kun for misbrug, depression, Alzheimers og anden demenssygdom, angst og skizofreni. Indlæggelser på privathospitaler er medtaget i analyserne.

Antallet af indlæggelser opgøres ved at udtrække alle indlæggelser med aktionsdiagnoserne som specificeret i tabel 4.1.1. Der beregnes foruden antallet af indlæggelser for den enkelte sygdom en andel af det samlede antal indlæggelser. Der fokuseres kun på indlæggelser grundet sygdom, og derfor er indlæggelser af rask ledsager, indlæggelser grundet normal fødsel og sterilisation ekskluderet fra beregningerne. Hvis en person er blevet udskrevet og indlagt igen samme dag under samme diagnosegruppering (diagnosegrupperingen fra Tabel 4.1.1) tæller det kun som én indlæggelse. Det kan eksempelvis være i forbindelse med en overflytning mellem afdelinger.

4.3.4 Ambulante hospitalsbesøg

Ambulante hospitalsbesøg opgøres i rapporten med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012. Ambulante hospitalsbesøg på somatiske afdelinger opgøres for alle sygdomme,

hvorimod ambulante hospitalsbesøg på psykiatriske afdelinger kun opgøres for misbrug, depression, Alzheimers og anden demenssygdom, angst og skizofreni. Ambulante besøg på privathospitaler er medtaget i analyserne.

Antallet af ambulante hospitalsbesøg opgøres ved at udtrække alle ambulante hospitalsbesøg med aktionsdiagnoserne som specificeret i tabel 4.1.1. Der beregnes foruden antallet af ambulante hospitalsbesøg for den enkelte sygdom en andel af de samlede antal ambulante hospitalsbesøg.

4.3.5 Skadestuebesøg

Skadestuebesøg opgøres i rapporten med udgangspunkt i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele for årene 2010-2012. Skadestuebesøg på somatiske afdelinger opgøres for alle sygdomme, hvorimod besøg på psykiatrisk skadestue kun opgøres for misbrug, depression, Alzheimers og anden demenssygdom, angst og skizofreni.

Antallet af skadestuebesøg opgøres ved at udtrække alle skadestuebesøg med aktionsdiagnoserne som specificeret i tabel 4.1.1. Der beregnes foruden antallet af skadestuebesøg for den enkelte sygdom en andel af det samlede antal skadestuebesøg.

4.3.6 Primærsektor

For alle sygdomme er merforbruget af ydelser hos alment praktiserende læge beregnet for årene 2010-2012, med undtagelse af de fem sygdomme som opgøres på baggrund af Den Nationale Sundhedsprofil 2010, hvor der udelukkende er opgjort for år 2010. For udvalgte sygdomme er der ligeledes beregnet merforbrug af andre relevante ydelser i primærsektoren, såsom kiropraktik og fysioterapi (for muskel- og skeletsygdomme), psykolog- og psykiaterhjælp (for de psykiske sygdomme) samt fodterapi og øjenlæge (for diabetes). Da der ikke bliver registreret diagnoser ved kontakter i primærsektoren, har det ikke været muligt at udtrække merforbruget for en specifik sygdom direkte af registret. Ved beregning af sygdomsspecifikt merforbrug i primærsektoren er der, som beskrevet i afsnit 4.3.1, benyttet to undergrupper af befolkningen: En sygdomsgruppe og en kontrolgruppe, således at differencen mellem disse gruppers forbrug af ydelser i primærsektoren udgør merforbruget. Idet de to grupper antages at have samme sygelighed af alle andre årsager end den pågældende sygdom i sygdomsgruppen, kan det antages, at det beregnede merforbrug netop har den pågældende sygdom som årsag. Et negativt merforbrug kan forekomme af flere årsager:

- 1) Der er kun få personer med sygdommen, typisk i yngre aldersgrupper, og dermed stor usikkerhed i beregningerne. Her vil det negative forbrug være meget lille.
- 2) Personer med sygdommen har et reelt nedsat forbrug i primærsektoren, for eksempel på grund af langvarige hospitalsindlæggelser, og dermed mindre mulighed eller behov for besøg i primærsektoren.

4.3.7 Førtidspension

Opgørelserne af helbredsbetingsførtidspension laves på baggrund af Ankestyrelsens register for nytilkendelser i perioden fra 2010 til 2012. Den primære årsag til tilkendelsen førtidspension registreres med brug af diagnosekoder (ICD-10), og det er dermed muligt at opgøre de sygdomsspecifikke førtidspensioner direkte på baggrund af registret. Der registreres yderligere et antal supplerende årsager til førtidspension, disse er ikke benyttet i nærværende rapport, idet det er et selvstændigt formål at kunne opdele sygdomsbyrden entydigt efter sygdomme. Den 1. januar 2013 trådte en reform af førtidspensionsområdet i kraft. Reformens formål var blandt andet, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres (3). I 2013 sås således en halvering af antallet af nytilkendte førtidspensioner fra året før (4). Den fulde effekt af førtidspensionsreformen kan dog endnu ikke vurderes, da de nye regler har afledt en del forsinkelser i afgørelserne. Denne ændring i førtidspensionslovgivningen vil kunne forventes at have en effekt på antallet af førtidspensioner, som især vil være betydende for de sygdomme, hvor der ses en tidlig debut.

4.3.8 Sygedage

Til opgørelsen af sygedage benyttes Sygedagpengeregisteret (se kapitel 3) for årene 2010-2012. For de fem sygdomme, der er opgjort på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 (migræne, lænderyg-

smerter, nakkesmerter, artrose og osteoporose) er der kun anvendt data fra 2010. Fra registret opgøres antallet af sygedage som differencen mellem dato for sygdommelding og dato for sidste dagpengedag. Ligesom det er tilfældet med primærsektoren, fremgår der ikke diagnoser i forbindelse med registreringen af sygedage i Sygedagpengeregisteret, og det er derfor ikke muligt at udtrække sygedage for en specifik sygdom direkte af registret. Ved beregning af sygdomsspecifikt antal sygedage er der, som beskrevet i afsnit 4.3.1, benyttet to undergrupper af befolkningen: En sygdomsgruppe og en kontrolgruppe, således at differencen mellem disse grupper sygedage udgør de sygdomsspecifikke sygedage. I beregningerne indgår kun den erhvervsaktive del af befolkningen mellem 16 og 65 år, således at personer, der varigt har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet, ikke er en del af opgørelserne. Til at bestemme personernes beskæftigelsesstatus benyttes Indkomsstatistikregistret. Idet opgørelserne laves med udgangspunkt i Sygedagpengeregisteret, har det kun været muligt at opgøre sygedage for de sygdommeldinger, der registreres i Sygedagpengeregisteret. For personer i arbejde er den første periode af en sygdommelding arbejdsgiverens ansvar, hvorefter der kan søges om refusion for sygedagpengene. Længden af perioden var i årene 2010 og 2011 på 21 dage, den 1. januar 2012 ændredes arbejdsgiverperioden til 30 dage. Sygemeldinger med varighed kortere end 21/30 dage inkluderes ikke i Sygedagpengeregisteret, og kortsigtet sygefravær er derfor ikke en del af opgørelserne for personer i arbejde. Sygefraværet for mindre alvorlige og typisk ikke-kroniske sygdomme (for eksempel lettere rygsmerter og influenza) vil dermed forventes at være undervurderet i opgørelserne af sygedage. Ligesom for besøg hos alment praktiserende læge vil der kunne forekomme et negativt antal sygedage af de samme årsager.

4.3.9 Samfundsøkonomi

En opgørelse af omkostningerne ved sygdom kaldes en cost-of-illness (COI)-analyse. En COI har til formål at opgøre alle omkostninger, der kan forbindes med, at en person bliver syg. I COI-analyser opgøres der normalt tre typer af omkostninger: 1) direkte omkostninger, 2) indirekte omkostninger, og 3) uåndgribelige omkostninger. De direkte omkostninger indeholder typisk omkostninger til behandling og pleje, transportudgifter eller andre udgifter, der direkte kan kobles til den pågældende sygdom. Der måles kun omkostninger, hvor der ligger en egentlig produktion bag, og transfereringer, såsom overførsler og moms, medregnes ikke. De indirekte omkostninger er omkostninger, der ikke er direkte målbare, og som opgøres oftest som det tab i samfundsproduktionen, der finder sted på grund af sygdom og dertilhørende fravær fra arbejdsmarkedet. De uåndgribelige omkostninger dækker over de menneskelige konsekvenser, såsom smerter eller bekymring for den syge eller deres pårørende (5). Disse omkostninger er svære at måle og gøre op i monetære enheder og er derfor udeladt fra denne analyse. Ved COI-analyser af sygdomme, som er dødelige, vil det tillige være relevant at beregne det fremtidige sparede konsum ved tidlig død. Hvis en person dør af lungekræft i den erhvervsaktive alder, vil denne ikke bidrage med produktion, men vil omvendt heller ikke have noget konsum – hverken privat eller offentligt. Opgørelsen af produktionstab skal derfor inkludere både den tabte produktion, men også den besparelse i konsum, der er ved tidlig død (6).

4.3.9.1 Sundhedsøkonomi

De sundhedsøkonomiske konsekvenser er opgjort som de samlede omkostninger i både primærsektor og hospitalssektor, omkostninger til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp. Desuden opgøres det sparede sundhedskonsum i forbindelse med tidlig død.

Omkostningerne til indlæggelser på somatiske afdelinger opgøres ved brug af DRG-takster fra Landspatientregisterets afregningsdatasæt. Der fremgår diagnoser ved hver afregning, og det er derfor muligt direkte at opgøre forbruget diagnosespecifikt. Da et indlæggelsesforløb kan involvere forskellige afdelinger, er afregningssystemet konstrueret således, at kun den afdeling, der udfører behandlingen med den højeste afregningstakst i indlæggelsesforløbet, afregnes. I beregningerne i denne rapport benyttes prisen for den samlede indlæggelse, og DRG-taksten for de enkelte behandlinger under hver indlæggelse benyttes som vægt for omkostninger til behandling på de forskellige afdelinger. Omkostningerne til indlæggelser på psykiatriske afdelinger opgøres ved brug af sengedagstaksten fra 2012 (3.374 kr. per dag) samt antallet af sengedage ved den enkelte indlæggelse. Ved opgørelserne af omkostninger til ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg benyttes DAGS-takster, ligeledes fra Landspatientregisterets afregningsdatasæt. Der fremgår diagnoser ved hver afregning, og det er derfor muligt direkte at opgøre forbruget diagnosespecifikt. Der sker ikke afregning af skadestuebesøg eller ambulante hospitalsbesøg, der ligger umiddelbart før en indlæggelse. Desuden afregnes der ikke for ambulante

hospitalsbesøg, der finder sted under en indlæggelse. Disse omkostninger vil dog tælle med under indlæggelsen. DRG- og DAGS-takster er gennemsnitstakster, der ikke omfatter faste omkostninger til bygninger m.m., ved brug af takster i beregningerne er de reelle omkostninger derfor undervurderet.

Ved beregning af omkostninger til ydelser i primærsektoren benyttes bruttohonoraret, som fremgår af Sygesikringsregisteret. Der benyttes samme metode ved beregning af omkostninger i primærsektoren som ved opgørelser af besøg i primærsektoren, idet der igen udvælges to undergrupper af befolkningen, hvis difference i omkostninger udgør meromkostningen. Besøg hos alment praktiserende læge og øjenlæge er vederlagsfri, og derfor betragtes bruttohonoraret som den rene merudgift for sygdommen. Fysioterapi, kiropraktik, fodterapi samt psykiater- og psykologhjælp er ikke vederlagsfri, og derfor vægtes bruttohonoraret med tilskudsprocenten, således at det ikke kun er den del af udgiften, sundhedsvæsenet afholder, der medregnes (tilskudsprocenten fremgår af kapitel 3).

Opgørelser af meromkostninger i form af udgifter til receptpligtig medicin for de enkelte sygdomme baseres på ekspositionsprisen på lægemidler fra Lægemiddelstatistikregisteret. For hver sygdom udtrækkes de koder fra ATC-systemet, som benyttes i forbindelse med behandlingen af den givne sygdom (se ATC-koderne i kapitel 4 under de enkelte sygdomme). Idet ATC-koderne sjældent er sygdomsspecifikke, benyttes igen metoden med differencen i forbruget mellem gruppen af personer med en given sygdom og en kontrolgruppe, der ikke har den pågældende sygdom, til opgørelse af meromkostninger ved forbrug af receptpligtig medicin. Der fratrækkes moms i beregningerne. Da det udelukkende er lægemidler, der er indløst på recept, der er koblet til cpr-nummer, er det ikke muligt at medregne ikke-receptpligtig medicin i opgørelserne.

Til opgørelser af omkostninger ved forbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp benyttes Ældredokumentationen, hvor tidsforbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp er registeret. Tidsforbruget vægtes med en gennemsnitspris for leveret personlig pleje og leveret praktisk hjælp fra Fritvalgsdatabasen (se kapitel 3). Da begrundelse for den leverede hjælp ikke fremgår, benyttes også her metoden, der finder merforbruget af hjemmehjælp/praktisk hjælp i gruppen med den specifikke sygdom sammenlignet med en gruppe uden sygdom, dog med samme køn, alder og sygelighed.

Da Ældredokumentationen kun findes fra år 2011 og frem, er det i rapporten ikke muligt at opgøre omkostningerne til hjemmehjælp/praktisk hjælp for de fem sygdomme, der er opgjort på baggrund af data fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 (migræne, lænderygsmerte, nakkesmerter, artrose og osteoporose).

Derudover opgøres det sparede forbrug til behandling og pleje på grund af tidlig død. Der tages udgangspunkt i antallet af sygdomsspecifikke dødsfald, og det aldersspecifikke samlede forbrug i hospitalsektoren, primærsektoren, til receptpligtig medicin samt omkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp. Det aldersspecifikke forbrug vægtes med sandsynligheden for at være i live frem til alder 100 år for hver aldersgruppe. Derefter beregnes nutidsværdien af det sparede sundhedskonsum ved brug af en diskonteringsfaktor på 4 %, som anvendes af Finansministeriet (7). Formlen for beregning af sparet konsum ses nedenfor, og i figur 4.3.1 ses en illustration af de samlede omkostninger per personår til behandling og pleje fordelt efter køn og alder.

$$\text{Sparet sundhedskonsum}_a = \sum_{i=a}^{100} \frac{O_i S_i}{(1+r)^{i-a}}$$

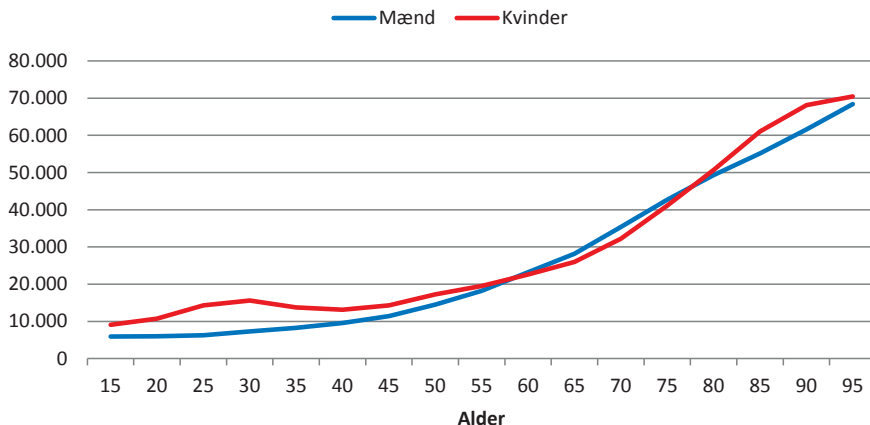
a = alder

O_i = overlevelsessandsynlighed

S_i = sundhedskonsum

r = diskonteringsrate

Figur 4.3.1 Samlede omkostninger per personår til behandling og pleje fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



4.3.9.2 Produktionstab

Ved beregning af produktionstab betragtes mennesket som en produktionsfaktor, og et fravær fra arbejdsmarkedet betragtes som et tab af potentiel produktion. I denne rapport benyttes humankapitaltilgangen, som er en metode, der betragter tabt produktion fra den dag, personen påbegynder fraværet fra arbejdsmarkedet (på grund af eksempelvis førtidspension), og frem til pensionsalderen (65 år i denne rapport). Ved beregning af det sygdoms-specifikke produktionstab opgøres dermed den produktion, en person ville have kunnet bidrage med, hvis personen ikke havde haft eksempelvis lungekræft, som gør personen ikke-produktiv i en kortere eller længere periode før alder 65 år. I denne rapport opgøres både kortsigtet produktionstab på grund af sygedage og langsigtet (varigt) produktionstab, der tager udgangspunkt i personer, der varigt trækker sig ud af arbejdsmarkedet. Det langsigtede produktionstab er opgjort for personer, der enten førtidspensioneres eller dør. Hele den fremtidige produktion afskrives det år, personen trækker sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Den 1. januar 2013 trådte en reform af førtidspensionsområdet i kraft. Reformens formål var blandt andet, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres (3). I 2013 sås således en halvering af antallet af nytilkendte førtidspensioner fra året før (4). Den fulde effekt af førtidspensionsreformen kan dog endnu ikke vurderes, da de nye regler har afledt en del forsinkelse i afgørelserne. Hvis man fremover ikke benytter andre kilder end førtidspensioner, vil denne ændring i førtidspensionslovgivningen kunne forventes at have en effekt på produktionstabets størrelse, især for de sygdomme, hvor der ses en tidlig debut. Det vil sandsynligvis være nødvendigt at benytte andre datakilder til opgørelser af produktionstab fremover.

Til produktionstabsberegningen betragtes den køns- og aldersspecifikke lønindkomst som den potentielle produktion, en person vil kunne bidrage med, hvis personen var tilknyttet arbejdsmarkedet. Desuden vægtes det potentielle tab af fremtidig produktion med sandsynligheden for at være i beskæftigelse i de forskellige køns- og aldersgrupper (beskæftigelsesfrekvensen), ligesom den køns- og aldersspecifikke overlevelsessandsynlighed også benyttes i beregningen. Nutidsværdien af den fremtidige produktion tilbagediskonteres ved brug af en diskonteringsfaktor på 4 %. Formlen for beregning af produktionstab ses nedenfor.

$$\text{Produktionstab}_a = \sum_{i=a}^{65} \frac{O_i B_i I_i}{(1+r)^{i-a}}$$

a = alder

O_i = overlevelsessandsynlighed

B_i = beskæftigelsesfrekvens

I_i = indkomst

r = diskonteringsrate

Beregningen af sparet konsum i denne rapport omfatter det gennemsnitlige privatforbrug såsom fødevarer, transport og bolig, samt det gennemsnitlige individuelle offentlige forbrug, såsom fritid, kultur og social beskyttelse. Det individuelle offentlige forbrug til uddannelse er ikke taget med i beregningerne af sparet konsum, da det ikke har været muligt at beregne de individuelle offentlige udgifter på aldersgrupper. Forbrugsudgiften til uddannelse er koncentreret blandt de yngste aldersgrupper og et gennemsnit genover aldersgrupper er ikke retvisende for beregningerne. I beregningerne af sparet konsum er sundhedskonsum ikke en del af beregningerne af det fremtidige sparede konsum, da sundhedskonsumet er lavet som beregning for sig selv.

I alt bruger den gennemsnitlige dansker 168.000 kr. årligt på privat og individuelt offentligt forbrug. Beløbet betragtes som en årlig annuitet, som løber frem til personen er fyldt 100 år, det vil sige også efter den fastsatte pensionsalder, der benyttes i rapporten. Dermed vil det fremtidige sparede konsum overstige produktionstabet i højere grad, des tættere på alder 65 år personen dør, hvorimod en sygdom, man dør meget tidligt af, formodentlig vil give et produktionstab grundet død, der overstiger det fremtidige sparede konsum. Sparet konsum er derfor vigtig at holde op imod den tabte produktion for at få et retvisende billede af de samfundsmæssige omkostninger ved tidlig tilbagetrækning og død. Det årlige konsum vægtes med sandsynligheden for at være i live frem til alder 100 år for hver aldersgruppe. Derefter beregnes nutidsværdien af det fremtidige sparede konsum ved brug af en diskonteringsfaktor på 4 %, som anvendes af Finansministeriet. Formlen for beregning af sparet konsum ses nedenfor, og i figur 4.3.2 ses en illustration af samlet produktion (lønindkomst vægtes med beskæftigelsesfrekvens) for mænd og kvinder samt det gennemsnitlige årlige private og individuelle offentlige konsum per personår fordelt efter alder.

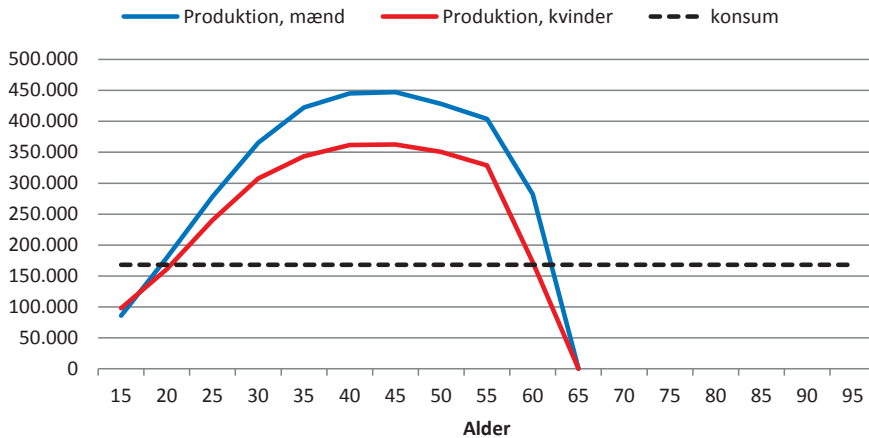
$$\text{Sparet konsum}_a = \sum_{i=a}^{100} \frac{O_i * 168.000}{(1+r)^{i-a}}$$

a = alder

O_i = overlevelsessandsynlighed

r = diskonteringsrate

Figur 4.3.2 Samlet produktion (lønindkomst vægtet med beskæftigelsesfrekvens) for mænd og kvinder samt det gennemsnitlige årlige private og individuelle offentlige konsum per personår fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012



4.4 Social ulighed

Beregningerne af fordelingen af sygdomsbyrden i befolkningen inddelt efter social position benytter en opdeling af befolkningen i tre uddannelsesgrupper efter højst fuldførte uddannelse:

- 1) **Grundskole**
- 2) **Kort uddannelse:** Almen eller erhvervs-gymnasial uddannelse, erhvervsfaglige praktik- og hovedforløb samt kort videregående uddannelse.
- 3) **Mellemlang/lang uddannelse:** Mellemlang videregående uddannelse, bacheloruddannelse, lang videregående uddannelse og forskeruddannelse.

For så vidt muligt kun at inkludere personer med afsluttet uddannelsesforløb er udelukkende befolkningen på 30 år eller derover medtaget i beregningerne. Uddannelsesregistret dækker i overvejende grad befolkningen indtil alder 85 år, hvorfor rapportens beregninger af social ulighed inkluderer personer i aldersgruppen 30-84 år, der det pågældende år har en oplyst fuldført uddannelse. Tabel 4.4.1 viser, hvorledes befolkningen fordeler sig efter køn, alder og uddannelse.

Tabel 4.4.1 Den danske befolkning fordelt efter køn og uddannelse for personer i aldersgruppen 30-84 år. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	408.979	483.139	24	28
Kort uddannelse	834.036	694.910	49	40
Mellemlang/lang uddannelse	334.372	453.143	20	26
Uoplyst	122.993	115.762	7	7
I alt	1.700.380	1.746.954	100	100

Et givent sygdomsbyrdemål er derefter opgjort separat for de tre uddannelsesgrupper opdelt efter køn og aldersgrupper. I rapporten er kun vist resultater for den samlede sygdomsbyrde opdelt efter uddannelse og ikke efter alder. På baggrund af sygdomsbyrden i de enkelte køns- og aldersgrupper for gruppen af personer med mellem-lang/lang uddannelse er den forventede sygdomsbyrde i de to øvrige uddannelsesgrupper 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. Der er desuden beregnet, hvor stor en andel den ekstra sygdomsbyrde udgør af den samlede sygdomsbyrde, både i uddannelsesgrupperne og for den samlede befolkning mellem 30 og 84 år med oplyst uddannelse.

Der er ikke lavet beregninger af ulighed i sygedage i denne rapport. Når vi betragter sygedagene, er der mange forhold, der gør sig gældende for, om registreringen ender i Sygedagpengeregisteret og dermed i beregningerne af sygedage i denne rapport. Man skal være en del af arbejdsstyrken for at komme med i beregningerne, og enten arbejdsgiver eller arbejdstager skal have modtaget refusion for sygedagpenge. Det afhænger af branche og konjunkturer, om personen er en del af arbejdsstyrken og dermed kommer med i Sygedagpengeregisteret. Social ulighed i sygedage risikerer derfor at blive et udtryk for en ulighed, som ikke skyldes forskelle i sygeligheden, og beregningen er af denne grund udeladt fra rapporten. Der er derudover ikke lavet ulighedsberegninger for andre ydelser i primærsektoren (psykolog og psykiater, kiropraktor og fysioterapeut samt fodterapeut), da ydelserne ikke er vederlagsfri. En eventuel social ulighed i antallet af kontakter til eksempelvis psykolog kan ikke forventes at afspejle den korrekte sygelighed, da det må forventes, at højtuddannede har større økonomisk råderum og derfor større sandsynlighed for at benytte ikke-vederlagsfri ydelser i primærsektoren. Yderligere er der ikke lavet opgørelser af social ulighed i sundhedsøkonomi og produktionstab, da disse opgørelser er direkte forlængelser af opgørelserne for brug af hospitalsvæsen, primærsektor, sygedage og førtidspensioner, blot med en anden enhed (kroner).

For nogle sygdomme er tabellerne for social ulighed udeladt på grund af meget få tilfælde og dertilhørende stor usikkerhed i beregningerne.

4.5 Referencer

1. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic Dis.* 1987;40(5):373-83.
2. Thygesen S, Christiansen C, Christensen S, Lash T, Sørensen H. The predictive value of ICD-10 diagnostic coding used to assess Charlson comorbidity index conditions in the population-based Danish National Registry of Patients. *BMC Med Res Methodol.* 2011;11:83.
3. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
4. Ankestyrelsen. Førtidspension: Årsstatistik 2013. København: 2014.
5. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance G, O'Brien B, Stoddart G. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes.* 3. udgave. New York: Oxford University Press; 2005.
6. Kruse M, Sørensen J, Gyrd-Hansen D. Future costs in cost-effectiveness analysis: An empirical assessment. *Eur J Health Econ.* 2012;13(1):63-70.
7. Finansministeriet. Ny og lavere samfundsøkonomisk diskonteringsrente. 2013 [04-05-2015]. www.fm.dk/~media/files/nyheder/pressemeddelelser/2013/05/faktaark_ny-og-lavere-samfundsøkonomisk-diskonteringsrente.pdf.

5 LUNGEKRÆFT

- I Danmark er der årligt 4.500 nye tilfælde af lungekræft, og 5.600 personer lever med lungekræft, når opgørelserne baseres på Cancerregistret.
- Hvert år dør 3.700 personer på grund af lungekræft. Det svarer til 7 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer lungekræft i 22.000 tabte leveår.
- Lungekræft er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på 10 måneder for mænd og 11 måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 6.700 indlæggelser med lungekræft som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 75.000 ambulante hospitalsbesøg med lungekræft som aktionsdiagnose.
- Personer med lungekræft har årligt 69.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden lungekræft.
- Lungekræft er årligt årsag til 130 nytillkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med lungekræft har årligt 91.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lungekræft.
- Hvert år koster lungekræft 770 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af lungekræft resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.770 mio. kr.
- Hvert år koster lungekræft 1.910 mio. kr. på grund af tabt produktion.

5.1 Indledning

Lungekræft omfatter i denne rapport kræft i én eller begge lunger, kræft i luftrøret og kræft opstået i bronkier. Lungekræft er en hyppig og alvorlig sygdom, som hyppigst opstår i luftvejene (bronkierne), der forgrener sig fra luftrøret til begge lunger, men kan i nogle tilfælde opstå længere ude i lungerne (1). Lungekræft er en hurtig-udviklende sygdom, der oftest først bliver opdaget i et stadie, hvor kræften er spredt, hvorfor det ikke er muligt at operere (1). Chancen for helbredelse har derfor tidligere ikke været gode, men overlevelsen er i løbet af de seneste år forbedret specielt på grund af udvikling i behandlingsformerne, som er kemoterapi og strålebehandling. Således er 1-årsoverlevelsen i perioden 1999 til 2012 steget fra 33 % til 45 % blandt kvinder og fra 29 % til 32 % blandt mænd. Ligeledes er 5-årsoverlevelsen øget i denne periode (2).

I 80-90 % af tilfældene er tobaksrygning årsag til udvikling af lungekræft og er således den klart mest belastende risikofaktor. Herudover kan kræftfremkaldende stoffer i inde- og udemiljøet, såsom radon, asbest og luftforurening, føre til lungekræft (1).

5.2 Forekomst af lungekræft

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med lungekræft i Cancerregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 5-årsperiode. Antallet af personer, der lever med lungekræft (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Cancerregisteret i en 5-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 4.532 incidente tilfælde af lungekræft, svarende til en incidensrate på 106 per 100.000 mænd og 97 per 100.000 kvinder (tabel 5.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af lungekræft ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 5.2.1 Lungekræft. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	0	1	1	2	3
25-34	1	1	2	4	6
35-44	5	5	21	19	40
45-54	32	46	125	180	305
55-64	144	144	507	512	1.019
65-74	323	270	869	773	1.642
75-84	540	369	657	592	1.249
85-	398	167	139	129	268
I alt	106	97	2.321	2.211	4.532

I Danmark lever 2.673 mænd og 2.888 kvinder med lungekræft (tabel 5.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 75-84 år for både mænd (556 per 100.000) og kvinder (406 per 100.000), mens det højeste antal personer med lungekræft findes i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 5.2.2 Lungekræft. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	1	0	3	1	4
25-34	1	2	2	5	7
35-44	6	9	24	33	57
45-54	41	64	161	248	409
55-64	175	213	621	763	1.384
65-74	416	392	1.091	1.101	2.192
75-84	556	406	669	649	1.318
85-	296	114	102	88	190
I alt	121	126	2.673	2.888	5.561

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 913 og 850 færre incidente tilfælde af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 44,1 % og 42,1 % af alle incidente tilfælde på grund af lungekræft blandt hen-

holdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.2.3 Lungekræft. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	883	1.141	480	613	54,4	53,7
Kort uddannelse	982	663	433	237	44,1	35,7
Mellemlang/lang uddannelse	206	215	–	–	–	–
I alt	2.071	2.019	913	850	44,1	42,1

5.3 Lungekræft og dødelighed

Lungekræft er årligt årsag til 3.680 dødsfald, og to tredjedele ses i aldersgruppen 65-84 årige (tabel 5.3.1). Lungekræft er årsag til 7,0 % af alle dødsfald, hvilket dækker over 7,4 % af alle dødsfald blandt mænd og 6,7 % af alle dødsfald blandt kvinder. For kvinder i aldersgruppen 25-64 år udgør dødsfald af lungekræft en markant højere andel af alle dødsfald sammenlignet med mænd.

Tabel 5.3.1 Lungekræft. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1	0	1	0,8	0,0	0,6
25-34	1	1	2	0,5	1,1	0,7
35-44	12	13	25	2,3	4,7	3,1
45-54	81	111	192	5,5	11,8	7,9
55-64	347	335	682	10,1	15,1	12,1
65-74	684	579	1.263	11,4	13,7	12,4
75-84	613	546	1.159	7,9	7,3	7,6
85-	170	186	356	2,7	1,6	2,0
I alt	1.909	1.771	3.680	7,4	6,7	7,0

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 5.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald på grund af lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.456 færre dødsfald af lungekræft, svarende til 44,9 % og 45,7 % af alle dødsfald på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.3.2 Lungekræft. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	740	927	399	525	54,0	57,0
Kort uddannelse	774	476	351	181	45,0	38,0
Mellemlang/lang uddannelse	158	143	–	–	–	–
I alt	1.672	1.546	750	706	44,9	45,7

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er 10 måneder kortere for mænd og 11 måneder kortere for kvinder på grund af lungekræftsdødsfald (tabel 5.3.3). Lungekræft er årligt årsag til i alt 21.667 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, fordelt ligeligt mellem mænd og kvinder.

Tabel 5.3.3 Lungekræft. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden lungekræft, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af lungekræft fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden lungekræft	Tab	
Mænd	77,7	78,5	0,8	10.775
Kvinder	81,7	82,6	0,9	10.892
I alt				21.667

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 5.496 og 5.015 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 54,3 % og 48,0 % af alle tabte leveår på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.3.4 Lungekræft. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.221	5.216	2.951	3.402	69,9	65,2
Kort uddannelse	4.961	3.890	2.545	1.613	51,3	41,5
Mellemlang/lang uddannelse	948	1.348	–	–	–	–
I alt	10.130	10.454	5.496	5.015	54,3	48,0

5.4 Lungekræft og indlæggelser

Der registreres årligt 6.668 indlæggelser med lungekræft som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 5.4.1). Det højeste antal indlæggelser ses i aldersgruppen 65-74 år, både for mænd og kvinder. Der er blandt kvinder flere indlæggelser indtil 65-årsalderen, hvorefter der er flere blandt mænd. Indlæggelser på grund af lungekræft udgør 0,7 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 5.4.1 Lungekræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	8	2	10	0,0	0,0	0,0
25-34	2	12	14	0,0	0,0	0,0
35-44	39	63	102	0,1	0,1	0,1
45-54	239	329	568	0,4	0,5	0,5
55-64	853	951	1.804	1,0	1,3	1,1
65-74	1.392	1.242	2.634	1,3	1,4	1,4
75-84	710	642	1.352	1,0	0,8	0,9
85-	92	92	184	0,3	0,2	0,2
I alt	3.335	3.333	6.668	0,8	0,7	0,7

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster på grund af lungekræft som personer med mellem/lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.280 færre indlæggelser, svarende til omtrent en tredjedel af alle somatiske indlæggelser på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.4.2 Lungekræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.216	1.709	582	847	47,9	49,6
Kort uddannelse	1.488	1.048	557	294	37,4	28,1
Mellemlang/lang uddannelse	353	394	–	–	–	–
I alt	3.057	3.151	1.139	1.141	37,3	36,2

5.5 Lungekræft og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 75.153 ambulante hospitalsbesøg med lungekræft som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 5.5.1). Det højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 65-74 år for begge køn. Der er flere ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder indtil 65-årsalderen, hvorefter der er flere blandt mænd. Ambulante hospitalsbesøg på grund af lungekræft udgør 0,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 5.5.1 Lungekræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	14	5	19	0,0	0,0	0,0
25-34	42	52	94	0,0	0,0	0,0
35-44	399	440	839	0,1	0,1	0,1
45-54	2.683	3.664	6.347	0,5	0,5	0,5
55-64	10.097	11.369	21.466	1,3	1,3	1,3
65-74	16.180	14.956	31.136	1,8	1,7	1,8
75-84	7.568	6.196	13.764	1,5	1,2	1,3
85-	892	596	1.488	0,8	0,3	0,5
I alt	37.875	37.278	75.153	1,1	0,8	0,9

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 23.210 færre ambulante hospitalsbesøg, svarende til omtrent en tredjedel af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.5.2 Lungekræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	13.133	17.891	5.180	8.291	39,4	46,3
Kort uddannelse	17.169	12.980	5.515	4.224	32,1	32,5
Mellemlang/lang uddannelse	4.419	4.611	—	—	—	—
I alt	34.721	35.482	10.695	12.515	30,8	35,3

5.6 Lungekræft og primærsektor

For lungekræft er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med lungekræft sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed frasat lungekræft.

Personer med lungekræft har årligt 68.575 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden lungekræft (tabel 5.6.1). Antallet af besøg er lidt højere for kvinder end for mænd, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 65-74 år for både mænd og kvinder. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med lungekræft udgør 0,2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 5.6.1 Lungekræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	12	3	15	0,0	0,0	0,0
25-34	31	55	86	0,0	0,0	0,0
35-44	294	258	552	0,0	0,0	0,0
45-54	1.929	3.506	5.435	0,1	0,1	0,1
55-64	7.897	8.886	16.783	0,3	0,3	0,3
65-74	11.944	13.194	25.138	0,4	0,4	0,4
75-84	8.360	8.792	17.152	0,5	0,4	0,4
85-	1.723	1.691	3.414	0,3	0,1	0,2
I alt	32.190	36.385	68.575	0,2	0,2	0,2

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 12.636 og 11.631 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 44,3 % og 35,7 % af alle besøg på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.6.2 Lungekræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	11.743	18.248	6.332	8.497	53,9	46,6
Kort uddannelse	13.885	10.581	6.304	3.134	45,4	29,6
Mellemlang/lang uddannelse	2.872	3.713	–	–	–	–
I alt	28.500	32.542	12.636	11.631	44,3	35,7

5.7 Lungekræft og førtidspensioner

Lungekræft er årligt årsag til 126 nytilkendte førtidspensioner, og størstedelen ses blandt kvinder (tabel 5.7.1). De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt de 45-64-årige. Lungekræft er årsag til 0,8 % af alle nytilkendelser og 1,7 % af alle nytilkendelser blandt voksne i alderen 55-64 år.

Tabel 5.7.1 Lungekræft. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af lungekræft og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	0	1	0,1	0,0	0,1
35-44	2	3	5	0,1	0,2	0,2
45-54	19	25	44	0,8	0,9	0,9
55-64	34	42	76	1,5	1,8	1,7
I alt	56	70	126	0,7	0,8	0,8

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 5.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af lungekræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 33 og 21 færre nytilkendte førtidspensioner på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd kvinder, svarende til omtrent to tredjedele og en tredjedel af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af lungekræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses også social ulighed, men dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 5.7.2 Lungekræft. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	22	22	17	9	77,3	40,9
Kort uddannelse	26	31	16	12	61,5	38,7
Mellemlang/lang uddannelse	4	13	–	–	–	–
I alt	52	66	33	21	63,5	31,8

5.8 Lungekræft og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af lungekræft beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med lungekræft sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset lungekræft.

Erhvervsaktive personer med lungekræft har årligt 91.162 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lungekræft (tabel 5.8.1). Størstedelen af sygedagene ses blandt kvinder, og i aldersgruppen 55-64 år både blandt mænd og blandt kvinder. Sygedagene blandt personer med lungekræft udgør 0,3 % af alle sygedage.

Tabel 5.8.1 Lungekræft. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	61	34	95	0,0	0,0	0,0
25-34	207	463	670	0,0	0,0	0,0
35-44	1.964	2.047	4.011	0,1	0,0	0,1
45-54	10.984	19.546	30.530	0,3	0,4	0,4
55-64	25.151	30.705	55.856	1,0	1,1	1,0
I alt	38.367	52.795	91.162	0,3	0,3	0,3

5.9 Lungekræft og sundhedsøkonomi

Hvert år koster lungekræft 772,8 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 5.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 65-84 år. Indlæggelser på grund af lungekræft udgør 36 % af de samlede omkostninger forbundet med behandling og pleje af lungekræft. Omkostninger til ambulante hospitalsbesøg er de største omkostninger, og disse udgør 62 % af de samlede omkostninger. Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge og hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør tilsammen kun 2 % de samlede omkostninger. Der er stort set ingen omkostninger forbundet med skadestuebesøg eller brug af receptpligtig medicin.

Tidlig død på grund af lungekræft medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.772,5 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af lungekræft er -999,7 mio. kr. årligt (tabel 5.9.2). Der er negative nettoomkostninger i stort set alle aldersgrupper, men det er især i aldersgruppen 65-84 år, at det sparede sundhedskonsum er højt.

Tabel 5.9.1 Lungekræft. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	2,2	2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
45-64	45,2	81,7	0,0	0,8	0,0	0,3
65-84	89,0	149,6	0,0	1,8	0,0	0,3
85-	3,4	4,8	0,0	0,2	0,0	0,1
I alt	139,9	239,0	0,0	2,8	0,0	0,7
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	3,2	3,5	0,0	0,0	0,0	0,1
45-64	52,6	97,6	0,0	1,0	0,0	1,5
65-84	81,6	132,0	0,0	1,9	0,0	7,3
85-	3,9	3,4	0,0	0,2	0,0	0,5
I alt	141,2	236,6	0,0	3,1	0,1	9,5
Total	281,1	475,6	0,0	5,9	0,1	10,2

Tabel 5.9.2 Lungekræft. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	5,1	5,7	-0,6
45-64	128,0	219,0	-90,9
65-84	240,8	593,1	-352,4
85-	8,5	48,5	-40,1
I alt	382,4	866,3	-483,9
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	6,8	6,7	0,1
45-64	152,8	247,0	-94,2
65-84	222,8	588,4	-365,6
85-	8,0	64,0	-56,1
I alt	390,4	906,1	-515,7
Total	772,8	1.772,5	-999,7

5.10 Lungekræft og produktionstab

Hvert år koster lungekræft 1.909,0 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 5.10.1). Omkostningerne er størst blandt mænd, og i den ældste aldersgruppe både blandt mænd og blandt kvinder. Lungekræft er årsag til produktionstab på 34,1 mio. kr. på grund af sygedage og 307,2 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af lungekræft hvert år koster 1.567,7 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af lungekræft skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 6.417,9 mio. kr.

Tabel 5.10.1 Lungekræft. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	1,0	20,6	91,4	113,0
45-65	14,0	137,8	758,5	910,4
I alt	15,1	158,4	849,9	1.023,4
Kvinder				
16-44	0,9	17,2	68,3	86,4
45-65	18,1	131,6	649,5	799,2
I alt	19,1	148,8	717,8	885,6
Total	34,1	307,2	1.567,7	1.909,0

5.11 Kommentarer til resultater

Lungekræft er en af de mest udbredte kræftsygdomme i Danmark med omtrent 4.500 incidente tilfælde om året. Den aldersstandardiserede incidensrate har været stigende siden 1940'erne blandt kvinder og faldende siden midt 1980'erne blandt mænd (2). Lungekræft har en relativ dårlig overlevelse, hvilket afspejles i de kun små forskelle mellem incidens og prævalens af lungekræft.

Lungekræft slår stærkt igennem på byrdemålene dødelighed og tabte leveår. Således er lungekræft årsag til et ud af 14 dødsfald, og lungekræft er den sygdom, der er årsag til flest tabte leveår. Den markante sygdomsbyrde for lungekræft i form af dødelighed og tabte leveår er langt hen ad vejen en afspejling af danskernes rygeadfærd i de sidste mange årtier, idet rygning er den betydeligste risikofaktor for lungekræft og er årsag til omkring 85 % af alle lungekræfttilfælde (3). I Danmark var rygeprævalensen blandt både mænd og blandt kvinder fra 1970'erne og frem til midt-1990'erne den højeste sammenlignet med mænd og kvinder i de øvrige nordiske lande. Prævalensen faldt i denne periode, og faldet er fortsat frem til i dag. Således har prævalensen af lungekræft blandt danske mænd siden midt-1990'erne ligget på stort set samme niveau som blandt finske og norske mænd, mens prævalensen blandt danske kvinder har ligget på samme niveau som blandt norske kvinder (4). De seneste årtiers fortsat faldende rygeprævalens i Danmark må formodes at påvirke sygdomsbyrden i en positiv retning på sigt, idet helbredseffekten af rygning i form af død på grund af lungekræft først kommer til fuldt udtryk med en forsinkelse på mellem 20 og 30 år (5).

Aldersstandardiserede dødelighedsrater for lungekræft viser, at dødeligheden i befolkningen har været stigende blandt danske mænd fra 1950'erne og frem til midt-1980'erne. Herefter har dødeligheden været faldende. Dødeligheden af lungekræft blandt danske mænd er, og har været, markant højere end blandt mænd i de øvrige nordiske lande siden start-1990'erne. Blandt danske kvinder har dødeligheden af lungekræft været stigende fra 1950'erne og frem. Danske og islandske kvinder har siden midt-1960'erne haft en markant højere dødelighed af lungekræft sammenlignet med kvinder i de øvrige nordiske lande (2). I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for lungekræft fra 2010 for Danmark på henholdsvis 45 og 29 per 100.000 for mænd og kvinder. Dødelighedsraten er væsentlig højere end i Norge og Sverige for både mænd og kvinder, og for kvinder er raten den højeste blandt alle europiske lande (6).

Lungekræft er relativt mindre belastende sammenlignet med de øvrige sygdomme i denne rapport med hensyn til indlæggelser, og der ses ingen skadestuebesøg på grund af lungekræft. Et dansk studie viser, at 98 % af de personer, der døde af lungekræft i 2010, var indlagt mindst én gang i løbet af de sidste tre år før død, 40 % var indlagt mere end fem gange (7). De forholdsvist få indlæggelser er altså ikke et udtryk for, at personer med lungekræft ikke bliver indlagt, men derimod er det et udtryk for, at personer med lungekræft sjældent lever længe med sygdommen.

Et dansk studie viser, at 95 % af de personer, der døde af lungekræft i 2010, havde kontakt med en praktiserende læge i de sidste tre år før død. Mere end halvdelen havde syv eller flere kontakter i denne periode. Kontakterne var hyppigere jo tættere på dødstidspunktet, der var tale om (7).

Lungekræft er årsag til knap 1 % af alle nytilkendte førtidspensioner. En norsk og en dansk undersøgelse, der ser på risikoen for ikke at være i arbejde efter en kræftdiagnose, viser, at for patienter med lungekræft er risikoen større end for patienter med andre kræftformer, sandsynligvis fordi lungekræft er en aggressiv kræftform (8, 9). I det norske studie finder man desuden en sammenhæng mellem socioøkonomisk status og risikoen for ikke at være i arbejde efter en kræftdiagnose. Denne sammenhæng findes ikke i det danske studie.

Hvert år koster lungekræft knap 770 mio. kr. i behandling og pleje, hvoraf ambulante hospitalsbesøg og indlæggelser tilsammen udgør 99 % af omkostningerne til lungekræft. Tidlig død på grund af lungekræft medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.770 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne er negative. Lungekræft er dermed den sygdom med de største negative nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje.

Produktionstab på grund af lungekræft koster hvert år 1.910 mio. kr., hvoraf produktionstab på grund af tidlig død udgør 82 %. Produktionstabet overstiges af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død, som er beregnet til 6.420 mio. kr.

Overordnet ses ingen markante kønsforskelle i byrdemålene for lungekræft, dog er lungekræftdødeligheden højere blandt kvinder i aldersgruppen 25-64 år sammenlignet med mænd i denne aldersgruppe. Social ulighed slår voldsomt igennem på alle byrdemål for lungekræft. Konsekvensen af lungekræft er for alle byrdemål således størst blandt personer med kortere uddannelse sammenlignet med personer med en længerevarende uddannelse.

Der ses markant social ulighed i alle byrdemålene for lungekræft. Den sociale ulighed kan langt hen ad vejen forklares ved den sociale ulighed, der også ses for rygeadfærd (10). Også arbejdsbetinget eksponering for kræftfremkaldende stoffer kan have betydning for den sociale ulighed i antal incidente tilfælde af lungekræft (11). Andre medvirkende forklaringer kan være, at der er en sammenhæng mellem uddannelseslængde og sygdomsstadie ved diagnose, uddannelseslængde og antal dage fra en person henvises, til en diagnose stilles (12), samt at ressourcetsvage grupper (i form af lavt indkomstniveau) er mindre tilbøjelige til at blive opereret for lungekræft end de mere ressourcetsærke (13). Den sociale gradient, der ses i antal incidente tilfælde af lungekræft per år, er i overensstemmelse med et tidligere dansk studie, der i tillæg finder en sammenhæng mellem uddannelseslængde og nye lungekræfttilfælde, når der kontrolleres for indkomst (14).

5.12 Metode

I denne rapport er lungekræft defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 5.12.1.

Tabel 5.12.1 Diagnoseklassifikation af lungekræft

Sygdom	ICD-10
Kræft i luftrør	C33
Kræft i bronkie og lunge	C34

Opgørelserne af incidens og prævalens af lungekræft er baseret på tilfælde identificeret i Cancerregisteret i 2005-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middlelevetid og tabte leveår på grund af lungekræft er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er lungekræft.

Opgørelserne af indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af lungekræft er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 5.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg er ligeledes beregnet. Der er ingen skadestuebesøg forbundet med lungekræft, derfor er skadestuebesøgene ikke en del af sygdomsbyrdemålene i dette kapitel.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af lungekræft benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet en diagnose til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med lungekræft sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har lungekræft, udvalgt således at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af lungekræft anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af lungekræft opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med lungekræft i forhold til personer uden lunge-

kræft. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af lungekræft er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af lungekræft benyttes Landspati-entregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med lungekræft sammenlignet med personer uden lungekræft. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-gruppen L01 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med lungekræft og en udvalgt gruppe af personer uden lungekræft.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesrater.

5.13 Referencer

1. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
2. NORDCAN. 2014 [01-04-2015]. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp.
3. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005;366(9499):1784-93.
4. OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health. 2014 [25-02-2015]. www.oecd.org.
5. Lopez AD, Collishaw NE, Piha T. A descriptive model of the cigarette epidemic in developed countries. *Tob Control*. 1994;3(3):242.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
7. Husted MG, Kriebbaum M, Kirkegaard N, Lange P. The use of healthcare resources in the last 3 years of life in patients with COPD and lung cancer in Denmark. A retrospective nationwide study. *BMJ Support Palliat Care*. 2014.
8. Ross L, Petersen MA, Johnsen AT, Lundstrøm LH, Carlsen K, Grønvold M. Factors associated with Danish cancer patients' return to work. A report from the population-based study 'The Cancer Patient's World'. *Cancer Epidemiol*. 2012;36(2):222-9.
9. Torp S, Nielsen RA, Fossa SD, Gudbergsson SB, Dahl AA. Change in employment status of 5-year cancer survivors. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):116-22.
10. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control*. 2005;14(2):106-13.
11. Menvielle G, Boshuizen H, Kunst AE, Vineis P, Dalton SO, Bergmann MM, et al. Occupational exposures contribute to educational inequalities in lung cancer incidence among men: Evidence from the EPIC prospective cohort study. *Int J Cancer*. 2010;126(8):1928-35.
12. Dalton SO, Frederiksen BL, Jacobsen E, Steding-Jessen M, Østerlind K, Schuz J, et al. Socioeconomic position, stage of lung cancer and time between referral and diagnosis in Denmark, 2001-2008. *Br J Cancer*. 2011;105(7):1042-8.
13. Kærgaard Starr L, Osler M, Steding-Jessen M, Lidegaard Frederiksen B, Jakobsen E, Østerlind K, et al. Socioeconomic position and surgery for early-stage non-small-cell lung cancer: A population-based study in Denmark. *Lung Cancer*. 2013;79(3):262-9.
14. Dalton SO, Steding-Jessen M, Engholm G, Schuz J, Olsen JH. Social inequality and incidence of and survival from lung cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):1989-95.

6 TYK- OG ENDETARMSKRÆFT

- I Danmark er der årligt 4.500 nye tilfælde af tyk- og endetarmskræft, og 13.000 personer lever med tyk- og endetarmskræft, når opgørelserne baseres på Cancerregisteret.
- Hvert år dør 1.900 personer på grund af tyk- og endetarmskræft. Det svarer til 4 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer tyk- og endetarmskræft i 4.900 og 4.000 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Tyk- og endetarmskræft er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fem måneder.
- Der registreres årligt 8.300 indlæggelser med tyk- og endetarmskræft som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 75.000 ambulante hospitalsbesøg med tyk- og endetarmskræft som aktionsdiagnose.
- Personer med tyk- og endetarmskræft har årligt 40.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden tyk- og endetarmskræft.
- Tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til 90 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med tyk- og endetarmskræft har årligt 170.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden tyk- og endetarmskræft.
- Hvert år koster tyk- og endetarmskræft 1.120 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af tyk- og endetarmskræft resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 870 mio. kr.
- Hvert år koster tyk- og endetarmskræft 980 mio. kr. på grund af tabt produktion.

6.1 Indledning

Tyk- og endetarmskræft defineres i denne rapport som kræft, det vil sige som en ondartet svulst, i tyktarm, endetarm, på overgangen mellem tyktarm og endetarm samt i endetarmsåbningen (analkræft). Tyk- og endetarmskræft er en af de hyppigste kræftsygdomme i Danmark, med en lille overvægt af mænd, der får kræft i endetarmen, og en lille overvægt af kvinder, der får kræft i tyktarmen (1). Analkræft er en forholdsvis sjælden sygdom, som oftest rammer kvinder (2). De hyppigste symptomer ved tyk- og endetarmskræft er ændringer i stabilt afføringsmønster, blodig afføring samt følelsen af ikke at kunne tømme tarmen helt ved toiletbesøg. Analkræft har stigende hyppighed blandt yngre, hvorimod tarmkræft (tyktarm og endetarm) er sjælden før 40 årsalderen (2, 3).

Modificerbare risikofaktorer for tyk- og endetarmskræft inkluderer moderat/højt indtag af alkohol, højt indtag af rødt kød, rygning og overvægt. Fysisk aktivitet er fundet at være en beskyttende faktor (4). Desuden har personer

med diabetes (4, 5) og kroniske inflammatoriske tarmsygdomme, såsom Chrons sygdom, en øget risiko for udvikling af tyk- og endetarmskræft (6, 7). Endelig spiller alder og arvelighed ind. Risikofaktorer for analkræft er rygning, analsex, HPV-infektion, HIV/AIDS-infektion og et svækket immunsystem (2).

6.2 Forekomst af tyk- og endetarmskræft

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med tyk- eller endetarmskræft i Cancerregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 5-årsperiode. Antallet af personer, der lever med tyk- eller endetarmskræft (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Cancerregisteret i en 5-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 4.471 incidente tilfælde af tyk- og endetarmskræft, svarende til en incidensrate på 105 per 100.000 mænd og 95 per 100.000 kvinder (tabel 6.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 6.2.1 Tyk- og endetarmskræft. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	1	1	3	3	6
25-34	3	3	10	9	19
35-44	9	9	36	36	72
45-54	40	42	159	165	324
55-64	129	111	451	394	845
65-74	315	220	841	629	1.470
75-84	521	392	627	625	1.252
85-	535	390	185	298	483
I alt	105	95	2.312	2.159	4.471

I Danmark lever 13.456 personer med tyk- og endetarmskræft (tabel 6.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 75-84 år for både mænd (1.614 per 100.000) og kvinder (1.128 per 100.000), mens det højeste antal personer med tyk- og endetarmskræft ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 6.2.2 Tyk- og endetarmskræft. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	3	4	9	11	20
25-34	6	6	21	20	41
35-44	30	26	118	103	221
45-54	115	120	453	462	915
55-64	402	347	1.428	1.244	2.672
65-74	972	696	2.549	1.953	4.502
75-84	1.614	1.128	1.944	1.805	3.749
85-	1.415	1.102	488	848	1.336
I alt	317	282	7.010	6.446	13.456

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for tyk- og endetarmskræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været henholdsvis 227 og 166 færre incidente tilfælde af tyk- og endetarmskræft blandt mænd og kvinder, svarende til 11,2 % og 9,3 % af alle incidente tilfælde på grund af tyk- og endetarmskræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså en lille social ulighed i incidente tilfælde for tyk- og endetarmskræft, dog uden en gradient, idet andelen af ekstra incidente tilfælde i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 6.2.3 Tyk- og endetarmskræft. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	688	841	84	93	12,2	11,1
Kort uddannelse	1.016	657	143	73	14,1	11,1
Mellemlang/lang uddannelse	330	294	–	–	–	–
I alt	2.034	1.792	227	166	11,2	9,3

6.3 Tyk- og endetarmskræft og dødelighed

Tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til 1.931 dødsfald (tabel 6.3.1). Lidt flere mænd end kvinder dør af tyk- og endetarmskræft, og antallet af dødsfald på grund af tyk- og endetarmskræft stiger indtil 85-årsalderen. Tyk- og endetarmskræft er årsag til 3,7 % af alle dødsfald.

Tabel 6.3.1 Tyk- og endetarmskræft. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	3	2	5	1,6	2,3	1,8
35-44	8	10	18	1,5	3,6	2,3
45-54	36	39	75	2,4	4,2	3,1
55-64	153	108	261	4,5	4,9	4,6
65-74	312	233	545	5,2	5,5	5,3
75-84	322	313	635	4,1	4,2	4,2
85-	157	235	392	2,5	2,1	2,2
I alt	991	940	1.931	3,8	3,5	3,7

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 6.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af tyk- og endetarmskræft som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 196 færre dødsfald på grund af tyk- og endetarmskræft, svarende til et ud af otte dødsfald på grund af tyk- og endetarmskræft. Der ses altså en lille social ulighed, men dog uden en gradient, idet andelen af ekstra dødsfald i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 6.3.2 Tyk- og endetarmskræft. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	295	366	40	63	14,0	17,0
Kort uddannelse	390	227	65	28	17,0	12,0
Mellemlang/lang uddannelse	121	93	–	–	–	–
I alt	806	686	105	91	13,0	13,3

Tyk- og endetarmskræft er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fem måneder for både mænd og kvinder (tabel 6.3.3). Tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til i alt 8.886 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, med flest tabte leveår blandt mænd.

Tabel 6.3.3 Tyk- og endetarmskræft. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden tyk- og endetarmskræft, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af tyk- og endetarmskræft fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden tyk- og endetarmskræft	Tab	
Mænd	77,7	78,1	0,4	4.903
Kvinder	81,7	82,1	0,4	3.983
I alt				8.886

Der ses flest tabte leveår blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af tyk- og endetarmskræft som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 743 og 679 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og

kvinder, svarende til omtrent hvert sjette tabte leveår på grund af tyk- og endetarmskræft. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 6.3.4 Tyk- og endetarmskræft. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.375	1.384	300	356	21,8	25,7
Kort uddannelse	2.521	1.678	443	323	17,6	19,2
Mellemlang/lang uddannelse	804	797	–	–	–	–
I alt	4.700	3.858	743	679	15,8	17,6

6.4 Tyk- og endetarmskræft og indlæggelser

Der registreres årligt 8.305 indlæggelser med tyk- og endetarmskræft som aktionsdiagnose, og det højeste antal ses blandt mænd (tabel 6.4.1). En tredjedel af alle indlæggelserne på grund af tyk- og endetarmskræft ses i aldersgruppen 65-74 år. Indlæggelser på grund af tyk- og endetarmskræft udgør 0,9 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 6.4.1 Tyk- og endetarmskræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	6	8	14	0,0	0,0	0,0
25-34	33	12	45	0,1	0,0	0,1
35-44	84	130	214	0,2	0,2	0,2
45-54	382	372	754	0,6	0,6	0,6
55-64	998	887	1.885	1,2	1,2	1,2
65-74	1.653	1.223	2.876	1,6	1,4	1,5
75-84	971	945	1.916	1,3	1,2	1,3
85-	238	363	601	0,8	0,8	0,8
I alt	4.365	3.940	8.305	1,0	0,8	0,9

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for tyk- og endetarmskræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 32 og 77 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 0,8 % og 2,2 % af alle somatiske indlæggelser på grund af tyk- og endetarmskræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså ingen nævneværdig social ulighed i indlæggelser på grund af tyk- og endetarmskræft.

Tabel 6.4.2 Tyk- og endetarmskræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt på køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.212	1.493	-73	33	-6,0	2,2
Kort uddannelse	2.014	1.286	105	44	5,2	3,4
Mellemlang/lang uddannelse	722	649	–	–	–	–
I alt	3.948	3.428	32	77	0,8	2,2

6.5 Tyk- og endetarmskræft og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 74.654 ambulante hospitalsbesøg med tyk- og endetarmskræft som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt mænd (tabel 6.5.1). De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 55-74 år, for begge køn. Ambulante hospitalsbesøg på grund af tyk- og endetarmskræft udgør 0,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg, hvilket dækker over 1,1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 0,7 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 6.5.1 Tyk- og endetarmskræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	33	65	98	0,0	0,0	0,0
25-34	217	118	335	0,1	0,0	0,0
35-44	1.068	1.047	2.115	0,3	0,2	0,2
45-54	3.801	3.907	7.708	0,7	0,5	0,6
55-64	10.314	9.269	19.583	1,3	1,1	1,2
65-74	17.368	11.572	28.940	1,9	1,3	1,6
75-84	7.607	6.301	13.908	1,5	1,2	1,3
85-	859	1.108	1.967	0,8	0,6	0,7
I alt	41.267	33.387	74.654	1,1	0,7	0,9

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 6.5.2). Hvis personer med grundskoleuddannelse havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.188 flere ambulante hospitalsbesøg. Hvis personer med kort uddannelse havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af tyk- og endetarmskræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 869 færre ambulante hospitalsbesøg. Der ses en lille omvendt social ulighed blandt kvinder, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i ambulante hospitalsbesøg blandt mænd på grund af tyk- og endetarmskræft.

Tabel 6.5.2 Tyk- og endetarmskræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt på køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	11.957	11.716	-736	-1.452	-6,2	-12,4
Kort uddannelse	19.516	12.631	569	300	2,9	2,4
Mellemlang/lang uddannelse	7.190	6.634	–	–	–	–
I alt	38.663	30.981	-167	-1.152	-0,4	-3,7

6.6 Tyk- og endetarmskræft og primærsektor

For tyk- og endetarmskræft er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset tyk- og endetarmskræft.

Personer med tyk- og endetarmskræft har årligt 40.318 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden tyk- og endetarmskræft (tabel 6.6.1). Antallet af besøg er stort set ens for mænd og kvinder, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 55-84 år for mænd og 65-84 år for kvinder. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med tyk- og endetarmskræft udgør 0,1 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 6.6.1 Tyk- og endetarmskræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	12	69	81	0,0	0,0	0,0
25-34	166	142	308	0,0	0,0	0,0
35-44	591	647	1.238	0,0	0,0	0,0
45-54	2.242	1.856	4.098	0,1	0,1	0,1
55-64	4.804	3.216	8.020	0,2	0,1	0,1
65-74	6.714	5.097	11.811	0,3	0,2	0,2
75-84	4.039	5.751	9.790	0,2	0,2	0,2
85-	1.655	3.317	4.972	0,3	0,2	0,3
I alt	20.223	20.095	40.318	0,2	0,1	0,1

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 6.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af tyk- og endetarmskræft som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.612 og 3.198 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 9,1 % og 19,9 % af alle besøg på grund af tyk- og endetarmskræft blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså en lille social ulighed, dog uden en gradient, idet andelen af ekstra besøg ikke falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 6.6.2 Tyk- og endetarmskræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	5.720	6.926	409	1.554	7,2	22,4
Kort uddannelse	9.089	6.534	1.203	1.644	13,2	25,2
Mellemlang/lang uddannelse	2.994	2.609	–	–	–	–
I alt	17.803	16.069	1.612	3.198	9,1	19,9

6.7 Tyk- og endetarmskræft og førtidspensioner

Tyk- og endetarmskræft er årligt årsag til 90 nytilkendte førtidspensioner, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 6.7.1). Næsten alle nytilkendte førtidspensioner på grund af tyk- og endetarmskræft findes blandt de 45-64-årige. Tyk- og endetarmskræft er årsag til 0,6 % af alle nytilkendelser og årsag til 1,3 % af alle nytilkendelser blandt voksne i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 6.7.1 Tyk- og endetarmskræft. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af tyk- og endetarmskræft og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	0	1	0,1	0,0	0,1
35-44	1	2	3	0,1	0,1	0,1
45-54	15	13	28	0,6	0,5	0,5
55-64	32	26	58	1,4	1,1	1,3
I alt	49	41	90	0,6	0,5	0,6

6.8 Tyk- og endetarmskræft og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgange for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af tyk- og endetarmskræft beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset tyk- og endetarmskræft.

Erhvervsaktive personer med tyk- og endetarmskræft har årligt 166.387 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden tyk- og endetarmskræft (tabel 6.8.1). Antallet af sygedage er stort set ens blandt mænd og kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 55-64 år både blandt mænd og kvinder. Sygedagene blandt personer med tyk- og endetarmskræft udgør 0,6 % af alle sygedage.

Tabel 6.8.1 Tyk- og endetarmskræft. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	39	36	75	0,0	0,0	0,0
25-34	1.816	1.974	3.790	0,1	0,1	0,1
35-44	7.835	8.922	16.757	0,3	0,2	0,2
45-54	27.641	32.761	60.402	0,8	0,7	0,7
55-64	46.386	38.977	85.363	1,8	1,4	1,6
I alt	83.717	82.670	166.387	0,7	0,5	0,6

6.9 Tyk- og endetarmskræft og sundhedsøkonomi

Hvert år koster kræft i tyk- og endetarm 1.118,8 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 6.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 65-84 år. Indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg udgør stort set alle omkostninger til behandling og pleje af tyk- og endetarmskræft. Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge udgør kun 0,3 % af de samlede omkostninger. Der er et negativt forbrug af hjemmehjælp/praktisk hjælp i gruppen med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med gruppen uden tyk- og endetarmskræft. Der er ingen omkostninger forbundet med skadestuebesøg eller brug af receptpligtig medicin.

Tidlig død på grund af kræft i tyk- og endetarm medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 873,4 mio. kr. årligt (tabel 6.9.2). Der er negative nettoomkostninger for mænd og kvinder på 85 år og derover. De samlede nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje af kræft i tyk- og endetarm er 245,4 mio. kr. årligt.

Tabel 6.9.1 Tyk- og endetarmskræft. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	7,1	10,3	0,0	0,1	0,0	0,0
45-64	82,2	119,0	0,0	0,6	0,0	0,1
65-84	181,8	195,8	0,0	1,1	0,0	-6,6
85-	17,3	4,6	0,0	0,2	0,0	1,6
I alt	288,4	329,7	0,0	2,0	0,0	-4,9
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	6,8	9,9	0,0	0,1	0,0	-0,1
45-64	71,2	103,3	0,0	0,5	0,0	-1,1
65-84	146,2	134,5	0,0	1,1	-0,1	-2,4
85-	26,5	4,7	0,0	0,3	0,0	2,4
I alt	250,7	252,4	0,0	1,9	0,0	-1,1
Total	539,1	582,1	0,0	3,9	0,0	-6,1

Tabel 6.9.2 Tyk- og endetarmskræft. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	17,4	4,4	13,0
45-64	201,9	96,8	105,1
65-84	371,9	287,0	84,9
85-	23,6	42,7	-19,1
I alt	614,9	431,0	184,0
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	16,7	5,6	11,1
45-64	173,8	81,6	92,2
65-84	279,4	279,4	0,0
85-	34,0	75,8	-41,8
I alt	503,8	442,4	61,5
Total	1.118,8	873,4	245,4

6.10 Tyk- og endetarmskræft og produktionstab

Hvert år koster tyk- og endetarmskræft 981,6 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 6.10.1). Omkostningerne er størst blandt mænd, og størst i den ældste aldersgruppe, for både mænd og kvinder. Tyk- og endetarmskræft er årsag til produktionstab på 64,4 mio. kr. på grund af sygedage og 225,0 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af tyk- og endetarmskræft hvert år koster 692,1 mio. kr. på grund af tabt produktion. Det meste af det samlede produktionstab på grund af tyk- og endetarmskræft skyldes således tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 3.009,2 mio. kr.

Tabel 6.10.1 Tyk- og endetarmskræft. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	3,7	16,5	74,1	94,3
45-65	30,2	116,4	335,3	481,9
I alt	33,9	132,9	409,4	576,2
Kvinder				
16-44	3,8	16,2	61,6	81,6
45-65	26,8	75,9	221,1	323,9
I alt	30,6	92,1	282,7	405,4
Total	64,4	225,0	692,1	981,6

6.11 Kommentarer til resultater

Tyk- og endetarmskræft er årsag til næsten 4 % af alle dødsfald i Danmark og bidrager med mange tabte leveår. Endvidere er der relativt mange indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af tyk- og endetarmskræft. Incidensen af tyk- og endetarmskræft stiger med alderen, og personer under 45 år diagnosticeres sjældent med sygdommen.

I nærværende rapport findes en årlig prævalens af tyk- og endetarmskræft på godt 13.000 og en incidens på knap 4.500 tilfælde. Antallet af prævalente og incidente tilfælde stiger indtil 75-årsalderen, hvorefter der ses et fald. Prævalens- og incidensraten stiger ligeledes med alderen, men henholdsvis falder og stagnerer omkring de 85 år. Antal incidente tilfælde af tyk- og endetarmskræft er steget i 10-årsperioden 2003 til 2012, mens dødeligheden i samme periode stort set har været konstant (3). Detaljerede data om incidens og prævalens findes i den nordiske database NORDCAN, som også benytter Cancerregisteret som datakilde.

I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for tyk- og endetarmskræft fra 2010 for Danmark på 42 per 100.000 personer. Dødeligheden er væsentlig højere i Danmark end i Norge, Sverige og Finland, og er for kvinder tilmed den højeste blandt de vestlige europæiske lande (8), men en forskellig registreringspraksis kan spille ind her. Fra 2014 er iværksat et screeningsprogram for personer i alderen 50-74 år, som har til formål at opdage tidlige stadier af tyk- og endetarmskræft for på den måde at opnå bedre muligheder for helbredelse og nedsættelse af dødeligheden (9).

Der ses ingen skadestuebesøg på grund af tyk- og endetarmskræft, men derimod er tyk- og endetarmskræft en betydelig årsag til indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg. Som tilfældet også er for de øvrige kræftsygdomme medtaget i denne rapport, udgør besøg hos alment praktiserende læge en ganske lille del af det samlede antal lægebesøg.

Byrdemålet sundhedsøkonomi er næsten udelukkende belastet af ambulante hospitalsbesøg og indlæggelser, som hver udgør omtrent halvdelen af de samlede omkostninger til behandling og pleje af tyk- og endetarmskræft på 1.120 mio. kr. De mange ambulante hospitalsbesøg afspejles også i sundhedsøkonomien, hvor omkostningerne til besøgene er den næststørst. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 65-84 år for både mænd og kvinder. De samlede omkostninger modsvares af sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død på 870 mio. kr.

I nærværende rapport findes tyk- og endetarmskræft til at være årsag til 0,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner i Danmark. Det forholdsvist lille antal førtidspensioner hænger sammen med den generelt høje alder ved diagnose. Et dansk studie, der undersøger risikoen for at blive førtidspensioneret efter diverse kræftdiagnoser, viser en 1,7 og 1,8 gange forøget relativ risiko blandt henholdsvis mænd og kvinder for at blive førtidspensioneret som følge af en tyk- og endetarmskræftdiagnose sammenlignet med en kræftfri kontrolgruppe. Tyk- og endetarmskræft kategoriseres dermed i en medium risikogruppe for førtidspension sammenlignet med andre kræftformer (10). To danske studier finder endvidere, at socioøkonomiske faktorer, såsom uddannelse, er associeret med førtidspensionering efter en tyk- og endetarmskræftdiagnose (11, 12). Kræft er ikke generelt en belastende årsag til sygedage, og tyk- og endetarmskræft er årsag til 0,6 % af alle sygedage. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af sygedage, førtidspension og død medfører tyk- og endetarmskræft et produktionstab på 980 mio. kr. og ligger dermed relativt lavt placeret i sammenligning med de øvrige sygdomme. Dette kan delvist forklares ved den forholdsvis høje alder ved diagnose. Produktionstabet overstiges af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død på 3.010 mio. kr.

Det ses overordnet, at forekomsten af tyk- og endetarmskræft er en anelse højere blandt mænd end blandt kvinder. Der ses endvidere flere tabte leveår, flere ambulante hospitalsbesøg samt højere produktionstabs- og sundhedsøkonomiske omkostninger blandt mænd. Der er ingen betydelig kønsforskel for de øvrige sygdomsbyrdemål.

For de fleste byrdemål ses kun en mindre social ulighed. Der ses desuden en lille social ulighed i dødelighed og besøg hos alment praktiserende læge på grund af tyk- og endetarmskræft. Et tidligere dansk studie finder, at der er socioøkonomisk ulighed i risikoen for at blive diagnosticeret med fjermetastaser af endetarmskræft, men ikke

tyktarmskræft (13). Et andet dansk studie finder, at både kort- og langsigtet overlevelse efter tyk- og endetarmskræft falder med faldende uddannelsesniveaue (14).

6.12 Metode

I denne rapport er tyk- og endetarmskræft defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 6.12.1.

Tabel 6.12.1 Diagnoseklassifikation af tyk- og endetarmskræft

Sygdom	ICD-10
Kræft i tyktarm	C18
Kræft på overgangen mellem tyktarm og endetarm	C19
Kræft i endetarmen	C20
Kræft i endetarmsåbningen	C21

Opgørelserne af incidens og prævalens af tyk- og endetarmskræft er baseret på tilfælde identificeret i Cancerregisteret i 2005-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middlelevetid og tabte leveår på grund af tyk- og endetarmskræft er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er tyk- og endetarmskræft.

Opgørelserne af indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af tyk- og endetarmskræft er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 6.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg er ligeledes beregnet. Der er ingen skadestuebesøg forbundet med tyk- og endetarmskræft, derfor er skadestuebesøgene ikke en del af sygdomsbyrdemålene i dette kapitel.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af tyk- og endetarmskræft benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har tyk- og endetarmskræft, udvalgt således at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af tyk- og endetarmskræft anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af tyk- og endetarmskræft opgøres ved hjælp af Sygedagpenge-registeret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af tyk- og endetarmskræft er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i førtidspension for tyk- og endetarmskræft, da antallet af nytilkendelser er for lavt.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af tyk- og endetarmskræft benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med tyk- og endetarmskræft sammenlignet med personer uden tyk- og endetarmskræft. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne: L01 og S01 er opgjort på baggrund af Lægemedelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med tyk- og endetarmskræft og en udvalgt gruppe af personer uden tyk- og endetarmskræft.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæfter.

6.13 Referencer

1. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
2. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for analkræft. København: 2013.
3. NORDCAN. 2014 [01-04-2015]. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp.
4. Huxley RR, Ansary-Moghaddam A, Clifton P, Czernichow S, Parr CL, Woodward M. The impact of dietary and lifestyle risk factors on risk of colorectal cancer: a quantitative overview of the epidemiological evidence. *Int J Cancer*. 2009;125(1):171-80.
5. Yuhara H, Steinmaus C, Cohen SE, Corley DA, Tei Y, Buffler PA. Is diabetes mellitus an independent risk factor for colon cancer and rectal cancer? *Am J Gastroenterol*. 2011;106(11):1911-21; quiz 22.
6. Jess T, Horvath-Puho E, Fallingborg J, Rasmussen HH, Jacobsen BA. Cancer risk in inflammatory bowel disease according to patient phenotype and treatment: a Danish population-based cohort study. *Am J Gastroenterol*. 2013;108(12):1869-76.
7. Bernstein CN, Blanchard JF, Kliever E, Wajda A. Cancer risk in patients with inflammatory bowel disease: a population-based study. *Cancer*. 2001;91(4):854-62.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
9. Sundhedsstyrelsen, Komiteen for Sundhedsoplysning. Screening for tyk- og endetarmskræft. København: 2014.
10. Carlsen K, Oksbjerg Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. *Scand J Public Health*. 2008;36(2):117-25.
11. Carlsen K, Harling H, Pedersen J, Christensen K, Osler M. The transition between work, sickness absence and pension in a cohort of Danish colorectal cancer survivors. *BMJ Open*. 2013;3(2).
12. Heinesen E, Kolodziejczyk C. Effects of breast and colorectal cancer on labour market outcomes- Average effects and educational gradients. *J Health Econ*. 2013;32(6):1028-42.
13. Frederiksen B, Osler M, Harling H, Jørgensen T. Social inequalities in stage at diagnosis of rectal but not in colonic cancer: A nationwide study. *Br J Cancer*. 2008;98(3):668-73.
14. Egeberg R, Halkjær J, Rottmann N, Hansen L, Holten I. Social inequality and incidence of and survival from cancers of the colon and rectum in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):1978-88.

7 BRYSTKRÆFT

- I Danmark er der årligt 4.800 nye tilfælde af brystkræft hos kvinder og 21.000 kvinder lever med brystkræft, når opgørelserne baseres på Cancerregisteret.
- Hvert år dør 1.200 kvinder på grund af brystkræft. Det svarer til 4 % af alle dødsfald blandt kvinder.
- Hvert år resulterer brystkræft i 8.800 tabte leveår for kvinder.
- Brystkræft er årsag til et tab i middellevetid på syv måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 8.500 indlæggelser blandt kvinder med brystkræft som aktionsdiagnose. Det svarer til 2 % af alle somatiske indlæggelser blandt kvinder.
- Der registreres årligt 260.000 ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder med brystkræft som aktionsdiagnose. Det svarer til 5 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.
- Kvinder med brystkræft har årligt 33.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end kvinder uden brystkræft.
- Brystkræft er årligt årsag til 150 nytilkendte førtidspensioner blandt kvinder. Det svarer til 2 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.
- Erhvervsaktive kvinder med brystkræft har årligt 450.000 flere sygedage end erhvervsaktive kvinder uden brystkræft. Det svarer til 3 % af alle sygedage blandt kvinder.
- Hvert år koster brystkræft 1.590 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af brystkræft resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 560 mio. kr.
- Hvert år koster brystkræft 1.350 mio. kr. på grund af tabt produktion.

7.1 Indledning

Brystkræft er den hyppigste kræftsygdom blandt kvinder i Danmark (1), men også globalt i både udviklingslandene og Vesten (2). Brystkræft rammer kun meget sjældent mænd (20-40 tilfælde i de senere år i Danmark) (3), og der er derfor udelukkende medtaget brystkræft hos kvinder i denne rapport. Der er tale om brystkræft, når der findes en ondartet svulst i og eventuelt omkring brystet. Andre symptomer kan desuden være ændringer i bryst eller brystvorte og forstørrede lymfeknuder i armhulen (1).

Både arvelige forhold, miljø og livsstil kan påvirke udviklingen af brystkræft. Blandt andet er alkohol, overvægt, fysisk inaktivitet, arvelighed, kvindelige kønshormoner (især østrogen), tidlig pubertet, høj alder ved første fødsel samt sen alder ved menopause associeret med brystkræft (1, 4-6).

7.2 Forekomst af brystkræft

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af kvinder, der i løbet af et år er registreret med brystkræft i Cancerregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 5-årsperiode. Antallet af kvinder, der lever med brystkræft (prævalensen), er opgjort som antallet af kvinder registreret i Cancerregisteret i en 5-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 4.773 incidente tilfælde af brystkræft, svarende til en incidensrate på 212 per 100.000 (tabel 7.2.1). De højeste antal incidente tilfælde ses i aldersgruppen 55-74 år.

Tabel 7.2.1 Brystkræft. Incidens, rate per 100.000 kvinder og antal fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens	
	Rate per 100.000	Antal
0-15	.	.
16-24	1	2
25-34	21	69
35-44	86	335
45-54	232	894
55-64	363	1.270
65-74	441	1.241
75-84	423	670
85-	383	292
I alt	212	4.773

I Danmark lever 21.122 kvinder med brystkræft (tabel 7.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 65-74 år (2.198 per 100.000), hvor det højeste antal med brystkræft også findes.

Tabel 7.2.2 Brystkræft. Prævalens, rate per 100.000 kvinder og antal fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens	
	Rate per 100.000	Antal
0-15	.	.
16-24	1	4
25-34	46	151
35-44	293	1.148
45-54	913	3.516
55-64	1.708	6.119
65-74	2.198	6.167
75-84	1.742	2.789
85-	1.595	1.228
I alt	925	21.122

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt kvinder med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 7.2.3). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme sygdomsmønster for brystkræft som kvinder med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 386 flere incidente tilfælde af brystkræft, svarende til 9,1 % af alle incidente tilfælde på grund af brystkræft blandt kvinder. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnet ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.2.3 Brystkræft. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidenter tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal		Antal	Andel (%)
Grundskole	1.476		-288	-19,5
Kort uddannelse	1.739		-98	-5,6
Mellemlang/lang uddannelse	1.035		–	–
I alt	4.250		-386	-9,1

7.3 Brystkræft og dødelighed

Brystkræft er årligt årsag til 1.182 dødsfald (tabel 7.3.1). Der ses flest dødsfald i alderen 55 år og derover. Et ud af ni dødsfald blandt kvinder i alderen 35-54 år skyldes brystkræft.

Tabel 7.3.1 Brystkræft. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Dødsfald	
	Antal	Andel (%) af alle dødsfald
0-15	·	·
16-24	0	0,0
25-34	7	8,0
35-44	32	11,6
45-54	111	11,8
55-64	219	9,9
65-74	294	7,0
75-84	287	3,8
85-	232	2,0
I alt	1.182	4,4

De højeste antal dødsfald ses blandt kvinder med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 7.3.2). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme mønster for dødelighed af brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 38 færre dødsfald af brystkræft, svarende til 4,1 % af alle dødsfald på grund af brystkræft blandt kvinder. Der ses altså ingen nævneværdig social ulighed i dødsfald på grund af brystkræft.

Tabel 7.3.2 Brystkræft. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal		Antal	Andel (%)
Grundskole	409		13	3,0
Kort uddannelse	347		25	7,0
Mellemlang/lang uddannelse	166		–	–
I alt	922		38	4,1

Brystkræft er årsag til et tab i danske kvinders middellevetid på syv måneder (tabel 7.3.3). Brystkræft er årligt årsag til i alt 8.815 tabte leveår indtil alder 75 år.

Tabel 7.3.3 Brystkræft. Kvinders middellevetid og middellevetid uden brystkræft, kvinders tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af brystkræft. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Kvinder	Kvinder uden brystkræft	Tab	
	81,7	82,3	0,6	8.815

De fleste tabte leveår ses blandt kvinder med kort uddannelse (tabel 7.3.4). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme mønster for dødelighed af brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 607 færre tabte leveår blandt kvinder, svarende til 7,2 % af alle tabte leveår på grund af brystkræft blandt kvinder. Der ses altså en lille social ulighed i tabte leveår på grund af brystkræft. Den sociale ulighed er kendetegnet ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.3.4 Brystkræft. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal		Antal	Andel (%)
Grundskole	2.630		374	14,2
Kort uddannelse	3.664		233	6,4
Mellemlang/lang uddannelse	2.161		–	–
I alt	8.455		607	7,2

7.4 Brystkræft og indlæggelser

Der registreres årligt 8.514 indlæggelser blandt kvinder med brystkræft som aktionsdiagnose, hvoraf tre ud af fire indlæggelser ses i aldersgruppen 45-74 år (tabel 7.4.1). Brystkræft er årsag til 1,8 % af alle somatiske indlæggelser blandt kvinder.

Tabel 7.4.1 Brystkræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Indlæggelser	
	Antal	Andel (%) af alle indlæggelser
0-15	·	·
16-24	4	0,0
25-34	140	0,3
35-44	701	1,3
45-54	1.768	2,9
55-64	2.540	3,4
65-74	2.230	2,5
75-84	906	1,2
85-	225	0,5
I alt	8.514	1,8

De højeste antal indlæggelser ses blandt kvinder med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 7.4.2). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme indlæggelsesmønster for brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 700 flere indlæggelser, svarende til 8,8 % af alle somatiske ind-

læggelser på grund af brystkræft. Der ses altså, om end den er lille, en omvendt social ulighed, dog uden en gradient, idet andelen af ekstra indlæggelser i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens.

Tabel 7.4.2 Brystkræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	2.453	-695	-28,3	
Kort uddannelse	3.488	-5	-0,1	
Mellemlang/lang uddannelse	2.013	–	–	
I alt	7.954	-700	-8,8	

7.5 Brystkræft og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 260.887 ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder med brystkræft som aktionsdiagnose, og tre ud af fire af de ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 45-74 år (tabel 7.5.1). Brystkræft er årsag til 5,4 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 7.5.1 Brystkræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Ambulante besøg	
	Antal	Andel (%) af alle besøg
0-15	.	.
16-24	136	0,0
25-34	3.731	0,5
35-44	23.474	3,6
45-54	59.472	8,2
55-64	79.052	9,1
65-74	67.150	7,7
75-84	23.611	4,4
85-	4.261	2,5
I alt	260.887	5,4

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt kvinder med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 7.5.2). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 35.489 flere ambulante hospitalsbesøg, svarende til 14,5 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af brystkræft blandt kvinder. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.5.2 Brystkræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg	Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	72.171	-25.932	-35,9
Kort uddannelse	105.438	-9.557	-9,1
Mellemlang/lang uddannelse	67.336	–	–
I alt	244.945	-35.489	-14,5

7.6 Brystkræft og primærsektor

For brystkræft er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af kvinder med brystkræft sammenlignet med en gruppe af kvinder med samme aldersfordeling og ens sygelighed fraset brystkræft.

Kvinder med brystkræft har årligt 32.693 flere besøg hos alment praktiserende læge end kvinder uden brystkræft (tabel 7.6.1). De højeste antal besøg ses i aldersgruppen 55-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder med brystkræft udgør 0,2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder.

Tabel 7.6.1 Brystkræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Besøg hos alment praktiserende læge	
	Antal besøg	Andel (%) af alle besøg
0-15	·	·
16-24	12	0,0
25-34	357	0,0
35-44	2.080	0,1
45-54	4.942	0,2
55-64	8.568	0,3
65-74	8.367	0,3
75-84	5.764	0,2
85-	2.603	0,2
I alt	32.693	0,2

De højeste antal besøg hos alment praktiserende læge ses blandt kvinder med kort uddannelse (tabel 7.6.2). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme mønster for besøg på grund af brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 5.527 flere besøg, svarende til 18,1 % af alle besøg på grund af brystkræft blandt kvinder. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 7.6.2 Brystkræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg	Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	8.672	-4.720	-54,4
Kort uddannelse	13.665	-807	-5,9
Mellemlang/lang uddannelse	8.247	–	–
I alt	30.584	-5.527	-18,1

7.7 Brystkræft og førtidspensioner

Brystkræft er årligt årsag til 153 nytilkendte førtidspensioner blandt kvinder (tabel 7.7.1). Knap halvdelen af førtidspensioner ses i aldersgruppen 55-64 år. Brystkræft er årsag til 1,8 % af alle nytilkendelser blandt kvinder og årsag til 3,1 % af alle nytilkendelser blandt kvinder i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 7.7.1 Brystkræft. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af brystkræft og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Nytilkendte førtidspensioner	
	Antal	Andel (%) af alle førtidspensioner
16-24	0	0,0
25-34	5	0,6
35-44	19	1,0
45-54	59	2,1
55-64	70	3,1
I alt	153	1,8

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt kvinder med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 7.7.2). Hvis hele befolkningens kvinder havde samme mønster for førtidspensionering for brystkræft som kvinder med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 32 færre nytilkendte førtidspensioner, svarende til 21,9 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af brystkræft blandt kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 7.7.2 Brystkræft. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt kvinder i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner	Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	42	13	31,0
Kort uddannelse	69	19	27,5
Mellemlang/lang uddannelse	35	–	–
I alt	146	32	21,9

7.8 Brystkræft og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af brystkræft beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af kvinder med brystkræft sammenlignet med en gruppe af kvinder med samme aldersfordeling og ens sygelighed frasat brystkræft.

Erhvervsaktive kvinder med brystkræft har årligt 450.039 flere sygedage end erhvervsaktive kvinder uden brystkræft (tabel 7.8.1). Flest sygedage ses i aldersgruppen 45-54, og den største andel af sygedage ses i aldersgruppen 55-64 år. Sygedagene blandt kvinder med brystkræft udgør 2,9 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 7.8.1 Brystkræft. Antal sygedage og andelen af alle sygedage blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Sygedage	
	Antal	Andel (%) af alle sygedage
16-24	218	0,0
25-34	15.338	0,5
35-44	93.529	2,0
45-54	200.604	4,2
55-64	140.350	5,1
I alt	450.039	2,9

7.9 Brystkræft og sundhedsøkonomi

Hvert år koster brystkræft 1.590,1 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 7.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 45-64 år. Indlæggelser udgør 19 % af alle omkostninger, imens ambulante behandlinger udgør den største andel af alle omkostninger forbundet med behandling og pleje af brystkræft (81 %). Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge og receptpligtig medicin udgør kun 0,2 % af alle omkostningerne. Der er et negativt forbrug af hjemmehjælp/praktisk hjælp i gruppen af kvinder med brystkræft sammenlignet med kvinder uden brystkræft.

Tidlig død på grund af brystkræft medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 557,6 mio. kr. årligt (tabel 7.9.2). Det sparede sundhedskonsum er størst i aldersgruppen 65-84 år. De samlede nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje af brystkræft er 1.032,5 mio. kr. årligt. Der er negative nettoomkostninger for kvinder på 85 år og derover.

Tabel 7.9.1 Brystkræft. Omkostninger til behandling og pleje blandt kvinder fordelt efter alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	28,5	135,2	0,0	0,2	.	.
45-64	153,0	674,5	0,0	1,3	-0,3	-3,5
65-84	118,0	455,8	0,0	1,3	0,2	-7,0
85-	7,8	23,9	0,0	0,3	0,4	0,2
I alt	307,3	1.289,4	0,0	3,0	0,3	-10,3

Tabel 7.9.2 Brystkræft. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
0-15	.	.	.
16-44	164,3	0,0	164,3
45-64	824,9	181,8	643,0
65-84	568,3	301,5	266,8
85-	32,6	74,2	-41,6
I alt	1.590,1	557,6	1.032,5

7.10 Brystkræft og produktionstab

Hvert år koster brystkræft 1.352,6 mio. kr. på grund af tabt produktion, og omkostningerne er størst i den ældste aldersgruppe (tabel 7.10.1). Brystkræft er årsag til produktionstab på 161,8 mio. kr. på grund af sygedage og 413,6 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af brystkræft hvert år koster 777,3 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af brystkræft skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af kvindernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 2.187,9 mio. kr.

Tabel 7.10.1 Brystkræft. Omkostninger ved tabt produktion blandt kvinder fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
16-44	36,3	125,7	208,7	370,7
45-65	125,5	287,9	568,6	981,9
I alt	161,8	413,6	777,3	1.352,6

7.11 Kommentarer til resultater

Brystkræft ligger højt på næsten alle sygdomsbyrdemål inkluderet i denne rapport, især ved tabte leveår og ambulante hospitalsbesøg. Prævalensen af brystkræft er 21.000, og incidensen er 4.800, og størstedelen af de prævalente og incidente tilfælde ses i aldersgruppen 55-74 år. Detaljerede data om incidens og prævalens findes i den nordiske database NORDCAN (3), som også benytter Cancerregisteret som datakilde.

I nærværende rapport findes en markant byrde ved brystkræft i form af dødelighed, især som tabte leveår. Antallet af kvinder med diagnosticeret brystkræft har været stigende gennem mange år på grund af det landsdækkende tilbud om mammografiscreening, samt fremskridt inden for behandlingen har medført, at færre dør af sygdommen. Således er brystkræft i dag en af de kræftformer med bedst overlevelse (3, 7, 8).

I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for brystkræft fra 2010 for Danmark på 47 per 100.000 kvinder. Dødelighedsraten er væsentlig højere i Danmark end i Finland, Sverige og Norge og er tilmed den højeste blandt de 22 medtagne vestlige europæiske lande (9). Aldersstandardiserede dødelighedsrater for brystkræft viser, at dødeligheden har været svagt stigende fra 1950'erne og frem til midt-1990'erne, hvorefter der har været et betydeligt fald frem til 2012 (3).

Der ses ingen skadestuebesøg på grund af brystkræft, men derimod er brystkræft en betydelig årsag til indlæggelser og i særdeleshed ambulante hospitalsbesøg. Således er brystkræft årsag til 5 % af alle ambulante hospitalsbesøg, og i aldersgruppen 55-64 år udgør ambulante hospitalsbesøg på grund af brystkræft 9 % af alle ambulante hospitalsbesøg. Det forholdsvis høje antal ambulante hospitalsbesøg og indlæggelser for brystkræft sammenlignet med de øvrige kræftsygdomme er udtryk for den relativt høje overlevelse kombineret med en høj prævalens.

På samme måde som de øvrige kræftsygdomme medtaget i denne rapport findes besøg hos alment praktiserende læge på grund af brystkræft at være et mindre belastet sygdomsbyrdemål.

Hvert år koster brystkræft 1.600 mio. kr. i behandling og pleje. Dermed er brystkræft den sygdom blandt kvinder, der koster mest. De største omkostninger er primært grundet ambulante hospitalsbesøg, som udgør 81 % af de samlede omkostninger for brystkræft. Dermed er brystkræft i sammenligning med de øvrige sygdomme, den sygdom med de største omkostninger forbundet med ambulante hospitalsbesøg. Tidlig død på grund af brystkræft medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 560 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostninger årligt er 1.030 mio. kr. Nettoomkostninger forbundet med brystkræft ligger ligeledes højt i sammenligning med de øvrige sygdomme blandt kvinder.

Brystkræft er årsag til 153 af alle nytilkendte førtidspensioner. I et dansk studie, der har undersøgt risikoen for at være arbejdsløs efter en brystkræftdiagnose, findes, at 81 % stadig var en del af arbejdsmarkedet to år efter diagnosen, og at 10 % ikke var i arbejde. Hertil findes, at den vigtigste faktor for at være arbejdsløs efter diagnosen er at have været arbejdsløs forud for diagnosen (10). Kræft er generelt set ikke en fremtrædende årsag til sygedage, men brystkræft ligger højt sammenlignet med de øvrige kræftsygdomme medtaget i denne rapport, idet brystkræft typisk optræder tidligere end andre kræftformer. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af sygedage, førtidspension og død medfører brystkræft et produktionstab på 1.350 mio. kr. og ligger dermed forholdsvis højt placeret i forhold til de øvrige sygdomme i denne rapport taget i betragtning af, at der kun inkluderes kvinder. Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af kvindernes tidlige død på 2.190 mio. kr.

Der ses en lille social ulighed i de fleste sygdomsbyrdemål for brystkræft, men i modsætning til mange andre sygdomme ses omvendt social ulighed for de fleste sygdomsbyrdemål, således at de er højere blandt kvinder med en mellemlang/lang uddannelse end blandt kvinder med en kortere uddannelse. Den omvendte sociale ulighed ses dog ikke i byrdemålene tabte leveår og førtidspensioner, hvor kvinder med kortere uddannelse er mere belastede end kvinder med en længerevarende uddannelse. Den sociale ulighed, der ses i antal incidente tilfælde af brystkræft, er i overensstemmelse med et tidligere dansk studie, der undersøger sammenhængen mellem social ulighed og brystkræft i Danmark. I studiet findes endvidere en signifikant dårligere overlevelse blandt kvinder med kortere uddannelse efter fem år (11). Hertil finder et andet dansk studie, at postmenopausale kvinder

med kortere uddannelse har en forøget risiko for at blive diagnosticeret med en "højrisiko" brystkræft. (12). Dette understøttes af fundene i nærværende rapport, idet dødeligheden i form af tabte leveår og antallet af førtidspensioner er højere blandt kvinder med kortere uddannelse på trods af højere incidens blandt kvinder med længere uddannelse. Den sociale ulighed i førtidspensioner, der findes i nærværende rapport, understøttes af en dansk undersøgelse, der finder, at kort uddannelse øger risikoen for tidlig tilbagetrækning (herunder førtidspension) fra arbejdsmarkedet hos brystkræftpatienter (13). Generelt for kræftsygdom er der fundet sammenhæng mellem socioøkonomisk status og risikoen for ikke at være i arbejde efter en kræftdiagnose (10, 14).

7.12 Metode

I denne rapport er brystkræft defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 7.12.1.

Tabel 7.12.1
Diagnoseklassifikation af brystkræft

Sygdom	ICD-10
Kræft i bryst	C50

Opgørelserne af incidens og prævalens af brystkræft er baseret på tilfælde identificeret i Cancerregisteret i 2005-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring). Opgørelserne af sygdomsbyrden ved brystkræft er udelukkende lavet for kvinder, da antallet af mænd med brystkræft er meget lavt.

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af brystkræft er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er brystkræft.

Opgørelserne af indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af brystkræft er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose angivet i tabel 7.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg er ligeledes beregnet. Der er ingen skadestuebesøg forbundet med brystkræft, derfor er skadestuebesøg ikke en del af sygdomsbyrdemålene i dette kapitel.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af brystkræft benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Derfor er det ikke muligt at opgøre forbruget direkte. Der er derfor opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af kvinder med brystkræft sammenlignet med en udvalgt gruppe af kvinder, der ikke har brystkræft, udvalgt således at aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af brystkræft anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af brystkræft opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for kvinder med brystkræft sammenlignet med kvinder uden brystkræft. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive kvinder. Tildelingen af førtidspension på grund af brystkræft er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af brystkræft benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for kvinder med brystkræft sammenlignet med kvinder uden brystkræft. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne: G03, L02, M05, L01 og L02 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af kvinder med brystkræft og en udvalgt gruppe af kvinder uden brystkræft.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæfter.

7.13 Referencer

1. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
2. World Health Organization. Breast cancer: prevention and control. 2014 [24-11-2014]. www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/.
3. NORDCAN. 2014 [01-04-2015]. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp.
4. Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M, Comparative Risk Assessment collaborating group. Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors. *Lancet*. 2005;366(9499):1784-93.
5. Lacey JV, Jr., Kreimer AR, Buys SS, Marcus PM, Chang SC, Leitzmann MF, et al. Breast cancer epidemiology according to recognized breast cancer risk factors in the Prostate, Lung, Colorectal and Ovarian (PLCO) Cancer Screening Trial Cohort. *BMC Cancer*. 2009;9:84.
6. Boyle P, Levin B. World cancer report 2008: IARC Press, International Agency for Research on Cancer; 2008.
7. Jørgensen KJ, Gøtzsche PC. Screening finder brystkræft hos tusinder, men er det godt eller skidt? *Ugeskr Læger*. 2014;176(20):1908-9.
8. Gøtzsche PC, Jørgensen KJ. Screening for breast cancer with mammography. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;6(6).
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
10. Carlsen K, Ewertz M, Dalton S, Badsberg J, Osler M. Unemployment among breast cancer survivors. *Scand J Public Health*. 2014;42(3):319-28.
11. Carlsen K, Høybye M, Dalton S, Tjønnelund A. Social inequality and incidence of and survival from breast cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. *Eur J Cancer*. 2008;44(14):1996-2002.
12. Dalton S, Doring M, Ross L, Carlsen K, Mortensen P, Lynch J, et al. The relation between socioeconomic and demographic factors and tumour stage in women diagnosed with breast cancer in Denmark, 1983-1999. *Br J Cancer*. 2006;95(5):653-9.
13. Damkjær LH, Deltour I, Suppli NP, Christensen J, Kroman NT, Johansen C, et al. Breast cancer and early retirement: Associations with disease characteristics, treatment, comorbidity, social position and participation in a six-day rehabilitation course in a register-based study in Denmark. *Acta Oncol*. 2011;50(2):274-81.
14. Torp S, Nielsen RA, Fossa SD, Gudbergsson SB, Dahl AA. Change in employment status of 5-year cancer survivors. *Eur J Public Health*. 2013;23(1):116-22.

8 PROSTATAKRÆFT

- I Danmark er der årligt 4.300 nye tilfælde af prostatakræft, og 18.000 mænd lever med prostatakræft, når opgørelserne baseres på Cancerregisteret.
- Hvert år dør 1.200 mænd på grund af prostatakræft. Det svarer til 5 % af alle dødsfald blandt mænd.
- Hvert år resulterer prostatakræft i 2.600 tabte leveår for mænd.
- Prostatakræft er årsag til et tab i mænds middellevetid på fem måneder.
- Der registreres årligt 4.300 indlæggelser blandt mænd med prostatakræft som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 110.000 ambulante hospitalsbesøg med prostatakræft som aktionsdiagnose. Det svarer til 3 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd.
- Mænd med prostatakræft har årligt 79.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end mænd uden prostatakræft.
- Prostatakræft er årligt årsag til 18 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd.
- Erhvervsaktive mænd med prostatakræft har årligt 45.000 flere sygedage end erhvervsaktive mænd uden prostatakræft.
- Hvert år koster prostatakræft 650 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af prostatakræft resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 470 mio. kr.
- Hvert år koster prostatakræft 160 mio. kr. på grund af tabt produktion.

8.1 Indledning

Kræft i prostata (blærehalskirtlen) er den hyppigste mandlige kræftform (1, 2). I langt de fleste tilfælde vil der vedvarende være så få kræftceller, at kræften ikke når at udvikle sig i mandens levetid, men i nogle tilfælde kan kræften være aggressiv og sprede sig til lymfeknuder og knogler. Symptomer på prostatakræft kan være smerter ved endetarm og mellemkød samt blod i sæden. Ved vandladningsforstyrrelser og urinvejsinfektion er der ofte tale om godartet forstørrelse af prostata.

Risikoen for prostatakræft er stærkt stigende med alderen og ses sjældent hos mænd under 50 år (1, 2). Årsagerne kendes ikke fuldt ud, men det antages, at op mod 40 % af tilfældene har en arvelig komponent (1, 3). Prostatakræft er en langsomt voksende sygdom, som kan være stum i flere årtier og først give sig til kende med symptomer, når den har spredt sig til knoglerne (1). Screening for prostataspecifikt antigen (PSA) af personer

med familær disposition for prostatakræft har været en medvirkende faktor til, at incidensen er steget, men det er uvist, om alle, der får målt forhøjede værdier, vil udvikle fremskreden prostatakræft (2, 4).

8.2 Forekomst af prostatakræft

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af mænd, der i løbet af et år er registreret med prostatakræft i Cancerregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 5-årsperiode. Antallet af mænd, der lever med prostatakræft (prævalensen), er opgjort som antallet af mænd registreret i Cancerregisteret i en 5-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 4.289 incidente tilfælde af prostatakræft (tabel 8.2.1). Dette svarer til en incidensrate på 196 per 100.000 mænd. Det højeste antal incidente tilfælde af prostatakræft ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 8.2.1 Prostatakræft. Incidens, rate per 100.000 mænd og antal fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens	
	Rate per 100.000	Antal
0-15	.	.
16-24	0	0
25-34	0	0
35-44	1	5
45-54	35	140
55-64	288	1.005
65-74	731	1.915
75-84	835	977
85-	731	247
I alt	196	4.289

I Danmark lever 17.633 mænd med prostatakræft (tabel 8.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 75-84 år (4.205 per 100.000), mens det højeste antal med prostatakræft ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 8.2.2 Prostatakræft. Prævalens, rate per 100.000 mænd og antal fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens	
	Rate per 100.000	Antal
0-15	.	.
16-24	0	0
25-34	0	0
35-44	2	9
45-54	85	334
55-64	911	3.235
65-74	2.996	7.858
75-84	4.205	5.064
85-	3.286	1.133
I alt	798	17.633

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt mænd med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 8.2.3). Hvis hele befolkningens mænd havde samme sygdomsmønster for prostatakræft som mænd med mellem-

lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 458 flere incidente tilfælde af prostatakræft blandt mænd, svarende til 11,7 % af alle incidente tilfælde på grund af prostatakræft blandt mænd. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 8.2.3 Prostatakræft. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde	Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	1.191	-252	-21,2
Kort uddannelse	1.911	-206	-10,8
Mellemlang/lang uddannelse	799	–	–
I alt	3.901	-458	-11,7

8.3 Prostatakræft og dødelighed

Prostatakræft er årligt årsag til 1.183 dødsfald (tabel 8.3.1). Der ses ingen dødsfald på grund af prostatakræft indtil 45-årsalderen, og det højeste antal dødsfald ses blandt de 75-84-årige. Prostatakræft er årsag til 4,6 % af alle dødsfald blandt mænd.

Tabel 8.3.1 Prostatakræft. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Dødsfald	
	Antal	Andel (%) af alle dødsfald
0-15	·	·
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	0	0,0
45-54	6	0,4
55-64	76	2,2
65-74	291	4,9
75-84	476	6,1
85-	334	5,3
I alt	1.183	4,6

De højeste antal dødsfald ses blandt mænd med grundskoleuddannelse og kort uddannelse (tabel 8.3.2). Hvis hele befolkningens mænd havde samme mønster for dødelighed af prostatakræft som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 30 færre dødsfald på grund af prostatakræft, svarende til 3,6 % af alle dødsfald på grund af prostatakræft blandt mænd. Der ses altså ingen nævneværdig social ulighed i dødsfald på grund af prostatakræft.

Tabel 8.3.2 Prostatakræft. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)	
Grundskole	324	8	2,0	
Kort uddannelse	372	22	6,0	
Mellemlang/lang uddannelse	129	–	–	
I alt	825	30	3,6	

Prostatakræft er årsag til et tab i danske mænds middellevetid på fem måneder (tabel 8.3.3), og prostatakræft er årligt årsag til i alt 2.580 tabte leveår indtil alder 75 år.

Tabel 8.3.3 Prostatakræft. Mænds middellevetid og middellevetid uden prostatakræft, mænds tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af prostatakræft. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Mænd	Middellevetid (år)		Tabte leveår
	Mænd uden prostatakræft	Tab	
77,7	78,1	0,4	2.580

De fleste tabte leveår ses blandt mænd med kort uddannelse (tabel 8.3.4). Hvis hele befolkningens mænd havde samme mønster for dødelighed af prostatakræft som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 218 færre tabte leveår blandt mænd, svarende til 8,8 % af alle tabte leveår på grund af prostatakræft blandt mænd. Der ses altså en lille social ulighed i ekstra tabte leveår på grund af prostatakræft.

Tabel 8.3.4 Prostatakræft. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)	
Grundskole	718	54	7,5	
Kort uddannelse	1.315	164	12,5	
Mellemlang/lang uddannelse	448	–	–	
I alt	2.480	218	8,8	

8.4 Prostatakræft og indlæggelser

Der registreres årligt 4.306 indlæggelser blandt mænd med prostatakræft som aktionsdiagnose, hvoraf langt størstedelen af indlæggelser ses i aldersgruppen 55-84 år (tabel 8.4.1). Der er meget få indlæggelser på grund af prostatakræft før 55-årsalderen. Indlæggelser på grund af prostatakræft udgør 1,0 % af alle somatiske indlæggelser blandt mænd.

Tabel 8.4.1 Prostatakræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Indlæggelser	
	Antal	Andel (%) af alle indlæggelser
0-15	·	·
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	3	0,0
45-54	146	0,2
55-64	1.002	1,2
65-74	1.951	1,9
75-84	938	1,3
85-	266	0,9
I alt	4.306	1,0

De højeste antal indlæggelser ses blandt mænd med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 8.4.2). Hvis hele befolkningens mænd havde samme indlæggelsesmønster for prostatakræft som mænd med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 630 flere indlæggelser svarende til 16,1 % af alle somatiske indlæggelser på grund af prostatakræft blandt mænd. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 8.4.2 Prostatakræft, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser	Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	1.139	-371	-32,6
Kort uddannelse	1.932	-259	-13,4
Mellemlang/lang uddannelse	834	–	–
I alt	3.905	-630	-16,1

8.5 Prostatakræft og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 109.503 ambulante hospitalsbesøg blandt mænd med prostatakræft som aktionsdiagnose, og det højeste antal ses i aldersgruppen 65-74 år (tabel 8.5.1). Der er stort set ingen ambulante hospitalsbesøg før 45-årsalderen. Ambulante hospitalsbesøg på grund af prostatakræft udgør 3,0 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd.

Tabel 8.5.1 Prostatakræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Ambulante besøg	
	Antal	Andel (%) af alle besøg
0-15	.	.
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	56	0,0
45-54	2.037	0,4
55-64	19.332	2,5
65-74	55.010	6,1
75-84	27.494	5,5
85-	5.574	4,9
I alt	109.503	3,0

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt mænd med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 8.5.2). Hvis hele befolkningens mænd havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af prostatakræft som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 17.168 flere ambulante hospitalsbesøg, svarende til 17,1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af prostatakræft blandt mænd. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 8.5.2 Prostatakræft, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg	Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	30.912	-9.930	-32,1
Kort uddannelse	48.527	-7.238	-14,9
Mellemlang/lang uddannelse	21.022	–	–
I alt	100.461	-17.168	-17,1

8.6 Prostatakræft og primærsektor

For prostatakræft er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af mænd med prostatakræft sammenlignet med en gruppe af mænd med samme aldersfordeling og ens sygelighed fraset prostatakræft.

Mænd med prostatakræft har årligt 79.496 flere besøg hos alment praktiserende læge end mænd uden prostatakræft (tabel 8.6.1). De højeste antal besøg ses i aldersgruppen 65-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd med prostatakræft udgør 0,6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd.

Tabel 8.6.1 Prostatakræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Besøg hos alment praktiserende læge	
	Antal besøg	Andel (%) af alle besøg
0-15	.	.
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	96	0,0
45-54	2.538	0,1
55-64	16.986	0,7
65-74	32.340	1,2
75-84	20.576	1,2
85-	6.960	1,2
I alt	79.496	0,6

De højeste antal besøg hos alment praktiserende læge ses blandt mænd med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 8.6.2). Hvis hele befolkningens mænd havde samme besøgs mønster på grund af prostatakræft som mænd med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.788 flere besøg, svarende til 5,3 % af alle besøg på grund af prostatakræft blandt mænd. Der er altså en lille omvendt social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd på grund af prostatakræft. Uligheden kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 8.6.2 Prostatakræft. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse blandt mænd fordelt efter uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt mænd i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg	Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse	
	Antal	Antal	Andel (%)
Grundskole	23.719	-2.185	-9,2
Kort uddannelse	34.366	-1.603	-4,7
Mellemlang/lang uddannelse	13.565	–	–
I alt	71.650	-3.788	-5,3

8.7 Prostatakræft og førtidspensioner

Prostatakræft er årligt årsag til 18 nytilkendte førtidspensioner, og 16 af disse ses i aldersgruppen 55-64 år (tabel 8.7.1). Prostatakræft er årsag til 0,2 % af alle nytilkendelser blandt mænd.

Tabel 8.7.1 Prostatakræft. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af prostatakræft og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Nytildkendte førtidspensioner	
	Antal	Andel (%) af alle førtidspensioner
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	0	0,0
45-54	2	0,1
55-64	16	0,7
I alt	18	0,2

8.8 Prostatakræft og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgange for den erhvervsaktive del af den mandlige befolkning på baggrund af Sygedagpengeregisteret. Antallet af sygedage på grund af prostatakræft beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af mænd med prostatakræft sammenlignet med en gruppe af mænd med samme aldersfordeling og ens sygelighed fraset prostatakræft.

Erhvervsaktive mænd med prostatakræft har årligt 44.968 flere sygedage end erhvervsaktive mænd uden prostatakræft (tabel 8.8.1). De fleste sygedage ses i aldersgruppen 55-64. Sygedagene blandt mænd med prostatakræft udgør 0,4 % af alle sygedage blandt mænd.

Tabel 8.8.1 Prostatakræft. Antal sygedage og andelen af alle sygedage blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Sygedage	
	Antal	Andel (%) af alle sygedage
16-24	0	0,0
25-34	0	0,0
35-44	351	0,0
45-54	7.512	0,2
55-64	37.105	1,4
I alt	44.968	0,4

8.9 Prostatakræft og sundhedsøkonomi

Hvert år koster prostatakræft 654,0 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 8.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Indlæggelser og ambulant behandling udgør tilsammen langt størstedelen af alle omkostninger til behandling og pleje af prostatakræft. Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge udgør 1 % af alle omkostninger. Omkostninger forbundet med brug af receptpligtig medicin udgør 0,1 % af alle omkostninger, og der er ingen omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Der er et negativt forbrug af hjemmehjælp/praktisk hjælp i gruppen af mænd med prostatakræft sammenlignet med mænd uden prostatakræft.

Tidlig død på grund af prostatakræft medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 469,1 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af prostatakræft er 184,8 mio. kr. årligt (tabel 8.9.2). Det sparede sundhedskonsum er størst i aldersgruppen 65-84 år.

Table 8.9.1 Prostatakræft. Omkostninger til behandling og pleje blandt mænd fordelt efter alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	0,2	0,1	0,0	0,0	.	.
45-64	58,2	87,3	0,0	1,8	0,1	-2,1
65-84	104,5	372,0	0,0	5,1	0,4	-11,4
85-	6,6	30,5	0,0	0,7	0,1	-0,2
I alt	169,5	489,9	0,0	7,6	0,7	-13,7

Table 8.9.2 Prostatakræft. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
0-15	.	.	.
16-44	0,3	0,0	0,3
45-64	145,3	42,6	102,7
65-84	470,6	336,0	134,7
85-	37,7	90,6	-52,9
I alt	654,0	469,1	184,8

8.10 Prostatakræft og produktionstab

Hvert år koster prostatakræft 156,1 mio. kr. på grund af tabt produktion, og optræder udelukkende i den ældste aldersgruppe (tabel 8.10.1). Prostatakræft er årsag til produktionstab på 19,0 mio. kr. på grund af sygedage og 34,6 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af prostatakræft hvert år koster 102,5 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af prostatakræft skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af mændenes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 1.496,1 mio. kr.

Table 8.10.1 Prostatakræft. Omkostninger ved tabt produktion blandt mænd fordelt efter alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
16-44	0,2	0,0	0,0	0,2
45-65	18,8	34,6	102,5	155,9
I alt	19,0	34,6	102,5	156,1

8.11 Kommentarer til resultater

Prostatakræft ligger højt på byrdemålet dødsfald og også relativt højt på ambulante hospitalsbesøg. På de øvrige byrdemål ligger prostatakræft ikke så højt.

Det findes i denne rapport, at knap 18.000 er registreret med prostatakræft med en stigende prævalensrate indtil 75-84-årsalderen. Der ses stort set ingen tilfælde før 45-årsalderen. Herefter stiger antallet med alderen og topper blandt de 65-74-årige. Antal årlige nye tilfælde findes til knap 4.300, og førnævnte alderstendens gør sig her gældende. Detaljerede data om incidens og prævalens findes i den nordiske database NordCAN, som også benytter Cancerregisteret som datakilde.

I nærværende rapport findes en markant byrde for prostatakræft i form af antal dødsfald. Imidlertid er byrden i form af tabte leveår før alder 75 år ikke så markant, hvilket er en afspejling af, at størstedelen af tilfældene er blandt ældre mænd. Således ses 93 % af dødsfaldene efter alder 64 år. Antallet af incidente tilfælde og incidensraten har været voldsomt stigende fra 2003 til 2009, hvorefter der er sket et fald frem til 2012, men alt i alt er antallet af incidente tilfælde i denne 10-årsperiode tæt på at være fordoblet, mest af alt på grund af større diagnostisk aktivitet (4, 5). Dødeligheden i form af antal dødsfald har i samme periode været stigende, men i mindre grad end stigningen i incidente tilfælde. I den aldersstandardiserede dødelighedsrate ses der ingen stigning i perioden (5). 1-årsoverlevelsen er i perioden 1999 til 2012 steget fra 87 % til 97 %. Ligeledes er 5-årsoverlevelsen steget voldsomt (5). Stigningerne i overlevelsen skal blandt andet ses i lyset af den større diagnostiske aktivitet, der resulterer i stadig flere tilfælde af prostatakræft især i tidligere stadier af sygdommen, som giver gode overlevelseschancer (2).

I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for prostatakræft fra 2010 for Danmark på 46 per 100.000 mænd. Det er den tredjehøjeste dødelighedsrate i Europa kun overgået af Sverige og Norge (6), men en forskellig registreringspraksis kan spille ind her.

Der ses ingen skadestuebesøg på grund af prostatakræft, men derimod er der mange ambulante hospitalsbesøg. Således er prostatakræft årsag til 2 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg og 6 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt 65-74-årige mænd. Prostatakræft er endvidere årsag til 1 % af alle somatiske indlæggelser blandt mænd. Som tilfældet også er med de øvrige kræftsygdomme medtaget i denne rapport, findes prostatakræft ikke at fylde meget hos alment praktiserende læge.

I nærværende rapport findes prostatakræft til at være årsag til mindre end 1 % af alle nytilkendte førtidspensioner i Danmark. Det lille antal førtidspensioner skyldes mændenes høje alder ved diagnose. I et dansk studie, der undersøger risikoen for at blive førtidspensioneret, findes en 4,5 gange forøget relativ risiko for at blive førtidspensioneret som følge af en prostatakræftdiagnose sammenlignet med en kræftfri kontrolgruppe (7).

Kræft er generelt ikke en dominerende årsag til sygedage, og prostatakræft er årsag til mindre end 1 % af alle sygedage. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af sygedage, førtidspension og død medfører prostatakræft et produktionstab på knap 160 mio. kr. og ligger dermed relativt lavt placeret i forhold til de øvrige sygdomme. Igen kan dette forklares af mændenes høje alder ved diagnose.

Hvert år koster prostatakræft 650 mio. kr. i behandling og pleje. De ambulante hospitalsbesøgsomkostninger udgør størstedelen (75 %) af disse omkostninger for prostatakræft, men også indlæggelsesomkostninger udgør en stor del. Omkostningerne til behandling og pleje på grund af prostatakræft ligger forholdsvis højt, når der sammenlignes med omkostninger blandt mænd for de øvrige sygdomme i denne rapport. Tidlig død på grund af prostatakræft medfører til gengæld besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 470 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af prostatakræft er 180 mio. kr. årligt.

Der ses en lille social ulighed i de fleste sygdomsbyrdemål for prostatakræft, men i modsætning til de fleste sygdomme er konsekvensen af prostatakræft for størstedelen af byrdemålene imidlertid størst blandt mænd med en længere uddannelse sammenlignet med mænd med en kortere uddannelse. For næsten alle sygdomsbyrdemål ses en gradient i den sociale ulighed. For sygdomsbyrdemålene incidens, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og besøg hos alment praktiserende læge er denne omvendt, således at andelen af ekstra incidente tilfælde,

indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og lægebesøg stiger med øget uddannelsesniveau. Der er ses ingen nævneværdig social ulighed i dødsfald for prostatakræft.

Den omvendte sociale ulighed, der ses i antal incidente tilfælde af prostatakræft, er i overensstemmelse med et tidligere dansk studie, der endvidere finder en sammenhæng mellem 1-års- og 5-årsoverlevelse blandt mænd med prostatakræft og uddannelsesniveau, således at overlevelsen øges med stigende uddannelsesniveau (8).

8.12 Metode

I denne rapport er prostatakræft defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 8.12.1.

Tabel 8.12.1 Diagnoseklassifikation af prostatakræft

Sygdom	ICD-10
Kræft i blærehalskirtel	C61

Opgørelserne af incidens og prævalens af prostatakræft er baseret på tilfælde identificeret i Cancerregisteret i 2005-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af prostatakræft er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er prostatakræft.

Opgørelserne af indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af prostatakræft er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 8.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg er ligeledes beregnet. Der er ingen skadestuebesøg forbundet med prostatakræft, derfor er skadestuebesøgene ikke en del af sygdomsbyrdemålene i dette kapitel.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af prostatakræft benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af mænd med prostatakræft sammenlignet med en gruppe af mænd, der ikke har prostatakræft, udvalgt således at aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af prostatakræft anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af prostatakræft opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for mænd med prostatakræft sammenlignet med mænd uden prostatakræft. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive mænd. Tildelingen af førtidspension på grund af prostatakræft er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i førtidspension for prostatakræft, da antallet af nytilkendelser er for lavt.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af prostatakræft benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for mænd med prostatakræft sammenlignet med mænd uden prostatakræft. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne: G03, L01 og L02 er opgjort på baggrund af Lægemedelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af mænd med prostatakræft og en udvalgt gruppe af mænd uden prostatakræft.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshastigheder.

8.13 Referencer

1. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
2. Sundhedsstyrelsen. Kræftprofil: Prostatakræft 2000-2007. København: 2009.
3. Brasso K. Prostatacancer – forekomst og risikofaktorer. Ugeskr Læger. 2007;169(20):1883-6.
4. Rasmussen LI. Dårlig diagnostik giver forskellige prostatatal - men lige mange dør. Ugeskr Læger. 2012;174(20):1348-9.
5. NORDCAN. 2014 [01-04-2015]. www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp.
6. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
7. Carlsen K, Oksbjerg Dalton S, Frederiksen K, Diderichsen F, Johansen C. Cancer and the risk for taking early retirement pension: a Danish cohort study. Scand J Public Health. 2008;36(2):117-25.
8. Marsa K, Johnsen N, Bidstrup P, Johannesen-Henry C, Friis S. Social inequality and incidence of and survival from male genital cancer in a population-based study in Denmark, 1994-2003. Eur J Cancer. 2008;44(14):2018-29.

9 DIABETES

- I Danmark er der årligt 29.000 nye tilfælde af diabetes, og 250.000 lever med diabetes, når opgørelserne baseres på Det Nationale Diabetesregister.
- Hvert år dør 1.300 personer på grund af diabetes. Det svarer til 3 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer diabetes i 4.100 og 1.600 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Diabetes er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og to måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 4.700 indlæggelser blandt mænd og 3.300 blandt kvinder med diabetes som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 330.000 ambulante hospitalsbesøg med diabetes som aktionsdiagnose. Det svarer til 4 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 610 skadestuebesøg med diabetes som aktionsdiagnose.
- Personer med diabetes har årligt 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge, 270.000 flere besøg hos fodterapeut og 68.000 flere besøg hos øjenlæge end personer uden diabetes.
- Diabetes er årligt årsag til 130 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med diabetes har årligt 680.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden diabetes.
- Hvert år koster diabetes 1.970 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af diabetes resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 550 mio. kr.
- Hvert år koster diabetes 1.170 mio. kr. på grund af tabt produktion.

9.1 Indledning

Diabetes er en kronisk sygdom, der er karakteriseret ved hyperglykæmi (forhøjet blodsukkerniveau i kroppen) grundet defekter i insulinsekretionen og/eller insulinens virkning (1). De klassiske symptomer på diabetes er tørst, forøget vandladning, vægttab, kløe i skridtet og træthed (2). Diabetes er forbundet med langtidskomplikationer i form af skade på forskellige organer, såsom øjne, nyrer, nerver, hjerte og blodkar (1). Diabetes inddeles primært i type1-diabetes og type 2-diabetes, hvoraf personer med type1-diabetes udgør 10 % af den samlede gruppe med diabetes (3). Blandt børn og unge i Danmark udgør type1-diabetes 99 % af alle diabetestilfælde (4). Type1-diabetes er en såkaldt autoimmun sygdom, hvilket betyder, at det er kroppens eget immunsystem, der destruerer

de celler i bugspytkirtlen, der producerer det livsvigtige hormon insulin (5). Insulin gives derfor som medicin ved type1-diabetes. Type 2-diabetes skyldes, at kroppens følsomhed for insulin er nedsat (insulinresistens) i kombination med varierende grader af nedsat produktion af insulin, og derved forårsages hyperglykæmi. Risikofaktorerne for type1-diabetes er uklare (6), mens der for type 2-diabetes findes en lang række velkendte risikofaktorer, såsom fysisk inaktivitet, svær overvægt, usund kost, forhøjet blodtryk og hjertekarsygdom (7, 8). Der foreligger en genetisk disposition for udvikling af begge typer af diabetes (6, 8).

Antallet af personer med registreret diabetes er fordoblet fra år 2000 til 2012 i Danmark (9). Stigningen vurderes at skyldes en kombination af fedmeepidemien, en ældre befolkning, længere overlevelse på grund af bedre behandling og tidligere diagnostik af diabetes (10). Det er derudover estimeret, at omtrent 150.000 danskere lever med uopdaget type 2-diabetes (11).

Det er gennem de anvendte registre i denne rapport ikke muligt at skelne mellem type1-diabetes og type 2-diabetes, hvorfor byrdeestimeraterne i dette kapitel omfatter begge diabetesformer.

9.2 Forekomst af diabetes

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) blandt voksne på 16 år eller derover opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med diabetes i Det Nationale Diabetesregister, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med diabetes (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret som incidente i Det Nationale Diabetesregister siden 1996. Personer, der har fået konstateret diabetes før 1996, er altså ikke inkluderet i disse opgørelser. Blandt børn i alderen 0-15 år er incidensen opgjort som antallet af børn, der i løbet af et år er registreret med diabetes i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode, og prævalensen er opgjort som antallet af børn registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 28.580 incidente tilfælde af diabetes, svarende til en incidensrate på 574 per 100.000 mænd og 563 per 100.000 kvinder (tabel 9.2.1). Incidensraten stiger med alderen indtil 75-årsalderen for mænd og indtil 85-årsalderen for kvinder. Det højeste antal incidente tilfælde af diabetes ses i aldersgruppen 55-74 år.

Tabel 9.2.1 Diabetes. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	28	26	163	146	309
16-24	48	80	143	231	374
25-34	106	174	346	562	908
35-44	288	277	1.120	1.051	2.171
45-54	713	506	2.699	1.893	4.592
55-64	1.328	936	4.247	3.109	7.356
65-74	1.800	1.322	4.160	3.391	7.551
75-84	1.892	1.572	1.929	2.168	4.097
85-	1.538	1.128	462	760	1.222
I alt	574	563	15.269	13.311	28.580

I Danmark lever 247.570 personer med diabetes (tabel 9.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 75-84 år for både mænd og kvinder, mens de højeste antal personer med diabetes findes i aldersgruppen 55-74 år.

Tabel 9.2.2 Diabetes. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	340	334	1.987	1.857	3.844
16-24	503	593	1.596	1.802	3.398
25-34	719	1.126	2.367	3.680	6.047
35-44	1.733	2.321	6.902	9.094	15.996
45-54	4.632	3.783	18.183	14.572	32.755
55-64	9.521	6.845	33.795	24.514	58.309
65-74	14.559	11.121	38.191	31.207	69.398
75-84	16.567	14.426	19.954	23.093	43.047
85-	14.085	12.889	4.855	9.921	14.776
I alt	4.576	4.217	127.830	119.740	247.570

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.439 og 3.762 færre incidente tilfælde af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver tredje af alle incidente tilfælde på grund af diabetes. Den sociale ulighed er kendetegnet ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.2.3 Diabetes. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.652	5.065	2.141	2.408	46,0	47,5
Kort uddannelse	6.568	4.014	2.298	1.354	35,0	33,7
Mellemlang/lang uddannelse	1.685	1.502	–	–	–	–
I alt	12.905	10.581	4.439	3.762	34,4	35,6

9.3 Diabetes og dødelighed

Diabetes er årligt årsag til 745 og 570 dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder (tabel 9.3.1). Antallet af dødsfald på grund af diabetes stiger med alderen. Dødsfald på grund af diabetes udgør 2,5 % af alle dødsfald, hvilket dækker over 2,9 % af alle dødsfald blandt mænd og 2,1 % af alle dødsfald blandt kvinder.

Tabel 9.3.1 Diabetes. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	2	1	3	1,6	1,9	1,7
25-34	4	1	5	2,1	1,1	1,8
35-44	14	5	19	2,7	1,8	2,4
45-54	41	15	56	2,8	1,6	2,3
55-64	101	41	142	2,9	1,8	2,5
65-74	199	82	281	3,3	1,9	2,8
75-84	232	170	402	3,0	2,3	2,6
85-	152	255	407	2,4	2,2	2,3
I alt	745	570	1.315	2,9	2,1	2,5

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 9.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 430 færre dødsfald af diabetes, svarende til 46,9 % og 55,3 % af alle dødsfald på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er kendetegnet ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.3.2 Diabetes. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	272	204	160	133	59,0	65,0
Kort uddannelse	240	76	104	33	44,0	44,0
Mellemlang/lang uddannelse	51	20	–	–	–	–
I alt	563	300	264	166	46,9	55,3

Diabetes er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og to måneder for kvinder (tabel 9.3.3). Diabetes er årligt årsag til 5.672 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og størstedelen ses blandt mænd.

Tabel 9.3.3 Diabetes. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden diabetes, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af diabetes fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden diabetes	Tab	
Mænd	77,7	78,0	0,3	4.056
Kvinder	81,7	81,9	0,2	1.616
I alt				5.672

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.288 og 864 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder,

svarende til omtrent tre ud af fem af alle tabte leveår på grund af diabetes. Den sociale ulighed er kendetegnet ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tablet 9.3.4 Diabetes. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.779	847	1.362	638	76,5	75,4
Kort uddannelse	1.747	479	926	226	53,0	47,2
Mellemlang/lang uddannelse	323	158	–	–	–	–
I alt	3.848	1.483	2.288	864	59,4	58,3

9.4 Diabetes og indlæggelser

Der registreres årligt 8.066 indlæggelser med diabetes som aktionsdiagnose, og totalt set er der flest blandt mænd (tabel 9.4.1). De fleste indlæggelser blandt mænd ses i alderen 55-84 år og blandt kvinder i alderen 55-84 år. Indlæggelser på grund af diabetes udgør 0,8 % af alle somatiske indlæggelser.

Tablet 9.4.1 Diabetes, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	431	462	893	0,6	0,8	0,7
16-24	305	242	547	1,3	0,7	1,0
25-34	290	201	491	1,2	0,4	0,7
35-44	437	275	712	1,1	0,5	0,8
45-54	705	382	1.087	1,2	0,6	0,9
55-64	850	476	1.326	1,0	0,6	0,8
65-74	960	554	1.514	0,9	0,6	0,8
75-84	581	502	1.083	0,8	0,6	0,7
85-	162	251	413	0,6	0,5	0,5
I alt	4.721	3.345	8.066	0,9	0,6	0,8

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.627 og 943 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 48,2 % og 45,7 % af alle somatiske indlæggelser på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.4.2 Diabetes, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.420	1.098	880	678	62,0	61,7
Kort uddannelse	1.621	708	747	265	46,1	37,4
Mellemlang/lang uddannelse	337	257	–	–	–	–
I alt	3.378	2.063	1.627	943	48,2	45,7

9.5 Diabetes og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 332.333 ambulante hospitalsbesøg med diabetes som aktionsdiagnose, og flest blandt mænd (tabel 9.5.1). De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt voksne i alderen 45-74 år. Ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes udgør 3,7 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg, hvilket dækker over 4,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 2,7 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 9.5.1 Diabetes, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	7.659	7.846	15.505	2,4	2,7	2,5
16-24	6.841	6.381	13.222	4,0	2,1	2,8
25-34	9.804	10.957	20.761	4,3	1,5	2,2
35-44	20.597	16.496	37.093	5,6	2,5	3,6
45-54	35.511	23.577	59.088	6,6	3,2	4,7
55-64	50.628	30.792	81.420	6,5	3,5	4,9
65-74	44.694	27.362	72.056	5,0	3,1	4,1
75-84	15.992	12.776	28.768	3,2	2,4	2,8
85-	1.875	2.545	4.420	1,6	1,5	1,5
I alt	193.601	138.732	332.333	4,9	2,7	3,7

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 41.857 og 25.584 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver fjerde af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.5.2 Diabetes, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	53.585	42.891	20.388	16.384	38,0	38,2
Kort uddannelse	81.312	41.991	21.469	9.200	26,4	21,9
Mellemlang/lang uddannelse	23.278	20.370	–	–	–	–
I alt	158.175	105.252	41.857	25.584	26,5	24,3

9.6 Diabetes og skadestuebesøg

Der registreres årligt 609 skadestuebesøg med diabetes som aktionsdiagnose, og flest blandt mænd (tabel 9.6.1). For mænd ses de fleste besøg i aldersgruppen 55-74 år og for kvinder i aldersgruppen 45-84 år. Diabetes er årsag til en meget lille andel (0,1 %) af alle somatiske skadestuebesøg.

Tabel 9.6.1 Diabetes, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	6	5	11	0,0	0,0	0,0
16-24	36	25	61	0,0	0,0	0,0
25-34	34	21	55	0,1	0,0	0,1
35-44	47	18	65	0,1	0,0	0,1
45-54	56	38	94	0,1	0,1	0,1
55-64	71	33	104	0,2	0,1	0,1
65-74	72	38	110	0,2	0,1	0,1
75-84	37	40	77	0,1	0,1	0,1
85-	13	19	32	0,1	0,1	0,1
I alt	372	237	609	0,1	0,1	0,1

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 205 færre skadestuebesøg, svarende til 47,2 % og 50,6 % af alle somatiske skadestuebesøg på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.6.2 Diabetes, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	118	88	76	58	64,4	65,9
Kort uddannelse	123	49	51	20	41,5	40,8
Mellemlang/lang uddannelse	28	17	–	–	–	–
I alt	269	154	127	78	47,2	50,6

9.7 Diabetes og primærsektor

For diabetes er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med diabetes sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fra set diabetes.

Personer med diabetes har årligt 1.709.262 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden diabetes (tabel 9.7.1). Antallet af besøg i alt er stort set ens for mænd og kvinder, men der er dog flere besøg blandt kvinder sammenlignet med mænd indtil alder 45 år og efter alder 74 år. De højeste antal besøg ses i aldersgrupperne 55-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med diabetes udgør 4,5 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 9.7.1 Diabetes. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	400	612	1.012	0,0	0,0	0,0
16-24	4.224	7.516	11.740	0,5	0,4	0,4
25-34	13.401	24.423	37.824	1,2	0,8	0,9
35-44	52.541	62.712	115.253	3,2	2,0	2,4
45-54	143.345	131.109	274.454	6,9	4,2	5,3
55-64	248.581	201.946	450.527	9,8	6,3	7,8
65-74	264.250	223.031	487.281	9,9	7,0	8,3
75-84	119.752	136.847	256.599	7,0	5,6	6,2
85-	27.039	47.533	74.572	4,5	3,5	3,8
I alt	873.533	835.729	1.709.262	5,8	3,6	4,5

Personer med diabetes har årligt 266.130 flere besøg hos fodterapeuter end personer uden diabetes (tabel 9.7.2). Der er lige mange besøg hos fodterapeuter blandt mænd og kvinder, og der er flest i aldersgruppen 65-74 år for både mænd og kvinder. De flere besøg hos fodterapeuter blandt personer med diabetes udgør 75,6 % af alle besøg hos fodterapeuter.

Tabel 9.7.2 Diabetes. Antal besøg hos fodterapeuter og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder for år 2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	208	287	495	89,7	93,2	91,7
25-34	706	722	1.428	74,3	65,3	69,5
35-44	2.821	3.085	5.906	69,6	68,1	68,8
45-54	11.988	10.830	22.818	77,2	74,7	76,0
55-64	33.335	28.567	61.902	79,4	78,9	79,1
65-74	50.730	45.001	95.731	76,1	78,6	77,2
75-84	27.159	32.403	59.562	71,5	73,3	72,5
85-	6.163	12.125	18.288	71,5	68,7	69,6
I alt	133.110	133.020	266.130	75,6	75,6	75,6

Personer med diabetes har årligt 68.197 flere besøg hos øjenlæge end personer uden diabetes (tabel 9.7.3). Der er flest besøg blandt mænd, og flest i aldersgruppen 55-74 år for både mænd og kvinder. Besøg hos øjenlæge blandt personer med diabetes udgør 7,0 % af alle besøg hos øjenlæge.

Tabel 9.7.3 Diabetes. Antal besøg hos øjenlæge og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	153	163	316	1,4	1,2	1,3
25-34	297	247	544	2,0	1,2	1,6
35-44	1.436	1.346	2.782	5,4	3,3	4,1
45-54	5.387	4.125	9.512	11,8	5,9	8,2
55-64	11.786	8.371	20.157	15,5	7,4	10,7
65-74	13.587	9.971	23.558	11,9	6,1	8,5
75-84	5.266	4.306	9.572	6,6	3,5	4,7
85-	585	1.171	1.756	2,7	2,6	2,7
I alt	38.497	29.700	68.197	9,9	5,1	7,0

De højeste antal besøg hos alment praktiserende læge ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.7.4). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 282.289 og 254.376 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 37,7 % og 37,5 % af alle besøg på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er kendetegnet ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 9.7.4 Diabetes. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	287.099	350.727	141.657	176.730	49,3	50,4
Kort uddannelse	373.477	239.784	140.632	77.646	37,7	32,4
Mellemlang/lang uddannelse	88.785	87.635	–	–	–	–
I alt	749.361	678.146	282.289	254.376	37,7	37,5

9.8 Diabetes og førtidspensioner

Diabetes er årligt årsag til 129 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fem ses blandt mænd (tabel 9.8.1). Størstedelen af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af diabetes indtræffer i aldersgruppen 45-64 år. Diabetes er årsag til 0,8 % af alle nytilkendelser, hvilket dækker over 1,0 % af alle nytilkendelser blandt mænd og 0,6 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.

Tabel 9.8.1 Diabetes. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af diabetes og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1	0	1	0,1	0,0	0,1
25-34	2	4	6	0,3	0,5	0,4
35-44	12	8	20	0,8	0,4	0,6
45-54	26	18	44	1,1	0,6	0,9
55-64	37	21	58	1,6	0,9	1,3
I alt	78	51	129	1,0	0,6	0,8

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 9.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af diabetes som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 47 og 23 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 70,1 % og 54,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af diabetes blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses endvidere en betydelig social gradient i antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af diabetes for både mænd og kvinder, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Det skal dog bemærkes, at det totale antal førtidspensioner ikke er stort, hvorfor tallene er behæftet med en vis usikkerhed.

Tabel 9.8.2 Diabetes. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	28	14	23	9	82,1	64,3
Kort uddannelse	35	22	24	14	68,6	63,6
Mellemlang/lang uddannelse	4	6	–	–	–	–
I alt	67	42	47	23	70,1	54,8

9.9 Diabetes og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af diabetes beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med diabetes sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset diabetes.

Erhvervsaktive personer med diabetes har årligt 682.242 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden diabetes (tabel 9.9.1). Total set er der flest sygedage blandt mænd, men i aldersgrupperne indtil alder 45 år er der flest blandt kvinder. Der er flest sygedage i aldersgruppen 45-54 år blandt både mænd og blandt kvinder. Sygedagene blandt personer med diabetes udgør 2,5 % af alle sygedage.

Tabel 9.9.1 Diabetes. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	3.291	4.246	7.537	0,5	0,6	0,6
25-34	15.413	34.465	49.878	0,8	1,2	1,1
35-44	60.037	72.636	132.673	2,2	1,6	1,8
45-54	149.514	125.309	274.823	4,4	2,6	3,4
55-64	134.777	82.554	217.331	5,3	3,0	4,1
I alt	363.032	319.210	682.242	3,2	2,0	2,5

9.10 Diabetes og sundhedsøkonomi

Hvert år koster diabetes 1.972,5 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 9.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 45-84 år, og omkostningerne er størst for mænd. Indlæggelser udgør 14 % af alle omkostninger, mens ambulante behandlinger udgør 29 %. Der er ingen nævneværdige omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Omkostninger i primærsektoren (besøg hos alment praktiserende læge, fodterapeut og øjenlæge) udgør 15 %, og receptpligtig medicin udgør 25 % af alle omkostninger til behandling og pleje af diabetes. Hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør 16 % af alle omkostninger til behandling og pleje af diabetes.

Tidlig død på grund af diabetes medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 553,6 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af diabetes totalt set er 1.418,9 mio. kr. årligt (tabel 9.10.2). Nettoomkostningerne er negative for personer på 85 år eller derover.

Tabel 9.10.1 Diabetes. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	29,8	19,4	0,0	0,0	4,6	.
16-44	26,7	64,2	0,0	8,9	36,8	6,3
45-64	49,9	144,1	0,0	62,4	142,9	25,1
65-84	51,0	103,8	0,0	75,0	105,6	88,4
85-	5,7	3,6	0,0	5,1	3,9	16,3
I alt	163,1	335,1	0,0	151,4	293,8	136,1
Kvinder						
0-15	33,8	20,4	0,0	0,0	2,1	.
16-44	17,9	59,0	0,0	11,4	25,5	5,2
45-64	23,6	92,6	0,0	51,1	86,9	38,8
65-84	30,9	68,8	0,0	68,7	85,8	115,5
85-	8,4	5,1	0,0	9,1	6,5	25,4
I alt	114,6	245,9	0,0	140,4	206,7	184,9
Total	277,7	581,0	0,0	291,7	500,6	321,1

Tabel 9.10.2 Diabetes. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	53,8	0,0	53,8
16-44	142,8	7,8	135,0
45-64	424,5	72,1	352,5
65-84	423,9	193,6	230,2
85-	34,6	40,4	-5,8
I alt	1.079,7	313,9	765,8
Kvinder			
0-15	56,3	0,0	56,3
16-44	119,0	3,5	115,5
45-64	293,1	30,9	262,2
65-84	369,8	126,0	243,8
85-	54,5	79,2	-24,7
I alt	892,8	239,7	653,1
Total	1.972,5	553,6	1.418,9

9.11 Diabetes og produktionstab

Hvert år koster diabetes 1.172,6 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 9.11.1). Omkostningerne er størst blandt mænd, og størst i den ældste aldersgruppe for både mænd og kvinder. Diabetes er årsag til produktionstab på 175,2 mio. kr. på grund af sygedage og 430,0 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66

år på grund af diabetes hvert år koster 567,4 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af diabetes skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvar er en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 1.884,6 mio. kr.

Tabel 9.11.1 Diabetes. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	17,4	101,3	132,1	250,9
45-65	82,9	176,0	309,2	568,1
I alt	100,3	277,3	441,3	819,0
Kvinder				
16-44	21,3	66,7	39,1	127,1
45-65	53,6	85,9	87,0	226,5
I alt	74,9	152,6	126,1	353,6
Total	175,2	430,0	567,4	1.172,6

9.12 Kommentarer til resultater

Særligt sygdomsbyrde målet ambulante hospitalsbesøg og omkostningerne hertil er belastet af diabetes. Diabetes er årsag til næsten 4 % af alle ambulante hospitalsbesøg i Danmark og er dermed den sygdom, der totalt set ligger højest på dette sygdomsbyrde mål i forhold til de øvrige sygdomme i denne rapport. Blandt kvinder er der dog flere ambulante hospitalsbesøg på grund af brystkræft end på grund af diabetes.

I nærværende rapport findes en prævalens af diabetes på næsten 250.000 personer. Prævalensen er opgjort ved hjælp af Det Nationale Diabetesregister, som indeholder data tilbage til 1996. Personer, der eksempelvis er registreret i Landspatientregisteret med diabetes forud for denne periode og stadig var i live i perioden 2010-2012, er altså ikke inkluderet i opgørelserne. Statens Serum Institut angiver, at der i 2012 var omtrent 320.000 personer i Danmark med en diabetesdiagnose (12). Udviklingen i incidensen har siden Det Nationale Diabetesregisters start i 1996 været støt stigende fra 15.000 til 32.000 i 2011. I 2012 faldt incidensen dog til 26.000 (9). Incidensen er på grund af de anvendte kriterier for forhøjet glukose i blodet i Det Nationale Diabetesregister formentlig overestimeret. Sundhedsstyrelsen kom i 2012 med nye anbefalinger vedrørende diagnosticering, hvilket sandsynligvis kan forklare faldet siden 2012 (13). Der skelnes i Det Nationale Diabetesregister ikke mellem type1- og type 2-diabetes, men et svensk studie har opgjort fordelingen af nye diabetesstilfælde på aldersgrupper efter diabetesstype. Alt efter, om der er tale om type1- eller type 2-diabetes, er fordelingen meget forskellig. For type1-diabetes er incidensen højest blandt børn og blandt ældre, mens incidensen stiger med alderen for type 2-diabetes (14).

I det globale sygdomsbyrde studie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for diabetes fra 2010 for Danmark på 25 per 100.000 personer. Dødeligheden er højere i Danmark end i Norge, Sverige, Finland og Island (15). I et dansk studie er det fundet, at dødeligheden blandt personer med kompliceret diabetes har været faldende i perioden 2002 til 2010, og blandt mænd med kompliceret diabetes har dette fald i dødeligheden været mere stejlt end dødeligheden i den danske befolkning. Faldet forklares med et fald i død af hjerte-kar-sygdom (16).

Opgørelser af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af diabetes er, som for de øvrige sygdomme i denne rapport, baseret udelukkende på aktionsdiagnoser. Hvis de anvendte diagnoser for diabetes i tabel 1.13.1 ikke anvendes som aktionsdiagnose ved et hospitalsbesøg, men derimod for eksempel en diagnose for en komplikation til diabetes, såsom hypoglykæmi (lavt blodsukker), hjertekarsygdom, øjensygdom,

nyresvigt og amputation, er de derfor ikke indregnet i opgørelserne. Disse tilfælde vil således heller ikke være afspejlet i omkostninger til behandling i denne rapport. Hvis omkostninger relateret til behandling af komplikationer af diabetes var medregnet, ville det derfor have resulteret i en voldsom forøgelse af omkostningerne.

Diabetes koster hvert år 1.970 mio. kr. i behandling og pleje. De mange ambulante hospitalsbesøg på grund af diabetes afspejler sig også i omkostningerne, idet de tegner sig for størstedelen af de samlede omkostninger til behandling og pleje af diabetes. Diabetes er således den sygdom med den tredje største omkostning til ambulante hospitalsbesøg i forhold til de øvrige sygdomme i denne rapport. Diabetes er endvidere den sygdom med de største omkostninger til receptpligtig medicin på 500 mio. kr. og tredjestørste omkostninger til hjemme-hjælp/praktisk hjælp. Tidlig død på grund af diabetes resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 550 mio. kr., og de årlige nettoomkostninger for diabetes er således 1.420 mio. kr. Hvert år koster diabetes endvidere 1.170 mio. kr. på grund af tabt produktion, som modsvares af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 1.880 mio. kr. som følge af kortere levetid.

For næsten alle sygdomsbyrdemål for diabetes er mænd mere belastet end kvinder. Der er totalt set flere nye årlige tilfælde af diabetes blandt mænd sammenlignet med kvinder, dog er der flere nye tilfælde blandt kvinder sammenlignet med mænd i aldersgruppen 16-34 år. For sygdomsbyrdemålene besøg hos alment praktiserende læge og fodterapeut er der ingen betydelig forskel mellem mænd og kvinder.

Personer med grundskole og kort uddannelse får oftere diabetes end personer med længere uddannelse. Den sociale ulighed går igen på alle de undersøgte sygdomsbyrdemål. Havde det været muligt at opgøre den sociale ulighed for type 2-diabetes alene, havde den fundne sociale ulighed sandsynligvis været mere markant, idet der ikke ses social ulighed i type1-diabetes. Et nyligt dansk studie finder betydelig social ulighed i udvikling af diabetes, når den sociale komponent udover uddannelsesniveau også indeholder typen af arbejde (17). Desuden fremgår det af et review, at grupper med lav socioøkonomisk status, målt ved hjælp af uddannelse, indkomst eller profession, er i forøget risiko for udvikling af type 2-diabetes i højindkomstlande (18). Den sociale ulighed er blandt de opgjorte byrdemål i denne rapport mindst markant i ambulante hospitalsbesøg. I et dansk studie angives en mulig forklaring på den mindre markante sociale ulighed for ambulante besøg. I studiet findes, at personer med kort uddannelse har relativt flere besøg hos alment praktiserende læge året efter diagnosen er stillet end personer med lang uddannelse. En mulig forklaring er, at personer med kort uddannelse har flere komplikationer på dette tidspunkt, mens det også til dels kan forklares ved, at personer med længere uddannelse i højere grad går til kontrol i hospitalsambulatorier end hos praktiserende læge (19).

9.13 Metode

I denne rapport er opgørelserne af incidens og prævalens af diabetes for personer på 16 år eller derover baseret på tilfælde identificeret i Det Nationale Diabetesregister i 1996-2012. Opgørelserne for børn under 16 år er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelser af dødelighed, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er diabetes defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 9.13.1.

Tabel 9.13.1 Diagnoseklassifikation af diabetes

Sygdom	ICD-10
Insulinkrævende sukkersyge (IDDM)	E10
Ikke insulinkrævende sukkersyge (NIDDM)	E11
Sukkersyge betinget af underernæring	E12
Anden form for sukkersyge	E13
Sukkersyge uden specifikation	E14

Opgørelserne af dødsfald, tab i middelelevetid og tabte leveår på grund af diabetes er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er diabetes.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af diabetes er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 9.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, fodterapeut og øjenlæge på grund af diabetes benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, samt besøg hos fodterapeut i gruppen af personer med diabetes sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har diabetes, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed også er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af diabetes anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af diabetes opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregistret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med diabetes i forhold til personer uden diabetes. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af diabetes er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registeret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af diabetes benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp for personer med diabetes sammenlignet med personer uden diabetes. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne A10, B01, C02, C03, C07, C08, C09 og C10 er opgjort på baggrund af Lægemedelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med diabetes og en udvalgt gruppe af personer uden diabetes. Medicinudgifterne er udelukkende udtrukket for personer over 16 år, da adgangen til Lægemedelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med diabetes ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimeret for meromkostningen for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

9.14 Referencer

1. American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*. 2014;37 Suppl 1:S81-90.
2. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
3. Diabetesforeningen. Diabetes kort fortalt. 2014 [25-11-2014]. diabetes.dk/presse/diabetes-kort-fortalt.aspx.
4. Dansk Register for Børne- og Ungdoms Diabetes. Landsdækkende klinisk database for børn og unge med diabetes under 18 år. Årsrapport 2009/2010. 2011.
5. Diabetesforeningen. Om diabetes 1. Diabetesforeningen; 2014 [25-11-2014]. diabetes.dk/diabetes-1/fakta-om-diabetes-1/om-diabetes-1.aspx.
6. Maahs DM, West NA, Lawrence JM, Mayer-Davis EJ. Epidemiology of type 1 diabetes. *Endocrinol Metab Clin North Am*. 2010;39(3):481-97.
7. Beck-Nielsen H, Henriksen JH. Type 2-diabetes i Danmark. *Ugeskr Læger*. 2012;174(37):7.
8. Chen L, Magliano DJ, Zimmet PZ. The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus-present and future perspectives. *Nat Rev Endocrinol*. 2012;8(4):228-36.
9. Statens Serum Institut. Tal på diabetes 1996-2012. 2014 [26-11-2014]. www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Specifikke%20omraader/Diabetes.aspx.
10. Vaag A. Type 2-diabetes - en heterogen sygdom med kim i fostertilstanden. *Ugeskr Læger*. 2012;174(37):2138.
11. Sundhedsstyrelsen. Diabetes. 2015 [02-06-2015]. www.sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/diabetes.
12. Statens Serum Institut. Diabetesregisteret (NDR). 2014 [03-06-2015]. www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Registre%20og%20kliniske%20databaser/De%20nationale%20sundhedsregistre/Sygdomme%20leagomidler%20behandling/Diabetesregisteret.aspx.
13. Sundhedsstyrelsen. Notat vedrørende diagnostik af diabetes mellitus med hba1c. 2012 [01-06-2015]. www.sundhedsstyrelsen.dk/~media/2A3178A6D31B428FA888E39AA46B0B4E.ashx.
14. Thunander M, Petersson C, Jonzon K, Fornander J, Ossiansson B, Torn C, et al. Incidence of type 1 and type 2 diabetes in adults and children in Kronoberg, Sweden. *Diabetes Res Clin Pract*. 2008;82(2):247-55.
15. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
16. Færch K, Carstensen B, Almdal TP, Jørgensen ME. Improved survival among patients with complicated type 2 diabetes in Denmark: a prospective study (2002-2010). *J Clin Endocrinol Metab*. 2014;99(4):E642-6.
17. Poulsen K, Cleal B, Willaing I. Diabetes and work: 12-year national follow-up study of the association of diabetes incidence with socioeconomic group, age, gender and country of origin. *Scand J Public Health*. 2014.
18. Agardh E, Allebeck P, Hallqvist J, Moradi T, Sidorchuk A. Type 2 diabetes incidence and socio-economic position: a systematic review and meta-analysis. *Int J Epidemiol*. 2011;40(3):804-18.
19. Dalsgaard EM, Vedsted P, Fenger-Grøn M, Sandbæk A, Vestergaard M. Socioeconomic position and contact to general practice among persons with diabetes. *Prim Care Diabetes*. 2012;6(4):313-8.

10 MISBRUG

- I Danmark er der årligt 8.700 nye tilfælde af misbrug, og 61.000 mænd og 35.000 kvinder lever med et misbrug, når opgørelserne baseres på Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret.
- Hvert år dør 740 personer på grund af et misbrug. Det svarer til 1 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer misbrug i 8.800 og 2.300 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Misbrug er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og én måned for kvinder.
- Der registreres årligt 6.900 psykiatriske indlæggelser og 9.900 somatiske indlæggelser med misbrug som aktionsdiagnose. Misbrug er årsag til 14 % af alle psykiatriske indlæggelser.
- Der registreres årligt 13.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 1.900 somatiske ambulante hospitalsbesøg med misbrug som aktionsdiagnose. Misbrug er årsag til 1 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 14.000 psykiatriske skadestuebesøg og 6.300 somatiske skadestuebesøg med misbrug som aktionsdiagnose. Misbrug er årsag til 17 % af alle psykiatriske skadestuebesøg.
- Personer med misbrug har årligt 500.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 34.000 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden misbrug. Det svarer til 1 % af alle besøg og 4 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog.
- Misbrug er årligt årsag til 410 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og 140 blandt kvinder. Det svarer til 3 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med misbrug har årligt 770.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden misbrug. Det svarer til 3 % af alle sygedage.
- Hvert år koster misbrug 790 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af misbrug resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 370 mio. kr.
- Hvert år koster misbrug 3.800 mio. kr. på grund af tabt produktion.

10.1 Indledning

Misbrug benyttes i denne rapport som en samlet betegnelse for et bredt spektrum af tilstande, som har det tilfældes, at de er forårsagede af et skadeligt forbrug af et eller flere rusmidler (1). Alkoholmisbrug er det mest almindelige misbrug i Danmark (2). De øvrige rusmidler kan groft inddeles efter deres virkning. Hash er eksempelvis med

i gruppen af rusmidler med beroligende virkning. I samme gruppe inkluderes opioider, der virker smertestillende på centralnervesystemet (for eksempel opium, morfin og heroin) og psykofarmaka, der gives for søvnproblemer, angst og uro (særligt kendte er benzodiazepiner). En anden gruppe af rusmidler virker stimulerende på centralnervesystemet med en opstemmende virkning. Herunder findes blandt andet kokain, amfetamin og ecstasy. Desuden kan nævnes gruppen af hallucinogene rusmidler (for eksempel LSD) og flygtige opløsningsmidler (for eksempel inhalation af lighergas) (1, 2).

Der er således forskellige virkningsmekanismer for diverse rusmidler og forskellige faktorer som afhængighed, toleransudvikling (for at rusen opnås, skal større og større mængder til), kontroltab og komplikationer, der påvirker skadevirkningerne. WHO stadiet inddeler misbruget til diagnosticering af de psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser, alt efter hvordan misbruget karakteriseres. Der skelnes mellem akut forgiftning (oftest ikke alvorlig, men afhænger af rusmiddel og indtagelse), misbrug skadeligt for helbredet, afhængighedssyndrom med psykisk trang til rusmidlet (craving), abstinenser med eventuelle krampeanfald, abstinestilstand med delirium, psykose (bl.a. med hallucinationer) og amnetisk tilstand (hukommelsestab) (1).

Der er stor individuel biologisk variation i reaktionen på diverse rusmidler, hvilket bevirker, at nogle mennesker bliver hurtigere afhængige end andre, således er det især de personer, der har en meget positiv effekt af rusmidlet, der har risiko for at udvikle en psykisk afhængighed. For alkohol gælder det, at personer, der er startet tidligt i livet med at drikke, personer med større tolerance over for alkohol, samt personer der desuden ikke dør med tømmermænd, har større risiko for at udvikle afhængighed (2). Det er således både arvelige og miljømæssige forhold, der gør nogle mennesker mere disponible for at udvikle alkoholafhængighed. De arvelige forhold er ikke klarlagte, men kommer til udtryk i adoptionsstudier, hvor der ses en forøget risiko blandt børn med alkoholiske fædre (2). Ydre påvirkninger, såsom stress, kan ligeledes medføre forøget brug af alkohol eller selvmedicinering med blandt andet beroligende og smertestillende midler. Således kan psykiske problemer i sig selv føre til et misbrug.

10.2 Forekomst af misbrug

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med et misbrug i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med et misbrug (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i en 10-årsperiode før det pågældende år. Dermed består opgørelserne kun af de forholdsvist alvorlige tilfælde af misbrug. Mindre alvorlige tilfælde, der eksempelvis udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren, indgår således ikke.

Der er årligt 8.740 incidente tilfælde af misbrug, svarende til en incidensrate på 207 per 100.000 mænd og 111 per 100.000 kvinder (tabel 10.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af misbrug ses i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 10.2.1 Misbrug. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	34	30	197	168	365
16-24	525	355	1.550	1.010	2.560
25-34	232	101	736	324	1.060
35-44	190	83	733	320	1.053
45-54	229	117	878	448	1.326
55-64	244	109	834	382	1.216
65-74	195	104	515	296	811
75-84	141	75	170	119	289
85-	71	45	25	35	60
I alt	207	111	5.638	3.102	8.740

I Danmark lever 60.707 mænd og 35.324 kvinder med et forholdsvis alvorligt misbrug (tabel 10.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 25-34 år for både mænd (3.380 per 100.000) og kvinder (1.855 per 100.000), mens det højeste antal personer med misbrug findes i aldersgruppen 45-54 år.

Tabel 10.2.2 Misbrug. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	587	572	3.428	3.183	6.611
16-24	2.363	1.679	7.501	5.098	12.599
25-34	3.380	1.855	11.128	6.062	17.190
35-44	2.485	1.052	9.896	4.123	14.019
45-54	3.069	1.617	12.047	6.229	18.276
55-64	2.847	1.598	10.105	5.724	15.829
65-74	1.907	1.233	5.003	3.459	8.462
75-84	1.154	707	1.390	1.132	2.522
85-	607	408	209	314	523
I alt	2.173	1.244	60.707	35.324	96.031

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.311 og 452 færre incidente tilfælde af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 45,6 % og 30,9 % af alle incidente tilfælde på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.2.3 Misbrug. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidenter tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.211	626	782	275	64,6	43,9
Kort uddannelse	1.343	590	529	177	39,4	30,0
Mellemlang/lang uddannelse	318	245	–	–	–	–
I alt	2.872	1.461	1.311	452	45,6	30,9

10.3 Misbrug og dødelighed

Misbrug er årligt årsag til 742 dødsfald (tabel 10.3.1). Antallet af mænd, der dør af misbrug, er mere end tre gange så højt som antallet af kvinder, og flest dør i aldersgruppen 55-64 år. Dødsfald forårsaget af misbrug udgør samlet set 2,2 % og 0,6 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder. Misbrug er årsag til 8,9 % af dødsfald blandt mænd i aldersgruppen 35-54 år.

Tabel 10.3.1 Misbrug. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	1	0	1	0,8	0,0	0,6
25-34	9	2	11	4,8	2,3	4,0
35-44	43	4	47	8,3	1,4	5,9
45-54	132	41	173	8,9	4,4	7,2
55-64	204	53	257	5,9	2,4	4,5
65-74	130	46	176	2,2	1,1	1,7
75-84	45	14	59	0,6	0,2	0,4
85-	9	9	18	0,1	0,1	0,1
I alt	573	169	742	2,2	0,6	1,4

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 10.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed på grund af misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 278 og 46 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til halvdelen og hver tredje af alle dødsfald på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af de ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau, og den sociale gradient er mere markant for mænd end for kvinder.

Tabel 10.3.2 Misbrug. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	236	75	159	29	67,0	38,0
Kort uddannelse	248	58	119	17	48,0	30,0
Mellemlang/lang uddannelse	49	20	–	–	–	–
I alt	533	153	278	46	52,2	30,1

Misbrug er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og én måned for kvinder (tabel 10.3.3). Misbrug er årligt årsag til i alt 11.110 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og størstedelen ses blandt mænd.

Tabel 10.3.3 Misbrug. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden misbrug, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af misbrug fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden misbrug	Tab	
Mænd	77,7	78,0	0,3	8.794
Kvinder	81,7	81,8	0,1	2.316
I alt				11.110

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed på grund af misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 5.400 og 1.239 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 64,8 % og 56,6 % af alle tabte leveår på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.3.4 Misbrug. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.899	1.137	3.157	844	81,0	74,3
Kort uddannelse	3.828	814	2.244	394	58,6	48,4
Mellemlang/lang uddannelse	611	237	–	–	–	–
I alt	8.338	2.188	5.400	1.239	64,8	56,6

10.4 Misbrug og indlæggelser

Der registreres årligt 4.880 psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 2.016 blandt kvinder med misbrug som aktionsdiagnose (tabel 10.4.1). De fleste misbrug ses blandt voksne i alderen 35-54 år. Indlæggelser på grund af

misbrug udgør 13,5 % af alle psykiatriske indlæggelser, hvilket dækker over 19,3 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 7,8 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder.

Tabel 10.4.1 Misbrug, psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	4	3	7	1,2	0,5	0,7
16-24	475	152	627	14,9	3,5	8,3
25-34	700	198	898	15,0	4,7	10,1
35-44	1.174	419	1.593	19,7	8,9	14,9
45-54	1.483	651	2.134	26,8	14,2	21,1
55-64	808	403	1.211	24,8	13,2	19,2
65-74	213	167	380	14,0	7,5	10,2
75-84	23	20	43	3,5	1,4	2,1
85-	0	3	3	0,0	0,5	0,4
I alt	4.880	2.016	6.896	19,3	7,8	13,5

Der registreres årligt 9.937 somatiske indlæggelser med misbrug som aktionsdiagnose, og to tredjedele ses blandt mænd (tabel 10.4.2). De fleste misbrug ses blandt unge i alderen 16-24 år og blandt voksne i alderen 35-64 år. Indlæggelser på grund af misbrug udgør 1,3 % af alle somatiske indlæggelser blandt mænd og 0,6 % af alle somatiske indlæggelser blandt kvinder.

Tabel 10.4.2 Misbrug, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	114	90	204	0,2	0,2	0,2
16-24	631	397	1.028	2,7	1,2	1,8
25-34	547	205	752	2,2	0,4	1,0
35-44	1.174	503	1.677	3,0	0,9	1,8
45-54	2.123	825	2.948	3,6	1,3	2,4
55-64	1.503	651	2.154	1,8	0,9	1,3
65-74	608	304	912	0,6	0,3	0,5
75-84	141	93	234	0,2	0,1	0,2
85-	15	13	28	0,1	0,0	0,0
I alt	6.856	3.081	9.937	1,3	0,6	0,9

De fleste indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.4.3). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.469 og 1.068 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til halvdelen og hver fjerde af alle indlæggelser på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.4.3 Misbrug, somatiske og psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.223	1.622	2.999	757	71,0	46,7
Kort uddannelse	3.992	1.549	1.470	311	36,8	20,1
Mellemlang/lang uddannelse	976	773	–	–	–	–
I alt	9.191	3.944	4.469	1.068	48,6	27,1

10.5 Misbrug og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 12.561 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med misbrug som aktionsdiagnose, og de fleste ses blandt mænd (tabel 10.5.1). De fleste ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 16-54 år blandt både mænd og kvinder. Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af misbrug udgør 1,3 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, hvilket dækker over 2,2 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 0,7 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 10.5.1 Misbrug, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	45	46	91	0,1	0,1	0,1
16-24	1.879	790	2.669	3,3	0,7	1,6
25-34	1.614	635	2.249	2,1	0,5	1,1
35-44	1.771	668	2.439	2,3	0,6	1,4
45-54	1.679	974	2.653	2,5	1,3	1,9
55-64	878	387	1.265	2,5	0,9	1,7
65-74	549	382	931	3,7	1,7	2,5
75-84	81	131	212	0,9	0,8	0,8
85-	13	39	52	0,4	0,4	0,4
I alt	8.509	4.052	12.561	2,2	0,7	1,3

Der registreres årligt 1.911 somatiske ambulante hospitalsbesøg med misbrug som aktionsdiagnose, og størstedelen ses blandt mænd (tabel 10.5.2). Der er flere somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder end blandt mænd indtil 35-årsalderen, hvorefter der er flere somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd end blandt kvinder efter 35-årsalderen. De højeste antal somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af misbrug ses blandt personer i aldersgruppen 55-64 år. Ambulante hospitalsbesøg på grund af misbrug udgør en forsvindende andel af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 10.5.2 Misbrug, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	10	14	24	0,0	0,0	0,0
16-24	31	131	162	0,0	0,0	0,0
25-34	46	102	148	0,0	0,0	0,0
35-44	105	68	173	0,0	0,0	0,0
45-54	294	117	411	0,1	0,0	0,0
55-64	338	152	490	0,0	0,0	0,0
65-74	256	138	394	0,0	0,0	0,0
75-84	56	41	97	0,0	0,0	0,0
85-	7	5	12	0,0	0,0	0,0
I alt	1.143	768	1.911	0,0	0,0	0,0

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.5.3). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.529 og 622 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 57,9 % og 19,7 % af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau, mens der blandt kvinder ikke ses en gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens.

Tabel 10.5.3 Misbrug, somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.903	1.390	2.224	644	76,6	46,3
Kort uddannelse	2.654	1.075	1.305	-22	49,2	-2,0
Mellemlang/lang uddannelse	535	686	–	–	–	–
I alt	6.092	3.151	3.529	622	57,9	19,7

10.6 Misbrug og skadestuebesøg

Der registreres årligt 13.751 psykiatriske skadestuebesøg med misbrug som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt mænd (tabel 10.6.1). For både mænd og kvinder stiger antallet af besøg indtil 55-årsalderen, hvorefter antallet af besøg er faldende. Misbrug er årsag til knap hvert fjerde og hvert tiende af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 10.6.1 Misbrug, psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	9	9	18	1,9	1,0	1,3
16-24	788	243	1.031	12,4	2,7	6,7
25-34	1.306	368	1.674	16,2	5,0	10,8
35-44	2.410	823	3.233	24,0	11,1	18,5
45-54	3.092	1.382	4.474	31,6	19,5	26,5
55-64	1.704	824	2.528	31,6	18,4	25,6
65-74	422	300	722	21,8	12,0	16,3
75-84	33	35	68	5,6	3,1	3,9
85-	1	2	3	0,6	0,5	0,5
I alt	9.765	3.986	13.751	22,8	9,9	16,5

Der registreres årligt 4.214 somatiske skadestuebesøg blandt mænd og 2.127 blandt kvinder med misbrug som aktionsdiagnose (tabel 10.6.2). For mænd ses flest af besøgene i aldersgruppen 45-54 år og dernæst i aldersgruppen 16-24 år. For kvinder ses der flest besøg i aldersgruppen 16-24 år og dernæst i aldersgruppen 45-54 år. Misbrug er årsag til 0,7 % af alle somatiske skadestuebesøg.

Tabel 10.6.2 Misbrug, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	104	88	192	0,1	0,1	0,1
16-24	811	690	1.501	1,0	1,2	1,1
25-34	458	228	686	0,8	0,5	0,7
35-44	684	281	965	1,2	0,7	1,0
45-54	1.086	418	1.504	2,0	1,0	1,5
55-64	706	264	970	1,6	0,7	1,1
65-74	293	121	414	0,8	0,3	0,6
75-84	67	32	99	0,3	0,1	0,2
85-	5	5	10	0,0	0,0	0,0
I alt	4.214	2.127	6.341	0,9	0,5	0,7

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmønster på grund af misbrug som personer med mellem/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.616 og 916 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 43,9 % og 20,7 % af alle skadestuebesøg på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.6.3 Misbrug, somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.891	1.782	3.408	759	69,7	42,6
Kort uddannelse	4.389	1.678	1.208	157	27,5	9,4
Mellemlang/lang uddannelse	1.239	973	–	–	–	–
I alt	10.519	4.433	4.616	916	43,9	20,7

10.7 Misbrug og primærsektor

For misbrug er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som merforbrug i gruppen af personer med misbrug sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset misbrug.

Personer med misbrug har årligt 502.545 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden misbrug (tabel 10.7.1). Der er næsten lige mange besøg blandt mænd og blandt kvinder, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 45-64 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge udgør 1,3 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 1,8 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 1,0 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder. Andelen af besøg er større blandt mænd i forhold til andelen af besøg blandt kvinder for personer på 64 år eller derunder.

Tabel 10.7.1 Misbrug. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	16.599	20.096	36.695	1,8	1,0	1,2
25-34	34.683	24.667	59.350	3,1	0,9	1,5
35-44	54.401	32.671	87.072	3,3	1,1	1,8
45-54	74.407	57.850	132.257	3,6	1,8	2,5
55-64	62.735	57.038	119.773	2,5	1,8	2,1
65-74	25.990	29.754	55.744	1,0	0,9	1,0
75-84	4.139	6.346	10.485	0,2	0,3	0,3
85-	317	852	1.169	0,1	0,1	0,1
I alt	273.271	229.274	502.545	1,8	1,0	1,3

Personer med misbrug har årligt 34.106 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden misbrug (tabel 10.7.2). For både mænd og kvinder indtræffer de fleste besøg i aldersgruppen 25-64 år. Besøg hos psykiater eller psykolog blandt personer med misbrug udgør 3,9 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog, hvilket dækker over 5,9 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt mænd og 2,9 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt kvinder. Andelen af besøg er størst blandt mænd i alle aldersgrupper.

Tabel 10.7.2 Misbrug. Antal besøg hos psykiater eller psykolog og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	1.865	1.917	3.782	4,4	2,2	2,9
25-34	3.296	2.592	5.888	5,3	1,9	2,9
35-44	3.803	2.887	6.690	6,2	2,1	3,4
45-54	3.558	3.916	7.474	6,9	3,6	4,6
55-64	3.130	3.963	7.093	9,2	5,6	6,8
65-74	995	1.720	2.715	7,8	5,7	6,3
75-84	164	244	408	4,7	2,6	3,2
85-	15	41	56	1,9	1,4	1,5
I alt	16.826	17.280	34.106	5,9	2,9	3,9

De fleste besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.7.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 89.303 og 55.507 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 42,7 % og 31,9 % af alle besøg på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.7.3 Misbrug. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	86.887	78.700	54.748	40.021	63,0	50,9
Kort uddannelse	97.821	65.065	34.555	15.486	35,3	23,8
Mellemlang/lang uddannelse	24.514	30.004	–	–	–	–
I alt	209.222	173.769	89.303	55.507	42,7	31,9

10.8 Misbrug og førtidspensioner

Misbrug er årligt årsag til 546 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fire ses blandt mænd (tabel 10.8.1). De fleste nytilkendte førtidspensioner på grund af misbrug ses i aldersgruppen 45-54 år. Misbrug er årsag til 3,4 % af alle nytilkendelser, hvilket dækker over 5,4 % af alle nytilkendelser blandt mænd og 1,7 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (3).

Tabel 10.8.1 Misbrug. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af misbrug og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	2	3	5	0,3	0,5	0,4
25-34	28	7	35	3,7	0,9	2,3
35-44	89	31	120	6,2	1,6	3,6
45-54	165	59	224	7,0	2,1	4,3
55-64	123	39	162	5,5	1,7	3,6
I alt	407	139	546	5,4	1,7	3,4

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 10.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspension for misbrug som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 303 og 88 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 83,2 % og 71,5 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af misbrug blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 10.8.2 Misbrug. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	197	78	182	68	92,4	87,2
Kort uddannelse	154	35	121	20	78,6	57,1
Mellemlang/lang uddannelse	13	10	–	–	–	–
I alt	364	123	303	88	83,2	71,5

10.9 Misbrug og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgange for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af misbrug beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med misbrug sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset misbrug.

Erhvervsaktive personer med misbrug har årligt 768.690 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden misbrug (tabel 10.9.1). To ud af tre sygedage ses blandt mænd, og flest sygedage ses i aldersgruppen 45-54 år. Den største andel af sygedage på grund af misbrug ses blandt de 16-34-årige. Sygedagene blandt personer med misbrug udgør 2,9 % af alle sygedage, hvilket dækker over 4,5 % og 1,7 % af alle sygedage blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Tabel 10.9.1 Misbrug. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	30.957	22.782	53.739	4,9	3,2	4,0
25-34	107.345	55.755	163.100	5,8	1,9	3,5
35-44	125.485	55.362	180.847	4,5	1,2	2,4
45-54	150.692	92.265	242.957	4,5	1,9	3,0
55-64	84.745	43.302	128.047	3,3	1,6	2,4
I alt	499.224	269.466	768.690	4,5	1,7	2,9

10.10 Misbrug og sundhedsøkonomi

Hvert år koster misbrug 785,3 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 10.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder, og størstedelen (65 %) af de samlede omkostninger ses blandt mænd. Omkostninger til indlæggelser på psykiatriske og somatiske afdelinger udgør den største omkostning blandt mænd (39 %), hvorimod det er omkostninger til hjemmehjælp/praktisk hjælp, der udgør den største omkostning blandt kvinder (31 %). Skadestuebesøg og ambulante hospitalsbesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger udgør tilsammen 5 % af omkostningerne. Primærsektor (besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater) udgør 7 % af alle omkostninger. Omkostninger til receptpligtig medicin udgør 25 % af de samlede omkostninger. Hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør 28 % af alle omkostninger til behandling og pleje af misbrug.

Tidlig død på grund af misbrug medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 367,9 mio. kr. (tabel 10.10.2). Det sparede sundhedskonsum er meget større blandt mænd end blandt kvinder. Der ses ikke negative nettoomkostninger i nogen aldersgrupper. De samlede nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje af misbrug er 417,4 mio. kr. årligt.

Tabel 10.10.1 Misbrug. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	3,2	0,1	0,2	0,0	5,6	.
16-44	92,2	9,9	5,6	13,1	63,1	5,1
45-64	87,3	5,5	5,7	14,2	43,6	59,1
65-84	14,0	1,8	0,7	2,5	6,6	62,5
85-	0,3	0,0	0,0	0,0	0,2	3,2
I alt	197,0	17,3	12,2	29,8	119,1	129,9
Kvinder						
0-15	2,5	0,2	0,2	0,0	5,1	.
16-44	29,1	4,3	2,2	10,1	28,4	0,9
45-64	36,1	3,1	2,6	11,6	32,1	32,5
65-84	10,6	1,3	0,4	3,0	8,6	51,3
85-	0,4	0,1	0,0	0,1	0,4	2,7
I alt	78,7	9,0	5,4	24,8	74,6	87,4
Total	275,7	26,3	17,6	54,6	193,7	217,3

Tabel 10.10.2 Misbrug. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	9,1	0,0	9,1
16-44	189,0	21,7	167,3
45-64	215,5	168,7	46,9
65-84	88,1	84,8	3,2
85-	3,7	2,6	1,1
I alt	505,4	277,8	227,6
Kvinder			
0-15	8,1	0,0	8,1
16-44	74,9	3,1	71,9
45-64	118,0	51,1	66,9
65-84	75,2	33,0	42,2
85-	3,6	2,9	0,7
I alt	279,8	90,1	189,8
Total	785,3	367,9	417,4

10.11 Misbrug og produktionstab

Hvert år koster misbrug 3.795,6 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 10.11.1). Omkostningerne er langt større blandt mænd end blandt kvinder og størst i den ældste aldersgruppe for både mænd og kvinder. Misbrug er årsag til produktionstab på 143,3 mio. kr. på grund af sygedage, 2.208,1 mio. kr. på grund af førtidspensioner,

og død inden alder 66 år på grund af misbrug koster 1.444,1 mio. kr. hvert år på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af misbrug skyldes altså førtidspensioner.

Produktionstabets modsvar er en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 1.341,5 mio. kr. for mænd og 406,9 mio. kr. for kvinder.

Tabel 10.11.1 Misbrug. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	46,2	801,8	348,1	1.196,1
45-65	48,3	943,1	866,5	1.857,9
I alt	94,5	1.744,9	1.214,6	3.054,0
Kvinder				
16-44	21,7	217,0	33,8	272,6
45-65	27,1	246,2	195,7	469,0
I alt	48,8	463,2	229,5	741,6
Total	143,3	2.208,1	1.444,1	3.795,6

10.12 Kommentarer til resultater

Misbrug ligger højt for de fleste sygdomsbyrdemål i denne rapport. Prævalensen af misbrug findes til at være omtrent 96.000 med højeste rate blandt de 25-34-årige og med højeste antal blandt de 45-54-årige for både mænd og kvinder. Personer med misbrug debuterer som unge, hvilket tydeligt ses af de høje rater for incidens og antal incidente tilfælde blandt især de 16-24-årige.

Prævalens af misbrug er i denne rapport estimeret ved personer identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, som har været på skadestue, i ambulatorie eller indlagt på grund af misbrug. Således er det kun personer, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet og dermed formodentligt har et forholdsvis svært tilfælde af misbrug, der er medtaget (4). Prævalens opgjort ved hjælp af selvudfyldte spørgeskemaer eller andre befolkningsundersøgelser må forventes at give anledning til væsentlig højere prævalens, fordi man her også identificerer personer uden for hospitalssektoren. Sådanne tilfælde opdages ikke med den her benyttede metode, hvorfor prævalensen må antages at være underestimeret.

Misbrug er ikke årsag til flest dødsfald, men ses der på antallet af tabte leveår, rangerer misbrug relativt højt – særligt blandt mænd. Dette er en afspejling af, at der er relativt mange dødsfald blandt de unge, som har mange leveår at miste, hvilket også giver sig til udtryk i den høje dødelighedsandel på knap 9 % blandt de 35-54-årige mænd. I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for misbrugslidelser fra 2010 for Danmark på 25 og 7 per 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder. Dødelighedsraten er væsentlig højere end i Finland, Norge og Sverige for både mænd og kvinder (5). Imidlertid må det nævnes, at det globale sygdomsbyrdestudie har en bredere definition af misbrugslidelser, end hvad misbrug dækker over i denne rapport. Således er der i det globale studie inkluderet enkelte koder for utilsigtede forgiftninger med diverse psykoaktive stoffer inklusive alkohol samt medfødt alkoholsyndrom. Dette burde dog ikke have den store indvirkning på det overordnede billede for de nordiske lande.

Der er for misbrug forholdsvis mange registreringer fra både den psykiatriske og den somatiske del af Landspatientregisteret. Ses der kun på de psykiatriske kontakter, repræsenterer misbrug hver syvende indlæggelse og hvert sjette skadestuebesøg, og er dermed en væsentlig kontaktårsag i psykiatrien. På trods af, at misbrug defineres som en psykisk sygdom, er der også relativt mange somatiske indlæggelser på grund af misbrug. Desuden skal man være opmærksom på, at mange personer med misbrug vil blive registreret med en ulykkesdiagnose i

forbindelse med et skadestuebesøg. Disse tilfælde vil således ikke fremgå af skadestueopgørelsen for misbrug i denne rapport.

Personer med misbrug er i relativ hyppig kontakt med primærsektoren. Således har personer med misbrug henholdsvis 500.000 og 34.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og psykiater/psykolog sammenlignet med personer uden misbrug.

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af indlæggelser, som udgør 35 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af misbrug på knap 790 mio. kr. Foruden de store omkostninger forbundet med indlæggelser er hjemmehjælp/praktisk hjælp og receptpligtig medicin ligeledes tunge økonomiske byrder, som udgør henholdsvis 28 % og 25 % af de samlede omkostninger forbundet med misbrug. Omkostningerne er størst for både mænd og kvinder i alderen 45-64 år, men også blandt de 16-44-årige mænd er de store. De forholdsvis mange skadestuebesøg på grund af misbrug afspejles også i sundhedsøkonomien, hvor omkostningen til besøgene er den tredje største blandt alle sygdommene i denne rapport. De samlede omkostninger modsvarer af sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død på knap 370 mio. kr.

Psykisk sygdom er årsag til en stor del af nytilkendte førtidspensioner. Misbrug i sig selv er årsag til godt 5 %, hvoraf tre ud af fire nytilkendte førtidspensioner er blandt mænd. Da et formål med ændringen i førtidspensionslovgivningen i 2013 var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, er det sandsynligt, at det især er nytilkendelser på grund af sygdomme med tidlig debut, heri inkluderet misbrug, der siden 2013 er faldet betydeligt i antal. Sygedage på grund af misbrug er også hyppige, med 4 % af alle sygedage blandt mænd. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af sygedage, førtidspension og tidlig død medfører misbrug et produktionstab på 3.800 mio. kr. og ligger dermed højt placeret sammen med de øvrige psykiske sygdomme. Misbrug er således anledning til en tung samfundsøkonomisk byrde, især på grund af den forholdsvis tidlige debut, som i mange tilfælde fører til tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Omkostningerne i forbindelse med tabt produktion modsvarer af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 1.750 mio. kr. som følge af kortere levetid.

I modsætning til de fleste psykiske sygdomme er flere mænd end kvinder belastet af misbrug. Således udtrykker det globale sygdomsbyrdestudie, at misbrugslidelser er næsten syv gange mere hyppig blandt mænd end blandt kvinder (6). I denne rapport synes forskellen ikke så voldsom, men en markant kønsforskel i prævalensen ses dog, hvor godt tre ud af fem tilfælde er mænd. Hertil udgør sygdomsbyrden blandt mænd størstedelen af byrden for alle sygdomsbyrdemål. Merforbruget af læge- og psykolog-/psykiaterbesøg er nogenlunde ens for mænd og kvinder på trods af mænds overrepræsentation blandt de prævalente tilfælde.

Social ulighed slår igennem på alle sygdomsbyrdemål for misbrug, og der ses en tydelig social gradient i stort set alle mål, således at sygdomsbyrden er højere med aftagende uddannelsesniveau. Årsagssammenhængen er dog ikke klar. Det er muligt, at adfærd relateret til uddannelsesniveau er forklaringen på, at sygdomsbyrdemål for misbrug er højere blandt de kortest uddannede, men det er også en mulighed, at den høje incidens af psykiske lidelser på grund af misbrug i de yngre aldersgrupper bevirker, at mange ikke starter eller gennemfører en uddannelse, og der kan derfor være tale om omvendt årsagssammenhæng.

10.13 Metode

I denne rapport er misbrug defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). De specifikke koder fremgår af tabel 10.13.1.

Opgørelsen af incidens og prævalens af misbrug er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele samt Dødsårsagsregisteret i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i midlertid og tabte leveår på grund af misbrug er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er misbrug.

Tabel 10.13.1 Diagnoseklassifikation af misbrug

Sygdom	ICD-10
Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af:	
alkoholbrug	F10
opiatbrug	F11
cannabismisbrug	F12
sedativa- eller hypnotika Brug	F13
kokainmisbrug	F14
misbrug af andre centralstimulerende stoffer (inkl. koffein)	F15
hallucinogenmisbrug	F16
misbrug af flygtige opløsningsmidler	F18
brug af psykoaktive stoffer	F19

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af misbrug er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 10.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater på grund af misbrug benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med misbrug sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har misbrug, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af arbejdsmarkedsfravær på grund af misbrug anvendes sygedage, førtidspensioner og dødsfald. Antallet af sygedage på grund af misbrug opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefravær. Der er opgjort sygedage for personer med misbrug i forhold til personer uden misbrug. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af misbrug er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af misbrug benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) – igen både den somatiske og psykiatriske del – samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med misbrug sammenlignet med personer uden misbrug. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne N03, N05-N07 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med misbrug og en udvalgt gruppe af personer uden misbrug. Medicinudgifterne er udelukkende udtrukket for personer over 16 år, da adgangen til Lægemiddelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med misbrug ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimeret for meromkostningen for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæfter.

10.14 Referencer

1. World Health Organization. ICD-10 Version: 2015. [09-12-2014]. apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en.
2. Rindom H. Rusmidlernes biologi: om hjernen, sprut og stoffer: Sundhedsstyrelsen; 1999.
3. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
4. Mors O, Perto G, Mortensen P. The Danish Psychiatric Central Research Register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):54-7.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
6. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.

11 DEPRESSION

- I Danmark er der årligt 11.000 nye tilfælde af depression, og 32.000 mænd og 59.000 kvinder lever med depression, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret.
- Der registreres årligt 2.800 og 4.800 psykiatriske indlæggelser med depression som aktionsdiagnose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til 11 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 19 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder.
- Der registreres årligt 130.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med depression som aktionsdiagnose. Det svarer til 14 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 4.200 og 6.200 psykiatriske skadestuebesøg med depression som aktionsdiagnose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til 10 % af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt mænd og 15 % af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt kvinder.
- Personer med depression har årligt 610.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 100.000 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden depression. Det svarer til 2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 12 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog.
- Depression er årligt årsag til 230 og 520 nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder. Det svarer til 3 % af alle nytilkendelser blandt mænd og 6 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.
- Erhvervsaktive personer med depression har årligt 1,7 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden depression. Det svarer til 6 % af alle sygedage.
- Hvert år koster depression 1.220 mio. kr. i behandling og pleje.
- Hvert år koster depression 3.110 mio. kr. på grund af tabt produktion.

11.1 Indledning

Depression er en af de mest almindelige psykiske sygdomme i Danmark og i verden. Overordnet findes der to former for depression; den bipolare (tidligere kaldet mani-depressiv) og den unipolare depression. I denne rapport henvises til den unipolare depression, som enten kan være enkeltepisoder eller periodisk depression med eller uden psykosesyntomer. Depression kan karakteriseres som let, moderat eller svær, alt efter funktionsniveau og symptomer som blandt andre dyb tristhed, tab af livslyst, skyldfølelse, lavt selvværd, søvnbesvær (1, 2).

Årsagerne til depression er et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer. Blandt andet kan stressende livsbegivenheder være med til at udløse en depression. Derudover er der sammenhæng mellem somatiske og psykiske sygdomme, som kan forstærke eller føre til hinanden (2, 3).

Psykiske lidelser, inklusive depression, er yderst belastende og rangerer højt, når det kommer til antal år, der leves med funktionsevnedssættelse, og WHO forudsår, at unipolar depression vil være en af de to mest belastende sygdomme i 2020 (1, 2, 4). Depressioner starter ofte i 20-30-årsalderen, men også mange helt unge, især piger, og ældre oplever depression for første gang (5). Det menes ikke, at den generelle prævalens af depression i befolkningen er steget i perioden 2001 til 2011 (6). Dette på trods af at 460.000 danskere i 2011 købte antidepressiv medicin, hvilket er en fordobling over 10 år. Det skal dog tages i betragtning, at medicinen ikke udelukkende benyttes til behandling af depression (7). Størstedelen af personer, der tidligere har oplevet en depression, vil på et senere tidspunkt opleve endnu en depressiv episode (8).

11.2 Forekomst af depression

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med depression i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med depression (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i en 10-årsperiode før det pågældende år. Dermed består opgørelserne kun af de forholdsvist alvorlige tilfælde af depression. Mindre alvorlige tilfælde, der eksempelvis udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren, indgår således ikke.

Der er årligt 10.535 incidente tilfælde af depression, svarende til en incidensrate på 146 per 100.000 mænd og 235 per 100.000 kvinder (tabel 11.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af depression ses i aldersgruppen 35-44 år blandt mænd og i aldersgruppen 16-24 år blandt kvinder.

Tabel 11.2.1 Depression. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	24	48	141	266	407
16-24	202	471	607	1.339	1.946
25-34	201	366	651	1.154	1.805
35-44	191	281	741	1.062	1.803
45-54	181	237	705	896	1.601
55-64	139	158	484	550	1.034
65-74	116	158	309	447	756
75-84	220	325	265	510	775
85-	316	404	108	300	408
I alt	146	235	4.011	6.524	10.535

I Danmark lever 32.209 mænd og 59.005 kvinder med forholdsvist alvorlig depression (tabel 11.2.2). Prævalensraten er højest blandt personer på 85 år eller derover for både mænd (2.280 per 100.000) og kvinder (4.151 per 100.000), mens antallet er højest blandt mænd i alderen 35-54 år og blandt kvinder i alderen 25-44 år.

Tabel 11.2.2 Depression. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	161	340	941	1.889	2.830
16-24	687	1.754	2.179	5.328	7.507
25-34	1.517	3.270	4.996	10.689	15.685
35-44	1.633	2.818	6.503	11.038	17.541
45-54	1.675	2.531	6.574	9.749	16.323
55-64	1.505	2.085	5.341	7.467	12.808
65-74	1.168	1.834	3.064	5.145	8.209
75-84	1.515	2.814	1.825	4.505	6.330
85-	2.280	4.151	786	3.195	3.981
I alt	1.153	2.078	32.209	59.005	91.214

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for depression som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 436 og 510 færre incidente tilfælde af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19,6 % og 16,3 % af alle incidente tilfælde på grund af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.2.3 Depression. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	751	1.213	263	377	35,0	31,1
Kort uddannelse	1.112	1.236	173	133	15,6	10,8
Mellemlang/lang uddannelse	367	685	–	–	–	–
I alt	2.230	3.134	436	510	19,6	16,3

11.3 Depression og indlæggelser

Der registreres årligt 671 somatiske indlæggelser og 7.643 psykiatriske indlæggelser med depression som aktionsdiagnose. De somatiske indlæggelser udgør dermed en meget lille del af de samlede indlæggelser på grund af depression. Der ses langt flere psykiatriske indlæggelser blandt kvinder (tabel 11.3.1). Antallet af indlæggelser på grund af depression stiger med alderen indtil 55-årsalderen, hvorefter det falder. Størstedelen af indlæggelserne ses blandt personer i alderen 35-54 år, men alle aldersgrupper er repræsenteret. Indlæggelser på grund af depression udgør 14,9 % af alle psykiatriske indlæggelser, hvilket dækker over 11,1 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd og 18,7 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder.

Tabel 11.3.1 Depression, psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	32	84	116	9,5	13,3	12,0
16-24	220	515	735	6,9	11,8	9,7
25-34	349	614	963	7,5	14,6	10,8
35-44	545	741	1.286	9,1	15,7	12,1
45-54	582	728	1.310	10,5	15,9	12,9
55-64	460	604	1.064	14,1	19,7	16,8
65-74	376	653	1.029	24,7	29,4	27,5
75-84	188	572	760	28,3	40,9	36,8
85-	54	326	380	29,0	52,2	46,9
I alt	2.806	4.837	7.643	11,1	18,7	14,9

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster på grund af depression som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 274 og 679 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 11,8 % og 18,3 % af alle indlæggelser på grund af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.3.2 Depression, somatiske og psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	740	1.580	170	484	23,0	30,6
Kort uddannelse	1.171	1.402	104	195	8,9	13,9
Mellemlang/lang uddannelse	416	732	–	–	–	–
I alt	2.327	3.714	274	679	11,8	18,3

11.4 Depression og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 3.577 somatiske ambulante hospitalsbesøg og 133.680 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med depression som aktionsdiagnose, og de somatiske ambulante hospitalsbesøg udgør dermed en meget lille del af de samlede ambulante hospitalsbesøg på grund af depression. Blandt de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg er syv ud af ti blandt kvinder (tabel 11.4.1). De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer i alderen 35-44 år. Psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af depression udgør 14,3 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, hvilket dækker over 9,9 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 17,3 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 11.4.1 Depression, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	1.496	2.908	4.404	3,0	7,5	5,0
16-24	3.930	13.639	17.569	6,9	11,9	10,2
25-34	5.871	19.724	25.595	7,7	15,7	12,7
35-44	8.579	21.393	29.972	11,1	20,7	16,6
45-54	8.360	17.163	25.523	12,6	22,8	18,0
55-64	5.310	8.872	14.182	15,3	21,6	18,7
65-74	2.658	4.950	7.608	17,8	21,8	20,2
75-84	1.596	4.503	6.099	18,1	25,8	23,2
85-	534	2.194	2.728	15,0	20,6	19,2
I alt	38.334	95.346	133.680	9,9	17,3	14,3

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af depression som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.203 og 7.753 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 11,5 % og 12,0 % af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.4.2 Depression, somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	8.340	18.740	1.948	3.570	23,4	19,1
Kort uddannelse	14.337	28.967	1.255	4.183	8,8	14,4
Mellemlang/lang uddannelse	5.217	17.033	–	–	–	–
I alt	27.894	64.740	3.203	7.753	11,5	12,0

11.5 Depression og skadestuebesøg

Der registreres årligt 186 somatiske skadestuebesøg og 10.350 psykiatriske skadestuebesøg med depression som aktionsdiagnose, og de somatiske skadestuebesøg udgør dermed en meget lille del af de samlede skadestuebesøg på grund af depression. Blandt de psykiatriske skadestuebesøg ses flest blandt kvinder (tabel 11.5.1). For mænd er antallet af besøg stigende indtil 45-årsalderen, mens antallet af besøg for kvinder topes blandt de 16-24-årige og derefter falder. Depression er årsag til 9,7 % og 15,3 % af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Blandt de ældre aldersgrupper er depression årsag til en væsentlig større andel af de psykiatriske skadestuebesøg i forhold til de yngre aldersgrupper.

Tabel 11.5.1 Depression, psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	38	83	121	8,2	9,5	9,0
16-24	585	1.272	1.857	9,2	14,1	12,1
25-34	743	1.137	1.880	9,2	15,4	12,2
35-44	885	987	1.872	8,8	13,3	10,7
45-54	772	941	1.713	7,9	13,3	10,1
55-64	577	676	1.253	10,7	15,1	12,7
65-74	356	577	933	18,4	23,1	21,0
75-84	161	401	562	27,4	35,2	32,5
85-	43	116	159	26,5	29,5	28,6
I alt	4.160	6.190	10.350	9,7	15,3	12,4

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for depression som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 312 og 398 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver tiende af alle skadestuebesøg på grund af depression. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.5.2 Depression, somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	888	1.309	234	215	26,4	16,4
Kort uddannelse	1.450	1.618	78	183	5,4	11,3
Mellemlang/lang uddannelse	550	928	–	–	–	–
I alt	2.888	3.855	312	398	10,8	10,3

11.6 Depression og primærsektor

For depression er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Syge sikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med depression sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset depression.

Personer med depression har årligt 607.090 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden depression (tabel 11.6.1). Der er flere end dobbelt så mange besøg blandt kvinder end blandt mænd, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 35-54 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med depression udgør 1,7 % af alle besøg hos alment praktiserende læge. Andelen af besøg er større blandt kvinder end blandt til mænd i alle aldersgrupper.

Tabel 11.6.1 Depression. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	604	1.336	1.940	0,0	0,1	0,1
16-24	10.833	37.568	48.401	1,2	1,8	1,6
25-34	25.258	62.678	87.936	2,2	2,2	2,2
35-44	38.977	75.703	114.680	2,4	2,5	2,4
45-54	43.267	75.927	119.194	2,1	2,4	2,3
55-64	37.642	61.558	99.200	1,5	1,9	1,7
65-74	22.426	45.360	67.786	0,8	1,4	1,2
75-84	12.469	34.179	46.648	0,7	1,4	1,1
85-	4.476	16.829	21.305	0,7	1,2	1,1
I alt	195.952	411.138	607.090	1,3	1,8	1,6

Personer med depression har årligt 103.665 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden depression (tabel 11.6.2). Antallet af besøg hos psykiater eller psykolog er højest blandt kvinder og højest i aldersgruppen 35-44 år for både mænd og kvinder. Besøg hos psykiater eller psykolog blandt personer med depression udgør 11,7 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog, hvilket dækker over 11,1 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt mænd og 12,0 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt kvinder. Andelen af besøg er størst blandt kvinder på 44 år eller derunder og størst blandt mænd på 55 år eller derover.

Tabel 11.6.2 Depression. Antal besøg hos psykiater eller psykolog og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	127	75	202	0,7	0,6	0,6
16-24	2.979	8.000	10.979	7,0	9,2	8,5
25-34	6.069	15.973	22.042	9,8	11,6	11,0
35-44	7.052	16.109	23.161	11,5	11,8	11,7
45-54	6.926	14.535	21.461	13,4	13,3	13,3
55-64	5.327	9.819	15.146	15,7	13,9	14,5
65-74	2.514	5.066	7.580	19,7	16,8	17,6
75-84	722	1.813	2.535	20,6	19,3	19,6
85-	175	384	559	21,7	13,1	15,0
I alt	31.891	71.774	103.665	11,1	12,0	11,7

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster for depression som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 34.218 og 49.877 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 22,8 % og 17,1 % af alle besøg på grund af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.6.3 Depression. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	49.514	108.801	18.217	30.431	36,8	28,0
Kort uddannelse	76.873	120.272	16.001	19.446	20,8	16,2
Mellemlang/lang uddannelse	23.813	63.200	–	–	–	–
I alt	150.200	292.273	34.218	49.877	22,8	17,1

11.7 Depression og førtidspensioner

Depression er årligt årsag til 751 nytilkendte førtidspensioner, heraf ses flere end dobbelt så mange blandt kvinder som blandt mænd (tabel 11.7.1). Langt størstedelen af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af depression ses i aldersgruppen 35-64 år. Depression er årsag til 4,7 % af alle nytilkendelser, 5,4 % af alle nytilkendelser i aldersgruppen 35-44 år og 5,6 % af alle nytilkendelser i aldersgruppen 45-54 år.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (9).

Tabel 11.7.1 Depression. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af depression og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	2	3	5	0,3	0,5	0,4
25-34	14	36	50	1,8	4,5	3,2
35-44	48	130	178	3,4	6,9	5,4
45-54	89	203	292	3,8	7,2	5,6
55-64	74	152	226	3,3	6,6	5,0
I alt	227	524	751	3,0	6,3	4,7

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 11.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af depression som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 56 og 85 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 31,5 % og 19,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af depression blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 11.7.2 Depression. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	65	135	36	46	55,4	34,1
Kort uddannelse	87	200	20	39	23,0	19,5
Mellemlang/lang uddannelse	26	110	–	–	–	–
I alt	178	445	56	85	31,5	19,1

11.8 Depression og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af depression beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med depression sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset depression.

Erhvervsaktive personer med depression har årligt 1,7 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden depression (tabel 11.8.1). To ud af tre sygedage ses blandt kvinder, og det højeste antal sygedage ses i aldersgruppen 35-44 år. Blandt kvinder i alderen 16-24 år udgør sygedage på grund af depression mere end hver niende af alle sygedage. Sygedagene blandt personer med depression udgør 6,2 % af alle sygedage, hvilket dækker over 5,4 % af alle sygedage blandt mænd og 6,7 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 11.8.1 Depression. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	32.078	81.906	113.984	5,1	11,7	8,5
25-34	124.206	282.809	407.015	6,7	9,9	8,6
35-44	192.307	329.637	521.944	6,9	7,1	7,0
45-54	173.578	262.398	435.976	5,2	5,5	5,4
55-64	84.056	94.304	178.360	3,3	3,4	3,3
I alt	606.225	1.051.054	1.657.279	5,4	6,7	6,2

11.9 Depression og sundhedsøkonomi

Hvert år koster depression 1.218,1 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 11.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostninger forbundet med depression er størst blandt kvinder. De største omkostninger ses i aldersgruppen 16-64 år blandt mænd og 16-44 år blandt kvinder. Omkostninger til indlæggelser på psykiatriske og somatiske afdelinger udgør 46 % af alle omkostninger, imens skadestuebesøg og ambulante hospitalsbesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger tilsammen udgør 23 % af alle omkostninger. Primærsektor (besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater) udgør 8 % af alle omkostninger. Receptpligtig medicin udgør 9 %, og hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør 14 % af alle omkostninger forbundet med depression.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor depression er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 11.9.2).

Tabel 11.9.1 Depression. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	0,3	4,5	3,9	0,2	0,8	.
16-44	78,9	33,6	2,3	14,5	15,0	1,8
45-64	80,9	24,8	1,4	12,3	12,1	12,0
65-84	49,2	8,6	0,6	3,8	6,3	37,0
85-	5,6	1,3	0,0	0,4	1,2	9,3
I alt	214,9	72,8	8,2	31,2	35,4	60,1
Kvinder						
0-15	0,7	8,5	11,8	0,2	1,8	.
16-44	124,5	99,1	3,5	34,2	29,6	3,4
45-64	99,4	47,4	1,7	21,7	21,6	19,3
65-84	101,9	18,6	1,0	8,1	13,9	80,6
85-	21,5	4,8	0,1	1,2	3,9	11,3
I alt	348,0	178,4	18,1	65,4	70,8	114,6
Total	562,9	251,2	26,3	96,6	106,2	174,7

Tabel 11.9.2 Depression. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	9,8	.	9,8
16-44	146,1	.	146,1
45-64	143,5	.	143,5
65-84	105,5	.	105,5
85-	17,8	.	17,8
I alt	422,7	.	422,7
Kvinder			
0-15	23,1	.	23,1
16-44	294,3	.	294,3
45-64	211,0	.	211,0
65-84	224,1	.	224,1
85-	42,9	.	42,9
I alt	795,4	.	795,4
Total	1.218,1	.	1.218,1

11.10 Depression og produktionstab

Hvert år koster depression 3.105,5 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 11.10.1). Omkostningerne er langt større blandt kvinder end blandt mænd, mens omkostningerne stort set er ens for de to aldersgrupper 16-44 år og 45-65 år. Depression er årsag til produktionstab på 350,9 mio. kr. på grund af sygedage og 2.754,5 mio. kr. på grund af førtidspensioner, og dermed udgør omkostningerne til førtidspensioner langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af depression. Der ses næsten dobbelt så mange omkostninger ved førtidspensioner på grund af depression blandt kvinder sammenlignet med mænd. Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor depression er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 11.10.1 Depression. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	71,0	418,9	489,9
45-65	70,2	516,6	586,8
I alt	141,2	935,5	1.076,7
Kvinder			
16-44	125,0	918,8	1.043,9
45-65	84,7	900,2	984,9
I alt	209,7	1.819,0	2.028,8
Total	350,9	2.754,5	3.105,5

11.11 Kommentarer til resultater

Depression ligger relativt højt for næsten alle byrdemål. Prævalensen af depression baseret på registeropgørelser findes til at være godt 91.000, med højest antal blandt de yngre aldersgrupper, men med højest prævalensrate blandt personer ældre end 84 år, hvilket til dels er en afspejling af, at man lever længe med depression. Incidensen findes til knap 11.000, og det ses, at antal incidenter tilfælde og incidensraten er størst blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år, selvom incidensraten blandt de ældste kvinder ligeledes er høj. Det samme mønster gælder for mænd; den største incidensrate ses blandt de yngre (16-34 år) og de ældste (75 år eller derover), selvom forskellige aldersgrupperne imellem ikke er så markante som for kvinder.

I en undersøgelse foretaget i den danske befolkning findes en prævalens af depression på 3-4 %, og Psykiatrifonden anslår, at 100.000-200.000 danskere lider af en depression i mild, moderat eller svær grad (10, 11). Hertil angiver Sundhedsstyrelsens referenceprogram for unipolar depression (2007), at risikoen for at få en depression på et tidspunkt i livet er 17-18 % (12). I en nordisk undersøgelse fra 2006 blev det blandt 302 danske lægepraksisser fundet, at 12-14 % af patienterne havde moderat til svær depression (13), hvilket kan siges at være høje mål i forhold til de 3-4 % fra den danske befolkningsundersøgelse (10). De danske prævalenser lå desuden højere end prævalenser for både Sverige, Norge og Finland (13).

Forskelle på estimer af prævalens og incidens er en afspejling af definition og afgrænsning af sygdommen samt forskellige anvendte metoder til belysning af prævalensen. Prævalens og incidens af depression er i denne rapport estimeret ved personer identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, som har været på skadestue, i ambulatorier eller indlagt på grund af depression. Således er det kun personer, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet og dermed formodentligt har et forholdsvis svært tilfælde af depression, der er medtaget (14). Prævalens opgjort ved hjælp af selvudfyldte spørgeskemaer giver anledning til væsentlig højere prævalens, fordi man her fanger personer uden for hospitalssektoren med symptomer på depression (10). Som eksempel herpå anslår Psykiatrifonden, at omtrent 75.000 personer har lettere depressioner, som oftest kan

håndteres uden for hospitalssektoren (15). Sådanne tilfælde nås ikke med metoden benyttet i denne rapport, hvorfor prævalensen og incidensen kan antages at være underestimeret i denne rapport.

Dødelighed er ikke medtaget som et byrdemål for depression, idet der er meget få dødsfald med depression som tilgrundliggende dødsårsag. Der er dog en overdødelighed blandt personer med depression hovedsageligt på grund af selvmord. Således finder et svensk studie, at mænd og kvinder med en unipolar depression er henholdsvis 21 og 27 gange mere tilbøjelige til at begå selvmord i forhold til mænd og kvinder i den generelle befolkning (16). Sådanne dødsfald vil dog blive registreret med selvmord som tilgrundliggende dødsårsag, så i fald dødsfald på grund af depression var inkluderet i denne rapport, ville selvmord ikke høre herunder og derfor ikke figurere som dødsfald på grund af depression.

Der er forventeligt langt flere registreringer af depression fra den psykiatriske del af Landspatientregisteret end i den somatiske del. Ses der kun på de psykiatriske kontakter, repræsenterer depression hver syvende indlæggelse, hvert syvende ambulante hospitalsbesøg og hvert ottende skadestuebesøg. Heril er personer med depression i relativ hyppig kontakt med primærsektoren. Således har personer med depression henholdsvis 610.000 og 100.000 ekstra besøg hos alment praktiserende læge og psykiater/psykolog i forhold til personer uden depression, især blandt kvinder.

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af indlæggelser, som udgør 46 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af depression på knap 1.220 mio. kr. Foruden de store omkostninger forbundet med indlæggelser er ambulante hospitalsbesøg og hjemmehjælp/praktisk hjælp ligeledes tunge økonomiske byrder, som udgør henholdsvis 21 % og 14 % af de samlede omkostninger forbundet med depression. De forholdsvis mange skadestuebesøg afspejles også i sundhedsøkonomien, hvor omkostningen til besøgene er den anden største i denne rapport. De samlede omkostninger er størst blandt de 16-44-årige kvinder og 16-64-årige mænd.

Depression kan føre til nedsat arbejdsevne og forringede sociale færdigheder, som foruden personlige konsekvenser også kan have økonomiske konsekvenser for arbejdsgiver og samfund, blandt andet på grund af sygedage og førtidspensioner (17). Psykisk sygdom er generelt årsag til en stor del af nytilkendte førtidspensioner. Depression i sig selv er årsag til 5 %, hvoraf dobbelt så mange er blandt kvinder. Da et formål med ændringen i førtidspensionslovgivningen i 2013 var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, er det sandsynligt, at det især er nytilkendelser på grund af sygdomme med tidlig debut, heri inkluderet depression, der siden 2013 er faldet betydeligt i antal. Sygedage på grund af depression er også hyppige, med knap 6 % af alle sygedage. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af ekstra sygedage og førtidspension medfører depression et produktionstab på knap 3.110 mio. kr. og ligger dermed højt placeret sammen med de øvrige psykiske sygdomme og lænderygsmærter. Depression er således en tung samfundsøkonomisk byrde, især på grund af den forholdsvis tidlige debut, som i en del tilfælde fører til tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Depression er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd, og der ses markante kønsforskelle i alle byrdemål for depression. Det er tidligere fundet, at prævalensen af depression er dobbelt så høj for kvinder som for mænd (18), hvilket overordnet stemmer godt overens med de fundne prævalenser på 59.000 for kvinder og 32.000 for mænd. Dog findes i den tidligere nævnte danske befolkningsundersøgelse (10), at kønsforskellene forsvinder i takt med alvorligheden af depressionstilstanden, hvilket forklares ved, at mænd muligvis undertrykker symptomerne ved lettere depressioner, men ikke er i stand til det, når sværhedsgraden øges (19). Hvis dette er tilfældet, kan kønsforskellene i denne rapport synes underestimeret, da det er sandsynligt, at de letteste depressioner ikke fanges ved den anvendte metode. Dog kan der, ud fra tallene i denne rapport, ikke siges noget konkret herom, da der ikke differentieres mellem sværhedsgraderne af depression. Der er flere end dobbelt så mange ambulante hospitalsbesøg, psykolog- og besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder end blandt mænd.

Der ses en lille social ulighed i alle byrdemål, der inkluderer et social ulighedsmål, og der ses en tydelig social gradient i uligheden, således at byrdemålestimatene falder med stigende uddannelsesniveau. En rapport fra 2014 udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse finder tilsvarende, at prævalensen af depression falder med stigende uddannelsesniveau (20). Det er ikke entydigt, hvorfor denne ulighed findes, men der kan være tale om psykosociale årsager. Da depression ofte opstår forholdsvis tidligt i livet, er det i forbindelse med social ulighed vigtigt at overveje muligheden for omvendt årsagssammenhæng. Det er ikke nødvendigvis således, at ens

uddannelsesniveau påvirker udviklingen af depression, men det er også tænkeligt, at depression er medvirkende til, at en uddannelse ikke bliver startet eller gennemført.

11.12 Metode

I denne rapport er depression defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). De specifikke koder fremgår af tabel 11.12.1.

Tabel 11.12.1 Diagnoseklassifikation af depression

Sygdom	ICD-10
Depressiv enkeltepisode	F32
Periodisk depression	F33

Opgørelserne af incidens og prævalens af depression er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af depression er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 11.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater på grund af depression benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med depression sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har depression, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af arbejdsmarkedsfravær på grund af depression anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af depression opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefravær. Der er opgjort sygedage for personer med depression i forhold til personer uden depression. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af depression er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af depression benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) – den somatiske og psykiatriske del – samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med depression sammenlignet med personer uden depression. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-gruppen N06 er opgjort på baggrund af Lægemedelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med depression og en udvalgt gruppe af personer uden depression. Medicinudgifterne er udelukkende udtrukket for personer over 16 år, da adgangen til Lægemedelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med depression ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimatet for meromkostninger for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

11.13 Referencer

1. Marcus M, Taghi Yasamy M, van Ommeren M, Chisholm D, Saxena S. Depression: A Global Public Health Concern. World Federation for Mental Health, WHO Department of Mental Health and Substance Abuse; 2012.
2. World Health Organization. Depression. 2012 [27-11-2014]. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/.
3. Kessing L, Drachmann Bukh J. Depression. Ugeskr Læger. 2014;176(16):1470-3.
4. World Health Organization. Gender and women's mental health. [01-11-2014]. www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/.
5. Psykiatrifonden. Depression: mere viden. [01-06-2015]. www.psykiatrifonden.dk/mental-health-first-aid-site/yd-psykisk-foerstedhjelp/depression/depression-mere-viden.aspx.
6. Regeringens Udvalg om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
7. Engelbrecht AST. Forbruget af Antidepressiva 2001–2011. København: Statens Serum Institut, Dataleverancer og Lægemeddelstatistik, 2012.
8. Regeringens Udvalg om Psykiatri. Arbejdsgruppe 2. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling: Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
9. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20foertidspensionsomraadet.aspx#.
10. Olsen L, Mortensen E, Bech P. Prevalence of major depression and stress indicators in the Danish general population. Acta Psychiatr Scand. 2004;109(2):96-103.
11. Psykiatrifonden. Depression er en folkesygdom - især for kvinder. [28-11-2014]. www.psykiatrifonden.dk/guides/tema-depression/depression-er-en-folkesygdom.aspx.
12. Videbech P, Bonde A, Damsbo N, Deleuran A, Gormsen K, Holm M, et al. Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
13. Munk-Jørgensen P, Allgulander C, Dahl A, Foldager L, Holm M, Rasmussen I, et al. Prevalence of generalized anxiety disorder in general practice in Denmark, Finland, Norway, and Sweden. Psychiatr Serv. 2006;57(12):1738-44.
14. Mors O, Perto G, Mortensen P. The Danish Psychiatric Central Research Register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):54-7.
15. Psykiatrifonden. Depression. [28-11-2014]. www.psykiatrifonden.dk/guides/diagnoser/depression.aspx.
16. Osby U, Brandt L, Correia N, Ekbohm A, Sørensen P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. Arch Gen Psychiatry. 2001;58(9):844-50.
17. Lepine JP, Briley M. The increasing burden of depression. Neuropsychiatr Dis Treat. 2011;7(Suppl 1):3-7.
18. Mathers C, Fat DM, Boerma JT. The global burden of disease: 2004 update. Geneva: World Health Organization, 2008.
19. Olsen L. Forekomsten af depression i Danmark. Ugeskr Læger. 2007;169(16):1425.
20. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.

12 ALZHEIMERS OG ANDEN DEMENSSYGDOM

- I Danmark er der årligt 7.700 nye tilfælde af Alzheimers og anden demenssygdom, og 12.000 mænd og 20.000 kvinder lever med Alzheimers og anden demenssygdom, når opgørelserne baseres på Dødsårsagsregisteret og Landspatientregisteret.
- Hvert år dør 1.000 mænd og 2.100 kvinder på grund af Alzheimers og anden demenssygdom. Det svarer til 4 % og 8 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder.
- Hvert år resulterer Alzheimers og anden demenssygdom i 1.300 tabte leveår.
- Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og syv måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 650 psykiatriske indlæggelser og 1.400 somatiske indlæggelser med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose. Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til 1 % af alle de psykiatriske indlæggelser.
- Der registreres årligt 25.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 16.000 somatiske ambulante hospitalsbesøg med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose. Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til 3 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 400 psykiatriske skadestuebesøg med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose.
- Personer med Alzheimers og anden demenssygdom har årligt 160.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 3.700 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden Alzheimers og anden demenssygdom.
- Alzheimers og anden demenssygdom er årligt årsag til 210 nytilkendte førtidspensioner. Det svarer til 1 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med Alzheimers og anden demenssygdom har årligt 22.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden Alzheimers og anden demenssygdom.
- Hvert år koster Alzheimers og anden demenssygdom 780 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af Alzheimers og anden demenssygdom resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.060 mio. kr.
- Hvert år koster Alzheimers og anden demenssygdom 630 mio. kr. på grund af tabt produktion.

12.1 Indledning

Demens er en fællesbetegnelse for en række sygdomstilstande, der karakteriseres ved vedvarende og progressiv svækkelse af de kognitive funktioner, herunder hukommelse, intelligens, personlighed og følelsesliv (1). En lang række sygdomme kan føre til demens, heraf er Alzheimers sygdom den mest udbredte og udgør 60-70 % af demenstilfældene i Danmark (2). Alzheimers er en neurodegenerativ sygdom, hvor hjernen og dens funktioner nedbrydes – ofte langsomt. Alzheimers skyldes proteinaflejringer i hjernen, hvorved neuronerne tager skade. Efterhånden formindskes hjernevævet, og først sent i forløbet opstår de første tegn på hukommelsesbesvær.

Foruden Alzheimers findes en række andre degenererende og irreversible demenssygdomme i hjernen. Demens ved Huntingtons og Parkinsons sygdom er eksempler herpå og karakteriseres ofte først ved bevægeforstyrrelser (1). Frontotemporal demens, også kaldet Picks sygdom, er en fællesbetegnelse for flere neurodegenerative sygdomme, som i højere grad karakteriseres på baggrund af personligheds- og adfærdsforstyrrelser end hukommelsesproblemer (1, 2). Vaskulær demens er en anden type demens, der skyldes, at blodforsyningen i hjernen forstyrres af enten mange små blodpropper, blødninger eller forsnævring. En sjælden form for demens, hvis forløb ikke kan sidestilles med de førnævnte, er Creutzfeldt-Jakobs sygdom. Sygdommen formodes forårsaget ved smitte gennem føden og medfører hurtigt demens i en så svær grad, at den fører til død inden for få år (1).

Foruden høj alder og genetiske sammenhænge er der stærk evidens for, at risikofaktorer for hjertekarsygdom også påvirker risikoen for udvikling af Alzheimers og anden demenssygdom. Således er faktorer, der har en påvist sammenhæng med demens, blandt andre forhøjet blodtryk og kolesterol, diabetes, fysisk inaktivitet, usund kost og muligvis rygning og alkoholindtag (3, 4).

12.2 Forekomst af Alzheimers og anden demenssygdom

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med Alzheimers og anden demenssygdom i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med Alzheimers og anden demenssygdom (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i en 10-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 7.704 incidente tilfælde af Alzheimers og anden demenssygdom, svarende til en incidensrate på 109 per 100.000 mænd og 167 per 100.000 kvinder (tabel 12.2.1). De fleste incidente tilfælde ses blandt personer på 75 år eller derover.

Tabel 12.2.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	1	1	4	2	6
25-34	1	1	5	4	9
35-44	5	3	19	13	32
45-54	17	16	68	61	129
55-64	60	40	210	143	353
65-74	237	220	632	628	1.260
75-84	1.091	1.236	1.284	1.902	3.186
85-	2.457	2.772	798	1.931	2.729
I alt	109	167	3.020	4.684	7.704

I Danmark lever 12.084 mænd og 20.289 kvinder med Alzheimers og anden demenssygdom (tabel 12.2.2). Prævalensraten af Alzheimers og anden demenssygdom stiger med alderen.

Tabel 12.2.2 Alzheimers og anden demenssygdom. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	6	3	18	9	27
25-34	15	9	50	30	80
35-44	27	20	106	78	184
45-54	103	72	404	278	682
55-64	323	240	1.145	859	2.004
65-74	1.007	929	2.641	2.607	5.248
75-84	4.096	4.927	4.933	7.887	12.820
85-	8.086	11.096	2.787	8.541	11.328
I alt	433	715	12.084	20.289	32.373

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 192 og 580 færre incidente tilfælde af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 9,0 % og 21,8 % af alle incidente tilfælde på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 12.2.3 Alzheimers og anden demenssygdom. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	883	1.657	136	502	15,4	30,3
Kort uddannelse	924	730	56	78	6,1	10,7
Mellemlang/lang uddannelse	318	276	–	–	–	–
I alt	2.125	2.663	192	580	9,0	21,8

12.3 Alzheimers og anden demenssygdom og dødelighed

Alzheimers og anden demenssygdom er årligt årsag til 3.075 dødsfald, dobbelt så mange kvinder som mænd (tabel 12.3.1). Der er stort set ingen dødsfald i de yngre aldersgrupper, men antallet stiger meget med alderen. Dødsfald forårsaget af Alzheimers og anden demenssygdom udgør 3,9 % af alle dødsfald blandt mænd og 7,8 % af alle dødsfald blandt kvinder. Blandt personer på 85 år og derover er Alzheimers og anden demenssygdom årsag til et ud af ni dødsfald.

Tabel 12.3.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	0	0	0	0,0	0,0	0,0
35-44	0	0	0	0,0	0,0	0,0
45-54	3	3	6	0,2	0,3	0,2
55-64	16	15	31	0,5	0,7	0,5
65-74	86	96	182	1,4	2,3	1,8
75-84	380	538	918	4,9	7,2	6,0
85-	514	1.424	1.938	8,2	12,6	11,0
I alt	999	2.076	3.075	3,9	7,8	5,9

De fleste dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 12.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 150 og 51 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 10,8 % og 23,5 % af alle dødsfald på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af de ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 12.3.2 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	216	412	33	111	15,0	27,0
Kort uddannelse	194	174	18	39	9,0	22,0
Mellemlang/lang uddannelse	64	52	–	–	–	–
I alt	474	638	51	150	10,8	23,5

Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og syv måneder for kvinder (tabel 12.3.3). Alzheimers og anden demenssygdom er årligt årsag til i alt 1.268 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder.

Tabel 12.3.3 Alzheimers og anden demenssygdom. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden Alzheimers og anden demenssygdom, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af Alzheimers og anden demenssygdom fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden Alzheimers og anden demenssygdom	Tab	
Mænd	77,7	78,0	0,3	629
Kvinder	81,7	82,3	0,6	638
I alt				1.268

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 119 og 169 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19,7 % og 27,8 % af alle tabte leveår på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt kvinder kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau. Der ses ingen nævneværdig gradient i den sociale ulighed blandt mænd, idet andelen af ekstra tabte leveår i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens.

Tabel 12.3.4 Alzheimers og anden demenssygdom. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	274	301	121	121	44,3	40,1
Kort uddannelse	238	219	-2	48	-0,8	22,1
Mellemlang/lang uddannelse	93	88	-	-	-	-
I alt	605	608	119	169	19,7	27,8

12.4 Alzheimers og anden demenssygdom og indlæggelser

Der registreres årligt 653 psykiatriske indlæggelser med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 12.4.1). Syv ud af otte af de psykiatriske indlæggelser på grund af Alzheimers og anden demenssygdom ses i alderen 65 år eller derover. Indlæggelser på grund af Alzheimers og anden demenssygdom udgør 1,3 % af alle psykiatriske indlæggelser, 15,8 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt personer på 85 år eller derover og 12,3 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt personer i aldersgruppen 75-84 år.

Tabel 12.4.1 Alzheimers og anden demenssygdom, psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1	0	1	0,0	0,0	0,0
25-34	0	0	0	0,0	0,0	0,0
35-44	9	2	11	0,2	0,0	0,1
45-54	7	8	15	0,1	0,2	0,1
55-64	45	29	74	1,4	0,9	1,2
65-74	95	76	171	6,3	3,4	4,6
75-84	124	129	253	18,6	9,2	12,3
85-	52	76	128	28,0	12,2	15,8
I alt	333	320	653	1,3	1,3	1,3

Der registreres årligt 1.400 somatiske indlæggelser med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose, og flest ses blandt mænd (tabel 12.4.2). Tre ud af fire af indlæggelserne ses i alderen 75 år eller derover. Indlæggelser på grund af Alzheimers og anden demenssygdom udgør 0,2 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 12.4.2 Alzheimers og anden demenssygdom, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	-	-	-	-	-	-
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	0	1	1	0,0	0,0	0,0
35-44	5	2	7	0,0	0,0	0,0
45-54	21	10	31	0,0	0,0	0,0
55-64	59	40	99	0,1	0,1	0,1
65-74	125	94	219	0,1	0,1	0,1
75-84	249	281	530	0,3	0,4	0,4
85-	166	347	513	0,6	0,7	0,7
I alt	625	775	1.400	0,1	0,2	0,2

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.4.3). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster på grund af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 48 færre indlæggelser, svarende til 3,4 % og 3,7 % af alle indlæggelser på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså ingen nævneværdig social ulighed i indlæggelser på grund af Alzheimers og anden demenssygdom.

Tabel 12.4.3 Alzheimers og anden demenssygdom, somatiske og psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	289	362	25	16	8,7	4,4
Kort uddannelse	299	203	-1	8	-0,3	3,9
Mellemlang/lang uddannelse	111	84	-	-	-	-
I alt	699	649	24	24	3,4	3,7

12.5 Alzheimers og anden demenssygdom og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 25.250 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 12.5.1). De fleste psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 75-84 år. Ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom udgør 3,0 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 12.5.1 Alzheimers og anden demenssygdom, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1	0	1	0,0	0,0	0,0
25-34	3	1	4	0,0	0,0	0,0
35-44	50	19	69	0,1	0,0	0,0
45-54	60	114	174	0,1	0,2	0,1
55-64	440	402	842	1,3	1,0	1,1
65-74	2.028	2.465	4.493	13,6	10,9	11,9
75-84	4.479	7.070	11.549	50,8	40,5	44,0
85-	2.243	5.875	8.118	63,2	55,1	57,1
I alt	9.304	15.946	25.250	2,7	3,1	3,0

Der registreres årligt 16.416 somatiske ambulante hospitalsbesøg med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 12.5.2). Ni ud af ti af de somatiske ambulante hospitalsbesøg ses i alderen 65 år eller derover. Ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom udgør 0,2 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 12.5.2 Alzheimers og anden demenssygdom, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	8	5	13	0,0	0,0	0,0
25-34	20	6	26	0,0	0,0	0,0
35-44	48	35	83	0,0	0,0	0,0
45-54	206	233	439	0,0	0,0	0,0
55-64	843	664	1.507	0,1	0,1	0,1
65-74	2.036	1.924	3.960	0,2	0,2	0,2
75-84	2.715	3.986	6.701	0,5	0,7	0,6
85-	1.091	2.596	3.687	1,0	1,5	1,3
I alt	6.967	9.449	16.416	0,2	0,2	0,2

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.5.3). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.292 flere ambulante hospitalsbesøg blandt mænd, svarende til 10,4 % af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt mænd og 1.369 færre ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers blandt kvinder, svarende til 8,3 % af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt kvinder. Der ses altså en lille social ulighed i ekstra ambulante hospitalsbesøg både blandt mænd og blandt kvinder, dog er den sociale ulighed omvendt for mænd.

Tabel 12.5.3 Alzheimers og anden demenssygdom, somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.629	9.505	-621	1.153	-13,4	12,1
Kort uddannelse	5.517	4.939	-671	216	-12,2	4,4
Mellemlang/lang uddannelse	2.294	2.012	–	–	–	–
I alt	12.440	16.456	-1.292	1.369	-10,4	8,3

12.6 Alzheimers og anden demenssygdom og skadestuebesøg

Der registreres årligt 100 somatiske skadestuebesøg og 395 psykiatriske skadestuebesøg med Alzheimers og anden demenssygdom som aktionsdiagnose. Blandt de psykiatriske skadestuebesøg ses flest mænd (tabel 12.6.1). For både mænd og kvinder er antal af besøg stigende til og med aldersgruppen 75-84 år, og næsten ni ud af ti af besøgene ses blandt personer på 65 år eller derover. Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til en meget lille del (0,5 %) af alle psykiatriske skadestuebesøg både blandt mænd og blandt kvinder.

Tabel 12.6.1 Alzheimers og anden demenssygdom, psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1	0	1	0,0	0,0	0,0
25-34	2	0	2	0,0	0,0	0,0
35-44	3	0	3	0,0	0,0	0,0
45-54	3	5	8	0,0	0,1	0,0
55-64	26	14	40	0,5	0,3	0,4
65-74	60	43	103	3,1	1,7	2,3
75-84	79	75	154	13,4	6,6	8,9
85-	31	53	84	19,1	13,5	15,1
I alt	205	190	395	0,5	0,5	0,5

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4 og 29 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 2,1 % og 18,0 % af alle skadestuebesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed blandt kvinder, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra skadestuebesøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens. Der ses ingen betydelig social ulighed blandt mænd.

Tabel 12.6.2 Alzheimers og anden demenssygdom, somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	68	86	-3	19	-4,4	22,1
Kort uddannelse	91	55	7	10	7,7	18,2
Mellemlang/lang uddannelse	32	20	-	-	-	-
I alt	191	161	4	29	2,1	18,0

12.7 Alzheimers og anden demenssygdom og primærsektor

For Alzheimers og anden demenssygdom er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et forbrug i gruppen af personer med Alzheimers og anden demenssygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset Alzheimers og anden demenssygdom.

Personer med Alzheimers og anden demenssygdom har årligt 157.432 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden Alzheimers og anden demenssygdom (tabel 12.7.1). Antallet af besøg er stort set ens for mænd og kvinder og det højeste antal besøg ses i aldersgruppen 75-84 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med Alzheimers og anden demenssygdom udgør 0,5 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 12.7.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	53	15	68	0,0	0,0	0,0
25-34	276	156	432	0,0	0,0	0,0
35-44	825	587	1.412	0,1	0,0	0,0
45-54	2.580	2.112	4.692	0,1	0,1	0,1
55-64	7.459	5.828	13.287	0,3	0,2	0,2
65-74	18.161	17.976	36.137	0,7	0,6	0,6
75-84	29.271	33.702	62.973	1,7	1,4	1,5
85-	14.247	24.184	38.431	2,4	1,8	2,0
I alt	72.872	84.560	157.432	0,5	0,4	0,5

Personer med Alzheimers og anden demenssygdom har årligt 3.654 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden Alzheimers og anden demenssygdom (tabel 12.7.2). Antallet af besøg hos psykiater eller psykolog stiger med alderen og er højest blandt personer på 75 år eller derover. Besøg hos psykiater eller psykolog blandt personer med Alzheimers og anden demenssygdom udgør 0,4 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog, men hvert fjerde blandt personer på 85 år eller derover.

Tabel 12.7.2 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal besøg hos psykiater eller psykolog og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	8	0	8	0,0	0,0	0,0
25-34	9	16	25	0,0	0,0	0,0
35-44	45	63	108	0,1	0,0	0,1
45-54	106	122	228	0,2	0,1	0,1
55-64	272	199	471	0,8	0,3	0,5
65-74	424	417	841	3,3	1,4	2,0
75-84	375	620	995	10,7	6,6	7,7
85-	237	741	978	29,3	25,3	26,2
I alt	1.476	2.178	3.654	0,5	0,4	0,4

De fleste besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.7.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.935 flere besøg blandt mænd, svarende til 7,1 % af alle besøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt mænd og 1.076 færre besøg blandt kvinder, svarende til 1,9 % af alle besøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt kvinder. Den sociale ulighed er, om end den er lille, omvendt for mænd og kortuddannede kvinder.

Tabel 12.7.3 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	21.442	32.783	-1.751	2.315	-8,2	7,1
Kort uddannelse	24.283	16.699	-2.184	-1.239	-9,0	-7,4
Mellemlang/lang uddannelse	9.758	7.777	–	–	–	–
I alt	55.483	57.259	-3.935	1.076	-7,1	1,9

12.8 Alzheimers og anden demenssygdom og førtidspensioner

Alzheimers og anden demenssygdom er årligt årsag til 214 nytilkendte førtidspensioner (tabel 12.8.1). I aldersgruppen 45-64 år er der flest nytilkendte førtidspensioner blandt både mænd og kvinder.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (5).

Tabel 12.8.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af Alzheimers og anden demenssygdom og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1	1	2	0,1	0,2	0,2
25-34	1	1	2	0,1	0,1	0,1
35-44	9	7	16	0,6	0,4	0,5
45-54	46	22	68	2,0	0,8	1,3
55-64	81	45	126	3,6	2,0	2,8
I alt	138	76	214	1,8	0,9	1,3

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 12.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af Alzheimers og anden demenssygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 53 og 20 færre nytilkendte førtidspensioner, svarende til 41,7 % og 30,3 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af Alzheimers og anden demenssygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 12.8.2 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	42	24	24	11	57,1	45,8
Kort uddannelse	69	29	29	9	42,0	31,0
Mellemlang/lang uddannelse	16	13	–	–	–	–
I alt	127	66	53	20	41,7	30,3

12.9 Alzheimers og anden demenssygdom og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværssdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af Alzheimers og anden demenssygdom beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med Alzheimers og anden demenssygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset Alzheimers og anden demenssygdom.

Erhvervsaktive personer med Alzheimers og anden demenssygdom har årligt 22.220 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden Alzheimers og anden demenssygdom (tabel 12.9.1). Størstedelen af sygedagene ses blandt mænd og stiger med alderen. Halvdelen af sygedagene ses i aldersgruppen 55-64 år. Sygedagene blandt personer med Alzheimers og anden demenssygdom udgør 0,1 % af alle sygedage. Det skal bemærkes, at antallet af sygedage ikke er stort i de yngste aldersgrupper, hvorfor tallene er behæftet med en vis usikkerhed.

Tabel 12.9.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	-11	-12	-23	0,0	0,0	0,0
25-34	448	580	1.028	0,0	0,0	0,0
35-44	1.429	1.243	2.672	0,1	0,0	0,0
45-54	3.941	3.077	7.018	0,1	0,1	0,1
55-64	6.886	4.639	11.525	0,3	0,2	0,2
I alt	12.693	9.527	22.220	0,1	0,1	0,1

12.10 Alzheimers og anden demenssygdom og sundhedsøkonomi

Hvert år koster Alzheimers og anden demenssygdom 778,1 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 12.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostninger forbundet med Alzheimers og anden demenssygdom er størst blandt kvinder. De største omkostninger ses i aldersgruppen 65-84 år blandt både mænd og kvinder. Omkostninger til indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på psykiatriske og somatiske afdelinger udgør tilsammen 26 % af alle omkostninger. Omkostninger til primærsektor (besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater) udgør 1 % af alle omkostninger, og receptpligtig medicin udgør 19 % af alle omkostningerne. Den største omkostning er hjemmehjælp/praktisk hjælp, der udgør 55 % af alle omkostninger forbundet med Alzheimers og anden demenssygdom.

Tidlig død på grund af Alzheimers og anden demenssygdom medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.064,4 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje af Alzheimers og anden demenssygdom er -286,4 mio. kr. årligt (tabel 12.10.2). Der er negative nettoomkostninger blandt personer på 85 år eller derover for begge køn.

Tabel 12.10.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	1,1	0,3	0,0	0,1	0,2	0,8
45-64	8,5	3,7	0,0	0,9	3,5	14,8
65-84	30,3	24,5	0,2	3,0	36,0	142,3
85-	10,6	7,1	0,0	0,8	13,1	34,4
I alt	50,5	35,6	0,2	4,8	52,8	192,3
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	0,2	0,2	0,0	0,1	0,1	1,4
45-64	4,8	3,3	0,0	0,6	3,6	10,4
65-84	32,0	32,8	0,1	2,8	52,0	177,2
85-	21,0	17,8	0,1	1,3	36,8	42,9
I alt	58,0	54,1	0,2	4,8	92,5	231,9
Total	108,5	89,8	0,5	9,6	145,3	424,2

Tabel 12.10.2 Alzheimers og anden demenssygdom. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	2,5	0,0	2,5
45-64	31,5	9,4	22,1
65-84	236,3	190,9	45,4
85-	66,2	133,4	-67,2
I alt	336,5	333,7	2,8
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	2,0	0,0	2,0
45-64	22,8	9,8	12,9
65-84	296,9	303,0	-6,1
85-	119,9	417,9	-298,0
I alt	441,6	730,7	-289,2
Total	778,1	1.064,4	-286,4

12.11 Alzheimers og anden demenssygdom og produktionstab

Hvert år koster Alzheimers og anden demenssygdom 633,4 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 12.11.1). Størstedelen af omkostningerne er blandt mænd og generelt blandt den ældre aldersgruppe. Alzheimers og anden demenssygdom er årsag til produktionstab på 5,3 mio. kr. på grund af sygedage og 578,9 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år hvert år koster 49,1 mio. kr. på grund af tabt produktion. Langt

størstedelen af det samlede produktionstab på grund af Alzheimers og anden demenssygdom skyldes altså førtidspensioner.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 2.800,7 mio. kr.

Tabel 12.11.1 Alzheimers og anden demenssygdom. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	0,0	79,0	0,0	79,0
45-65	3,0	326,5	29,3	358,8
I alt	3,0	405,5	29,3	437,8
Kvinder				
16-44	0,0	48,2	0,0	48,2
45-65	2,3	125,2	19,9	147,4
I alt	2,3	173,4	19,9	195,6
Total	5,3	578,9	49,1	633,4

12.12 Kommentarer til resultater

Alzheimers og anden demenssygdom ligger højt på byrdemålet dødsfald, særligt for kvinder, men også relativt højt på førtidspensioneringer og produktionstab. Derimod ligger Alzheimers og anden demenssygdom ikke i toppen, hvad angår de øvrige byrdemål.

Prævalensen af Alzheimers og anden demenssygdom findes i denne rapport til at være knap 30.000, og prævalensraten stiger med alderen. På samme måde stiger antallet ligeledes med alderen, men topes for mænd blandt de 75-84-årige og således tidligere end for kvinder, hvilket hænger sammen med kvinders længere levetid. Incidensen findes til 7.000, og samme aldersmønster gør sig her gældende.

Der skelnes ofte mellem Alzheimers med tidlig eller sen debut, hvor Alzheimers før alder 65 år betegnes som den tidligt indsættende variant og er ofte af den arvelige form, som ifølge Nationalt Videnscenter for Demens kun ses hos 2-3 % af tilfældene (6). I nærværende rapport ses det, at 93 % af de incidente tilfælde af Alzheimers og anden demenssygdom sker efter alder 64 år.

På baggrund af befolkningsundersøgelser findes der en væsentlig højere prævalens af demenssygdom (85-90.000) (7), end der findes i nærværende rapport, hvor prævalensen (30.000) er opgjort ud fra Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i form af indlæggelser, ambulatorie- eller skadestuebesøg. Opgørelser ud fra Landspatientregisteret alene fanger mere alvorlige tilfælde og vil normalt være lavere end opgørelser baseret på befolkningsundersøgelser (8). Derudover kan der være tale om forskellige definitioner og afgrænsninger af sygdommen. Det forventes på grund af forøgelse i middellevetid og dermed vækst af ældrebefolkningen, at prævalensen i år 2030 vil stige til omtrent 130.000 (når der opgøres ved befolkningsundersøgelser) (2). Endvidere er incidensen opgjort til årligt at være 15.000 og forventes at stige tilsvarende (2).

Den markante byrde ved Alzheimers og anden demenssygdom i form af dødsfald, men ikke tabte leveår, skyldes, at dødsfaldene sker i en forholdsvis sen alder. Således ses 93 % af dødsfaldene efter alder 74 år. Alzheimers og anden demenssygdom resulterer derfor ikke i et højt antal tabte leveår. I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret dødelighedsrate for Alzheimers og anden demenssygdom fra 2010 for Danmark på 27 og 46 per 100.000 for henholdsvis mænd og kvinder. Dødelighedsraten er væsentlig højere i

Finland, Sverige og Norge end i Danmark for både mænd og kvinder (9), men en forskellig registreringspraksis kan spille ind her.

Alzheimers og anden demenssygdom udgør ikke en markant andel af det samlede antal indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg eller skadestuebesøg. Der er dobbelt så mange indlæggelser registreret i den somatiske del, mens tre ud af fem ambulante hospitalsbesøg og fire ud af fem skadestuebesøg er registreret i den psykiatriske del. Det må forventes, at sygdomstilfælde fra Landspatientregisterets somatiske del vil være af en anden karakter end tilfælde fra Landspatientregisterets psykiatriske del.

Endvidere er Alzheimers og anden demenssygdom ikke en hyppig årsag til besøg hos praktiserende læge eller hos psykiater/psykolog sammenlignet med de øvrige sygdomme. Da disse patienter i langt de fleste tilfælde er ældre mennesker, og da ældre mennesker generelt går meget til lægen, forventes et stort antal ekstra besøg hos alment praktiserende læge sammenlignet med sygdomme med tidlig debut derfor ikke.

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af hjemmehjælp/praktisk hjælp, som udgør 55 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af Alzheimers og anden demenssygdom på knap 780 mio. kr. Dermed er Alzheimers og anden demenssygdom i sammenligning med de øvrige sygdomme i denne rapport den sygdom med næsthøjeste omkostninger (efter apopleksi) forbundet med hjemmehjælp/praktisk hjælp. Foruden den store omkostning forbundet med hjemmehjælp/praktisk hjælp er receptpligtig medicin og indlæggelser ligeledes tunge økonomiske byrder, som udgør henholdsvis 19 % og 14 % af de samlede omkostninger forbundet med Alzheimers og anden demenssygdom. Omkostningerne er størst for både mænd og kvinder i alderen 65-84 år, men også blandt kvinder ældre end 84 år er de store. De samlede omkostninger overstiges af sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død på knap 1.060 mio. kr., hvorfor nettoomkostningerne bliver negative.

Psykisk sygdom er årsag til en stor del af nytilkendte førtidspensioner, men Alzheimers og anden demenssygdom er i sig selv kun årsag til 1 % af alle nytilkendte førtidspensioner, og antallet af sygedage på grund af Alzheimers og anden demenssygdom er ikke markant sammenlignet med de øvrige inkluderede sygdomme. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet i form af sygedage, førtidspension og tidlig død medfører Alzheimers og anden demenssygdom et produktionstab på 630 mio. kr., hvilket overstiges af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 2.800 mio. kr. som følge af kortere levetid. Generelt er der en senere debut sammenlignet med de øvrige psykiske sygdomme medtaget i denne rapport, hvilket er en medvirkende faktor til, at byrdemålene førtidspension og sygedage ikke er markante for Alzheimers og anden demenssygdom.

Alzheimers og anden demenssygdom er overordnet set mere udbredt blandt kvinder. Blandt yngre og midaldrende voksne er forekomsten dog størst blandt mænd. Der ses endvidere markante kønsforskelle i mange af de øvrige byrdemål for Alzheimers og anden demenssygdom, hvor kvinder er mere belastet end mænd med hensyn til dødelighed, ambulante hospitalsbesøg og sundhedsøkonomi, mens antal sygedage er højest blandt mænd, sandsynligvis fordi forekomsten af Alzheimers og anden demenssygdom blandt personer i den erhvervsaktive alder er størst blandt mænd. Mænd og kvinder fordeler sig ligeligt på de øvrige byrdemål.

Personer med kortere uddannelse er mere belastet end personer med længere uddannelse inden for næsten alle byrdemål. Den sociale ulighed i byrdemålene er mest udtalt for kvinder. I en rapport udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i 2014, hvor sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af demens undersøges, ses der en svag tendens til social ulighed blandt kvinder, mens der blandt mænd ikke ses samme tendens (10). Der er dog i rapporten kun inkluderet personer under 85 år ved ulighedsberegningerne, hvorfor en stor del af personer med Alzheimers og anden demenssygdom ikke er inkluderet.

12.13 Metode

I denne rapport er Alzheimers og anden demenssygdom defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). De specifikke koder fremgår af tabel 12.13.1.

Tabel 12.13.1 Diagnoseklassifikation af Alzheimers og anden demenssygdom

Sygdom	ICD-10
Demens ved Alzheimers sygdom	F00
Vaskulær demens	F01
Demens ved andre sygdomme klassificeret andetsteds	F02
Demens uden specifikation	F03
Alzheimers sygdom	G30
Andre degenerative sygdomme i nervesystemet ikke klassificeret andetsteds	G31

Opgørelserne af incidens og prævalens af Alzheimers og anden demenssygdom er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og Dødsårsagsregisteret i perioden 2010-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af Alzheimers og anden demenssygdom er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er Alzheimers og anden demenssygdom.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af Alzheimers og anden demenssygdom er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 12.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater på grund af Alzheimers og anden demenssygdom benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Det er derfor ikke muligt at opgøre forbruget direkte. Derfor er der opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med Alzheimers og anden demenssygdom sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har Alzheimers og anden demenssygdom, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af arbejdsmarkedsfravær på grund af Alzheimers og anden demenssygdom anvendes sygedage, førtidspensioner og dødsfald. Antallet af ekstra sygedage på grund af Alzheimers og anden demenssygdom opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefravær. Der er opgjort sygedage for personer med Alzheimers og anden demenssygdom i forhold til personer uden Alzheimers og anden demenssygdom. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af Alzheimers og anden demenssygdom er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af Alzheimers og anden demenssygdom benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) – den somatiske og psykiatriske del – samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med Alzheimers og anden demenssygdom sammenlignet med personer uden Alzheimers og anden demenssygdom. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-gruppen N06 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med Alzheimers og anden demenssygdom og en udvalgt gruppe af personer uden Alzheimers og anden demenssygdom.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke løn niveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

12.14 Referencer

1. World Health Organization. ICD-10 Version: 2015. [09-12-2014]. apps.who.int/classifications/icd10/browse/2015/en.
2. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af demens. København: 2013.
3. Alzheimer's disease International, WHO. Dementia: a public health priority. Geneva: 2012.
4. Imtiaz B, Tolppanen AM, Kivipelto M, Soininen H. Future directions in Alzheimer's disease from risk factors to prevention. *Biochem Pharmacol.* 2014;88(4):661-70.
5. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
6. Nationalt Videnscenter for Demens. Demenssygdomme. 2014 [09-12-2014]. www.videnscenterfordemens.dk/viden-om-demens/demenssygdomme.
7. Jørgensen K, Waldemar G. Prævalens af demens i Danmark. *Ugeskr Læger.* 2014;201;176:V06140325.
8. Phung TK, Waltoft BL, Kessing LV, Mortensen PB, Waldemar G. Time trend in diagnosing dementia in secondary care. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2010;29(2):146-53.
9. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
10. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.

13 ANGST

- I Danmark er der årligt 17.000 nye tilfælde af angst, og 52.000 mænd og 84.000 kvinder lever med angst, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret.
- Der registreres årligt 6.200 psykiatriske indlæggelser og 1.200 somatiske indlæggelser med angst som aktionsdiagnose. Angst er årsag til 12 % af alle psykiatriske indlæggelser.
- Der registreres årligt 120.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg og 8.300 somatiske ambulante hospitalsbesøg med angst som aktionsdiagnose. Angst er årsag til 13 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 17.000 psykiatriske skadestuebesøg og 950 somatiske skadestuebesøg med angst som aktionsdiagnose. Angst er årsag til 20 % af alle psykiatriske skadestuebesøg.
- Personer med angst har årligt 780.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 120.000 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden angst. Det svarer til 2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 13 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog.
- Angst er årligt årsag til 1.900 nytilkendte førtidspensioner. Det svarer til 12 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med angst har årligt 1,9 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden angst. Det svarer til 7 % af alle sygedage.
- Hvert år koster angst 950 mio. kr. i behandling og pleje.
- Hvert år koster angst 8.610 mio. kr. på grund af tabt produktion.

13.1 Indledning

Angst er en invaliderende og udbredt psykisk lidelse i Danmark, der udløser voldsomme reaktioner på begivenheder, der for andre ikke synes faretruende. Angst defineres i denne rapport som en række neurotiske (nervøse) og stressrelaterede tilstande, som ikke er psykotiske. Heri inkluderes fobiske angsttilstande, såsom agorafobi (angst for åbne pladser og/eller steder hvor mange mennesker er til stede), socialfobi (angst for sociale situationer) og enkelfobi (blandt andre klaustrofobi eller højdeskræk), andre angsttilstande, såsom panikangst (pludselige angstanfald) og generaliseret angst (konstant angst der ikke er specifik), obsessiv kompulsiv tilstand, OCD (tvangstanker og -handlinger), tilpasnings- og stressreaktioner (såsom posttraumatisk stress) samt dissociative tilstande (såsom hukommelsestab af bl.a. traumatiske hændelser).

Ved angst, som ved mange andre psykiske tilstande, kendes de specifikke årsager til udviklingen af sygdommen ikke, men er derimod et komplekst samspil mellem sociale, psykiske og biologiske faktorer. Årsagerne er til dels afhængige af typen af angst, således at angsttilstande har arvelige komponenter, hvorimod det i højere grad antages at være ydre forhold, der betinger de stressrelaterede tilstande.

13.2 Forekomst af angst

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med angst i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med angst (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i en 10-årsperiode før det pågældende år. Dermed består opgørelserne kun af de forholdsvist alvorlige tilfælde af angst. Mindre alvorlige tilfælde, der eksempelvis udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren, indgår således ikke.

Der er årligt 16.889 incidente tilfælde af angst, svarende til en incidensrate på 254 per 100.000 mænd og 360 per 100.000 kvinder (tabel 13.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af angst ses i aldersgruppen 16-24 år og er derefter faldende. Specielt blandt kvinder er der mange tilfælde af angst i aldersgruppen 16-24 år.

Tabel 13.2.1 Angst. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	133	209	775	1.160	1.935
16-24	492	871	1.465	2.440	3.905
25-34	398	560	1.268	1.727	2.995
35-44	350	474	1.341	1.763	3.104
45-54	295	368	1.137	1.374	2.511
55-64	164	212	569	734	1.303
65-74	90	137	240	387	627
75-84	102	152	124	241	365
85-	112	137	39	105	144
I alt	254	360	6.958	9.931	16.889

I Danmark lever 51.597 mænd og 83.561 kvinder med forholdsvis alvorlig angst (tabel 13.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 25-34 år, mens det højeste antal personer med angst findes i aldersgruppen 25-54 år.

Tabel 13.2.2 Angst. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	955	1.551	5.575	8.628	14.203
16-24	1.593	3.354	5.056	10.185	15.241
25-34	3.064	5.315	10.088	17.371	27.459
35-44	2.938	4.368	11.697	17.109	28.806
45-54	2.594	3.766	10.183	14.506	24.689
55-64	1.636	2.583	5.807	9.250	15.057
65-74	854	1.380	2.240	3.873	6.113
75-84	615	1.139	741	1.823	2.564
85-	609	1.060	210	816	1.026
I alt	1.847	2.943	51.597	83.561	135.158

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for angst som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 828 og 579 færre incidente tilfælde af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 29,4 % og 14,9 % af alle incidente tilfælde på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.2.3 Angst. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	965	1.276	475	423	49,2	33,2
Kort uddannelse	1.424	1.626	353	156	24,8	9,6
Mellemlang/lang uddannelse	425	971	–	–	–	–
I alt	2.814	3.873	828	579	29,4	14,9

13.3 Angst og indlæggelser

Der registreres årligt 6.189 psykiatriske indlæggelser med angst som aktionsdiagnose, og der er flere end dobbelt så mange blandt kvinder som blandt mænd (tabel 13.3.1). De fleste indlæggelser ses blandt personer i aldersgruppen 16-54 år. Angst er årsag til 12,1 % af alle psykiatriske indlæggelser, 11,0 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd, 13,2 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder og 20,8 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt børn.

Tabel 13.3.1 Angst, psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	55	147	202	16,3	23,3	20,8
16-24	475	745	1.220	14,9	17,0	16,2
25-34	552	655	1.207	11,8	15,5	13,6
35-44	677	718	1.395	11,4	15,3	13,1
45-54	582	578	1.160	10,5	12,6	11,5
55-64	276	308	584	8,5	10,1	9,2
65-74	106	153	259	7,0	6,9	6,9
75-84	45	77	122	6,8	5,5	5,9
85-	14	26	40	7,5	4,2	4,9
I alt	2.782	3.407	6.189	11,0	13,2	12,1

Der registreres årligt 398 somatiske indlæggelser blandt mænd og 849 blandt kvinder med angst som aktionsdiagnose (tabel 13.3.2). Det højeste antal indlæggelser ses blandt piger i alderen 0-15 år. Angst er årsag til 0,1 % af alle somatiske indlæggelser, 0,4 % af alle somatiske indlæggelser blandt kvinder i alderen 16-24 år og 0,2 % af alle somatiske indlæggelser blandt børn.

Tabel 13.3.2 Angst, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	56	145	201	0,1	0,2	0,2
16-24	47	128	175	0,2	0,4	0,3
25-34	49	101	150	0,2	0,2	0,2
35-44	62	118	180	0,2	0,2	0,2
45-54	68	113	181	0,1	0,2	0,1
55-64	54	89	143	0,1	0,1	0,1
65-74	33	70	103	0,0	0,1	0,1
75-84	21	56	77	0,0	0,1	0,1
85-	8	29	37	0,0	0,1	0,0
I alt	398	849	1.247	0,1	0,2	0,1

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.3.3). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for angst som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.005 og 787 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til halvdelen og hver tredje af alle indlæggelser på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.3.3 Angst, somatiske og psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	813	982	579	552	71,2	56,2
Kort uddannelse	935	949	426	235	45,6	24,8
Mellem-lang/lang uddannelse	202	488	–	–	–	–
I alt	1.950	2.419	1.005	787	51,5	32,5

13.4 Angst og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 118.431 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med angst som aktionsdiagnose, og langt størstedelen ses blandt kvinder (tabel 13.4.1). Det højeste antal psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 25-44 år. Angst er årsag til 12,6 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 10,6 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 14,1 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 13.4.1 Angst, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	4.083	6.158	10.241	8,3	15,8	11,6
16-24	6.809	16.036	22.845	12,0	13,9	13,3
25-34	8.750	18.940	27.690	11,4	15,1	13,7
35-44	9.975	18.005	27.980	12,9	17,4	15,5
45-54	7.881	11.584	19.465	11,9	15,4	13,8
55-64	2.536	4.395	6.931	7,3	10,7	9,2
65-74	526	1.374	1.900	3,5	6,1	5,1
75-84	289	731	1.020	3,3	4,2	3,9
85-	94	265	359	2,6	2,5	2,5
I alt	40.943	77.488	118.431	10,6	14,1	12,6

Der registreres årligt 8.276 somatiske ambulante hospitalsbesøg med angst som aktionsdiagnose, og flere end dobbelt så mange af besøgene ses blandt kvinder (tabel 13.4.2). De fleste somatiske ambulante hospitalsbesøg ses blandt børn i alderen 0-15 år og i aldersgruppen 35-54 år. Angst er årsag til 0,1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 13.4.2 Angst, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	911	1.203	2.114	0,3	0,4	0,3
16-24	127	359	486	0,1	0,1	0,1
25-34	230	746	976	0,1	0,1	0,1
35-44	462	1.183	1.645	0,1	0,2	0,2
45-54	598	1.235	1.833	0,1	0,2	0,1
55-64	228	582	810	0,0	0,1	0,0
65-74	112	176	288	0,0	0,0	0,0
75-84	45	43	88	0,0	0,0	0,0
85-	8	28	36	0,0	0,0	0,0
I alt	2.721	5.555	8.276	0,1	0,1	0,1

De fleste ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.4.3). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg for angst som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.694 og 8.529 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver fjerde og hver femte af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.4.3 Angst, somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	6.046	11.611	2.999	5.024	49,6	43,3
Kort uddannelse	9.081	18.144	1.695	3.505	18,7	19,3
Mellemlang/lang uddannelse	3.023	10.741	–	–	–	–
I alt	18.150	40.496	4.694	8.529	25,9	21,1

13.5 Angst og skadestuebesøg

Der registreres årligt 16.687 psykiatriske skadestuebesøg med angst som aktionsdiagnose, og de fleste ses blandt kvinder (tabel 13.5.1). For både mænd og kvinder er der flest besøg i aldersgruppen 16-24 år. Angst er årsag til 17,0 % og 23,3 % af alle psykiatriske skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder. Angst blandt børn er årsag til næsten halvdelen af alle psykiatriske skadestuebesøg for denne aldersgruppe (48,1 %).

Tabel 13.5.1 Angst, psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	205	439	644	44,4	50,0	48,1
16-24	1.658	2.630	4.288	26,1	29,2	27,9
25-34	1.617	1.901	3.518	20,1	25,7	22,8
35-44	1.645	1.756	3.401	16,4	23,6	19,5
45-54	1.212	1.322	2.534	12,4	18,6	15,0
55-64	610	731	1.341	11,3	16,3	13,6
65-74	235	408	643	12,1	16,3	14,5
75-84	71	169	240	12,1	14,8	13,9
85-	26	52	78	16,0	13,2	14,1
I alt	7.279	9.408	16.687	17,0	23,3	20,1

Der registreres årligt 947 somatiske skadestuebesøg med angst som aktionsdiagnose, og de fleste ses blandt kvinder (tabel 13.5.2). For både mænd og kvinder ses flest besøg i aldersgruppen 16-24 år, med næsten lige så mange op til og med aldersgruppen 45-54 år. Angst er årsag til en meget lille andel (0,1 %) af alle somatiske skadestuebesøg både blandt mænd og blandt kvinder.

Tabel 13.5.2 Angst, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	7	15	22	0,0	0,0	0,0
16-24	81	109	190	0,1	0,2	0,1
25-34	74	87	161	0,1	0,2	0,2
35-44	77	104	181	0,1	0,2	0,2
45-54	71	99	170	0,1	0,2	0,2
55-64	51	69	120	0,1	0,2	0,1
65-74	14	44	58	0,0	0,1	0,1
75-84	9	23	32	0,0	0,1	0,1
85-	2	11	13	0,0	0,0	0,0
I alt	386	561	947	0,1	0,1	0,1

De fleste skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.5.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for angst som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.542 og 1.386 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 36,4 % og 27,4 % af alle skadestuebesøg på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.5.3 Angst, somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.680	1.839	1.041	958	62,0	52,1
Kort uddannelse	1.963	2.070	501	428	25,5	20,7
Mellemlang/lang uddannelse	594	1.153	–	–	–	–
I alt	4.237	5.062	1.542	1.386	36,4	27,4

13.6 Angst og primærsektor

For angst er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med angst sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed frasat angst.

Personer med angst har årligt 776.495 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden angst (tabel 13.6.1). To ud af tre besøg ses blandt kvinder, og de fleste besøg ses i aldersgruppen 25-54 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med angst udgør 2,0 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 1,7 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 2,2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder. Andelen af besøg hos alment praktiserende læge er generelt større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper.

Tablet 13.6.1 Angst. Antal besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med angst og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	3.381	7.413	10.794	0,2	0,4	0,3
16-24	21.535	67.136	88.671	2,3	3,3	3,0
25-34	45.746	96.502	142.248	4,1	3,3	3,5
35-44	62.288	110.519	172.807	3,8	3,6	3,7
45-54	59.028	105.593	164.621	2,8	3,4	3,2
55-64	39.668	73.419	113.087	1,6	2,3	2,0
65-74	17.696	37.062	54.758	0,7	1,2	0,9
75-84	5.277	17.963	23.240	0,3	0,7	0,6
85-	1.522	4.747	6.269	0,3	0,3	0,3
I alt	256.141	520.354	776.495	1,7	2,2	2,0

Personer med angst har årligt 115.352 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden angst (tabel 13.6.2). Antallet af besøg hos psykiater eller psykolog på grund af angst er dobbelt så højt blandt kvinder som blandt mænd og højest i aldersgruppen 25-54 år for både mænd og kvinder. Besøg hos psykiater eller psykolog blandt personer med angst udgør 13,0 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog.

Tablet 13.6.2 Angst. Antal besøg hos psykiater eller psykolog og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	43	145	188	0,2	1,1	0,6
16-24	4.585	10.550	15.135	10,7	12,2	11,7
25-34	8.660	18.965	27.625	14,0	13,8	13,8
35-44	9.186	19.713	28.899	15,0	14,4	14,6
45-54	7.692	15.513	23.205	14,8	14,2	14,4
55-64	4.114	9.574	13.688	12,1	13,5	13,1
65-74	1.328	3.638	4.966	10,4	12,0	11,6
75-84	283	1.151	1.434	8,1	12,2	11,1
85-	41	171	212	5,1	5,8	5,7
I alt	35.932	79.420	115.352	12,5	13,3	13,0

De fleste besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmønster på grund af angst som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 60.239 og 98.816 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 35,1 % og 29,0 % af alle besøg på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.6.3 Angst. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	66.435	130.591	38.576	66.005	58,1	50,5
Kort uddannelse	81.437	138.722	21.663	32.811	26,6	23,7
Mellemlang/lang uddannelse	23.743	70.925	–	–	–	–
I alt	171.615	340.238	60.239	98.816	35,1	29,0

13.7 Angst og førtidspensioner

Angst er årligt årsag til 1.935 nytilkendte førtidspensioner, og flest ses blandt kvinder (tabel 13.7.1). Størstedelen af nytilkendte førtidspensioner på grund af angst er i aldersgruppen 35-54 år. Angst er årsag til 12,2 % af alle nytilkendelser og årsag til 18,0 % af alle nytilkendelser blandt personer i aldersgruppen 35-44 år.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (1).

Tabel 13.7.1 Angst. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af angst og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	9	7	16	1,2	1,3	1,2
25-34	67	95	162	8,8	12,0	10,4
35-44	252	344	596	17,6	18,2	18,0
45-54	317	441	758	13,4	15,7	14,7
55-64	158	245	403	7,0	10,7	8,9
I alt	803	1.132	1.935	10,6	13,6	12,2

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 13.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af angst som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 180 og 185 færre nytilkendte førtidspensioner, svarende til halvdelen og hver fjerde af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af angst blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 13.7.2 Angst. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	150	264	109	144	72,7	54,5
Kort uddannelse	166	257	71	41	42,8	16,0
Mellem-lang/lang uddannelse	36	150	–	–	–	–
I alt	352	671	180	185	51,1	27,6

13.8 Angst og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværskdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af angst beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med angst sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset angst.

Erhvervsaktive personer med angst har årligt 1,9 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden angst (tabel 13.8.1). Tre ud af fem af alle sygedage ses blandt kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 35-44 år. Den største andel af sygedage på grund af angst ses blandt de 16-34-årige. Sygedagene blandt personer med angst udgør 7,0 % af alle sygedage, hvilket dækker over 6,4 % af alle sygedage blandt mænd og 7,5 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 13.8.1 Angst. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	47.076	91.464	138.540	7,4	13,0	10,4
25-34	169.221	314.692	483.913	9,1	11,0	10,2
35-44	234.257	369.448	603.705	8,5	8,0	8,1
45-54	192.842	294.232	487.074	5,7	6,2	6,0
55-64	71.467	113.088	184.555	2,8	4,1	3,5
I alt	714.863	1.182.924	1.897.787	6,4	7,5	7,0

13.9 Angst og sundhedsøkonomi

Hvert år koster angst 948,7 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 13.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostninger forbundet med angst er størst blandt kvinder (62 % af de samlede omkostninger til angst). De største omkostninger ses i aldersgruppen 16-44 år blandt både mænd og kvinder. Omkostninger til indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på psykiatriske og somatiske afdelinger udgør henholdsvis 25 %, 21 % og 2 % af de samlede omkostninger. Omkostninger til primærsektoren (besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater) udgør 12 % af de samlede omkostninger. Den største enkeltomkostning forbundet med angst er omkostninger til receptpligtig medicin (28 %). Hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør 11 % af alle omkostninger forbundet med angst.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor angst er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 13.9.2).

Tabel 13.9.1 Angst. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	3,7	1,2	0,0	0,3	9,6	.
16-44	59,8	45,3	5,1	22,1	56,8	5,1
45-64	30,2	19,6	2,0	13,9	30,9	14,7
65-84	5,1	1,6	0,3	2,3	5,8	18,2
85-	0,5	0,2	0,0	0,1	0,3	2,0
I alt	99,3	67,9	7,4	38,7	103,4	40,0
Kvinder						
0-15	9,6	1,5	0,0	0,7	12,7	.
16-44	81,2	96,5	6,7	47,3	79,7	7,5
45-64	36,9	32,6	2,2	25,5	51,4	25,2
65-84	12,1	4,0	0,6	5,6	12,6	32,8
85-	1,4	0,5	0,1	0,4	1,3	3,0
I alt	141,2	135,1	9,6	79,5	157,7	68,5
Total	240,5	203,0	17,0	118,2	261,1	108,5

Tabel 13.9.2 Angst. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	14,8	.	14,8
16-44	194,2	.	194,2
45-64	111,4	.	111,4
65-84	33,3	.	33,3
85-	3,2	.	3,2
I alt	356,9	.	356,9
Kvinder			
0-15	24,5	.	24,5
16-44	318,9	.	318,9
45-64	173,9	.	173,9
65-84	67,8	.	67,8
85-	6,7	.	6,7
I alt	591,8	.	591,8
Total	948,7	.	948,7

13.10 Angst og produktionstab

Hvert år koster angst 8.606,6 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 13.10.1). Angst er årsag til produktionstab på 398,4 mio. kr. på grund af sygedage og 8.208,4 mio. kr. på grund af førtidspensioner, og dermed udgør omkostningerne til førtidspensioner langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af angst. Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor angst er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 13.10.1 Angst. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	89,0	2.203,9	2.292,9
45-65	66,5	1.711,9	1.778,4
I alt	155,5	3.915,8	4.071,3
Kvinder			
16-44	145,0	2.416,6	2.561,5
45-65	97,9	1.876,0	1.973,8
I alt	242,9	4.292,6	4.535,3
Total	398,4	8.208,4	8.606,6

13.11 Kommentarer til resultater

Angst er en sygdom med en betydelig sygdomsbyrde i den danske befolkning og ligger højt for flere sygdomsbyrdemål inkluderet i denne rapport.

Prævalensen af angst findes i denne rapport til at være omtrent 140.000 personer, og for både mænd og kvinder stiger prævalensraten indtil 34-årsalderen, hvorefter der ses et fald. For incidensen ses højeste antal og rate blandt både mænd og kvinder i aldersgruppen 16-24 år. I en rapport, der vurderer udviklingen i psykiske lidelser i Danmark fra 2001-2011, findes en stigning i antallet af børn og voksne med angst, og det anslås, at prævalensen er 6-15 % af befolkningen, svarende til 340.000-840.000 personer (2). Hertil angives livstidsrisikoen for at få angst til 13-29 % (3).

Forskelle på estimater af prævalensen er en afspejling af definition og afgrænsning af sygdommen samt forskellige anvendte metoder til belysning af prævalensen. Den anvendte metode i nærværende rapport undervurderer formentlig udbredelsen af angst, da mange personer med angst ikke får behandling i den regionale psykiatri (4). En stor del bliver behandlet i praksissektoren, og nogle forbliver ubehandlet og registreres ikke (2). Forekomsten af angst er i denne rapport estimeret ud fra personer identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, det vil sige personer, der har været på skadestue, i ambulatorie eller indlagt på hospital. Således er det kun muligt at medtage de personer, der har været i kontakt med hospitalsvæsenet og dermed formodentligt har et sværere tilfælde af angst (5). Imidlertid vurderes antal incidente tilfælde med angst ud fra DAMD (Dansk Almen-Medicinsk Database), som er data fra alment praktiserende læge, til årligt at være 4.700 voksne personer (2). Antal incidente tilfælde findes i denne rapport til knap 17.000, og selvom børn er inkluderet i dette antal, synes DAMD-tallet meget lavt i sammenligning hermed, især når prævalens og antal incidente tilfælde formodes underestimeret i nærværende rapport.

Dødelighed er ikke medtaget som et byrdemål for angst, idet der ikke er registreret dødsfald med angst som tilgrundliggende dødsårsag. Der er dog i flere undersøgelser fundet en øget selvmordsadfærd blandt personer med angsttilstande (3).

Der er for angst langt flere tilfælde registreret i den psykiatriske del af Landspatientregisteret end i den somatiske del. Ses der kun på de psykiatriske kontakter, repræsenterer angst hver ottende psykiatriske indlæggelse, hvert ottende psykiatriske ambulante hospitalsbesøg samt hvert femte psykiatriske skadestuebesøg, og fylder derved meget i den regionale psykiatri. Det er fundet, at der blandt ambulante hospitalsbesøg har været en stigning af voksne med angst fra 2001-2011 (2).

Angst er en relativt hyppig årsag til besøg hos praktiserende læge med omtrent 780.000 besøg og hos psykiater/psykolog med omtrent 120.000 besøg. Sammenlignet med de øvrige psykiske sygdomme medtaget i denne rapport ligger angst højest rangeret med hensyn til besøg i primærsektoren, særligt kvinderne ligger højt. Primærsektoren varetager behandling af en stor del af patienter med lette til moderate angstlidelser. Imidlertid er der en mistanke om underdiagnosticering af psykiske lidelser i almen praksis, da nogle patienter henvender sig med somatiske symptomer, og de psykiske problemer således ikke erkendes (2).

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af receptpligtig medicin, som udgør 28 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af angst på 950 mio. kr. Foruden den store omkostning forbundet med medicin er indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg ligeledes tunge økonomiske byrder, som udgør henholdsvis 25 % og 21 % af de samlede omkostninger forbundet med angst. Omkostningerne er størst blandt de 16-44-årige for både mænd og kvinder.

Psykisk sygdom er årsag til en stor del af nytilkendte førtidspensioner. Angst i sig selv er årsag til hver ottende, hvoraf tre ud af fem er blandt kvinder. Da et formål med ændringen i førtidspensionslovgivningen i 2013 var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, er det sandsynligt, at det især er nytilkendelser på grund af sygdomme med tidlig debut, heri inkluderet angst, der siden 2013 er faldet betydeligt i antal. Sygedage på grund af angst er også hyppige, med knap 7 % af alle sygedage. På grund af fravær fra arbejdsmarkedet i form af ekstra sygedage og førtidspension medfører angst et produktionstab på 8.610 mio. kr. og ligger dermed klart højest placeret i forhold til de øvrige sygdomme inkluderet i denne rapport. Angst er således en tung samfundsøkonomisk byrde, især på grund af den forholdsvis tidlige debut, som i en del tilfælde fører til tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Angst er mere udbredt blandt kvinder end blandt mænd, og der ses markante kønsforskelle i alle sygdomsbyrdemål for angst. Det er tidligere fundet, at angstprævalensen er dobbelt så høj for kvinder som for mænd, dette især for panikangst, enkeltpoli og posttraumatisk stress (3). I denne rapport findes en kønsfordeling i prævalensen på 5:3 for henholdsvis kvinder og mænd.

Social ulighed slår igennem på alle sygdomsbyrdemål, og der ses en tydelig social gradient i alle mål, således at sygdomsbyrden er lavere med stigende uddannelsesniveau. Dette er i overensstemmelse med resultater fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 (6). Da angst opstår forholdsvis tidligt i livet, er det i forbindelse med social ulighed vigtigt at overveje muligheden for omvendt årsagssammenhæng. Det kan således være på grund af angst, at det ikke er muligt at gennemføre en uddannelse og ikke omvendt. Dermed vil der ikke nødvendigvis være grundlæggende forskellig tilføjelse til angst mellem de forskellige uddannelsesgrupper.

13.12 Metode

I denne rapport er angst defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). De specifikke koder fremgår af tabel 13.12.1.

Opgørelserne af incidens og prævalens er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af angst er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 13.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Tabel 13.12.1 Diagnoseklassifikation af angst

Sygdom	ICD-10
Fobiske angsttilstande	F40
Andre angsttilstande	F41
Obsessiv-kompulsiv tilstand	F42
Reaktioner på svær belastning, tilpasningsreaktioner	F43
Dissociative tilstande eller forstyrrelser (konversionstilstande)	F44

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater på grund af angst benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med angst sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har angst, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af arbejdsmarkedsfravær på grund af angst anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af angst opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefravær. Der er opgjort sygedage for personer med angst i forhold til personer uden angst. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af angst er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundsiggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelser af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af angst benyttes Landspatientregistrets afregningsdata (DRG og DAGS) – igen både den somatiske og psykiatriske del – samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med angst sammenlignet med personer uden angst. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne N03, N05, N06 og C07 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med angst og en udvalgt gruppe af personer uden angst. Medicinudgifterne er udelukkende udtrykt for personer over 16 år, da adgangen til Lægemiddelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med angst ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimatet for meromkostningen for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

13.13 Referencer

1. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
2. Regeringens Udvalg om Psykiatri. Arbejdsgruppe 2. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling: Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
3. Arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer – SfR. Referenceprogram for angstlidelser hos voksne. København: Sundhedsstyrelsen, 2007.
4. Regeringens Udvalg om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
5. Mors O, Perto G, Mortensen P. The Danish Psychiatric Central Research Register. Scand J Public Health. 2011;39(7 Suppl):54-7.
6. Koch MB, Davidsen M, Juel K. Social ulighed i sundhed, sygelighed og trivsel 2010 og udviklingen siden 1987. København: Syddansk Universitet. Statens Institut for Folkesundhed, 2012.

14 SKIZOFRENI

- I Danmark er der årligt 3.500 nye tilfælde af skizofreni, og 43.000 personer lever med skizofreni, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret.
- Der registreres årligt 16.000 psykiatriske indlæggelser med skizofreni som aktionsdiagnose. Det svarer til 32 % af alle psykiatriske indlæggelser.
- Der registreres årligt 280.000 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med skizofreni som aktionsdiagnose. Det svarer til 30 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 17.000 psykiatriske skadestuebesøg med skizofreni som aktionsdiagnose. Det svarer til 21 % af alle psykiatriske skadestuebesøg.
- Personer med skizofreni har årligt 260.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 23.000 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden skizofreni. Det svarer til 1 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 3 % af alle besøg hos psykiater og psykolog.
- Skizofreni er årligt årsag til 560 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og 340 blandt kvinder. Det svarer til 6 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med skizofreni har årligt 280.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden skizofreni. Det svarer til 1 % af alle sygedage.
- Hvert år koster skizofreni 2.610 mio. kr. i behandling og pleje.
- Hvert år koster skizofreni 5.650 mio. kr. på grund af tabt produktion.

14.1 Indledning

Skizofreni er en alvorlig og invaliderende psykisk sygdom, der er karakteriseret ved forvrænget virkelighedsopfattelse ofte i form af vrangforestillinger (ofte forestillinger om forfølgelse) og hallucinationer (ofte i form af hørelsesshallucinationer) (1). Skizofreni er ikke blot én diagnose, men kan give sig til udtryk i flere former med symptomer af forskellig sværhedsgrad. Ud over de forskellige former for skizofreni dækker betegnelsen skizofreni i denne rapport endvidere over en række psykotiske tilstande, der ligner skizofreni, men som er mindre alvorlige (tabel 14.12.1).

Skizofreni debuterer ofte i ungdommen og kan i nogle tilfælde udløses af stofmisbrug, traumatiske oplevelser eller stress. En stor del af forklaringen på, hvorfor skizofreni opstår, ligger i generne, men også psykiske, sociale og miljømæssige påvirkninger har en betydning, såsom infektioner under graviditet og sociale belastninger. Færre kvinder end mænd får skizofreni, den gennemsnitlige debutalder er højere hos kvinder, og forløbet er ofte mildere hos kvinder (1, 2).

14.2 Forekomst af skizofreni

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med skizofreni i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med skizofreni (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i en 10-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 3.509 incidente tilfælde af skizofreni, svarende til en incidensrate på 68 per 100.000 mænd og 58 per 100.000 kvinder (tabel 14.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af skizofreni, omtrent en tredjedel af alle tilfælde, ses i aldersgruppen 16-24 år for både mænd og kvinder.

Tabel 14.2.1 Skizofreni. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	11	19	63	108	171
16-24	208	168	625	482	1.107
25-34	127	80	412	259	671
35-44	76	50	295	192	487
45-54	58	47	226	180	406
55-64	33	38	115	134	249
65-74	27	39	72	111	183
75-84	38	58	47	92	139
85-	69	94	24	72	96
I alt	68	58	1.879	1.630	3.509

I Danmark lever 22.904 mænd og 19.948 kvinder med skizofreni (tabel 14.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 25-54 år blandt både mænd og kvinder. For de 16-54-årige er raten højest blandt mænd, mens raten er højest blandt kvinder for de øvrige aldersgrupper.

Tabel 14.2.2 Skizofreni. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	111	139	650	772	1.422
16-24	646	604	2.050	1.835	3.885
25-34	1.433	964	4.718	3.150	7.868
35-44	1.411	905	5.617	3.545	9.162
45-54	1.286	1.019	5.048	3.925	8.973
55-64	882	903	3.132	3.235	6.367
65-74	464	686	1.218	1.926	3.144
75-84	289	619	348	992	1.340
85-	357	738	123	568	691
I alt	820	703	22.904	19.948	42.852

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 262 og 212 færre incidente tilfælde af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 43,0 % og 34,9 % af alle incidente tilfælde på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.2.3 Skizofreni. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	289	302	199	167	68,9	55,3
Kort uddannelse	247	208	63	45	25,5	21,6
Mellemlang/lang uddannelse	73	98	–	–	–	–
I alt	609	608	262	212	43,0	34,9

14.3 Skizofreni og indlæggelser

Der registreres årligt 307 somatiske indlæggelser og 16.306 psykiatriske indlæggelser med skizofreni som aktionsdiagnose, og de somatiske indlæggelser udgør dermed en meget lille del af de samlede indlæggelser på grund af skizofreni. Blandt de psykiatriske indlæggelser ses de fleste blandt mænd (tabel 14.3.1). De fleste indlæggelser blandt mænd ses i aldersgruppen 25-54 år og blandt kvinder i aldersgruppen 16-54 år. Skizofreni er årsag til 31,9 % af alle psykiatriske indlæggelser, 34,8 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd, 29,1 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt kvinder og 42,9 % af alle psykiatriske indlæggelser blandt mænd i aldersgruppen 25-34 år.

Tabel 14.3.1 Skizofreni, psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	37	94	131	10,9	14,9	13,5
16-24	1.125	1.228	2.353	35,4	28,1	31,2
25-34	2.010	1.339	3.349	42,9	31,8	37,6
35-44	2.347	1.512	3.859	39,4	32,1	36,2
45-54	1.895	1.618	3.513	34,3	35,3	34,7
55-64	1.006	978	1.984	30,9	31,9	31,4
65-74	316	475	791	20,8	21,4	21,1
75-84	53	206	259	8,0	14,7	12,5
85-	9	58	67	4,8	9,3	8,3
I alt	8.798	7.508	16.306	34,8	29,1	31,9

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.898 og 2.679 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 66,3 % og 53,1 % af alle indlæggelser på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.3.2 Skizofreni, somatiske og psykiatriske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.472	2.679	3.000	1.961	86,4	73,2
Kort uddannelse	1.973	1.723	898	718	45,5	41,7
Mellemlang/lang uddannelse	433	647	–	–	–	–
I alt	5.878	5.049	3.898	2.679	66,3	53,1

14.4 Skizofreni og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 380 somatiske ambulante hospitalsbesøg og 283.541 psykiatriske ambulante hospitalsbesøg med skizofreni som aktionsdiagnose, og de somatiske ambulante hospitalsbesøg udgør dermed en meget lille del af de samlede ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni. Blandt de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg ses de fleste blandt mænd (tabel 14.4.1). Skizofreni er årsag til 30,2 % af alle psykiatriske ambulante hospitalsbesøg, 40,5 % af de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 23,0 % af de psykiatriske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder. Der ses flest psykiatriske ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni blandt mænd i aldersgruppen 25-54 år.

Tabel 14.4.1 Skizofreni, psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	985	1.438	2.423	2,0	3,7	2,7
16-24	23.229	22.750	45.979	40,9	19,8	26,8
25-34	38.751	26.325	65.076	50,7	20,9	32,2
35-44	37.421	26.091	63.512	48,5	25,2	35,2
45-54	33.074	24.862	57.936	50,0	33,1	41,0
55-64	16.978	16.137	33.115	49,1	39,3	43,7
65-74	5.558	6.682	12.240	37,2	29,5	32,5
75-84	821	1.763	2.584	9,3	10,1	9,8
85-	100	576	676	2,8	5,4	4,8
I alt	156.917	126.624	283.541	40,5	23,0	30,2

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 59.676 og 38.135 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 60,6 % og 48,8 % af alle ambulante hospitalsbesøg på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.4.2 Skizofreni, somatiske og psykiatriske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	52.443	36.935	43.140	26.459	82,3	71,6
Kort uddannelse	37.492	29.393	16.536	11.676	44,1	39,7
Mellemlang/lang uddannelse	8.465	11.849	–	–	–	–
I alt	98.400	78.177	59.676	38.135	60,6	48,8

14.5 Skizofreni og skadestuebesøg

Der registreres årligt 266 somatiske skadestuebesøg og 17.267 psykiatriske skadestuebesøg med skizofreni som aktionsdiagnose, og de somatiske skadestuebesøg udgør dermed en meget lille del af de samlede indlæggelser på grund af skizofreni. De fleste psykiatriske skadestuebesøg på grund af skizofreni ses blandt mænd (tabel 14.5.1). Flere end ni ud af ti af besøgene er i aldersgruppen 16-64 år, og for både mænd og kvinder er der flest besøg i aldersgruppen 35-44 år. Skizofreni er årsag til hvert femte af alle psykiatriske skadestuebesøg.

Tabel 14.5.1 Skizofreni, psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	14	36	50	3,0	4,1	3,7
16-24	1.273	1.376	2.649	20,0	15,3	17,2
25-34	2.162	1.374	3.536	26,8	18,6	22,9
35-44	2.678	1.606	4.284	26,7	21,6	24,5
45-54	2.272	1.511	3.783	23,2	21,3	22,4
55-64	1.141	974	2.115	21,1	21,7	21,4
65-74	312	328	640	16,1	13,1	14,4
75-84	46	116	162	7,8	10,2	9,4
85-	9	39	48	5,6	9,9	8,6
I alt	9.907	7.360	17.267	23,2	18,2	20,8

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.134 og 2.195 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 62,4 % og 45,8 % af alle skadestuebesøg på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.5.2 Skizofreni, somatiske og psykiatriske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.864	2.266	3.279	1.553	84,9	68,5
Kort uddannelse	2.212	1.772	855	642	38,7	36,2
Mellemlang/lang uddannelse	554	754	–	–	–	–
I alt	6.630	4.792	4.134	2.195	62,4	45,8

14.6 Skizofreni og primærsektor

For skizofreni er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med skizofreni sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset skizofreni.

Personer med skizofreni har årligt 258.202 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden skizofreni (tabel 14.6.1). Antallet af besøg er lidt højere blandt kvinder end blandt mænd, og de fleste besøg ses i aldersgruppen 35-64 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med skizofreni udgør 0,7 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 14.6.1 Skizofreni. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	291	477	768	0,0	0,0	0,0
16-24	8.323	10.912	19.235	0,9	0,5	0,6
25-34	18.645	18.053	36.698	1,7	0,6	0,9
35-44	28.155	25.016	53.171	1,7	0,8	1,1
45-54	31.046	32.591	63.637	1,5	1,0	1,2
55-64	22.189	29.644	51.833	0,9	0,9	0,9
65-74	8.179	15.092	23.271	0,3	0,5	0,4
75-84	1.863	5.521	7.384	0,1	0,2	0,2
85-	496	1.709	2.205	0,1	0,1	0,1
I alt	119.187	139.015	258.202	0,8	0,6	0,7

Personer med skizofreni har årligt 23.392 flere besøg hos psykiater eller psykolog end personer uden skizofreni (tabel 14.6.2). Antallet af besøg er stort set ens blandt mænd og kvinder i aldersgruppen 25-64 år. De flere besøg hos psykiater eller psykolog blandt personer med skizofreni udgør 2,6 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog, 3,7 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt mænd og 2,1 % af alle besøg hos psykiater eller psykolog blandt kvinder.

Tabel 14.6.2 Skizofreni. Antal besøg hos psykiater eller psykolog og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	40	62	102	0,2	0,5	0,3
16-24	1.224	1.287	2.511	2,9	1,5	1,9
25-34	2.181	1.938	4.119	3,5	1,4	2,1
35-44	2.851	2.547	5.398	4,7	1,9	2,7
45-54	2.170	3.196	5.366	4,2	2,9	3,3
55-64	1.457	2.361	3.818	4,3	3,3	3,6
65-74	561	935	1.496	4,4	3,1	3,5
75-84	112	388	500	3,2	4,1	3,9
85-	11	71	82	1,4	2,4	2,2
I alt	10.607	12.785	23.392	3,7	2,1	2,6

De fleste besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 43.019 og 44.269 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 52,6 % og 44,1 % af alle besøg på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.6.3 Skizofreni. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	40.842	52.188	31.185	33.951	76,4	65,1
Kort uddannelse	32.679	33.833	11.834	10.318	36,2	30,5
Mellemlang/lang uddannelse	8.242	14.475	—	—	—	—
I alt	81.763	100.496	43.019	44.269	52,6	44,1

14.7 Skizofreni og førtidspensioner

Skizofreni er årligt årsag til 900 nytilkendte førtidspensioner, og to ud af tre af disse ses blandt mænd (tabel 14.7.1). Tre ud af fire af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af skizofreni er i aldersgruppen 16-44 år. Skizofreni er årsag til 5,7 % af alle nytilkendelser og 18,4 % af alle nytilkendelser i aldersgruppen 25-34 år.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (3).

Tabel 14.7.1 Skizofreni. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af skizofreni og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	92	62	154	11,9	11,2	11,6
25-34	193	93	286	25,4	11,7	18,4
35-44	150	94	244	10,5	5,0	7,4
45-54	95	63	158	4,0	2,2	3,1
55-64	30	28	58	1,3	1,2	1,3
I alt	560	340	900	7,4	4,1	5,7

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 14.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af skizofreni som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 161 og 100 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 55,5 % og 59,5 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af skizofreni blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 14.7.2 Skizofreni. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	143	66	114	52	79,7	78,8
Kort uddannelse	118	79	47	48	39,8	60,8
Mellemlang/lang uddannelse	29	23	–	–	–	–
I alt	290	168	161	100	55,5	59,5

14.8 Skizofreni og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgange for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af skizofreni beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med skizofreni sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset skizofreni.

Erhvervsaktive personer med skizofreni har årligt 275.808 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden skizofreni (tabel 14.8.1). Størstedelen af sygedagene ses blandt mænd, og flest sygedage ses i aldersgruppen 25-44 år. Den største andel af sygedage på grund af skizofreni ses blandt de 16-24-årige. Sygedagene blandt personer med skizofreni udgør 1,0 % af alle sygedage, hvilket dækker over 1,4 % af alle sygedage blandt mænd og 0,8 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 14.8.1 Skizofreni. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	20.774	18.494	39.268	3,3	2,6	2,9
25-34	53.025	37.650	90.675	2,9	1,3	1,9
35-44	46.591	35.536	82.127	1,7	0,8	1,1
45-54	25.935	22.067	48.002	0,8	0,5	0,6
55-64	7.232	8.504	15.736	0,3	0,3	0,3
I alt	153.557	122.251	275.808	1,4	0,8	1,0

14.9 Skizofreni og sundhedsøkonomi

Hvert år koster skizofreni 2.612,6 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 14.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostninger forbundet med skizofreni er lidt større blandt mænd end blandt kvinder. De største omkostninger ses i aldersgruppen 16-44 år blandt både mænd og kvinder. Omkostninger til indlæggelser på psykiatriske og somatiske afdelinger udgør de største omkostninger (60 % af alle omkostninger). Ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på somatiske og psykiatriske afdelinger udgør henholdsvis 19 % og 2 % af alle omkostningerne. Omkostninger til primærsektor (besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater) udgør 1 % af alle omkostninger. Omkostninger til receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør henholdsvis 14 % og 5 % af alle omkostninger forbundet med skizofreni.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor skizofreni er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 14.9.2).

Tabel 14.9.1 Skizofreni. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	0,2	3,8	6,8	0,1	3,5	.
16-44	626,1	169,4	6,1	7,4	102,2	5,9
45-64	264,3	85,6	3,6	5,6	77,9	27,2
65-84	28,9	10,9	0,4	0,9	10,6	18,0
85-	0,7	0,2	0,0	0,0	0,3	0,8
I alt	920,2	269,9	16,9	14,0	194,5	51,9
Kvinder						
0-15	0,3	5,1	20,8	0,0	4,8	.
16-44	362,5	128,7	4,4	6,8	72,6	3,9
45-64	219,1	69,7	2,6	6,6	68,2	27,9
65-84	62,1	14,7	0,5	1,6	17,8	37,6
85-	5,0	1,0	0,0	0,1	1,6	-0,5
I alt	649,0	219,2	28,3	15,1	165,0	68,9
Total	1.569,2	489,1	45,2	29,1	359,5	120,8

Tabel 14.9.2 Skizofreni. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	14,3	·	14,3
16-44	917,1	·	917,1
45-64	464,2	·	464,2
65-84	69,7	·	69,7
85-	2,0	·	2,0
I alt	1.467,3	·	1.467,3
Kvinder			
0-15	30,9	·	30,9
16-44	578,9	·	578,9
45-64	394,1	·	394,1
65-84	134,2	·	134,2
85-	7,2	·	7,2
I alt	1.145,3	·	1.145,3
Total	2.612,6	·	2.612,6

14.10 Skizofreni og produktionstab

Hvert år koster skizofreni 5.646,9 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 14.10.1). Omkostningerne er langt større blandt mænd end blandt kvinder og størst blandt den yngre aldersgruppe for begge køn. Skizofreni er årsag til produktionstab på 313,8 mio. kr. på grund af sygedage og 5.333,0 mio. kr. på grund af førtidspensioner, og dermed udgør omkostningerne til førtidspensioner langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af skizofreni.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor skizofreni er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 14.10.1 Skizofreni. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	81,9	3.131,7	3.213,6
45-65	69,2	487,5	556,8
I alt	151,1	3.619,2	3.770,4
Kvinder			
16-44	87,1	1.449,5	1.536,6
45-65	75,6	264,3	339,9
I alt	162,7	1.713,8	1.876,5
Total	313,8	5.333,0	5.646,9

14.11 Kommentarer til resultater

Skizofreni er en sygdom med en betydelig sygdomsbyrde i den danske befolkning og ligger højt for næsten alle sygdomsbyrdemål inkluderet i denne rapport. Karakteristisk for skizofreni er, at det er de yngre og midaldrende aldersgrupper, der er særligt belastet.

Skizofreni debuterer tidligt, og det ses, at både antallet af incidente tilfælde og incidensraten er klart størst i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. Herefter falder incidensraten indtil 75-årsalderen. Med de i denne rapport anvendte metoder beregnes det, at omtrent 43.000 personer lever med skizofreni i Danmark. Forekomsten af skizofreni i Danmark er i en rapport fra regeringens udvalg om psykiatri estimeret til at være omtrent 0,5 % af befolkningen, svarende til 25-30.000 personer (4). Hertil estimeres livstidsrisikoen for at være i behandling for skizofreni og relaterede lidelser til knap 4 % ud fra et dansk nationalt studie (5). Prævalensen i denne rapport er en 10 års-prævalens og er derved mellem punkt- og livstidsprævalensen. Ud fra Dansk AlmenMedicinsk Database (DAMD), som er data fra alment praktiserende læge, er antallet af incidente tilfælde af skizofreni blandt voksne estimeret til årligt at være 2.800 (6). Antal incidente tilfælde findes i denne rapport til at være 3.500, hvori også børn indgår.

Forskellene på estimater af prævalenser og incidenser er en afspejling af definition og afgrænsning af sygdommen samt den anvendte metode til bestemmelse af prævalensen. Således er inkluderet det bredest mulige spektrum af skizofrene lidelser. Størstedelen af skizofrenibehandling foregår i den regionale psykiatri, hvorfor prævalenser og incidenser af skizofreni i denne rapport er estimeret ved personer identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele, som har været på skadestue, i ambulatorier eller indlagt på grund af skizofreni (7). Således er ikke inkluderet personer, der har ubehandlet skizofreni eller kun behandles hos alment praktiserende læge eller praktiserende speciallæge. Ifølge Sundhedsstyrelsens referenceprogram for skizofreni drejer det sig om 3.000-4.000 personer (8).

Dødelighed er ikke medtaget som et byrdemål for skizofreni, idet der er meget få dødsfald, hvor skizofreni er anført som tilgrundliggende dødsårsag. Der er dog en markant overdødelighed blandt personer med skizofreni, hovedsageligt på grund af hjertekarsygdom og selvmord. Således finder en dansk follow-up-undersøgelse absolutte risikoestimer på 4-6 % for at begå selvmord efter første hospitalskontakt på grund af skizofreni og relaterede lidelser (9).

Der er for skizofreni langt flere tilfælde registreret i den psykiatriske del af Landspatientregisteret end i den somatiske del. Ses der kun på de psykiatriske kontakter, repræsenterer skizofreni hver tredje psykiatriske indlæggelse, hvert tredje psykiatriske ambulante hospitalsbesøg samt hvert femte psykiatriske skadestuebesøg, og skizofreni fylder dermed meget i den regionale psykiatri. Hertil er skizofreni i sammenligning med de øvrige sygdomme i denne rapport årsag til det næsthøjeste antal ambulante hospitalsbesøg og tredjehøjeste antal skadestuebesøg.

I en rapport, der vurderer udviklingen i psykiske lidelser i Danmark fra 2001-2011, findes antallet af indlagte voksne med skizofreni over 18 år til at være mellem 4.500 og godt 4.800 og stigende gennem hele perioden. Hertil var der 107 børn og unge indlagt med skizofreni i 2011 (6). I denne rapport findes godt 16.000 psykiatriske indlæggelser, men heri indgår også genindlæggelser.

Blandt sygdommene i denne rapport har skizofreni de største sundhedsøkonomiske omkostninger. Omkostninger til indlæggelser udgør 60 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af skizofreni på godt 2.610 mio. kr., og skizofreni rangerer dermed anden højest på omkostninger til indlæggelser i forhold til de øvrige sygdomme. Ud over de mange indlæggelser på grund af skizofreni skyldes de store omkostninger sandsynligvis også forholdsvis mange sengedage på grund af lange indlæggelser. Skizofreni rangerer endvidere tredjehøjest på omkostninger til receptpligtig medicin og højest på omkostninger til skadestuebesøg i forhold til de øvrige sygdomme. De sundhedsøkonomiske omkostninger på grund af skizofreni er størst i aldersgruppen 16-44 år for både mænd og kvinder.

Psykisk sygdom er årsag til en stor del af alle nytilkendte førtidspensioner. Skizofreni er i sig selv årsag til 6 % af disse og er af de inkluderede sygdomme kun overgået af angst. Blandt mænd i alderen 25-34 år er skizofreni årsag til mere end en ud af fire af alle nytilkendte førtidspensioner i denne aldersgruppe, og tre ud af fire nyttil-

kendte førtidspensioner på grund af skizofreni er blandt personer under 45 år. Til sammenligning er godt 60 % af alle førtidspensioner i Danmark blandt personer ældre end 44 år. Da et formål med ændringen i førtidspensionslovgivningen i 2013 var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, er det sandsynligt, at det især er nytilkendelser på grund af sygdomme med tidlig debut, heri inkluderet skizofreni, der siden 2013 er faldet betydeligt i antal. På grund af generel tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet, i særdeleshed i form af førtidspension, medfører skizofreni et produktionstab på knap 5.650 mio. kr. og ligger dermed højt placeret sammen med de øvrige psykiske sygdomme inkluderet i denne rapport. Skizofreni er således en tung samfundsøkonomisk byrde, især på grund af den forholdsvis tidlige debut, som i flere tilfælde fører til tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

Overordnet set er mænd mere belastet på alle byrdemål for skizofreni med undtagelse af primærsektoren i form af læge- og psykolog-/psykiaterbesøg på grund af skizofreni, hvor størstedelen af besøgene ses blandt kvinder.

Social ulighed slår voldsomt igennem på alle byrdemål for skizofreni med en markant social gradient, således at byrdemålene falder med stigende uddannelsesniveau. En sammenhæng mellem forekomst af skizofreni og uddannelsesniveau er også fundet i en rapport fra 2014 udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (10). De høje forekomster blandt personer med kort uddannelse forklares delvist ved den tidlige debutalder for skizofreni, som kan influere på gennemførelsen af en uddannelse (10). Der kan altså for sygdomme med tidlig debutalder være tale om en omvendt årsagssammenhæng, hvor sygdommen har betydning for, om en uddannelse bliver påbegyndt eller gennemført, hvor det for andre sygdomme vil være mere naturligt, at sammenhængen med uddannelsesniveau eksempelvis skyldes, at en sundhedsadfærd, der er knyttet til et bestemt uddannelsesniveau, influerer på udviklingen af sygdommen.

14.12 Metode

I denne rapport er skizofreni defineret ud fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). De specifikke koder fremgår af tabel 14.12.1.

Tabel 14.12.1 Diagnoseklassifikation af skizofreni

Sygdom	ICD-10
Skizofreni	F20
Skizotypisk sindslidelse	F21
Paranoide kroniske psykoser	F22
Akutte og forbigående psykoser	F23
Induceret paranoid psykose	F24
Skizoaffektive psykoser	F25
Anden ikke-organisk psykose	F28
Ikke-organisk psykose uden specifikation	F29

Opgørelserne af incidens og prævalens for skizofreni er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af skizofreni er baseret på Landspatientregisterets somatiske og psykiatriske dele og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 14.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater på grund af skizofreni benyttes Sygesikringsstatistikregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, psykolog og psykiater i gruppen af personer med skizofreni sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har skizofreni, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed også er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af arbejdsmarkedsfravær på grund af skizofreni anvendes sygedage, førtidspensioner og dødsfald. Antallet af sygedage på grund af skizofreni opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefravær. Der er opgjort sygedage for personer med skizofreni i forhold til personer uden skizofreni. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af skizofreni er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af skizofreni benyttes Landspati-entregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) – igen både den somatiske og psykiatriske del – samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med skizofreni sammenlignet med personer uden skizofreni. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-gruppe N05 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med skizofreni og en udvalgt gruppe af personer uden skizofreni. Medicinudgifterne er udelukkende udtrykket for personer over 16 år, da adgangen til Lægemiddelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med skizofreni ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimeret for meromkostningen for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesrater.

14.13 Referencer

1. Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 2014;10:425-48.
2. van der Werf M, Hanssen M, Kohler S, Verkaaik M, Verhey FR, van Winkel R, et al. Systematic review and collaborative recalculation of 133,693 incident cases of schizophrenia. *Psychol Med.* 2014;44(1):9-16.
3. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20i%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
4. Regeringens Udvalg om Psykiatri. En moderne, åben og inkluderende indsats for mennesker med psykiske lidelser. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
5. Pedersen C, Mors O, Bertelsen A, LindumWaltoft B, Agerbo E, McGrath J, et al. A comprehensive nationwide study of the incidence rate and lifetime risk for treated mental disorders. *JAMA Psychiatry.* 2014;71(5):573-81.
6. Regeringens Udvalg om Psykiatri. Arbejdsgruppe 2. Indsatsen for mennesker med psykiske lidelser - udvikling i diagnoser og behandling; Bilagsrapport 2. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2013.
7. Mors O, Perto G, Mortensen P. The Danish Psychiatric Central Research Register. *Scand J Public Health.* 2011;39(7 Suppl):54-7.
8. Harder S. Referenceprogram for skizofreni. København: Sundhedsstyrelsen, 2004.
9. Nordentoft M, Pedersen C, Mortensen P. Absolute risk of suicide following first hospital contact with mental disorder. *Schizophr Res.* 2012;136:S73-S4.
10. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.

15 MIGRÆNE

- I Danmark er der 640.000 personer med migræne, når opgørelserne baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010.
- Der registreres årligt 320 indlæggelser blandt mænd og 920 blandt kvinder med migræne som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 6.500 ambulante hospitalsbesøg med migræne som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 510 skadestuebesøg på grund af migræne med migræne som aktionsdiagnose.
- Personer med migræne har årligt 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden migræne. Det svarer til 5 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.
- Migræne er årligt årsag til 73 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med migræne har årligt 3,8 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden migræne. Det svarer til 14 % af alle sygedage.
- Hvert år koster migræne 420 mio. kr. i behandling.
- Hvert år koster migræne 1.210 mio. kr. på grund af tabt produktion.

15.1 Indledning

Migræne er en udbredt lidelse i befolkningen og er forbundet med betydelig nedsættelse af funktionsevne (1), som kan medføre nedsat livskvalitet (2) og arbejdsfravær (3).

I denne rapport er der for nogle sygdomsbyrdemål inkluderet opgørelser af både migræne og hyppig hovedpine baseret på selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010, mens andre udelukkende er baseret på tilfælde af registerbaserede migrænediagnoser.

Migræne adskiller sig fra almindelig spændingshovedpine ved at opstå i tilbagevendende anfald. Overordnet opdeles migrænen efter, om den er med eller uden aura. Migræne uden aura er karakteriseret ved at vare fra 4 til 72 timer og er ledsaget af kvalme og/eller lyd- eller lysoverfølsomhed. Hovedpinen er kraftig, sædvanligvis ensidig og pulserende. Migræne med aura er især synsforstyrrelser, men kan også give sig til kende ved føleforstyrrelser eller talebesvær. Migræne uden aura er den almindeligste form og forekommer hos godt to ud af tre af de migræneramte. Anfaldene er længere og forekommer hyppigere end ved migræne med aura (4, 5).

De første anfald starter ofte i barndom eller ungdom, hos piger ofte i puberteten (6). Risikofaktorer for migræne inkluderer køn, alder, familier disposition, høj arbejdsbelastning og hyppig spændingshovedpine (7, 8), mens

risikofaktorer for spændingshovedpine omfatter dårligt selvvurderet helbred, manglende evne til at slappe af efter arbejde og søvnunderskud (7).

15.2 Forekomst af migræne

Antallet af prævalente tilfælde af migræne er opgjort ved personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har angivet, at de har eller har haft migræne eller hyppig hovedpine, og at de stadig har eftervirkninger. Baseret på disse opgørelser er der i Danmark 200.844 mænd og 440.509 kvinder med migræne (tabel 15.2.1). For både mænd og kvinder stiger raten indtil 55-årsalderen, hvorefter den falder. Det højeste antal personer med migræne ses i aldersgruppen 35-54 år.

Tabel 15.2.1 Migræne. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	7.750	21.618	22.930	61.149	84.079
25-34	8.456	23.421	26.953	74.129	101.082
35-44	11.979	28.108	46.376	106.612	152.988
45-54	13.203	26.671	48.057	94.914	142.971
55-64	10.321	18.492	34.238	59.923	94.161
65-74	6.724	12.530	14.853	27.889	42.742
75-84	6.449	10.261	6.239	12.456	18.695
85-	5.030	8.253	1.198	3.437	4.635
I alt	9.850	21.549	200.844	440.509	641.353

Den højeste prævalens ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 15.2.2). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for migræne som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 37.627 og 45.248 færre prævalente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 28,6 % og 16,5 % af alle prævalente tilfælde på grund af migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af de ekstra prævalente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 15.2.2 Migræne. Prævalens og ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Prævalens		Ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	38.362	75.977	17.684	23.486	46,1	30,9
Kort uddannelse	71.063	126.917	19.943	21.762	28,1	17,1
Mellemlang/lang uddannelse	22.165	71.373	–	–	–	–
I alt	131.590	274.267	37.627	45.248	28,6	16,5

15.3 Migræne og indlæggelser

Der registreres årligt 323 indlæggelser blandt mænd og 920 blandt kvinder med migræne som aktionsdiagnose, og langt størstedelen af indlæggelser ses blandt personer på 54 år eller derunder (tabel 15.3.1). Migræne er årsag til 0,1 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 15.3.1 Migræne, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	46	139	185	0,2	0,4	0,3
25-34	75	225	300	0,3	0,5	0,4
35-44	73	225	298	0,2	0,4	0,3
45-54	70	174	244	0,1	0,3	0,2
55-64	32	86	118	0,0	0,1	0,1
65-74	21	48	69	0,0	0,1	0,0
75-84	6	17	23	0,0	0,0	0,0
85-	0	6	6	0,0	0,0	0,0
I alt	323	920	1.243	0,1	0,2	0,1

De fleste indlæggelser ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 15.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for migræne som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 27 og 67 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver ottende af alle somatiske indlæggelser på grund af migræne. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af de ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 15.3.2 Migræne, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	56	160	10	39	17,9	24,4
Kort uddannelse	122	267	17	28	13,9	10,5
Mellemlang/lang uddannelse	43	173	–	–	–	–
I alt	221	600	27	67	12,2	11,2

15.4 Migræne og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 6.495 ambulante hospitalsbesøg med migræne som aktionsdiagnose, og tre ud af fire er blandt kvinder (tabel 15.4.1). Størstedelen af ambulante hospitalsbesøg ses blandt kvinder i aldersgruppen 25-54 år. Migræne er årsag til 0,1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 15.4.1 Migræne, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	145	730	875	0,1	0,2	0,2
25-34	215	1.108	1.323	0,1	0,2	0,1
35-44	293	1.548	1.841	0,1	0,2	0,2
45-54	308	1.211	1.519	0,1	0,2	0,1
55-64	168	494	662	0,0	0,1	0,0
65-74	81	135	216	0,0	0,0	0,0
75-84	20	32	52	0,0	0,0	0,0
85-	1	6	7	0,0	0,0	0,0
I alt	1.231	5.264	6.495	0,0	0,1	0,1

De fleste ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 15.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg for migræne som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 177 og 402 flere ambulante hospitalsbesøg på grund af migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19,5 % og 11,1 % af alle somatiske besøg på grund af migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 15.4.2 Migræne, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	206	637	-70	-240	-34,0	-37,7
Kort uddannelse	472	1.662	-107	-162	-22,7	-9,7
Mellemlang/lang uddannelse	229	1.309	—	—	—	—
I alt	907	3.608	-177	-402	-19,5	-11,1

15.5 Migræne og skadestuebesøg

Der registreres årligt 508 skadestuebesøg med migræne som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 15.5.1). For både mænd og kvinder er der flest besøg i aldersgruppen 25-34 år, hvorefter antallet falder med alderen. Migræne er årsag til en meget lille andel (0,1 %) af alle somatiske skadestuebesøg både blandt mænd og kvinder.

Tabel 15.5.1 Migræne, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	·	·	·	·	·	·
16-24	28	75	103	0,0	0,1	0,1
25-34	48	93	141	0,1	0,2	0,1
35-44	30	88	118	0,1	0,2	0,1
45-54	26	59	85	0,0	0,1	0,1
55-64	11	25	36	0,0	0,1	0,0
65-74	5	12	17	0,0	0,0	0,0
75-84	1	5	6	0,0	0,0	0,0
85-	0	2	2	0,0	0,0	0,0
I alt	149	359	508	0,0	0,1	0,1

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 15.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for migræne som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 25 og 31 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 32,9 % og 17,5 % af alle somatiske skadestuebesøg på grund af migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 15.5.2 Migræne, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	23	48	12	15	52,2	31,3
Kort uddannelse	41	82	13	16	31,7	19,5
Mellemlang/lang uddannelse	12	47	–	–	–	–
I alt	76	177	25	31	32,9	17,5

15.6 Migræne og primærsektor

For migræne er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med migræne sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset migræne.

Personer med migræne har årligt 1,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden migræne (tabel 15.6.1). Langt størstedelen af besøgene ses blandt kvinder, og de fleste ses i aldersgruppen 45-54 år blandt mænd og i aldersgruppen 35-44 år blandt kvinder. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med migræne udgør 4,9 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, svarende til 3,4 % af alle besøg hos alment praktiserende læge på grund af migræne blandt mænd og 5,9 % af alle besøg hos alment praktiserende læge på grund af migræne blandt kvinder. Andelen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af migræne er større blandt kvinder end blandt mænd i alle aldersgrupper.

Tabel 15.6.1 Migræne. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	24.103	115.432	139.535	2,7	5,7	4,8
25-34	43.157	194.592	237.749	3,8	6,6	5,9
35-44	89.392	287.582	376.974	5,4	9,1	7,8
45-54	118.581	275.687	394.268	5,7	8,9	7,6
55-64	98.950	201.957	300.907	3,8	6,2	5,1
65-74	51.578	117.873	169.451	2,0	3,8	3,0
75-84	14.923	50.523	65.446	0,9	2,1	1,6
85-	6.251	9.785	16.036	1,1	0,7	0,8
I alt	446.935	1.253.431	1.700.366	3,4	5,9	4,9

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 15.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af migræne som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 47.149 og 104.568 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 42,5 % og 34,1 % af alle besøg på grund af migræne blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, idet andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 15.6.2 Migræne. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	36.040	101.761	20.445	48.464	56,7	47,6
Kort uddannelse	61.360	144.827	26.704	56.104	43,5	38,7
Mellemlang/lang uddannelse	13.535	59.911	–	–	–	–
I alt	110.935	306.499	47.149	104.568	42,5	34,1

15.7 Migræne og førtidspensioner

Migræne er årligt årsag til 73 nytilkendte førtidspensioner, og to tredjedele ses blandt kvinder (tabel 15.7.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af migræne stiger med alderen. Migræne er årsag til 0,5 % af alle nytilkendelser.

Tabel 15.7.1 Migræne. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af migræne og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	1	1	0,0	0,2	0,1
25-34	2	2	4	0,3	0,3	0,3
35-44	3	7	10	0,2	0,4	0,3
45-54	9	16	25	0,4	0,6	0,5
55-64	13	20	33	0,6	0,9	0,7
I alt	27	46	73	0,4	0,6	0,5

15.8 Migræne og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsg dage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af migræne beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med migræne sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset migræne.

Erhvervsaktive personer med migræne har årligt 3,8 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden migræne (tabel 15.8.1). To ud af tre sygedage ses blandt kvinder og flest i aldersgruppen 35-54 år. Sygedagene blandt personer med migræne udgør 13,5 % af alle sygedage, hvilket dækker over 10,2 % af alle sygedage blandt mænd og 15,9 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 15.8.1 Migræne. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	65.551	130.145	195.696	9,4	16,8	14,6
25-34	214.417	609.381	823.798	10,7	20,2	17,4
35-44	278.090	850.513	1.128.603	9,4	17,6	15,2
45-54	448.847	808.810	1.257.657	13,2	16,8	15,5
55-64	182.928	190.755	373.683	7,0	4,0	7,0
I alt	1.189.833	2.589.604	3.779.437	10,2	15,9	13,5

15.9 Migræne og sundhedsøkonomi

Hvert år koster migræne 419,2 mio. kr. i behandling, og af tabel 15.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. Omkostninger forbundet med migræne er størst blandt kvinder sammenlignet med mænd. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af migræne udgør henholdsvis 5 % og 4 % af alle omkostninger til behandling. Omkostninger til skadestuebesøg tegner sig for en meget lille del. Besøg hos alment praktiserende læge udgør 35 % af de samlede omkostninger, imens receptpligtig medicin tegner sig for størstedelen (56 %) af de samlede omkostninger forbundet med migræne.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor migræne er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 15.9.2).

Tabel 15.9.1 Migræne. Omkostninger til behandling fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012*

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin
Mænd					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	3,2	2,0	0,1	15,3	20,8
45-64	1,7	1,3	0,0	19,0	39,9
65-84	0,5	0,3	0,0	4,7	15,2
85-	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7
I alt	5,4	3,6	0,1	39,3	76,6
Kvinder					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	9,8	8,9	0,2	54,9	45,0
45-64	4,3	4,6	0,1	38,7	84,5
65-84	1,1	0,5	0,0	12,6	25,2
85-	0,1	0,0	0,0	0,8	2,7
I alt	15,3	14,0	0,3	107,0	157,4
Total	20,7	17,6	0,4	146,3	234,0

*Lægebesøg og medicin er opgjort for år 2010

Tabel 15.9.2 Migræne. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	41,4	.	41,4
45-64	62,0	.	62,0
65-84	20,7	.	20,7
85-	1,0	.	1,0
I alt	125,1	.	125,1
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	118,8	.	118,8
45-64	132,1	.	132,1
65-84	39,5	.	39,5
85-	3,7	.	3,7
I alt	294,1	.	294,1
Total	419,2	.	419,2

15.10 Migræne og produktionstab

Hvert år koster migræne 1.213,8 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 15.10.1). Omkostningerne er større blandt kvinder end blandt mænd og størst i den ældste aldersgruppe, både blandt mænd og blandt kvinder. Migræne er årsag til produktionstab på 997,3 mio. kr. på grund af sygedage og 216,6 mio. kr. på grund af førtids-

pensioner, og dermed udgør omkostningerne til sygedage langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af migræne.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor migræne er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 15.10.1 Migræne. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Sygedage er opgjort for år 2010, mens førtidspension er årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	142,7	31,7	174,4
45-65	168,0	55,3	223,3
I alt	310,7	87,0	397,7
Kvinder			
16-44	412,3	48,7	461,0
45-65	274,2	80,9	355,1
I alt	686,5	129,6	816,1
Total	997,3	216,6	1.213,8

15.11 Kommentarer til resultater

Migræne fylder især meget på sygdomsbyrdemålene forekomst, besøg hos alment praktiserende læge og sygedage set i sammenligning med de øvrige sygdomme i nærværende rapport.

Prævalensen af migræne i dette studie er opgjort ud fra selvrapporterede spørgeskemadata, og i opgørelsen inkluderes alle, der angiver at have eller har haft migræne eller hyppig hovedpine og samtidig har eftervirkninger. Tallene reflekterer således den gruppe, der aktuelt er plaget af migræne, hyppig hovedpine eller eftervirkninger i et eller andet omfang. Der er store forskelle på, hvordan migræne defineres, og de fleste andre studier har beregnet en prævalens baseret på det seneste år eller en livstidsprævalens (9, 10), hvilket kan gøre sammenligning vanskelig. I de vestlige lande er der fundet prævalenser i intervallet 4- 10 % for mænd og 11-25 % for kvinder (10). Livstidsprævalenser i tre danske studier er fundet til at ligge i intervallet 24-32 % for kvinder og 5-17 % for mænd (11-13), og selvrapporterede 1-årsprævalenser i et af studierne angives til 7 % for mænd og 17 % for kvinder (11).

Migræne er en meget hyppig årsag til besøg i primærsektoren. Det skyldes, at behandlingen først og fremmest varetages af en alment praktiserende læge og kun sjældent på sygehus (4). De hyppige besøg hos alment praktiserende læger afspejles også i byrdemålet sundhedsøkonomi, hvor besøg hos alment praktiserende læge udgør 35 % af de samlede omkostninger til behandling af migræne på knap 420 mio. kr. De største omkostninger er receptpligtig medicin, som udgør 56 % af de samlede omkostninger forbundet med migræne. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Et dansk studie har fundet, at antallet af hovedpinerelaterede konsultationer både hos praktiserende læger og speciallæger var steget i perioden 1989 til 2001. Det samme gjaldt forbruget af receptpligtig medicin til behandling af hovedpine. Studiet fandt ingen ændring i sygefravær relateret til hovedpine i perioden (3).

I alt 13,5 % af alle sygedage kan tilskrives migræne. Det betyder, at migræne er blandt de tre sygdomme, der er årsag til flest sygedage. Det høje antal sygedage afspejler sig i produktionstabene, hvor sygedage i forhold til førtidspension resulterer i langt de største omkostninger. I et review er det anslået, at personer med migræne årligt har to til fire sygedage som følge af sygdommen, og dertil kommer, at sygdommen også kan være årsag til en reduceret produktivitet på arbejdet (10).

I nærværende rapport er der mere end dobbelt så mange kvinder som mænd, der angiver at have migræne eller hyppig hovedpine. Denne kønsforskel er velkendt, men årsagen hertil er uklar. Det vides dog, at hormonelle forhold er af betydning (9, 14). En endnu mere udpræget kønsforskel gør sig gældende for indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg, hvor opgørelserne er baseret på den registrerede diagnose. Også for de øvrige sygdomsbyrdemål er kvinder mere belastet end mænd.

Social ulighed slår igennem på de fleste sygdomsbyrdemål for migræne, således at gruppen med mellem-lang/lang uddannelse er mindst belastet. Der ses en social gradient, idet migræne fylder mere på byrdemålene jo kortere uddannelse. Ambulante hospitalsbesøg er dog en undtagelse. Her ses omvendt social ulighed, idet gruppen med mellem-lang/lang uddannelse har forholdsvist flere ambulante hospitalsbesøg end grupperne med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse. Den sociale ulighed er mest udtalt blandt mænd på alle byrdemål med undtagelse af indlæggelser. I litteraturen er sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer og migræne ikke entydig. Et dansk studie har fundet en sammenhæng mellem uddannelsesniveau og forekomst af migræne (uden aura) (15), og en række studier har fundet en højere forekomst blandt grupper med lav indkomst. Der er dog uklarhed omkring årsagssammenhængen. Det er sandsynligt, at migræne har betydning for, hvordan man klarer sig uddannelses-, erhvervs- og indkomstmæssigt. Andre foreslåede forklaringer omhandler socioøkonomiske forskelle i livsstil, adgang til sundhedsydelser og stress (9, 14, 15).

15.12 Metode

I denne rapport er migræne, alt efter hvilket sygdomsbyrdemål, der er tale om, defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10) eller ud fra et spørgsmål om migræne fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Koderne og spørgsmålet fremgår af tabel 15.12.1.

Tabel 15.12.1 Diagnoseklassifikation af migræne samt spørgsmål angående migræne fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Sygdom	ICD-10
Migræne	G43
Spørgsmål	
Har du migræne eller hyppig hovedpine?	

Opgørelserne af prævalens af migræne er baseret på personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret "ja, det har jeg nu", eller "ja, det har jeg haft tidligere", og samtidig har svaret, at de stadig har eftervirkninger til spørgsmålet om hvorvidt de har migræne eller hyppig hovedpine. Spørgsmålet er formuleret i tabel 15.12.1 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Der er ikke registreret dødsfald på grund af migræne og derfor indeholder dette kapitel ikke opgørelser af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af migræne er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose angivet i tabel 15.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af migræne benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med migræne sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har migræne, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af migræne anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af migræne opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver års-

gen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med migræne i forhold til personer uden migræne. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af migræne er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundsiggende diagnose for tildelingen fremgår af registret. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i førtidspension for migræne, da antallet af nytilkendelser er for lavt.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af migræne benyttes Landspati-entregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra medicin-udgifter inden for ATC-grupperne A03, A04, C07, M01, M03, N02, N03, N05 og N07 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med migræne og en udvalgt gruppe af personer uden migræne.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesrater.

15.13 Referencer

1. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
2. Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K, Terwindt GM, Pascual J. Epidemiology of headache in Europe. *Eur J Neurol*. 2006;13(4):333-45.
3. Lyngberg AC, Rasmussen BK, Jørgensen T, Jensen R. Secular changes in health care utilization and work absence for migraine and tension-type headache: a population based study. *Eur J Epidemiol*. 2005;20(12):1007-14.
4. Jensen RH. Hovedpine. *Ugeskr Læger*. 2006;168(20).
5. Headache Classification Committee of the International Headache Society. The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*. 2013;33(9):629-808.
6. Modvig S. Migræne. *Sundhedsguiden*; 2006 [06-01-2015]. www.sundhedsguiden.dk/da/temaer/alle-temaer/hovedpine-og-migraene/migraene/.
7. Jensen R, Stovner LJ. Epidemiology and comorbidity of headache. *Lancet Neurol*. 2008;7(4):354-61.
8. Merikangas KR. Contributions of epidemiology to our understanding of migraine. *Headache*. 2013;53(2):230-46.
9. Lipton RB, Stewart WF, Scher AI. Epidemiology and economic impact of migraine. *Curr Med Res Opin*. 2001;17 Suppl 1:s4-12.
10. Leonardi M, Steiner TJ, Scher AT, Lipton RB. The global burden of migraine: measuring disability in headache disorders with WHO's Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *J Headache Pain*. 2005;6(6):429-40.
11. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Increase in self-reported migraine prevalence in the Danish adult population: a prospective longitudinal population-based study. *BMJ Open*. 2012;2(4).
12. Rasmussen BK, Olesen J. Migraine with aura and migraine without aura: an epidemiological study. *Cephalalgia*. 1992;12(4):221-8; discussion 186.
13. Russell M, Rasmussen B, Thorvaldsen P, Olesen J. Prevalence and sex-ratio of the subtypes of migraine. *Int J Epidemiol*. 1995;24(3):612-8.
14. Bigal ME, Lipton RB, Stewart WF. The epidemiology and impact of migraine. *Curr Neurol Neurosci Rep*. 2004;4(2):98-104.
15. Le H, Tfelt-Hansen P, Skytthe A, Kyvik KO, Olesen J. Association between migraine, lifestyle and socioeconomic factors: a population-based cross-sectional study. *J Headache Pain*. 2011;12(2):157-72.

16 ISKÆMISK HJERTESYGDOM

- I Danmark er der årligt 21.000 nye tilfælde af iskæmisk hjertesygdom, og 100.000 mænd og 65.000 kvinder lever med iskæmisk hjertesygdom, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.
- Hvert år dør 4.700 personer på grund af iskæmisk hjertesygdom. Det svarer til 9 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer iskæmisk hjertesygdom i 11.000 og 3.000 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Iskæmisk hjertesygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på et år og en måned for mænd og otte måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 19.000 indlæggelser blandt mænd og 10.000 blandt kvinder med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose. Det svarer til 4 % og 2 % af alle somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder.
- Der registreres årligt 88.000 ambulante hospitalsbesøg med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose. Det svarer til 1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 1.900 skadestuebesøg blandt mænd og 1.300 blandt kvinder med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose.
- Personer med iskæmisk hjertesygdom har årligt 790.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden iskæmisk hjertesygdom. Det svarer til 2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.
- Iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 170 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med iskæmisk hjertesygdom har årligt 520.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden iskæmisk hjertesygdom. Det svarer til 2 % af alle sygedage.
- Hvert år koster iskæmisk hjertesygdom 1.760 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af iskæmisk hjertesygdom resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.830 mio. kr.
- Hvert år koster iskæmisk hjertesygdom 1.870 mio. kr. på grund af tabt produktion.

16.1 Indledning

Iskæmisk hjertesygdom er den mest udbredte hjertekarsygdom og skyldes åreforkalkning i hjertets kranspulsårer (1). Iskæmisk hjertesygdom er i denne rapport defineret bredt og omfatter akut myokardieinfarkt, blodprop i hjertet

og angina pectoris (hjerterkramper). De væsentligste risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom er rygning, fysisk inaktivitet, usund kost, stort alkoholindtag, overvægt, forhøjet blodtryk og kolesterol samt diabetes. Alder, køn og genetisk disposition er tillige vigtige men ikke-modificerbare risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom. Derudover har også kort uddannelse, stress og depression betydning for udviklingen af iskæmisk hjertesygdom (1).

16.2 Forekomst af iskæmisk hjertesygdom

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med iskæmisk hjertesygdom i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med iskæmisk hjertesygdom (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 21.341 incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom, svarende til en incidensrate på 585 per 100.000 mænd og 410 per 100.000 kvinder (tabel 16.2.1). De højeste antal incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom ses blandt personer på 55 år eller derover.

Tabel 16.2.1 Iskæmisk hjertesygdom. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	15	7	45	20	65
25-34	40	25	132	82	214
35-44	185	105	722	406	1.128
45-54	508	293	1.950	1.120	3.070
55-64	923	509	3.018	1.742	4.760
65-74	1.402	782	3.324	2.106	5.430
75-84	2.130	1.319	2.153	1.918	4.071
85-	3.206	2.394	937	1.666	2.603
I alt	585	410	12.281	9.060	21.341

I Danmark lever 103.620 mænd og 65.479 kvinder med iskæmisk hjertesygdom (tabel 16.2.2). Prævalensraten af iskæmisk hjertesygdom stiger med alderen, dog med et lille fald blandt de ældste mænd.

Tabel 16.2.2 Iskæmisk hjertesygdom. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	45	20	144	61	205
25-34	208	116	685	379	1.064
35-44	943	500	3.755	1.957	5.712
45-54	3.237	1.765	12.707	6.797	19.504
55-64	7.456	3.839	26.465	13.749	40.214
65-74	12.465	6.543	32.700	18.361	51.061
75-84	17.675	9.966	21.290	15.954	37.244
85-	17.043	10.681	5.874	8.221	14.095
I alt	4.690	2.868	103.620	65.479	169.099

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.479 og 1.449 færre incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 24,0 % og 21,3 % af alle incidente tilfælde på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.2.3 Iskæmisk hjertesygdom. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.634	3.276	1.232	1.056	33,9	32,2
Kort uddannelse	5.169	2.429	1.247	393	24,1	16,2
Mellemlang/lang uddannelse	1.529	1.102	–	–	–	–
I alt	10.332	6.807	2.479	1.449	24,0	21,3

16.3 Iskæmisk hjertesygdom og dødelighed

Iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 4.681 dødsfald, lidt flere blandt mænd end blandt kvinder (tabel 16.3.1). Antallet af dødsfald stiger med alderen, med et lille fald blandt de ældste mænd. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til 8,9 % af alle dødsfald. Jo højere alder, jo større andel udgør dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom af alle dødsfald.

Tabel 16.3.1 Iskæmisk hjertesygdom. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1	1	2	0,8	1,9	1,1
25-34	2	1	3	1,1	1,1	1,1
35-44	29	6	35	5,6	2,2	4,4
45-54	113	26	139	7,6	2,8	5,8
55-64	291	80	371	8,5	3,6	6,6
65-74	568	228	796	9,5	5,4	7,8
75-84	822	591	1.413	10,6	7,9	9,3
85-	727	1.195	1.922	11,6	10,5	10,9
I alt	2.553	2.128	4.681	9,9	8,0	8,9

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 16.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 733 og 365 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 41,8 % og 40,3 % af alle dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.3.2 Iskæmisk hjertesygdom. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	809	604	420	293	52,0	49,0
Kort uddannelse	775	234	313	72	40,0	31,0
Mellemlang/lang uddannelse	171	68	—	—	—	—
I alt	1.755	906	733	365	41,8	40,3

Iskæmisk hjertesygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på et år og en måned for mænd og otte måneder for kvinder (tabel 16.3.3). Iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 13.628 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og heraf ses et betydeligt større tab i leveår blandt mænd end blandt kvinder.

Tabel 16.3.3 Iskæmisk hjertesygdom. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden iskæmisk hjertesygdom, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af iskæmisk hjertesygdom fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)		Tabte leveår	
	Hele befolkningen	Befolkningen uden iskæmisk hjertesygdom	Tab	
Mænd	77,7	82,6	1,1	10.613
Kvinder	81,7	82,4	0,7	3.015
I alt				13.628

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af iskæmisk hjertesygdom som personer med mel-

lem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 5.114 og 1.495 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til halvdelen af alle dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.3.4 Iskæmisk hjertesygdom. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.083	1.603	2.775	1.121	67,9	69,9
Kort uddannelse	4.918	948	2.340	374	47,6	39,5
Mellemlang/lang uddannelse	1.000	322	–	–	–	–
I alt	10.001	2.873	5.114	1.495	51,1	52,0

16.4 Iskæmisk hjertesygdom og indlæggelser

Der registreres årligt 19.176 indlæggelser blandt mænd og 10.092 blandt kvinder med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose (tabel 16.4.1). Antallet af indlæggelser stiger indtil 75-årsalderen. Tre ud af fire somatiske indlæggelser på grund af iskæmisk hjertesygdom er blandt de 45-84-årige. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til 3,2 % af alle somatiske indlæggelser, hvilket dækker over 4,4 % af alle somatiske indlæggelser blandt mænd og 2,1 % af alle somatiske indlæggelser blandt kvinder.

Tabel 16.4.1 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	20	6	26	0,1	0,0	0,0
25-34	81	43	124	0,3	0,1	0,2
35-44	714	335	1.049	1,8	0,6	1,1
45-54	2.661	1.057	3.718	4,5	1,7	3,1
55-64	4.919	1.922	6.841	5,7	2,6	4,3
65-74	5.984	2.711	8.695	5,8	3,1	4,5
75-84	3.713	2.608	6.321	5,0	3,4	4,2
85-	1.084	1.410	2.494	3,8	2,9	3,3
I alt	19.176	10.092	29.268	4,4	2,1	3,2

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.837 og 2.234 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 29,2 % og 27,6 % af alle somatiske indlæggelser på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.4.2 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	6.185	4.289	2.439	1.670	39,4	38,9
Kort uddannelse	8.190	2.698	2.398	564	29,3	20,9
Mellemlang/lang uddannelse	2.197	1.097	–	–	–	–
I alt	16.572	8.084	4.837	2.234	29,2	27,6

16.5 Iskæmisk hjertesygdom og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 88.311 ambulante hospitalsbesøg med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose, og flere end dobbelt så mange ses blandt mænd som blandt kvinder (tabel 16.5.1). Antallet af somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom stiger indtil 75-årsalderen. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til 1,0 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg, hvilket dækker over 1,7 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt mænd og 0,6 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 16.5.1 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	42	13	55	0,0	0,0	0,0
25-34	192	153	345	0,1	0,0	0,0
35-44	2.210	1.061	3.271	0,6	0,2	0,3
45-54	8.955	3.846	12.801	1,7	0,5	1,0
55-64	17.624	7.025	24.649	2,3	0,8	1,5
65-74	20.641	8.416	29.057	2,3	1,0	1,6
75-84	9.592	5.982	15.574	1,9	1,1	1,5
85-	1.318	1.241	2.559	1,2	0,7	0,9
I alt	60.574	27.737	88.311	1,7	0,6	1,0

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 11.930 og 5.313 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver femte af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom. Der ses altså social ulighed i ambulante hospitalsbesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom både blandt mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt kvinder kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.5.2 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	18.142	11.877	4.721	3.645	26,0	30,7
Kort uddannelse	28.433	9.010	7.209	1.668	25,4	18,5
Mellemlang/lang uddannelse	8.071	3.893	–	–	–	–
I alt	54.646	24.780	11.930	5.313	21,8	21,4

16.6 Iskæmisk hjertesygdom og skadestuebesøg

Der registreres årligt 3.143 skadestuebesøg med iskæmisk hjertesygdom som aktionsdiagnose, og det højeste antal ses blandt mænd (tabel 16.6.1). For både mænd og kvinder er antal af besøg stigende indtil 75-årsalderen, hvorefter antallet er faldende. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til en meget lille andel (0,5 %) af alle somatiske skadestuebesøg.

Tabel 16.6.1 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	12	6	18	0,0	0,0	0,0
25-34	36	22	58	0,1	0,1	0,1
35-44	154	79	233	0,3	0,2	0,2
45-54	334	192	526	0,6	0,4	0,5
55-64	439	248	687	1,0	0,6	0,8
65-74	457	267	724	1,2	0,7	1,0
75-84	319	264	583	1,2	0,8	1,0
85-	125	189	314	1,0	0,8	0,8
I alt	1.876	1.267	3.143	0,5	0,4	0,5

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 301 og 77 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19,7 % og 7,9 % af alle skadestuebesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.6.2 Iskæmisk hjertesygdom, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	557	419	176	48	31,6	11,5
Kort uddannelse	736	367	125	29	17,0	7,9
Mellemlang/lang uddannelse	232	185	–	–	–	–
I alt	1.525	971	301	77	19,7	7,9

16.7 Iskæmisk hjertesygdom og primærsektor

For iskæmisk hjertesygdom er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset iskæmisk hjertesygdom.

Personer med iskæmisk hjertesygdom har årligt 790.497 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden iskæmisk hjertesygdom (tabel 16.7.1). Størstedelen af besøg ses blandt mænd, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 55-84 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med iskæmisk hjertesygdom udgør 2,3 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 3,3 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 1,6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder. Andelen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af iskæmisk hjertesygdom er generelt større blandt mænd i alle aldersgrupper.

Tabel 16.7.1 Iskæmisk hjertesygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	510	409	919	0,1	0,0	0,0
25-34	3.125	2.498	5.623	0,3	0,1	0,1
35-44	19.237	13.750	32.987	1,2	0,4	0,7
45-54	59.589	42.553	102.142	2,9	1,4	2,0
55-64	112.973	76.430	189.403	4,4	2,4	3,3
65-74	137.597	95.308	232.905	5,2	3,0	4,0
75-84	87.580	77.661	165.241	5,1	3,2	4,0
85-	22.497	38.780	61.277	3,8	2,8	3,1
I alt	443.108	347.389	790.497	3,3	1,6	2,3

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster for iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 117.097 og 90.340 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til hver tredje af alle besøg på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.7.2 Iskæmisk hjertesygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	142.382	147.656	58.741	65.729	41,3	44,5
Kort uddannelse	185.666	93.740	58.356	24.611	31,4	26,3
Mellemlang/lang uddannelse	48.173	36.104	–	–	–	–
I alt	376.221	277.500	117.097	90.340	31,1	32,6

16.8 Iskæmisk hjertesygdom og førtidspensioner

Iskæmisk hjertesygdom er årligt årsag til 171 nytilkendte førtidspensioner (tabel 16.8.1). Antallet af mænd med nytilkendte førtidspensioner på grund af iskæmisk hjertesygdom er mere end tre gange så højt som antallet af kvinder. Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af iskæmisk hjertesygdom stiger med alderen. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til 1,1 % af alle nytilkendelser og 2,2 % af alle nytilkendelser blandt personer i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 16.8.1 Iskæmisk hjertesygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	1	2	0,1	0,1	0,1
35-44	7	6	13	0,5	0,3	0,4
45-54	42	13	55	1,8	0,5	1,1
55-64	81	20	101	3,6	0,9	2,2
I alt	131	40	171	1,7	0,5	1,1

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 16.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af iskæmisk hjertesygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 80 og 22 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 73,4 % og 61,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 16.8.2 Iskæmisk hjertesygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	44	18	37	14	84,1	77,8
Kort uddannelse	59	14	43	8	72,9	57,1
Mellemlang/lang uddannelse	6	4	–	–	–	–
I alt	109	36	80	22	73,4	61,1

16.9 Iskæmisk hjertesygdom og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af iskæmisk hjertesygdom beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset iskæmisk hjertesygdom.

Erhvervsaktive personer med iskæmisk hjertesygdom har årligt 518.645 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden iskæmisk hjertesygdom (tabel 16.9.1). To ud af tre sygedage ses blandt mænd, og antallet af sygedage stiger med alderen. De højeste antal sygedage ses i aldersgruppen 45-64 år. Sygedagene blandt personer med iskæmisk hjertesygdom udgør 1,9 % af alle sygedage, hvilket dækker over 3,1 % af alle sygedage blandt mænd og 1,1 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 16.9.1 Iskæmisk hjertesygdom. Antal sygedage blandt personer med iskæmisk hjertesygdom og andelen af alle sygedage for alle erhvervsaktive fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	755	791	1.546	0,1	0,1	0,1
25-34	8.577	6.541	15.118	0,5	0,2	0,3
35-44	52.526	29.816	82.342	1,9	0,6	1,1
45-54	137.476	70.382	207.858	4,1	1,5	2,6
55-64	147.670	64.111	211.781	5,8	2,3	4,0
I alt	347.004	171.641	518.645	3,1	1,1	1,9

16.10 Iskæmisk hjertesygdom og sundhedsøkonomi

Hvert år koster iskæmisk hjertesygdom 1.762,9 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 16.10.2 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostninger forbundet med iskæmisk hjertesygdom er større blandt mænd end blandt kvinder og udgør 70 % af de samlede omkostninger. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 65-84 år både for mænd og kvinder. Indlæggelser udgør den største omkostning (80 % af de samlede omkostninger), ambulante behandling udgør 9 %, og der er stort set ikke omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge og receptpligtig medicin udgør henholdsvis 4 % og 12 % af alle omkostninger. Der er et lille negativt forbrug af hjemmehjælp/praktisk hjælp i gruppen af personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom.

Tidlig død på grund af iskæmisk hjertesygdom medfører en besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.833,1 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af iskæmisk hjertesygdom er -70,0 mio. kr. årligt (tabel 16.10.2). Det største sparede sundhedskonsum ses i aldersgruppen 65-84 år for både mænd og kvinder. Nettoomkostningerne er negative for mænd på 85 år eller derover og blandt kvinder på 65 år eller derover.

Tabel 16.10.1 Iskæmisk hjertesygdom. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	34,9	5,4	0,0	2,2	3,6	-1,1
45-64	419,6	47,4	0,2	16,3	53,8	-15,5
65-84	535,5	50,3	0,1	21,5	64,5	-45,7
85-	33,8	2,2	0,0	2,1	5,0	-10,5
I alt	1.023,8	105,3	0,3	42,1	126,9	-72,8
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	13,8	2,9	0,0	1,5	1,5	0,9
45-64	114,8	23,7	0,1	10,7	23,7	3,1
65-84	224,8	28,1	0,1	15,8	43,4	-16,9
85-	39,3	2,1	0,0	3,5	7,7	-7,3
I alt	392,7	56,8	0,2	31,5	76,3	-20,2
Total	1.416,5	162,1	0,5	73,6	203,2	-93,0

Tabel 16.10.2 Iskæmisk hjertesygdom. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	45,0	13,3	31,7
45-64	521,7	204,9	316,8
65-84	626,2	612,1	14,1
85-	32,6	190,2	-157,6
I alt	1.225,5	1.020,5	205,0
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	20,7	3,7	17,0
45-64	176,1	58,3	117,9
65-84	295,4	406,3	-110,9
85-	45,2	344,3	-299,0
I alt	537,4	812,6	-275,0
Total	1.762,9	1.833,1	-70,0

16.11 Iskæmisk hjertesygdom og produktionstab

Hvert år koster iskæmisk hjertesygdom 1.869,0 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 16.11.1). Omkostningerne er langt større blandt mænd og klart størst i den ældste aldersgruppe. Iskæmisk hjertesygdom er årsag til produktionstab på 173,5 mio. kr. på grund af sygedage og 461,9 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af iskæmisk hjertesygdom hvert år koster 1.233,6 mio. kr. på grund af tabt produktion. Langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af iskæmisk hjertesygdom skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 3.509,9 mio. kr. for mænd og 2.306,8 mio. kr. for kvinder.

Tabel 16.11.1 Iskæmisk hjertesygdom. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	18,3	50,3	205,1	273,7
45-65	104,2	314,4	837,8	1.256,4
I alt	122,5	364,7	1.042,9	1.530,1
Kvinder				
16-44	8,9	31,8	40,7	81,4
45-65	42,1	65,4	150,0	257,5
I alt	51,0	97,2	190,7	338,9
Total	173,5	461,9	1.233,6	1.869,0

16.12 Kommentarer til resultater

Iskæmisk hjertesygdom slår stærkt igennem på byrdemålene dødelighed, tabte leveår og indlæggelser. Således er iskæmisk hjertesygdom årsag til hvert 11. dødsfald i befolkningen og er dermed den sygdom, der forårsager flest dødsfald i Danmark blandt både mænd og kvinder. Blandt de inkluderede sygdomme i denne rapport giver iskæmisk hjertesygdom desuden anledning til næstflest indlæggelser.

Et studie af udviklingen i dødelighed af forskellige sygdomme blandt de 40-70-årige i de nordiske lande viser, at dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom blandt danske mænd har været på omtrent samme niveau som for mænd i de øvrige nordiske lande fra slut 1950'erne og frem til 2007, med undtagelse af Finland, der har ligget højere. Blandt danske kvinder har dødeligheden af iskæmisk hjertesygdom ligget på omtrent samme niveau som for kvinder i de øvrige nordiske lande med undtagelse af Finland, der har ligget højere indtil slut 1980'erne (2).

I opgørelserne af prævalens er det af betydning for resultatet, hvor langt tilbage i tiden sygdomsforekomst medtages i beregningen. I denne rapport indgår udelukkende sygdomsforekomst, der er registreret inden for en 10-årig periode. Prævalens af iskæmisk hjertesygdom er derfor lavere end i rapporten "Hjertekarsygdomme i 2011" (3), hvor beregningerne tager udgangspunkt i en 20-årig periode.

Antallet af incidente tilfælde af iskæmisk hjertesygdom har været faldende i perioden 2000 til 2011, mens prævalensen har været stigende grundet den demografiske udvikling og faldende dødelighed (3, 4). Den aldersstandardiserede dødelighed af iskæmisk hjertesygdom har været faldende siden midt 1960'erne (3, 5), men til trods for dette fald er iskæmisk hjertesygdom stadig en af de væsentligste årsager til død i Danmark. Faldet i dødelighed forklares dels ved forebyggelsesindsatser med positiv effekt på rygeophør, blodtryk og kolesteroltal i befolkningen og dels ved bedre behandling af blodpropper, angina pectoris og hjerteinsufficiens samt den forebyggende medicinske behandling efter en blodprop i hjertet (6).

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af indlæggelser, som udgør 80 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af iskæmisk hjertesygdom på 1.760 mio. kr. Dermed er iskæmisk hjertesygdom i sammenligning med de øvrige sygdomme i denne rapport den sygdom med tredje største omkostninger forbundet med indlæggelser. Omkostningerne er størst for både mænd og kvinder i alderen 65-84 år, men også blandt de 45-64-årige er de store. De samlede omkostninger overstiges af sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død, hvorfor nettoomkostningerne bliver negative (-70 mio.kr.).

Hvert år koster iskæmisk hjertesygdom 1.870 mio. kr. på grund af tabt produktion, hvilket overstiges betydeligt af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 5.820 mio. kr. som følge af kortere levetid.

Der ses markante kønsforskelle i byrdemålene for iskæmisk hjertesygdom, således er samtlige byrdemål højest for mænd. Den højere forekomst af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd afspejler i stort omfang, at sygdommen typisk debuterer 7 til 10 år senere blandt kvinder. Kvinders symptom billede er derudover anderledes end mænds. Symptomerne er mindre karakteristiske, og sygdommen kan således være vanskeligere at diagnosticere (7). Kønsforskellen i det totale antal dødsfald er ikke så udtalt som for antal incidente tilfælde og prævalens. Antallet af dødsfald på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd under 75 år er dog næsten tre gange så højt som blandt kvinder under 75 år, og dette afspejles i de næsten fire gange så mange tabte leveår på grund af iskæmisk hjertesygdom før alder 75 år blandt mænd sammenlignet med kvinder. Med knap 11.000 tabte leveår før alder 75 år på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd ligger iskæmisk hjertesygdom for mænds vedkommende næsten på niveau med lungekræft, som er den sygdom, der resulterer i det største antal tabte leveår. Det høje antal tabte leveår på grund af iskæmisk hjertesygdom blandt mænd medfører, at produktionstabt på grund af tidlig død er særligt høje for iskæmisk hjertesygdom.

Resultaterne i denne undersøgelse tegner derudover et klart billede af, at iskæmisk hjertesygdom især belaster grupper med kort uddannelse. Der ses en tydelig social gradient for alle byrdemål, og en sociale ulighed er særligt markant for dødsfald, tabte leveår og førtidspensioner. Tidligere danske undersøgelser har også fundet betydelige forskelle i forekomst, indlæggelser og dødelighed i forhold til uddannelsesniveau (3, 5). Et dansk studie har ligeledes fundet, at personer med kort uddannelse og lav indkomst har en højere dødelighed efter tilfælde af akut myokardieinfarkt, der er en undergruppe af iskæmisk hjertesygdom (8).

Ryging er en af de væsentligste risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom (9), og en del af den sociale ulighed i forekomsten af iskæmisk hjertesygdom kan forklares af forskelle i rygning. Selvom hyppigheden af rygning er faldende i Danmark og i den vestlige verden i øvrigt, sker dette fald ikke med samme hastighed i alle sociale grupper. Både i Danmark og Norge er der evidens for, at den sociale gradient i rygning er blevet større siden 1980'erne (10, 11). En nyere dansk undersøgelse har set på uddannelsesmæssige forskelle i flere kardiovaskulære risikofaktorer, herunder rygning, over en periode fra 1978 til 2006 og fandt ligeledes, at den sociale gradient var blevet større, særligt blandt kvinder (12). Dette indikerer, at social ulighed fortsat vil være en væsentlig udfordring i forhold til forebyggelse og behandling af iskæmisk hjertesygdom.

16.13 Metode

I denne rapport er iskæmisk hjertesygdom defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 16.13.1.

Opgørelserne af incidens og prævalen af iskæmisk hjertesygdom er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af iskæmisk hjertesygdom er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundsiggende dødsårsag er iskæmisk hjertesygdom.

Tabel 16.13.1 Diagnoseklassifikation af iskæmisk hjertesygdom

Sygdom	ICD-10
Brystkræmpe	I20
Akut hjerteinfarkt	I21
Tilbagevendende akut hjerteinfarkt	I22
Visse akutte komplikationer i efterløb af akut hjerteinfarkt	I23
Andre former for akut iskæmisk hjertesygdom	I24
Kronisk iskæmisk hjertesygdom	I25

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af iskæmisk hjertesygdom er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 16.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af iskæmisk hjertesygdom benyttes Sygesikringsstatistikregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er derfor opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har iskæmisk hjertesygdom, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed også er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af iskæmisk hjertesygdom anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af iskæmisk hjertesygdom opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med iskæmisk hjertesygdom i forhold til personer uden iskæmisk hjertesygdom. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af iskæmisk hjertesygdom er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af iskæmisk hjertesygdom benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældreokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med iskæmisk hjertesygdom sammenlignet med personer uden iskæmisk hjertesygdom. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne B01, C01, C03 og C07-C10 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med iskæmisk hjertesygdom og en udvalgt gruppe af personer uden iskæmisk hjertesygdom.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

16.14 Referencer

1. Mendis S, Puska P, Norrving B. Global atlas on cardiovascular disease prevention and control. Geneva: World Health Organization in collaboration with the World Heart Federation and the World Stroke Organization, 2011.
2. Vollset SE. Risk and causes of death between 40 and 70 years of age in the Nordic countries 1951-2010. *Scand J Public Health*. 2013;41:644-51.
3. Koch MB, Johnsen NF, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i 2011 - Incidens, prævalens og dødelighed samt udviklingen siden 2002. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2014.
4. Koch MB, Davidsen M, Andersen LV, Juel K, Jensen GB. Increasing prevalence despite decreasing incidence of ischaemic heart disease and myocardial infarction. A national register based perspective in Denmark, 1980-2009. *Eur J Prev Cardiol*. 2015;22(2):189-95.
5. Videbæk J, Andersen LV, Bentzen J. Dansk hjertestatistik 2010. København: Hjerteforeningen i samarbejde med Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2011.
6. Hjerteforeningen. Fakta om hjertekarsygdom i Danmark. 2014 [10-11-2014]. www.hjerteforeningen.dk/hjertesygdomme/fakta/fakta_om_hjertekarsygdomme/.
7. Jensen J. Kønsforskelle ved iskæmisk hjertesygdom. *Ugeskr Læger*. 2007;169(25).
8. Rasmussen JN, Rasmussen S, Gislason GH, Buch P, Abildstrom SZ, Køber L, et al. Mortality after acute myocardial infarction according to income and education. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(4):351-6.
9. Tolstrup JS, Hvidtfeldt UA, Flachs EM, Spiegelman D, Heitmann BL, Balter K, et al. Smoking and risk of coronary heart disease in younger, middle-aged, and older adults. *Am J Public Health*. 2014;104(1):96-102.
10. Ernsten L, Strand BH, Nilsen SM, Espnes GA, Krokstad S. Trends in absolute and relative educational inequalities in four modifiable ischaemic heart disease risk factors: repeated cross-sectional surveys from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT) 1984-2008. *BMC Public Health*. 2012;12:266.
11. Osler M, Gerdes LU, Davidsen M, Brønnum-Hansen H, Madsen M, Jørgensen T, et al. Socioeconomic status and trends in risk factors for cardiovascular diseases in the Danish MONICA population, 1982-1992. *J Epidemiol Community Health*. 2000;54(2):108-13.
12. Olsen GS, Holm AS, Jørgensen T, Borglykke A. Distribution of ideal cardiovascular health by educational levels from 1978 to 2006: a time trend study from the capital region of Denmark. *Eur J Prev Cardiol*. 2014;21(9):1145-52.

17 APOPLEKSI

- I Danmark er der årligt 15.000 nye tilfælde af apopleksi, og 93.000 personer er i live efter et apopleksitilfælde, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.
- Hvert år dør 3.600 personer på grund af apopleksi. Det svarer til 7 % af alle dødsfald.
- Apopleksi resulterer hvert år i henholdsvis 5.000 og 3.600 tabte leveår for mænd og kvinder.
- Apopleksi er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på syv måneder for mænd og otte måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 16.000 indlæggelser med apopleksi som aktionsdiagnose. Det svarer til 2 % af alle somatiske indlæggelser.
- Der registreres årligt 23.000 ambulante hospitalsbesøg med apopleksi som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 2.500 skadestuebesøg med apopleksi som aktionsdiagnose.
- Personer med apopleksi har årligt 450.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden apopleksi.
- Apopleksi er årligt årsag til 600 nytilkendte førtidspensioner. Det svarer til 4 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med apopleksi har årligt 500.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden apopleksi. Det svarer til 2 % af alle sygedage.
- Hvert år koster apopleksi 2.030 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af apopleksi resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.390 mio. kr.
- Hvert år koster apopleksi 2.630 mio. kr. på grund af tabt produktion.

17.1 Indledning

Apopleksi (slagtilfælde) er en fællesbetegnelse for blodprop i hjernen (infarkt) og hjerneblødning. Infarkt er klart hyppigere (85-90 %) end hjerneblødning.

Symptomer på apopleksi og alvorligheden af disse afhænger af, hvilke områder af hjernen, der rammes. Typiske symptomer er ensidige lammelser i arme og ben, hængende mundvig, synkebesvær, besvær ved sætningsdannelse og taleforståelse, koordinations- og balanceproblemer samt hovedpine. Konsekvenser efter apopleksi kan være halvsidig lammelse eller kraftnedsættelse og taleforstyrrelser. Hos nogle aftager symptomerne gradvist over tid og andre undgår fuldstændig senfølger.

Årsager til apopleksi afhænger i høj grad af en persons alder. Således ses apopleksi hyppigst hos ældre, da blodårerne bliver mere forkalkede med alderen. Dette medfører, at forhøjet blodtryk og forkammerflimmer er de langt vigtigste årsager til apopleksi hos ældre mennesker. Hos unge skyldes apopleksien imidlertid ofte en medfødt hjertekarlidelse og hos midaldrende er det især rygning, usund levevis og genetiske faktorer, der gør sig gældende (1).

17.2 Forekomst af apopleksi

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med apopleksi i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i en forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der er i live efter et apopleksitilfælde (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år.

Der er årligt 15.160 incidente tilfælde af apopleksi, svarende til en incidensrate på 359 per 100.000 mænd og 333 per 100.000 kvinder (tabel 17.2.1). Incidensraten af apopleksi stiger med alderen, og højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer på 75 år eller derover.

Tabel 17.2.1 Apopleksi. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0	0
16-24	18	20	54	57	111
25-34	33	35	107	115	222
35-44	77	79	303	304	607
45-54	210	169	820	651	1.471
55-64	452	276	1.548	963	2.511
65-74	845	558	2.152	1.548	3.700
75-84	1.679	1.304	1.864	1.960	3.824
85-	2.814	2.622	872	1.842	2.714
I alt	359	333	7.720	7.440	15.160

I Danmark er der 93.266 personer, som er i live efter et apopleksitilfælde, og størstedelen ses blandt mænd (tabel 17.2.2). Prævalensraten af apopleksi stiger med alderen.

Tabel 17.2.2 Apopleksi. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0	0
16-24	53	63	168	190	358
25-34	181	222	597	724	1.321
35-44	442	508	1.759	1.988	3.747
45-54	1.240	1.143	4.866	4.403	9.269
55-64	3.058	2.002	10.854	7.171	18.025
65-74	5.797	3.668	15.208	10.294	25.502
75-84	9.680	7.074	11.660	11.324	22.984
85-	12.383	10.123	4.268	7.792	12.060
I alt	2.235	1.922	49.380	43.886	93.266

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.277 og 972 færre incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20,1 % og 18,7 % af alle incidente tilfælde på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 17.2.3 Apopleksi. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.372	2.634	682	678	28,8	25,7
Kort uddannelse	3.043	1.803	595	294	19,6	16,3
Mellemlang/lang uddannelse	930	764	–	–	–	–
I alt	6.345	5.201	1.277	972	20,1	18,7

17.3 Apopleksi og dødelighed

Apopleksi er årligt årsag til 3.562 dødsfald (tabel 17.3.1). Flere kvinder end mænd dør af apopleksi, og antallet af dødsfald stiger med alderen. Apopleksi er årsag til 6,8 % af alle dødsfald. Jo højere alder, jo større andel af alle dødsfald udgør dødsfald på grund af apopleksi.

Tabel 17.3.1 Apopleksi. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	1	1	2	0,8	1,9	1,1
25-34	3	2	5	1,6	2,3	1,8
35-44	11	14	25	2,1	5,1	3,1
45-54	48	35	83	3,2	3,7	3,4
55-64	130	85	215	3,8	3,8	3,8
65-74	319	201	520	5,3	4,8	5,1
75-84	561	603	1.164	7,2	8,1	7,6
85-	487	1.061	1.548	7,8	9,4	8,8
I alt	1.560	2.002	3.562	6,0	7,5	6,8

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 17.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 305 og 187 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 29,5 % og 20,4 % af alle dødsfald på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 17.3.2 Apopleksi. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	484	589	193	165	40,0	28,0
Kort uddannelse	431	236	112	22	26,0	9,0
Mellemlang/lang uddannelse	118	90	–	–	–	–
I alt	1.033	915	305	187	29,5	20,4

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er syv måneder kortere for mænd og otte måneder kortere for kvinder på grund af dødsfald af apopleksi (tabel 17.3.3). Apopleksi er årligt årsag til i 8.559 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, og størstedelen ses blandt mænd.

Tabel 17.3.3 Apopleksi. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden apopleksi, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af apopleksi fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden apopleksi	Tab	
Mænd	77,7	78,3	0,6	4.996
Kvinder	81,7	82,4	0,7	3.563
I alt				8.559

Tabte leveår på ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af apopleksi som personer med mellemlang/lang

uddannelse, ville der årligt have været 1.965 og 1.592 færre tabte leveår, svarende til 41,4 % og 46,9 % af alle tabte leveår på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tablet 17.3.4 Apopleksi. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.881	1.631	1.140	1.065	60,6	65,3
Kort uddannelse	2.293	1.297	825	527	36,0	40,7
Mellemlang/lang uddannelse	572	467	–	–	–	–
I alt	4.745	3.394	1.965	1.592	41,4	46,9

17.4 Apopleksi og indlæggelser

Der registreres årligt 15.844 indlæggelser med apopleksi som aktionsdiagnose (tabel 17.4.1). Der er markant flere indlæggelser på grund af apopleksi blandt mænd end blandt kvinder i aldersgruppen 55-74 år. Apopleksi udgør 1,5 % af alle somatiske indlæggelser og 3,4 % af alle somatiske indlæggelser for personer over 85 år.

Tablet 17.4.1 Apopleksi, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	33	48	81	0,1	0,1	0,1
25-34	82	100	182	0,3	0,2	0,3
35-44	272	276	548	0,7	0,5	0,6
45-54	814	640	1.454	1,4	1,0	1,2
55-64	1.666	1.017	2.683	1,9	1,4	1,7
65-74	2.431	1.661	4.092	2,3	1,9	2,1
75-84	2.089	2.082	4.171	2,8	2,7	2,8
85-	900	1.733	2.633	3,2	3,6	3,4
I alt	8.287	7.557	15.844	1,6	1,4	1,5

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.603 og 1.173 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 23,0 % og 21,3 % af alle somatiske indlæggelser på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 17.4.2 Apopleksi, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.651	2.836	798	785	30,1	27,7
Kort uddannelse	3.368	1.912	805	388	23,9	20,3
Mellemlang/lang uddannelse	962	760	–	–	–	–
I alt	6.981	5.508	1.603	1.173	23,0	21,3

17.5 Apopleksi og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 22.773 ambulante hospitalsbesøg med apopleksi som aktionsdiagnose, og det højeste antal ses blandt mænd (tabel 17.5.1). De højeste antal ambulante hospitalsbesøg på grund af apopleksi ses i aldersgruppen 55-84 år. Apopleksi udgør 0,3 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 17.5.1 Apopleksi, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	99	122	221	0,1	0,0	0,0
25-34	199	321	520	0,1	0,0	0,1
35-44	781	758	1.539	0,2	0,1	0,1
45-54	2.012	1.536	3.548	0,4	0,2	0,3
55-64	3.404	1.840	5.244	0,4	0,2	0,3
65-74	3.591	2.301	5.892	0,4	0,3	0,3
75-84	2.219	2.090	4.309	0,4	0,4	0,4
85-	592	908	1.500	0,5	0,5	0,5
I alt	12.897	9.876	22.773	0,3	0,2	0,3

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg af apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 242 og 770 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 2,1 % og 9,3 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså en lille social ulighed i ambulante hospitalsbesøg på grund af apopleksi blandt kvinder, men ingen nævneværdig social ulighed blandt mænd.

Tabel 17.5.2 Apopleksi, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.514	3.270	-3	231	-0,1	7,1
Kort uddannelse	5.872	3.437	245	539	4,2	15,7
Mellemlang/lang uddannelse	2.147	1.595	-	-	-	-
I alt	11.533	8.302	242	770	2,1	9,3

17.6 Apopleksi og skadestuebesøg

Der registreres årligt 2.498 skadestuebesøg med apopleksi som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 17.6.1). For mænd er antal skadestuebesøg stigende indtil 75-årsalderen og for kvinder indtil 85-årsalderen, hvorefter antallet er faldende. Apopleksi er årsag til en meget lille andel (0,3 %) af alle somatiske skadestuebesøg både blandt mænd og blandt kvinder.

Tabel 17.6.1 Apopleksi, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	19	16	35	0,0	0,0	0,0
25-34	32	34	66	0,1	0,1	0,1
35-44	66	73	139	0,1	0,2	0,1
45-54	165	129	294	0,3	0,3	0,3
55-64	259	170	429	0,6	0,4	0,5
65-74	345	234	579	0,9	0,6	0,8
75-84	266	303	569	1,0	0,9	1,0
85-	117	270	387	1,0	1,1	1,0
I alt	1.269	1.229	2.498	0,3	0,3	0,3

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 140 og 114 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til en ottendedel af alle somatiske skadestuebesøg på grund af apopleksi blandt mænd og blandt kvinder. Der ses altså social ulighed, som for mænd kendetegnes ved, at der er en social gradient, idet andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau. For kvinder ses der ingen gradient, idet andelen af ekstra besøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 17.6.2 Apopleksi, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	382	403	83	66	21,7	16,4
Kort uddannelse	493	319	57	48	11,6	15,0
Mellemlang/lang uddannelse	165	140	–	–	–	–
I alt	1.040	862	140	114	13,5	13,2

17.7 Apopleksi og primærsektor

For apopleksi er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med apopleksi sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset apopleksi.

Personer med apopleksi har årligt 448.637 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden apopleksi (tabel 17.7.1). Antallet af besøg er stort set ens for mænd og kvinder, og der ses flest besøg i aldersgruppen 65-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med apopleksi udgør 1,2 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 1,5 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 1,0 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder. Andelen af besøg er større blandt mænd i alle aldersgrupper.

Tabel 17.7.1 Apopleksi. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	545	1.140	1.685	0,1	0,1	0,1
25-34	2.670	3.718	6.388	0,2	0,1	0,2
35-44	8.215	10.247	18.462	0,5	0,3	0,4
45-54	27.411	25.710	53.121	1,3	0,8	1,0
55-64	53.098	39.155	92.253	2,1	1,2	1,6
65-74	70.575	56.809	127.384	2,6	1,8	2,2
75-84	48.464	52.531	100.995	2,8	2,2	2,4
85-	15.665	32.684	48.349	2,6	2,4	2,5
I alt	226.643	221.994	448.637	1,5	1,0	1,2

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 39.678 og 23.627 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 20,3 % og 13,7 % af alle besøg hos alment praktiserende læge på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså en social ulighed, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra besøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 17.7.2 Apopleksi. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	68.304	83.671	16.322	14.802	23,9	17,7
Kort uddannelse	98.891	61.896	23.356	8.825	23,6	14,3
Mellemlang/lang uddannelse	28.498	26.648	–	–	–	–
I alt	195.693	172.215	39.678	23.627	20,3	13,7

17.8 Apopleksi og førtidspensioner

Apopleksi er årligt årsag til 599 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fem ses blandt mænd (tabel 17.8.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af apopleksi stiger med alderen. Størstedelen af alle nytilkendte førtidspensioner ses i aldersgruppen 55-64 år. Apopleksi er årsag til 3,8 % af alle nytilkendelser, hvilket dækker over 4,6 % af alle nytilkendelser blandt mænd og 3,0 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.

Tabel 17.8.1 Apopleksi. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af apopleksi og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	4	1	5	0,5	0,2	0,4
25-34	5	7	12	0,7	0,9	0,8
35-44	27	33	60	1,9	1,7	1,8
45-54	118	96	214	5,0	3,4	4,1
55-64	196	112	308	8,7	4,9	6,8
I alt	350	249	599	4,6	3,0	3,8

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 17.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering for apopleksi som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 152 og 88 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 47,6 % og 37,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af apopleksi blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses endvidere en betydelig social gradient i antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af apopleksi for både mænd og kvinder, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 17.8.2 Apopleksi. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	106	88	65	50	61,3	56,8
Kort uddannelse	178	101	87	38	48,9	37,6
Mellemlang/lang uddannelse	35	44	–	–	–	–
I alt	319	233	152	88	47,6	37,8

17.9 Apopleksi og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af apopleksi beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med apopleksi sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset apopleksi.

Erhvervsaktive personer med apopleksi har årligt 501.412 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden apopleksi (tabel 17.9.1). Størstedelen af sygedagene ses blandt mænd. Der er flest sygedage blandt mænd i aldersgruppen 55-64 år og blandt kvinder i aldersgruppen 45-54 år. Sygedagene blandt personer med apopleksi udgør 1,9 % af alle sygedage, hvilket dækker over 2,5 % af alle sygedage blandt mænd og 1,4 % af alle sygedage blandt kvinder.

Tabel 17.9.1 Apopleksi. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1.961	1.881	3.842	0,3	0,3	0,3
25-34	11.702	16.605	28.307	0,6	0,6	0,6
35-44	39.146	45.387	84.533	1,4	1,0	1,1
45-54	105.510	90.255	195.765	3,1	1,9	2,4
55-64	123.166	65.799	188.965	4,8	2,4	3,5
I alt	281.485	219.927	501.412	2,5	1,4	1,9

17.10 Apopleksi og sundhedsøkonomi

Hvert år koster apopleksi 2.032,0 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 17.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst i aldersgruppen 65-84 år og stort set ens for mænd og kvinder. Indlæggelser udgør 47 % af de samlede omkostninger. Ambulante hospitalsbesøg udgør 3 % af de samlede omkostninger, mens der stort set ikke er omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge og receptpligtig medicin udgør henholdsvis 2 % og 4 % af de samlede omkostninger. De største omkostninger forbundet med behandling og pleje af apopleksi er hjemmehjælp/praktisk hjælp, som udgør 44 % af alle omkostninger.

Tidlig død på grund af apopleksi medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.394,7 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af apopleksi er 637,3 mio. kr. årligt (tabel 17.10.2). Der er negative nettoomkostninger i den ældste aldersgruppe (85 år eller derover).

Tabel 17.10.1 Apopleksi. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	0,0	0,0	0,0	0,0	.	.
16-44	27,0	3,1	0,0	1,0	1,0	3,4
45-64	162,7	15,7	0,1	7,0	14,6	85,3
65-84	254,0	16,6	0,1	9,8	23,5	305,4
85-	46,5	1,7	0,0	1,3	2,7	61,6
I alt	490,2	37,1	0,2	19,1	41,8	455,7
Kvinder						
0-15	0,0	0,0	0,0	0,0	.	.
16-44	34,0	3,6	0,0	1,3	1,2	4,1
45-64	123,2	9,9	0,1	5,4	10,6	60,6
65-84	221,7	12,8	0,1	8,7	20,0	260,6
85-	91,7	2,7	0,1	2,6	4,9	107,4
I alt	470,6	29,0	0,3	18,2	36,7	432,7
Total	960,8	66,1	0,5	37,3	78,6	888,4

Tabel 17.10.2 Apopleksi. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	0,0	0,0	0,0
16-44	35,6	5,8	29,8
45-64	285,4	90,5	194,9
65-84	609,6	382,0	227,6
85-	113,8	127,1	-13,3
I alt	1.044,4	605,4	439,0
Kvinder			
0-15	0,0	0,0	0,0
16-44	44,3	8,3	36,0
45-64	209,9	65,9	143,9
65-84	524,0	396,6	127,4
85-	209,4	318,4	-109,0
I alt	987,6	789,2	198,3
Total	2.032,0	1.394,7	637,3

17.11 Apopleksi og produktionstab

Hvert år koster apopleksi 2.628,1 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 17.11.1). Omkostningerne er større blandt mænd, og klart størst i den ældste aldersgruppe. Apopleksi er årsag til produktionstab på 168,1 mio. kr. på grund af sygedage og 1.709,8 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af

apopleksi hvert år koster 750,2 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af apopleksi skyldes altså førtidspensioner.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 4.283,5 mio. kr.

Tabel 17.11.1 Apopleksi. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	16,2	240,5	95,2	351,8
45-65	84,0	793,8	366,3	1.244,1
I alt	100,2	1.034,3	461,5	1.595,9
Kvinder				
16-44	17,0	223,6	92,7	333,3
45-65	50,9	451,9	196,1	698,9
I alt	67,9	675,5	288,8	1.032,2
Total	168,1	1.709,8	750,2	2.628,1

17.12 Kommentarer til resultater

Apopleksi slår særligt stærkt igennem på byrdemålene dødelighed, indlæggelser og førtidspensioner. Apopleksi er årsag til knap 7 % af alle dødsfald og er således blandt de sygdomme i Danmark, der er årsag til flest dødsfald. Derudover er det bemærkelsesværdigt, at sygdommen er årsag til knap 4 % af alle nytilkendte førtidspensioner. Efter lænderygsmarter er apopleksi dermed den somatiske sygdom, der er årsag til flest førtidspensioner i denne rapport.

Et studie af udviklingen i dødelighed af forskellige sygdomme blandt de 40-70-årige i de nordiske lande viser, at dødeligheden af apopleksi i Danmark har været på omtrent samme niveau som de øvrige nordiske lande fra slut-1950'erne og frem til 2007-2008, dog med undtagelse af Finland, der har ligget højere indtil 1990'erne (2). I Danmark har dødeligheden været faldende i perioden 2002 til 2011. Dette kan dels tilskrives et mindre fald i antallet af incidente tilfælde af apopleksi (3) men også en stigende overlevelse blandt dem, der har fået sygdommen (4). Der har endvidere været et beskedent fald i indlæggelser for apopleksi i perioden 1997-2009 (5).

Beregningerne af incidente tilfælde og prævalens i denne rapport er baseret på både indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg på grund af apopleksi. Dette er årsagen til, at tallene for incidente tilfælde og prævalens er højere i denne rapport end i rapporten "hjertekarsygdomme i 2011", hvor beregningen udelukkende tager udgangspunkt i indlæggelser (3).

Byrdemålet sundhedsøkonomi er særligt belastet af indlæggelser, som udgør 47 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af apopleksi på godt 2.030 mio. kr. Foruden de store omkostninger forbundet med indlæggelser er hjemmehjælp/praktisk hjælp ligeledes en tung økonomisk byrde, som udgør 44 % af de samlede omkostninger forbundet med apopleksi. Dermed er apopleksi i sammenligning med de øvrige sygdomme i denne rapport den sygdom med de største omkostninger forbundet med hjemmehjælp/praktisk hjælp. De samlede omkostninger til behandling og pleje modsvarer af sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død på 1.390 mio. kr.

Hvert år koster apopleksi 2.630 mio. kr. på grund af tabt produktion, hvoraf størstedelen udgøres af omkostninger forbundet med førtidspensioner. Det samlede produktionstab overstiges af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 4.280 mio. kr. som følge af kortere levetid.

Apopleksi er den hyppigste årsag til handicap opstået i voksenalderen. Blandt personer, der overlever apopleksi, er en stor del af patienterne stadig hæmmet i deres daglige funktioner efter endt rehabilitering (6). Særligt voksne, der rammes af apopleksi tidligt i livet, er i risiko for følgevirkninger, såsom hukommelses- og søvnproblemer, angst og depression på lang sigt (7). Konsekvenserne for arbejdsevnen kan således være stor. Deraf følger det store antal førtidspensioner. Et dansk studie har imidlertid vist, at sandsynligheden for at vende tilbage til arbejdsmarkedet efter apopleksi er blevet betydeligt bedre i perioden 1996 til 2006 (8).

For stort set alle sygdomsbyrdemål for apopleksi er mænd mest belastet. Men i de ældste aldersgrupper er kvinderne mest belastet, idet sygdommen debuterer senere og oftere er mere alvorlig blandt kvinder (9), samtidig med at kvinder lever længere end mænd, og apopleksisygeligheden stiger kraftigt med alderen. Produktionstab som følge af sygdommen er også størst blandt mænd, idet de oftere rammes i den arbejdsdygtige alder.

Resultaterne i denne undersøgelse tegner et klart billede af, at apopleksi især belaster grupper med kortere uddannelse. Der ses en tydelig social gradient for alle byrdemål med undtagelse af ambulante hospitalsbesøg. Særligt markant er andelen af tabte leveår og førtidspensioner i grupper med grundskole og kort uddannelse. Et dansk studie har fundet, at der ikke er uddannelsesmæssig ulighed i overlevelsen efter apopleksi, men derimod indkomstmæssig ulighed. Uligheden sås dog primært i forhold til overlevelse ud over en måned efter apopleksi (10). Mulige forklaringer kan være, at patienter med lav indkomst har højere komorbiditet, flere risikofaktorer for død (10). Endvidere har et andet dansk studie fundet, at personer med lav socioøkonomisk status har mindre sandsynlighed for at modtage den optimale behandling efter akut apopleksi end personer med høj socioøkonomisk status (11).

17.13 Metode

I denne rapport er apopleksi defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 17.13.1.

Tabel 17.13.1 Diagnoseklassifikation af apopleksi

Sygdom	ICD-10
Blødning i hjernehinde	I60
Hjerneblødning	I61
Anden ikke-traumatisk intrakraniell blødning	I62
Hjerneinfarkt	I63
Slagtilfælde uden oplysning om blødning eller infarkt	I64
Tillukning og forsnævring af hjernens tilførende kar uden hjerneinfarkt	I65

Opgørelserne af incidente tilfælde af apopleksi er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middelelevetid og tabte leveår på grund af apopleksi er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er apopleksi.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af apopleksi er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 17.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af apopleksi benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med apopleksi sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har apo-

pleksi, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af apopleksi anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af apopleksi opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med apopleksi i forhold til personer uden apopleksi. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af apopleksi er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundsiggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af apopleksi benyttes Landspati-entregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med apopleksi sammenlignet med personer uden apopleksi. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne B01, C02, C03, C07, C09 og C10 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med apopleksi og en udvalgt gruppe af personer uden apopleksi. Medicinudgifterne er udelukkende udtrukket for personer over 16 år, da adgangen til Lægemiddelstatistikregisteret har været begrænset til denne aldersgruppe. Der er dog beregnet medicinudgifter for børn med apopleksi ved at benytte forekomsten i aldersgruppen 0-15 år og estimatet for meromkostningerne for de 16-24-årige.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

17.14 Referencer

1. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
2. Vollset SE. Risk and causes of death between 40 and 70 years of age in the Nordic countries 1951-2010. *Scand J Public Health*. 2013;41:644-51.
3. Koch MB, Johnsen NF, Davidsen M, Juel K. Hjertekarsygdomme i 2011 - Incidens, prævalens og dødelighed samt udviklingen siden 2002. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2014.
4. Lackland DT, Roccella EJ, Deutsch AF, Fornage M, George MG, Howard G, et al. Factors influencing the decline in stroke mortality: a statement from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2014;45(1):315-53.
5. Demant MN, Andersson C, Ahlehoff O, Charlot M, Olesen JB, Gjesing A, et al. Temporal trends in stroke admissions in Denmark 1997-2009. *BMC Neurol*. 2013;13:156.
6. Jørgensen HS, Nakayama H, Raaschou HO, Vive-Larsen J, Støier M, Olsen TS. Outcome and time course of recovery in stroke. Part I: Outcome. The Copenhagen Stroke Study. *Arch Phys Med Rehabil*. 1995;76(5):399-405.
7. Waje-Andreassen U, Thomassen L, Jusufovic M, Power KN, Eide GE, Vedeler CA, et al. Ischaemic stroke at a young age is a serious event--final results of a population-based long-term follow-up in Western Norway. *Eur J Neurol*. 2013;20(5):818-23.
8. Hannerz H, Mortensen OS, Poulsen OM, Humle F, Pedersen BH, Andersen LL. Time trend analysis of return to work after stroke in Denmark 1996-2006. *Int J Occup Med Environ Health*. 2012;25(2):200-4.
9. Appelros P, Stegmayr B, Terent A. Sex differences in stroke epidemiology: a systematic review. *Stroke*. 2009;40(4):1082-90.
10. Andersen KK, Dalton SO, Steding-Jessen M, Olsen TS. Socioeconomic position and survival after stroke in Denmark 2003 to 2012: nationwide hospital-based study. *Stroke*. 2014;45(12):3556-60.
11. Langagergaard V, Palnum KH, Mehnert F, Ingeman A, Krogh BR, Bartels P, et al. Socioeconomic differences in quality of care and clinical outcome after stroke: a nationwide population-based study. *Stroke*. 2011;42(10):2896-902.

18 KOL

- I Danmark er der årligt 10.000 nye tilfælde af KOL, og 65.000 personer lever med KOL, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.
- Hvert år dør 3.300 personer på grund af KOL. Det svarer til 6 % af alle dødsfald i Danmark.
- Hvert år resulterer KOL i 8.300 tabte leveår.
- KOL er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på syv måneder for mænd og otte måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 17.000 indlæggelser med KOL som aktionsdiagnose. Det svarer til 2 % af alle somatiske indlæggelser i Danmark.
- Der registreres årligt 65.000 ambulante hospitalsbesøg med KOL som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 3.400 skadestuebesøg med KOL som aktionsdiagnose.
- Personer med KOL har årligt 490.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden KOL.
- KOL er årligt årsag til 270 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med KOL har årligt 180.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden KOL.
- Hvert år koster KOL 1.290 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af KOL resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.440 mio. kr.
- Hvert år koster KOL 1.200 mio. kr. på grund af tabt produktion.

18.1 Indledning

KOL (Kronisk obstruktiv lungesygdom) er en kronisk og potentielt livstruende sygdom, hvor luftvejene forsnavnes på grund af en kronisk inflammationstilstand. KOL er karakteriseret ved permanent og oftest tiltagende nedsættelse af lungefunktionen og giver sig til udtryk ved åndedrætsbesvær, hoste og slim i luftvejene. KOL udvikler sig langsomt og opdages som regel først i 40-60-årsalderen. De første symptomer viser sig typisk, når ca. halvdelen af lungefunktionen er gået tabt (1-7). Personer med KOL vil opleve gode og dårlige dage, og på de dårlige dage skal der mindre til at udløse et anfald med åndenød end normalt. Når en dårlig dag er usædvanlig slem, eller fortsætter med flere dårlige dage i træk, er der tale om en forværring i sygdommen (eksacerbation i KOL). Forværringer vil ofte medføre kontakt til læge, ambulatorium, skadestue eller indlæggelse (8). Man går ud fra, at ca.

200.000 danskere har moderat eller svær KOL defineret ud fra kliniske symptomer og lungefunktionsmåling (9), og mindst 100.000 personer er i medicinsk behandling (10). KOL omfatter i denne rapport bronkitis (vedvarende luftvejsirritation) samt udvidelse af lunger (emfysem) og bronkier.

I langt de fleste tilfælde (85-90 %) skyldes KOL tobaksrygning inklusive passiv rygning (11), men også indendørs og udendørs luftforurening samt arbejdsmiljø med støv og kemikalier (røg, dampe og irritationsinducerende stoffer) har betydning for udviklingen af sygdommen (5). Det er estimeret, at mindst 25 % af alle rygere vil have udviklet klinisk relevant KOL, og 30-40 % vil have udviklet én eller anden form for KOL efter 25 års rygning (12). Aldrig-rygere har generelt en mildere form for KOL i sammenligning med rygere og ex-rygere. Aldrig-rygere med KOL har endvidere en bedre overlevelse end rygere og ex-rygere med KOL (13).

Dødeligheden af KOL er højere i Danmark end i noget andet europæisk land, og dødeligheden i Danmark har været stigende fra midt-1990'erne og frem til slut-1990'erne. Herefter har der været et fald og en stagnering i sygdommen frem til 2010 (14). I tillæg til den høje KOL-dødelighed er sygelighedsbyrden i form af et langt forløb med nedsat funktionsevne og livskvalitet ligeledes betydelig.

18.2 Forekomst af KOL

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med KOL i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med KOL (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år. Dermed består opgørelserne kun af de forholdsvist svære tilfælde af KOL. Mindre svære tilfælde, der eksempelvis udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren, er således ikke medregnet.

Der er årligt 10.048 incidente tilfælde af KOL, svarende til en incidensrate på 223 per 100.000 mænd og 232 per 100.000 kvinder (tabel 18.2.1). Incidensraten af KOL stiger med alderen og er højest blandt mænd på 85 år eller derover og blandt kvinder i aldersgruppen 75-84 år.

Tabel 18.2.1 KOL. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	-	-	-	-	-
16-24	6	9	18	26	44
25-34	12	15	41	49	90
35-44	39	37	154	143	297
45-54	112	127	441	487	928
55-64	293	276	1.016	962	1.978
65-74	521	502	1.360	1.393	2.753
75-84	1.137	973	1.308	1.479	2.787
85-	1.536	889	509	662	1.171
I alt	223	232	4.847	5.201	10.048

I Danmark lever 64.733 personer med KOL, og størstedelen ses blandt kvinder (tabel 18.2.2). Prævalensraten af KOL stiger indtil 85-årsalderen, og det højeste antal personer med KOL ses i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 18.2.2 KOL. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	24	32	76	97	173
25-34	95	108	312	353	665
35-44	263	289	1.048	1.134	2.182
45-54	736	880	2.889	3.391	6.280
55-64	1.793	2.093	6.364	7.496	13.860
65-74	3.399	3.769	8.917	10.577	19.494
75-84	6.253	5.932	7.532	9.497	17.029
85-	5.767	3.978	1.988	3.062	5.050
I alt	1.318	1.560	29.126	35.607	64.733

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.030 og 1.828 færre incidente tilfælde af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til halvdelen og to ud af fem af alle incidente tilfælde på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.2.3 KOL. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidente tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.820	2.496	1.146	1.385	63,0	55,5
Kort uddannelse	1.853	1.327	884	443	47,7	33,4
Mellemlang/lang uddannelse	370	451	–	–	–	–
I alt	4.043	4.274	2.030	1.828	50,2	42,8

18.3 KOL og dødelighed

KOL er årligt årsag til 3.330 dødsfald (tabel 18.3.1). Flere kvinder end mænd og flest i aldersgruppen 75-84 år dør af KOL. KOL er årsag til 6,4 % af alle dødsfald og årsag til 8,0 % og 10,6 % af alle dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder i aldersgruppen 75-84 år.

Tabel 18.3.1 KOL. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	0	1	0,5	0,0	0,4
35-44	2	1	3	0,4	0,4	0,4
45-54	29	23	52	2,0	2,5	2,2
55-64	130	136	266	3,8	6,1	4,7
65-74	327	367	694	5,5	8,7	6,8
75-84	625	792	1.417	8,0	10,6	9,3
85-	400	497	897	6,4	4,4	5,1
I alt	1.514	1.816	3.330	5,9	6,8	6,4

Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald på grund af KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 604 og 761 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 56,1 % og 58,8 % af alle dødsfald på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.3.2 KOL. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i alderen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	577	914	382	606	66,0	66,0
Kort uddannelse	425	315	222	155	52,0	49,0
Mellemlang/lang uddannelse	75	66	–	–	–	–
I alt	1.077	1.295	604	761	56,1	58,8

Det estimeres, at middellevetiden i befolkningen er syv måneder kortere for mænd og otte måneder kortere for kvinder grundet dødsfald på grund af KOL (tabel 18.3.3). KOL er årligt årsag til i 8.338 tabte leveår i befolkningen, fordelt ligeligt mellem mænd og kvinder.

Tabel 18.3.3 KOL. Befolkningens middellevetid og middellevetid uden KOL, befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår på grund af KOL fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden KOL	Tab	
Mænd	77,7	78,3	0,6	4.168
Kvinder	81,7	82,5	0,7	4.169
I alt				8.338

De højeste antal tabte leveår ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 2.775 og 2.966 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 70,7 % og 73,1 % af alle tabte leveår på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder.

Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.3.4 KOL. Tabte leveår og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.963	2.716	1.626	2.295	82,9	84,5
Kort uddannelse	1.736	1.108	1.149	671	66,2	60,6
Mellemlang/lang uddannelse	227	233	–	–	–	–
I alt	3.925	4.057	2.775	2.966	70,7	73,1

18.4 KOL og indlæggelser

Der registreres årligt 16.580 indlæggelser med KOL som aktionsdiagnose, hvoraf størstedelen ses blandt kvinder (tabel 18.4.1). Det højeste antal indlæggelser på grund af KOL ses blandt personer på 45 år eller derover. KOL årsag til 1,8 % af alle somatiske indlæggelser og 3,7 % af alle somatiske indlæggelser i aldersgruppen 75-84 år.

Tabel 18.4.1 KOL, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	9	10	19	0,0	0,0	0,0
25-34	17	27	44	0,1	0,1	0,1
35-44	101	99	200	0,3	0,2	0,2
45-54	483	571	1.054	0,8	0,9	0,9
55-64	1.221	1.594	2.815	1,4	2,1	1,8
65-74	2.290	2.899	5.189	2,2	3,3	2,7
75-84	2.486	3.109	5.595	3,4	4,0	3,7
85-	738	926	1.664	2,6	1,9	2,2
I alt	7.345	9.235	16.580	1,7	1,9	1,8

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.933 og 4.586 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 63,1 % og 57,2 % af alle somatiske indlæggelser på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.4.2 KOL, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.368	5.422	2.529	3.691	75,1	68,1
Kort uddannelse	2.469	2.053	1.404	895	56,9	43,6
Mellemlang/lang uddannelse	396	537	–	–	–	–
I alt	6.233	8.012	3.933	4.586	63,1	57,2

18.5 KOL og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 65.455 ambulante hospitalsbesøg med KOL som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 18.5.1). Det største antal ambulante hospitalsbesøg på grund af KOL ses i aldersgruppen 65-74 år for både mænd og kvinder. KOL er årsag til 0,8 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 18.5.1 KOL, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	55	69	124	0,0	0,0	0,0
25-34	127	159	286	0,1	0,0	0,0
35-44	535	632	1.167	0,1	0,1	0,1
45-54	2.192	2.715	4.907	0,4	0,4	0,4
55-64	6.109	8.144	14.253	0,8	0,9	0,9
65-74	10.476	13.443	23.919	1,2	1,5	1,4
75-84	7.486	10.433	17.919	1,5	2,0	1,7
85-	1.199	1.681	2.880	1,1	1,0	1,0
I alt	28.179	37.276	65.455	0,8	0,8	0,8

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 12.263 og 14.220 færre ambulante hospitalsbesøg, svarende til 48,1 % og 41,3 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.5.2 KOL, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	11.149	19.646	6.630	10.305	59,5	52,5
Kort uddannelse	11.976	11.191	5.633	3.915	47,0	35,0
Mellemlang/lang uddannelse	2.392	3.579	–	–	–	–
I alt	25.517	34.416	12.263	14.220	48,1	41,3

18.6 KOL og skadestuebesøg

Der registreres årligt 3.372 skadestuebesøg med KOL som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 18.6.1). For både mænd og kvinder er antal af besøg stigende indtil 75-årsalderen, hvorefter antallet falder. KOL er årsag til en meget lille andel (0,5 %) af det samlede antal somatiske skadestuebesøg.

Tabel 18.6.1 KOL, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	3	6	9	0,0	0,0	0,0
25-34	5	7	12	0,0	0,0	0,0
35-44	27	22	49	0,0	0,1	0,0
45-54	116	121	237	0,2	0,3	0,2
55-64	315	331	646	0,7	0,8	0,8
65-74	534	576	1.110	1,4	1,6	1,5
75-84	482	556	1.038	1,9	1,7	1,8
85-	116	155	271	1,0	0,6	0,7
I alt	1.598	1.774	3.372	0,4	0,6	0,5

De fleste skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.6.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 829 og 932 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til tre ud af fem af alle somatiske skadestuebesøg på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.6.2 KOL, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	708	1.006	520	703	73,4	69,9
Kort uddannelse	563	439	309	229	54,9	52,2
Mellemlang/lang uddannelse	95	99	–	–	–	–
I alt	1.366	1.544	829	932	60,7	60,4

18.7 KOL og primærsektor

For KOL er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med KOL sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset KOL.

Personer med KOL har årligt 485.692 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden KOL (tabel 18.7.1). Størstedelen af besøg ses blandt kvinder, og det højeste antal besøg ses i aldersgruppen 65-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med KOL udgør 1,4 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 18.7.1 KOL. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	187	268	455	0,0	0,0	0,0
25-34	858	1.635	2.493	0,1	0,1	0,1
35-44	5.628	8.546	14.174	0,3	0,3	0,3
45-54	18.309	27.626	45.935	0,9	0,9	0,9
55-64	42.521	63.403	105.924	1,7	2,0	1,8
65-74	64.045	88.148	152.193	2,4	2,8	2,6
75-84	55.006	72.754	127.760	3,2	3,0	3,1
85-	14.944	21.814	36.758	2,5	1,6	1,9
I alt	201.498	284.194	485.692	1,5	1,3	1,4

De højeste antal besøg hos alment praktiserende læge ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 83.499 og 112.781 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 49,0 % og 46,6 % af alle besøg på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.7.2 KOL. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	79.892	147.311	49.542	86.635	62,0	58,8
Kort uddannelse	75.220	71.953	33.957	26.146	45,1	36,3
Mellemlang/lang uddannelse	15.443	22.523	–	–	–	–
I alt	170.555	241.787	83.499	112.781	49,0	46,6

18.8 KOL og førtidspensioner

KOL er årligt årsag til 273 nytilkendte førtidspensioner, og flest ses blandt mænd (tabel 18.8.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af KOL stiger med alderen. KOL er årsag til 1,7 % af alle nytilkendelser, hvilket dækker over 2,1 % af alle nytilkendelser blandt mænd og 1,4 % af alle nytilkendelser blandt kvinder.

Tabel 18.8.1 KOL. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af KOL og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	0	1	1	0,0	0,1	0,1
35-44	7	9	16	0,5	0,5	0,5
45-54	53	33	86	2,2	1,2	1,7
55-64	96	74	170	4,3	3,2	3,7
I alt	156	117	273	2,1	1,4	1,7

Størstedelen af de nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 18.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af KOL som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 199 færre nytilkendte førtidspensioner på grund af KOL, svarende til 90,0 % og 67,6 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af KOL blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, men dog uden en nævneværdig gradient blandt mænd, idet forskellen næsten alene skyldes relativt få førtidspensioner blandt mænd med mellemlang/lang uddannelse. Der er en social gradient blandt kvinder, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 18.8.2 KOL. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	73	55	70	45	95,9	81,8
Kort uddannelse	64	43	56	28	87,5	65,1
Mellemlang/lang uddannelse	3	10	–	–	–	–
I alt	140	108	126	73	90,0	67,6

18.9 KOL og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsg dage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af KOL beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med KOL sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset KOL.

Erhvervsaktive personer med KOL har årligt 176.880 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden KOL (tabel 18.9.1). Antallet af sygedage er stort set ens blandt mænd og kvinder, og antallet stiger med alderen. De højeste antal sygedage ses i aldersgruppen 55-64 år, både for mænd og kvinder. Sygedagene blandt personer med KOL udgør 0,7 % af alle sygedage. Det negative antal sygedage blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år antages at bero på statistisk usikkerhed.

Tabel 18.9.1 KOL. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	316	-94	222	0,0	0,0	0,0
25-34	1.776	2.974	4.750	0,1	0,1	0,1
35-44	9.314	12.200	21.514	0,3	0,3	0,3
45-54	31.965	35.183	67.148	0,9	0,7	0,8
55-64	44.907	38.339	83.246	1,8	1,4	1,6
I alt	88.278	88.602	176.880	0,8	0,6	0,7

18.10 KOL og sundhedsøkonomi

Hvert år koster KOL 1.292,9 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 18.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst blandt kvinder sammenlignet med mænd. De største omkostninger ses i aldersgruppen 65-84 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser udgør den største andel af de samlede omkostninger (38 %). Ambulante hospitalsbesøg udgør 11 % af omkostningerne, imens der stort set ikke er omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Besøg hos alment praktiserende læge udgør 3 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje. Receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør en stor andel af de samlede omkostninger til behandling og pleje af KOL, henholdsvis 26 % og 22 %.

Tidlig død på grund af KOL medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.441,8 mio. kr. årligt (tabel 18.10.2). Nettoomkostningerne er negative for både mænd og kvinder. De samlede nettoomkostninger forbundet med behandling og pleje af KOL er -148,8 mio. kr. årligt. Det største sparede sundhedskonsum ses i aldersgruppen 65-84 år, og nettoomkostningerne er negative for personer på 65 år eller derover for både mænd og kvinder.

Tabel 18.10.1 KOL. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	3,2	2,1	0,0	0,5	3,0	1,2
45-64	49,7	20,2	0,1	5,1	38,8	13,5
65-84	143,3	40,4	0,2	10,3	92,0	58,6
85-	20,4	2,9	0,0	1,4	10,6	15,1
I alt	216,6	65,6	0,3	17,3	144,4	88,4
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	3,0	2,3	0,0	0,9	3,1	1,7
45-64	58,8	24,9	0,1	7,1	53,1	25,8
65-84	182,1	50,4	0,2	12,6	118,8	136,0
85-	26,3	3,8	0,0	1,8	14,3	33,3
I alt	270,2	81,4	0,3	22,4	189,3	196,8
Total	486,8	147,0	0,6	39,7	333,7	285,2

Tabel 18.10.2 KOL. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	10,1	0,9	9,1
45-64	127,4	81,6	45,8
65-84	344,8	412,6	-67,8
85-	50,3	109,5	-59,2
I alt	532,6	604,6	-72,1
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	10,9	0,3	10,6
45-64	169,8	89,0	80,8
65-84	500,1	583,1	-83,0
85-	79,6	164,8	-85,2
I alt	760,4	837,2	-76,8
Total	1.292,9	1.441,8	-148,9

18.11 KOL og produktionstab

Hvert år koster KOL 1.199,5 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 18.11.1). Omkostningerne er større blandt mænd end blandt kvinder og klart størst i den ældste aldersgruppe. KOL er årsag til produktionstab på 44,3 mio. kr. på grund af sygedage og 679,8 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af KOL hvert år koster 475,4 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af KOL skyldes altså førtidspensioner.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 4.504,2 mio. kr.

Tabel 18.11.1 KOL. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	2,5	49,3	15,8	67,7
45-65	18,6	379,8	280,6	679,0
I alt	21,1	429,1	296,4	746,7
Kvinder				
16-44	3,2	54,2	3,3	60,7
45-65	20,0	196,5	175,7	392,1
I alt	23,2	250,7	179,0	452,8
Total	44,3	679,8	475,4	1.199,5

18.12 Kommentarer til resultater

Sygdomsbyrden ved KOL er særlig markant på dødelighed, indlæggelser og sundhedsøkonomiske omkostninger. Således er KOL årsag til godt 6 % af alle dødsfald i Danmark og næsten 2 % af alle indlæggelser. I forhold til sundhedsøkonomien er især omkostninger til receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp store sammenlignet med de øvrige sygdomme i denne rapport.

Prævalens og incidens af KOL er i denne rapport estimeret ved personer, der har været registreret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret med en KOL-diagnose, og derved indgår kun de forholdsvist svære tilfælde af KOL i opgørelserne. Opgørelser af prævalenser ved hjælp af spørgeskemadata i den generelle befolkning viser en prævalenshyppighed, der er omtrent tre gange så høj som i denne rapport (15). Opgørelser af prævalenser ved hjælp af lungefunktionsmåling (spirometri) i befolkningen giver ligeledes anledning til en væsentlig højere prævalens (1, 9, 16), fordi man her i tillæg fanger de personer, der har en mere mild form for KOL, og som ikke allerede er diagnosticeret med KOL. I det ene af disse studier fandt man, at kun 28 % af deltagerne, der blev diagnosticeret med KOL, kunne findes med en KOL-diagnose i Landspatientregisteret.

Den markante sygdomsbyrde for KOL i form af dødsfald og tabte leveår er langt hen ad vejen en afspejling af danskernes rygeadfærd, idet rygning er den betydeligste risikofaktor for KOL. Rygere har 10 gange så høj en risiko for udvikling af KOL i forhold til aldrig-rygere (7). Fra 1970'erne og frem til midt-1990'erne var rygeprævalensen blandt både danske mænd og kvinder den højeste sammenlignet med mænd og kvinder i de øvrige nordiske lande. Rygeprævalensen faldt dog i denne periode, og faldet er fortsat frem til i dag. Således har rygeprævalensen blandt danske mænd siden midt-1990'erne ligget på stort set samme niveau som blandt finske og norske mænd, mens rygeprævalensen blandt danske kvinder har ligget på samme niveau som blandt norske kvinder (17). De seneste mange årtiers fald i rygeprævalensen i Danmark må formodes at påvirke sygdomsbyrden i en positiv retning på sigt, idet helbredseffekten af rygning først kommer til fuldt udtryk med årtiers forsinkelse.

I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 præsenteres en aldersstandardiseret KOL-dødelighedsrate fra 2010 for Danmark på henholdsvis 60 og 67 per 100.000 for mænd og kvinder. Dødelighedsraten er væsentlig højere end i Norge, Sverige og Finland for både danske mænd og kvinder, og for kvinder er raten den højeste blandt de europæiske lande. Endvidere udgør dødsfald på grund af KOL en større andel af alle dødfald blandt danske kvinder sammenlignet med kvinder i de øvrige europæiske lande (14).

Der er forholdsvis mange indlæggelser og skadestuebesøg blandt personer med KOL, hvilket især skyldes de periodevise forværringer (eksacerbationer), som personer med KOL oplever.

Et nyligt studie viser, at langt størstedelen (90 %) af de personer, der døde af KOL i 2010, havde kontakt med en praktiserende læge i de sidste tre år før død. Næsten halvdelen havde syv eller flere kontakter i denne periode. Kontakterne blev, i modsætning til kontakter for personer med lungekræft, ikke hyppigere, jo tættere de kom på dødstidspunktet (18). Omtrent halvdelen af personer med KOL var visiteret til praktisk hjælp fra den kommunale hjemmepleje i de sidste to år før død, mens en lidt mindre andel var visiteret til personlig pleje. Til sammenligning var en langt mindre andel af personer med lungekræft visiteret til praktisk hjælp og personlig pleje (19).

KOL koster hvert år 1.240 mio. kr. i behandling og pleje, og omkostningerne forbundet med indlæggelser udgør mere end en tredjedel af de samlede omkostninger til behandling og pleje af KOL. Endvidere er der store omkostninger forbundet med receptpligtig medicin og hjemmehjælp/praktisk hjælp, og KOL er dermed den sygdom, der bidrager med de fjerdestørste omkostninger til hver af disse to poster. Tidlig død på grund af KOL resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 1.440 mio. kr. De årlige nettoomkostninger for KOL er således -150 mio. kr.

Hvert år koster KOL 1.200 mio. kr. på grund af tabt produktion, hvoraf størstedelen (57 %) skyldes førtidspensioner. Produktionstabt modsvares af årlige besparelser i det fremtidige konsum på 4.500 mio. kr. som følge af kortere levetid.

Der er ingen betydelige kønsforskelle i hyppigheden af incidente tilfælde af KOL, men flere kvinder end mænd lever med og dør på grund af KOL. En nylig dansk publikation med opgørelser af blandt andet prævalens af KOL viser, at der er en større andel af mænd end kvinder, der lever med KOL (20). Forklaringen på denne uoverensstemmelse må være, at populationen af personer med KOL er defineret anderledes (ved ICD-10 koden J44, ved sygdomsspecifik medicin samt ved en mere snæver aldersgruppe) end i denne rapport. I nærværende rapport ses der endvidere betydelig flere årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder end blandt mænd. Derimod er der blandt mænd sammenlignet med kvinder flere årlige nytilkendte førtidspensioner på grund af KOL samt højere produktionstab på grund af både sygedage, førtidspension og tidlig død. De større omkostninger for mænd på grund af tidlig død kan ikke forklares med en højere dødelighed af KOL, idet der er stort set lige mange dødfald blandt mænd og kvinder indtil alder 65 år, men derimod kan forklaringen ligge i mænds gennemsnitlige højere lønninger i forhold til kvinder.

Der er markant social ulighed i alle byrdemål for KOL. I et review, der belyser sammenhængen mellem socioøkonomisk status i form af uddannelse eller beskæftigelse og KOL-prævalens, -dødelighed samt -indlæggelser, ses der ligeledes en markant social ulighed (21). Den sociale ulighed kan langt hen ad vejen, men ikke fuldstændigt, forklares ved den sociale gradient, der også ses for rygeadfærd (22). En ny dansk rapport viser social ulighed i prævalensen af KOL, KOL-dødelighed og arbejdsmarkedstilknytning, således at en større andel af personer med grundskole har KOL, har ringere arbejdsmarkedstilknytning og overdødelighed i forhold til andelen med en lang uddannelse (20). I et dansk studie blandt personer med allerede udviklet KOL ses der også en sammenhæng mellem uddannelseslængde og KOL-dødelighed, -indlæggelser og -eksacerbationer (midlertidig forværring af KOL). Dog er sammenhængen mellem uddannelse ikke længere signifikant, når der kontrolleres for en lang række confoundere (alder, køn, rygestatus, kost, BMI, sygdomsgrad m.fl.). Som årsager til uligheden foreslås, foruden rygeadfærd, en kombination af dårligere efterlevelse af anbefalinger vedrørende medicinindtagelse, komorbiditet, højere arbejdsløshed og mindre gode sociale relationer blandt de kortuddannede personer med KOL (23).

18.13 Metode

I denne rapport er KOL defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 18.13.1.

Tabel 18.13.1 Diagnoseklassifikation af KOL

Sygdom	ICD-10
Bronkit uden specifikation	J40
Simpel og mukopurulent kronisk bronkit	J41
Kronisk bronkit uden specifikation	J42
Udvidelse af lunger	J43
Anden kronisk obstruktiv lungesygdom	J44
Udvidelse af bronkier	J47

Opgørelserne af incidens og prævalens af KOL er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af KOL er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er KOL.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af KOL er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 18.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af KOL benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med KOL sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har KOL, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af KOL anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af KOL opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med KOL i forhold til personer uden KOL. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af KOL er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af KOL benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældreokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med KOL sammenlignet med personer uden KOL. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne H02, J01, R03, R05 og B02 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med KOL og en udvalgt gruppe af personer uden KOL.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

18.14 Referencer

1. Fabricius P, Løkke A, Marott JL, Vestbo J, Lange P. Prevalence of COPD in Copenhagen. *Respir Med.* 2011;105(3):410-7.
2. Lange P. Kronisk obstruktiv lungesygd. *Ugeskr Læger.* 2013;175(16):1105-8.
3. Mannino DM, Buist AS. Global burden of COPD: risk factors, prevalence, and future trends. *Lancet.* 2007;370(9589):765-73.
4. Nielsen HM, Rødsgaard PA, Weinreich UM. Chronic obstructive pulmonary disease as comorbidity in patients admitted to a university hospital: a cross-sectional study. *The Clinical Respiratory Journal.* 2014;8(3):274-80.
5. World Health Organization. Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). 2013 [20-11-2014]. www.who.int/mediacentre/factsheets/fs315/en/.
6. Viegi G, Pistelli F, Sherrill D, Maio S, Baldacci S, Carrozzi L. Definition, epidemiology and natural history of COPD. *Eur Respir J.* 2007;30(5):993-1013.
7. Juel K, Døssing M. KOL i Danmark - Sygdommen der hver dag koster 10 danskere livet. København: Statens Institut for Folkesundhed, 2003.
8. Frausing E. Hvad er KOL? Danmarks Lungeforening; 2012 [23-02-2015]. www.lunge.dk/forvaerringer-ved-kol.
9. Lange P, Marott J, Dahl M, Ingebrigtsen T, Vestbo J, Nordestgaard B. Substantial need for early diagnosis, rehabilitation and treatment of chronic obstructive pulmonary disease. *Dan Med J.* 2012;59(4).
10. Dansk register for Kronisk Obstruktiv Lungesygd. National årsrapport 2013. Aarhus: 2014.
11. Hendriksen C, Backer V, Carlsson DM, Jørgensen SJ. Kronisk obstruktiv lungesygd (KOL). *Ugeskr Læger.* 2005(167/3):269-72.
12. Løkke A, Lange P, Scharling H, Fabricius P, Vestbo J. Developing COPD: a 25 year follow up study of the general population. *Thorax.* 2006;61(11):935-9.
13. Thomsen M, Nordestgaard BG, Vestbo J, Lange P. Characteristics and outcomes of chronic obstructive pulmonary disease in never smokers in Denmark: a prospective population study. *Lancet Respir Med.* 2013;1(7):543-50.
14. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
15. Sundhedsstyrelsen og Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Danskernes Sundhed – Tal fra Den Nationale Sundhedsprofil. 2014 [05-05-2015]. www.danskernessundhed.dk/.
16. Hansen JG, Pedersen L, Overvad K, Omland Ø, Jensen HK, Sørensen HT. The Prevalence of chronic obstructive pulmonary disease among Danes aged 45-84 years: population-based study. *COPD.* 2008;5(6):347-52.
17. OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health. 2014 [25-02-2015]. www.oecd.org.
18. Husted MG, Kriegbaum M, Kirkegaard N, Lange P. The use of healthcare resources in the last 3 years of life in patients with COPD and lung cancer in Denmark. A retrospective nationwide study. *BMJ Support Palliat Care.* 2014.
19. Danmarks Lungeforening, Palliativt Videncenter. Palliativ indsats til KOL-patienter. København: 2013.
20. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.
21. Gershon AS, Dolmage TE, Stephenson A, Jackson B. Chronic Obstructive Pulmonary Disease and SocioEconomic Status: a Systematic Review. *COPD.* 2012;9(3):216-26.
22. Huisman M, Kunst AE, Mackenbach JP. Educational inequalities in smoking among men and women aged 16 years and older in 11 European countries. *Tob Control.* 2005;14(2):106-13.
23. Lange P, Marott JL, Vestbo J, Ingebrigtsen TS, Nordestgaard BG. Socioeconomic Status and Prognosis of COPD in Denmark. *COPD.* 2014;11(4):431-7.

19 NEDRE LUFTVEJSINFEKTIONER

- Hvert år dør 1.900 personer på grund af nedre luftvejsinfektioner. Det svarer til 4 % af alle dødsfald.
- Hvert år resulterer nedre luftvejsinfektioner i 1.800 og 970 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Nedre luftvejsinfektioner er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder.
- Der registreres årligt 22.000 indlæggelser blandt mænd og 20.000 blandt kvinder med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 16.000 ambulante hospitalsbesøg med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 3.500 skadestuebesøg med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose.
- Hvert år koster nedre luftvejsinfektioner 1.820 mio. kr. i hospitalsbehandling. Tidlig død på grund af nedre luftvejsinfektioner resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til hospitalsbehandling på 340 mio. kr.
- Hvert år koster nedre luftvejsinfektioner 280 mio. kr. på grund af tabt produktion.

19.1 Indledning

Nedre luftvejsinfektioner omfatter i denne rapport influenza med eller uden påvist influenzavirus, lungebetændelse forårsaget af bakterier, vira eller andre mikroorganismer samt andre akutte infektioner i de nedre luftveje, såsom akut bronkitis.

Influenza er en meget almindelig virusinfektion i luftvejene, der forekommer i tre former. Foruden den almindelige sæsoninfluenza findes der verdensomspændende influenzaepidemier, der kan ramme uden for den forventede influenzasæson, og fugleinfluenza, der i sjældne tilfælde smitter mennesker (1). Influenzavirus smitter enten via direkte luftbåren smitte eller ved kontaktsmitte. Efter overført smitte med influenzavirus er inkubationstiden en til tre dage, før der kommer symptomer med feber, kulderystelser, hovedpine, tør hoste og muskelømhed. I svære tilfælde kan virus sprede sig fra de øvrige luftveje og bronkier til lungerne (2).

Lungebetændelse er en betændelsestilstand i lungevævet med symptomer i form af feber med hoste, opspyt, åndenød og stingsmerter. Der skelnes ofte mellem den ikke-hospitalserhvervede og den hospitalserhvervede lungebetændelse. Den ikke-hospitalserhvervede lungebetændelse er den hyppigste og er oftest forårsaget af pneumokokbakterier (3).

Akut bronkitis er en hyppigt forekommende infektionssygdom i bronkierne, der ses i alle aldersgrupper. Symptomerne er let feber og hoste (4).

Hos de fleste er hverken influenza eller lungebetændelse nogen alvorlig sygdom og går over af sig selv eller efter kort behandlingstid. Hos personer med et svækket immunforsvar kan der imidlertid opstå problemer og i værste fald død. De ældre er særligt udsatte, da de kan være mere modtagelige for infektioner og have sværere ved at blive raske igen. Lungebetændelse er fundet at være den udskrivningsdiagnose, der er relateret til flest dødsfald efter hospitalsindlæggelse (5), og komorbiditet og funktionsniveau er af betydning for prognosen (6).

Influenza forekommer som såkaldt sæsoninfluenza, oftest i vinter- og forårsmånederne fra december til marts. Denne almindelige type influenza optræder i perioder af fire til otte ugers varighed, hvor antallet af indlæggelser og dødsfald ofte stiger, primært blandt den ældste del af befolkningen og blandt risikogrupper med visse kroniske sygdomme. Et par gange i løbet af en tiårig periode kan influenzaforekomsten være markant højere end forventet, og der er således tale om en egentlig epidemi. Antallet af influenzatilfælde under en epidemi er varierende, men op til 20 % af befolkningen kan rammes af sygdommen (2).

Det anslås, at omtrent 20.000 personer hvert år indlægges med lungebetændelse, og at antallet af personer, der behandles hos alment praktiserende læge, er tre til fem gange højere (4). Det er fundet i en dansk undersøgelse, at incidensen af indlæggelser med aktionsdiagnosen lungebetændelse steg med 44 % i perioden 1997-2011, og det er især den ældste del af befolkningen, der indlægges med lungebetændelse (7).

Da der ikke foreligger nationale opgørelser over personer med nedre luftvejsinfektioner, er det ikke muligt at danne en population af personer med nedre luftvejsinfektioner ud fra de tilgængelige datakilder. Således foreligger der for nedre luftvejsinfektioner ingen opgørelser af sygdomsforekomst, besøg hos alment praktiserende læge, produktionstab på grund af sygedage samt omkostninger i primærsektoren, til hjemmehjælp/praktisk hjælp eller til receptpligtig medicin i denne rapport.

19.2 Nedre luftvejsinfektioner og dødelighed

Nedre luftvejsinfektioner er årligt årsag til 1.903 dødsfald, flest blandt kvinder (tabel 19.2.1). Nedre luftvejsinfektioner er årsag til 3,6 % af alle dødsfald og til 6,3 % af alle dødsfald i aldersgruppen 85 år eller derover.

Tabel 19.2.1 Nedre luftvejsinfektioner. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	2	1	3	1,3	0,7	1,0
16-24	2	1	3	1,6	1,9	1,7
25-34	2	2	4	1,1	2,3	1,4
35-44	6	4	10	1,2	1,4	1,3
45-54	15	6	21	1,0	0,6	0,9
55-64	46	25	71	1,3	1,1	1,3
65-74	105	70	175	1,8	1,7	1,7
75-84	274	234	508	3,5	3,1	3,3
85-	420	688	1.108	6,7	6,1	6,3
I alt	872	1.031	1.903	3,4	3,9	3,6

Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed for nedre luftvejsinfektioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 210 færre dødsfald, svarende til en fjerdedel og knap en tredjedel af alle dødsfald på grund af nedre luftvejsinfektioner blandt henholdsvis mænd og kvinder (tabel 19.2.2). Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 19.2.2 Nedre luftvejsinfektioner. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	214	213	74	77	35,0	36,0
Kort uddannelse	171	91	35	24	20,0	26,0
Mellemlang/lang uddannelse	50	27	–	–	–	–
I alt	435	331	109	101	25,1	30,5

Det estimeres, at middellevetiden i hele befolkningen er fire måneder kortere for både mænd og kvinder på grund af nedre luftvejsinfektioner (tabel 19.2.3). Nedre luftvejsinfektioner er årligt årsag til 2.743 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen. To tredjedele af disse ses blandt mænd.

Tabel 19.2.3 Nedre luftvejsinfektioner. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden nedre luftvejsinfektioner, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af nedre luftvejsinfektioner fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)		Tab	Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkning uden nedre luftvejsinfektioner		
Mænd	77,7	78,0	0,3	1.773
Kvinder	81,7	82,0	0,3	970
I alt				2.743

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 19.2.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af nedre luftvejsinfektioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt være 1.072 og 499 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 64,3 % og 54,8 % blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 19.2.4 Nedre luftvejsinfektioner. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	907	531	735	373	81,1	70,2
Kort uddannelse	643	293	336	127	52,3	43,3
Mellemlang/lang uddannelse	118	88	–	–	–	–
I alt	1.667	912	1.072	499	64,3	54,8

19.3 Nedre luftvejsinfektioner og indlæggelser

Der registreres årligt 41.970 indlæggelser med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt mænd (tabel 19.3.1). Det højeste antal indlæggelser ses blandt børn i alderen 0-15 år og blandt personer på 55 år eller derover. Indlæggelser på grund af nedre luftvejsinfektioner udgør 4,0 % af alle somatiske

indlæggelser. Blandt personer på 85 år og derover skyldes 7,9 % af alle somatiske indlæggelser nedre luftvejsinfektioner og blandt børn i alderen 0-15 år er det 6,9 %.

Tabel 19.3.1 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	5.399	3.780	9.179	7,4	6,3	6,9
16-24	313	383	696	1,4	1,1	1,2
25-34	482	662	1.144	1,9	1,4	1,6
35-44	931	900	1.831	2,4	1,7	2,0
45-54	1.298	1.155	2.453	2,2	1,9	2,0
55-64	2.407	2.091	4.498	2,8	2,8	2,8
65-74	4.058	3.237	7.295	3,9	3,6	3,8
75-84	4.701	4.091	8.792	6,4	5,3	5,8
85-	2.721	3.361	6.082	9,6	7,0	7,9
I alt	22.310	19.660	41.970	4,4	3,6	4,0

De fleste indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 19.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for nedre luftvejsinfektioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 7.621 færre indlæggelser, svarende til omtrent en tredjedel af alle somatiske indlæggelser på grund af nedre luftvejsinfektioner. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 19.3.2 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt på køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	5.593	6.109	2.599	2.626	46,5	43,0
Kort uddannelse	5.760	3.611	1.642	754	28,5	20,9
Mellemlang/lang uddannelse	1.567	1.532	—	—	—	—
I alt	12.920	11.252	4.241	3.380	32,8	30,0

19.4 Nedre luftvejsinfektioner og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 16.094 ambulante hospitalsbesøg med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 19.4.1). Størstedelen af de ambulante hospitalsbesøg ses blandt børn i alderen 0-15 år og blandt voksne i aldersgruppen 55-84 år. Ambulante hospitalsbesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner udgør 0,2 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 19.4.1 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt på køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	2.328	1.535	3.863	0,7	0,5	0,6
16-24	159	124	283	0,1	0,0	0,1
25-34	235	553	788	0,1	0,1	0,1
35-44	427	565	992	0,1	0,1	0,1
45-54	754	702	1.456	0,1	0,1	0,1
55-64	1.457	1.106	2.563	0,2	0,1	0,2
65-74	1.515	1.617	3.132	0,2	0,2	0,2
75-84	1.007	1.221	2.228	0,2	0,2	0,2
85-	297	492	789	0,3	0,3	0,3
I alt	8.179	7.915	16.094	0,2	0,2	0,2

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 19.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.762 færre ambulante hospitalsbesøg, svarende til omtrent hver sjette af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 19.4.2 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt på køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.653	2.311	374	576	22,6	24,9
Kort uddannelse	2.524	1.932	504	308	20,0	15,9
Mellemlang/lang uddannelse	777	914	–	–	–	–
I alt	4.954	5.157	878	884	17,7	17,1

19.5 Nedre luftvejsinfektioner og skadestuebesøg

Der registreres årligt 3.490 skadestuebesøg med nedre luftvejsinfektioner som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt mænd (tabel 19.5.1). For både mænd og kvinder er antal af besøg stigende ind til 85-årsalderen. Skadestuebesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner udgør en meget lille andel (0,4 %) af alle somatiske skadestuebesøg både blandt mænd og blandt kvinder.

Tabel 19.5.1 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	54	51	105	0,1	0,1	0,1
16-24	86	87	173	0,1	0,1	0,1
25-34	115	112	227	0,2	0,3	0,2
35-44	151	139	290	0,3	0,3	0,3
45-54	179	167	346	0,3	0,4	0,4
55-64	274	226	500	0,6	0,6	0,6
65-74	342	268	610	0,9	0,7	0,8
75-84	380	326	706	1,5	1,0	1,2
85-	234	299	533	1,9	1,2	1,4
I alt	1.815	1.675	3.490	0,4	0,4	0,4

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 19.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af nedre luftvejsinfektioner som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 289 og 150 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til omtrent hver fjerde og hver syvende af alle somatiske skadestuebesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner blandt henholdsvis mænd og kvinde. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 19.5.2 Nedre luftvejsinfektioner, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt på køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	520	488	216	120	41,5	24,6
Kort uddannelse	532	366	73	30	13,7	8,2
Mellemlang/lang uddannelse	177	191	–	–	–	–
I alt	1.229	1.045	289	150	23,5	14,4

19.6 Nedre luftvejsinfektioner og sundhedsøkonomi

Hvert år koster nedre luftvejsinfektioner 1.815,5 mio. kr. i hospitalsbehandling, og af tabel 19.6.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. De største omkostninger ses i aldersgruppen 65-84 år for både mænd og kvinder. Næsten alle omkostninger skyldes indlæggelser (98 %).

Tidlig død på grund af nedre luftvejsinfektioner medfører besparelse af fremtidige omkostninger til hospitalsbehandling på 338,1 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med hospitalsbehandling af nedre luftvejsinfektioner er 1.477,6 mio. kr. årligt (tabel 19.6.2).

Tabel 19.6.1 Nedre luftvejsinfektioner. Omkostninger til hospitalsbehandling fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg
Mænd			
0-15	258,3	4,3	0,0
16-44	56,7	2,1	0,2
45-64	149,4	5,7	0,2
65-84	384,2	6,7	0,1
85-	114,3	0,6	0,0
I alt	962,9	19,4	0,5
Kvinder			
0-15	188,1	2,7	0,0
16-44	54,3	3,0	0,2
45-64	118,5	5,2	0,1
65-84	311,0	8,1	0,1
85-	139,9	1,2	0,0
I alt	811,8	20,2	0,4
Total	1.774,7	39,6	0,9

Tabel 19.6.2 Nedre luftvejsinfektioner. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	262,7	0,5	262,2
16-44	59,0	2,8	56,2
45-64	155,2	22,8	132,5
65-84	391,0	102,2	288,9
85-	114,9	51,7	63,2
I alt	982,8	180,0	803,0
Kvinder			
0-15	190,8	0,4	190,5
16-44	57,5	2,0	55,5
45-64	123,9	10,8	113,1
65-84	319,3	74,8	244,4
85-	141,2	70,1	71,1
I alt	832,7	158,1	674,6
Total	1.815,5	338,1	1.477,6

19.7 Nedre luftvejsinfektioner og produktionstab

Hvert år koster nedre luftvejsinfektioner 277,0 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 19.7.1). Omkostningerne er større blandt mænd end blandt kvinder, og størst i den ældste aldersgruppe, både blandt mænd og blandt kvinder. Nedre luftvejsinfektioner er årsag til produktionstab på 277,0 mio. kr. på grund af dødsfald inden alder 66 år. Det samlede produktionstab skyldes udelukkende tidlig død, idet det ikke har været muligt at opgøre produkti-

onstab på grund af sygedage grundet den manglende mulighed for at opgøre en population med nedre luftvejsinfektioner, og fordi nedre luftvejsinfektioner ikke er årsag til førtidspensionstilkendelser. Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 1.903,8 mio. kr.

Tablet 19.7.1 Nedre luftvejsinfektioner. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)	
	Tidlig død	I alt
Mænd		
16-44	78,6	78,6
45-65	119,7	119,7
I alt	198,3	198,3
Kvinder		
16-44	37,8	37,8
45-65	40,9	40,9
I alt	78,7	78,7
Total	277,0	277,0

19.8 Kommentarer til resultater

Nedre luftvejsinfektioner, hovedsageligt i form af influenza og lungebetændelse, er den sygdomsgruppe, der er årsag til flest indlæggelser blandt de 21 sygdomme i denne rapport. Desuden fylder nedre luftvejsinfektioner meget i forhold til de øvrige sygdomme på sygdomsbyrdemålene dødelighed, indlæggelser og sundhedsøkonomi. Til trods for, at byrdemålene er opgjort som et årligt gennemsnit over tre år, er der risiko for at opgørelserne er enten over- eller underestimerede, idet forekomsten af nedre luftvejsinfektioner blandt andet afhænger af, om der i opgørelsesperioden har været epidemier. Under epidemier ses stigninger i hospitalsindlæggelser og dødsfald. Egentlige influenzaepidemier optræder to til tre gange i løbet af en periode på 10 år, mens infektion med *Mycoplasma pneumoniae*, der kan give et bredt spektrum af øvre og nedre luftvejsymptomer, forekommer i epidemier hvert fjerde til sjette år i Danmark (1, 8). De seneste influenzaepidemier i Danmark var i 2010/11 og 2012/13 (9), og den seneste *Mycoplasma pneumoniae* epidemi strakte sig fra 2010 til 2012 (8). Disse epidemier er altså omfattet i opgørelserne i denne rapport.

Fra 2010 til 2012 har der årligt været knap 42.000 indlæggelser på grund af nedre luftvejsinfektioner, der især er koncentreret i de yngste og de ældste aldersgrupper. Over halvdelen af det samlede antal indlæggelser er blandt personer over 65 år. De mange indlæggelser afspejles også i sundhedsøkonomien, hvor omkostninger til indlæggelser er den største i denne rapport. Et dansk studie har vist, at antallet af indlæggelser med aktionsdiagnosen lungebetændelse steg i perioden 1997 til 2011, mest markant i perioden 2009 til 2011. Stigningen kan blandt andet være relateret til influenzaepidemien i 2009 og den seneste epidemi af *Mycoplasma lungebetændelse*, der strakte sig fra 2010 til 2012 (7).

Det er især blandt de ældste, at der ses dødsfald på grund af nedre luftvejsinfektioner. Det er fundet, at blandt personer indlagt med aktions- eller bidiagnosen lungebetændelse i Danmark er der en 30 dages dødelighed på 13 % (7). Antallet af influenzaatilfælde under en epidemi er varierende, men op til 20 % af befolkningen kan rammes af sygdommen (2), og omtrent 1.000 danskere dør (10).

I denne undersøgelse er det ikke muligt at opgøre, hvor mange besøg i primærsektoren, der skyldes nedre luftvejsinfektioner. Der er imidlertid ikke tvivl om, at disse infektioner fylder ganske betragteligt i primærsektoren. Det er ret vanskeligt at skelne mellem de forskellige typer af luftvejsinfektioner baseret på symptomer og uden udførlige

ge diagnostiske tests i primærsektoren (11), men det er eksempelvis anslået, at 1-2 % af alle kontakter til alment praktiserende læge vedrører lungebetændelse (12).

Influenza og lungebetændelse er årsag til et betydeligt fravær fra arbejde med deraf følgende omkostninger til tabt produktion. Men det har i denne rapport ikke været muligt at opgøre antallet af sygedage på grund af nedre luftvejsinfektioner, fordi det ikke har været muligt at danne en population af personer med nedre luftvejsinfektioner. Derudover er sygemeldinger med varighed længere end 21 dage inkluderet i Sygedagpengeregisteret, hvorfor det kortvarige sygefravær, som typisk gør sig gældende for nedre luftvejsinfektioner, ikke fanges. Produktionstabt på grund af nedre luftvejsinfektioner er mindre end for de fleste andre sygdomme i denne undersøgelse. Ud over at det ikke har været muligt at opgøre sygedage for nedre luftvejsinfektioner, er en vigtig årsag til det forholdsvis lille produktionstab, at dødsfald som følge af nedre luftvejsinfektioner primært ses blandt de ældste, der ikke er erhvervsaktive.

Opgørelserne af sundhedsøkonomi er ligeledes påvirket af, at det ikke har været muligt at opgøre omkostninger til besøg hos alment praktiserende læge, som må formodes at være en betydelig omkostning forbundet med nedre luftvejsinfektioner. Til trods for dette, ligger nedre luftvejsinfektioner højt placeret på det samlede sundhedsøkonomiske byrdemål i forhold til de øvrige sygdomme i denne rapport.

Der ses betydelige kønsforskelle i byrdemålene tabte leveår og produktionstab. Nedre luftvejsinfektioner er årsag til næsten dobbelt så mange tabte leveår blandt mænd, og omkostninger ved tabt produktion på grund af dødsfald inden alder 66 år er mere end dobbelt så stor blandt mænd. Ligeledes fylder byrdemålene dødsfald, indlæggelser og økonomiske omkostninger mere blandt mænd end blandt kvinder, om end kønsforskellen ikke er så udalt.

Nedre luftvejsinfektioner er årsag til flere dødsfald, tabte leveår, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg blandt personer med grundskole og kort uddannelse end blandt personer med en mellemlang eller lang uddannelse. Den sociale ulighed kan delvist forklares ved, at flere væsentlige risikofaktorer for nedre luftvejsinfektioner også rammer uddannelsesmæssigt skævt. Det gælder rygning, at bo tæt sammen samt svær overvægt (13).

19.9 Metode

I denne rapport er nedre luftvejsinfektioner defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 19.9.1.

Det har ikke været muligt at danne en population af personer med nedre luftvejsinfektioner ud fra de tilgængelige datakilder, og der er derfor ingen opgørelser af forekomst i denne rapport. Det har af samme årsag heller ikke været muligt at opgøre besøg hos alment praktiserende læge og sygedage.

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af nedre luftvejsinfektioner er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er nedre luftvejsinfektioner.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af nedre luftvejsinfektioner er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose angivet i tabel 19.9.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Diagnoseklassifikationskoderne for nedre luftvejsinfektioner fremgår ikke af diagnosenlisten, der anvendes ved tilkendelse af førtidspension. Der er således ingen tilkendelser af førtidspension med nedre luftvejsinfektion som tilgrundliggende diagnose.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af nedre luftvejsinfektioner benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS). Det er ikke muligt at opgøre omkostninger i primærsektoren, omkostninger til leveret hjemmehjælp/praktisk hjælp eller til receptpligtig medicin.

Tabel 19.9.1 Diagnoseklassifikation af nedre luftvejsinfektioner

Sygdom	ICD-10
Fugleinfluenza	J09
Influenza med påvist influenzavirus	J10
Influenza uden påvist influenzavirus	J11
Virus-lungebetændelse ikke klassificeret andetsteds	J12
Pneumokok-lungebetændelse	J13
Hæmofilus-lungebetændelse	J14
Bakteriel lungebetændelse ikke klassificeret andetsteds	J15
Lungebetændelse forårsaget af andet infektiøst agens og ikke klassificeret andetsteds	J16
Lungebetændelse ved sygdomme klassificeret andetsteds	J17
Lungebetændelse, agens ikke specificeret	J18
Akut bronkitis	J20
Akut bronkiolitis	J21
Akut infektion i nedre luftveje uden specifikation	J22

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæder.

19.10 Referencer

1. Statens Serum Institut. Tema om influenza. 2013 [22-05-2015]. www.ssi.dk/Aktuelt/Temaer/Saesonaaktuelle%20temaer/Influenza.aspx.
2. Statens Serum Institut. Influenza. 2012 [22-05-2015]. www.ssi.dk/Service/Sygdomsleksikon//Influenza.aspx.
3. Torres A, Blasi F, Peetermans WE, Viegi G, Welte T. The aetiology and antibiotic management of community-acquired pneumonia in adults in Europe: a literature review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis*. 2014;33(7):1065-79.
4. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
5. Christensen S, Jacobsen J, Bartels P, Nørgaard M. Hospital standardised mortality ratios based on data from administrative registries. A pilot project. *Ugeskr Læger*. 2007;169(34):2767-72.
6. Laut K, Benfield T. Lungeinfektioner er hyppige hos ældre. *Ugeskr Læger*. 2013;175(47):2864-7.
7. Søgaard M, Nielsen RB, Schønheyder HC, Nørgaard M, Thomsen RW. Nationwide trends in pneumonia hospitalization rates and mortality, Denmark 1997-2011. *Respir Med*. 2014;108(8):1214-22.
8. Statens Serum Institut. Tema om Mycoplasma pneumoniae. 2013 [27-05-2015]. www.ssi.dk/Aktuelt/Temaer/Saesonaaktuelle%20temaer/Mycoplasma%20pneumoniae.aspx.
9. Statens Serum Institut. EPI-NYT. Influenzasæsonen 2014/2015. 2015 [08-06-2015]. www.ssi.dk/Aktuelt/Nyhedsbreve/EPI-NYT/2015/Uge%2024%20-%202015.aspx.
10. Sundhedsstyrelsen. Beskyt dig mod almindelig vinter-influenza. 2009 [12-01-2015]. sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2009/CFF/vinterinfluenza/sst_vinterinfluenza_poster_final.pdf.
11. Woodhead M, Blasi F, Ewig S, Garau J, Huchon G, Ieven M, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections - full version. *Clin Microbiol Infect*. 2011;17 Suppl 6:E1-59.
12. Danmarks Lungeforening. Lungebetændelse -en overset folkesygdom. *Lungenyt*. 2011(5).
13. Thomsen RW, Riis A, Nørgaard M, Jacobsen J, Christensen S, McDonald CJ, et al. Rising incidence and persistently high mortality of hospitalized pneumonia: a 10-year population-based study in Denmark. *J Intern Med*. 2006;259(4):410-7.

20 ASTMA

- I Danmark er der årligt 8.600 nye tilfælde af astma, og 110.000 personer lever med astma, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret.
- Hvert år registreres 61 dødsfald på grund af astma.
- Der registreres årligt 6.300 indlæggelser med astma som aktionsdiagnose, hvoraf langt størstedelen er blandt børn.
- Der registreres årligt 59.000 ambulante hospitalsbesøg med astma som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 1.400 skadestuebesøg med astma som aktionsdiagnose.
- Personer med astma har årligt 250.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden astma.
- Astma er årligt årsag til 21 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med astma har årligt 230.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden astma.
- Hvert år koster astma 520 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af astma resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 20 mio. kr.
- Hvert år koster astma 180 mio. kr. på grund af tabt produktion.

20.1 Indledning

Astma er den mest almindelige kroniske sygdom blandt børn og unge, men er også udbredt blandt voksne. Hos unge og unge voksne er det hyppigt kvinder, som lider af astma, mens det hos børn og teenagere ofte er drenge. Astma karakteriseres ved kronisk inflammation (betændelse) i luftvejene, der hverken skyldes virus eller bakterier. Inflammationen medfører ophobning af inflammatoriske celler, ødem, fortykket luftvejslimhinde, ophobning af slim i hulrummet i luftvejene, og dermed varierende luftvejsobstruktion (forsnævring). Luftvejene bliver desuden overfølsomme og reagerer på ydre påvirkninger, såsom kold luft, stærke lugte, virusinfektioner, pollen og dyrehår. Denne såkaldte bronkiale hyperreaktivitet er et fænomen, som ses både ved den form for astma, der er allergisk betinget, og den ikke-allergiske astma (1, 2). Symptomerne kommer ofte i anfald og omfatter primært hoste, åndenød, pibende vejtrækning, trykken for brystet, opspyt og natlige opvågninger med symptomer (2). De fleste personer med astma (80 %) kan desuden have symptomer ved anstrengelse (3).

Årsagerne til udvikling af astma er ikke klare og formentlig multifaktorielle, men genetisk disposition spiller ind. De seneste mange års stigning i astmaforekomsten peger på, at også miljømæssige faktorer spiller ind. Udviklingen

af astma blandt børn og unge er associeret med moderens rygeadfærd i graviditeten og udsættelse for passiv rygning efter fødslen. Også moderens kost, stress og brug af antibiotika under graviditeten samt, efter fødslen, allergisk sensibilisering, nedsat lungefunktion og brug af antibiotika hos barnet, kan have betydning for udvikling af astma blandt børn (4). Astma kan re-debutere hos voksne, som har haft astma som børn, men nye tilfælde opstår også blandt voksne. Astma hos voksne opstår ofte ved/efter infektion samt i relation til vægtøgning, oftest hos kvinder.

20.2 Forekomst af astma

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med astma i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med astma (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år. Dermed består opgørelserne kun af de forholdsvist alvorlige tilfælde af astma. Mindre alvorlige tilfælde, men også de alvorligere tilfælde, der udelukkende foranlediger kontakt til primærsektoren, er således ikke medregnet.

Der er årligt 8.622 incidente tilfælde af astma, svarende til en incidensrate på 149 per 100.000 mænd og 161 per 100.000 kvinder (tabel 20.2.1). Blandt personer i alderen 16 år og derover ses det højeste antal blandt kvinder, mens den omvendte kønsforskel gør sig gældende for børn, hvor mere end halvdelen ses hos drenge. Antal incidente tilfælde er højest blandt børn.

Tabel 20.2.1 Astma. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	379	249	2.213	1.389	3.602
16-24	97	181	290	518	808
25-34	81	162	265	518	783
35-44	89	143	347	545	892
45-54	92	134	361	512	873
55-64	88	118	306	414	720
65-74	82	119	218	337	555
75-84	85	121	103	192	295
85-	77	88	27	67	94
I alt	149	161	4.130	4.492	8.622

I Danmark lever 110.090 personer med forholdsvis alvorlig astma (tabel 20.2.2). Prævalensraten for astma er størst blandt børn og mindst i aldersgrupperne 16-24 år og 85 år og derover.

Tabel 20.2.2 Astma. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	5.903	3.652	34.502	20.335	54.837
16-24	594	925	1.886	2.810	4.696
25-34	1.051	1.716	3.461	5.609	9.070
35-44	1.127	1.650	4.485	6.464	10.949
45-54	1.099	1.619	4.315	6.235	10.550
55-64	1.027	1.496	3.645	5.357	9.002
65-74	1.049	1.442	2.751	4.045	6.796
75-84	1.044	1.307	1.257	2.093	3.350
85-	693	781	239	601	840
I alt	2.559	2.345	56.541	53.549	110.090

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 20.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for astma som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 52 og 106 færre incidente tilfælde af astma blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 4,3 % og 5,9 % af alle incidente tilfælde på grund af astma blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså en lille social ulighed, dog uden gradient, idet andelen af ekstra incidente tilfælde i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens.

Tabel 20.2.3 Astma. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	352	608	46	100	13,1	16,4
Kort uddannelse	624	735	6	6	1,0	0,8
Mellemlang/lang uddannelse	243	461	–	–	–	–
I alt	1.219	1.804	52	106	4,3	5,9

20.3 Astma og dødelighed

Der registreres årligt 61 dødsfald på grund af astma, og flere blandt kvinder end mænd (tabel 20.3.1). Astma er årsag til 0,1 % af alle dødsfald.

Tabel 20.3.1 Astma. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	0	0	0	0,0	0,0	0,0
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	0	1	1	0,0	1,1	0,4
35-44	2	2	4	0,4	0,7	0,5
45-54	4	2	6	0,3	0,2	0,2
55-64	1	4	5	0,0	0,2	0,1
65-74	2	6	8	0,0	0,1	0,1
75-84	7	8	15	0,1	0,1	0,1
85-	5	17	22	0,1	0,1	0,1
I alt	21	40	61	0,1	0,1	0,1

20.4 Astma og indlæggelser

Der registreres årligt 6.330 indlæggelser med astma som aktionsdiagnose, og det totale antal er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 20.4.1). Der er dog markant flere indlæggelser blandt drenge end blandt piger, og blandt voksne er kønsforskellen omvendt. Over halvdelen af indlæggelserne på grund af astma ses blandt børn. Astma er årsag til 0,6 % af alle somatiske indlæggelser og 2,8 % af alle somatiske indlæggelser blandt børn.

Tabel 20.4.1 Astma, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	2.370	1.351	3.721	3,2	2,3	2,8
16-24	121	316	437	0,5	0,9	0,8
25-34	134	288	422	0,5	0,6	0,6
35-44	156	353	509	0,4	0,7	0,5
45-54	163	345	508	0,3	0,6	0,4
55-64	109	208	317	0,1	0,3	0,2
65-74	79	152	231	0,1	0,2	0,1
75-84	46	90	136	0,1	0,1	0,1
85-	16	33	49	0,1	0,1	0,1
I alt	3.194	3.136	6.330	0,6	0,6	0,6

De fleste indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 20.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for astma som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 137 og 420 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til en fjerdedel af alle indlæggelser på grund af astma blandt mænd og lidt over en tredjedel af alle indlæggelser på grund af astma blandt kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 20.4.2 Astma, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	200	483	93	278	46,5	57,6
Kort uddannelse	255	453	44	142	17,3	31,3
Mellemlang/lang uddannelse	84	207	–	–	–	–
I alt	539	1.143	137	420	25,4	36,7

20.5 Astma og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 59.473 ambulante hospitalsbesøg med astma som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 20.5.1). De fleste ambulante hospitalsbesøg på grund af astma ses blandt børn. Astma er årsag til 0,7 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg og 3,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg blandt børn.

Tabel 20.5.1 Astma, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	15.037	9.279	24.316	4,6	3,1	3,9
16-24	1.461	2.504	3.965	0,9	0,8	0,8
25-34	1.647	3.518	5.165	0,7	0,5	0,5
35-44	2.547	4.742	7.289	0,7	0,7	0,7
45-54	2.732	4.284	7.016	0,5	0,6	0,6
55-64	2.368	3.550	5.918	0,3	0,4	0,4
65-74	1.604	2.521	4.125	0,2	0,3	0,2
75-84	537	933	1.470	0,1	0,2	0,1
85-	60	149	209	0,1	0,1	0,1
I alt	27.993	31.480	59.473	0,7	0,6	0,7

De fleste ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med kort uddannelse (tabel 20.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg for astma som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.318 flere besøg på grund af astma, svarende til 17,7 % og 9,4 % af alle besøg på grund af astma blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er altså omvendt og kendetegnes blandt mænd ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg øges med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 20.5.2 Astma, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.282	4.641	-705	-186	-30,9	-4,0
Kort uddannelse	5.176	6.501	-1.057	-1.370	-20,4	-21,1
Mellemlang/lang uddannelse	2.513	5.352	–	–	–	–
I alt	9.971	16.494	-1.762	-1.556	-17,7	-9,4

20.6 Astma og skadestuebesøg

Der registreres årligt 1.439 skadestuebesøg med astma som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt kvinder (tabel 20.6.1). For mænd er skadestuebesøg mest udbredt blandt børn under 16 år, hvorefter antallet af besøg er faldende. For kvinder er besøgene mest udbredte i aldersgruppen 16-24 år og falder derefter. Astma er årsag til en meget lille andel (0,2 %) af alle somatiske skadestuebesøg.

Tabel 20.6.1 Astma, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	113	67	180	0,1	0,1	0,1
16-24	97	180	277	0,1	0,3	0,2
25-34	95	145	240	0,2	0,3	0,2
35-44	87	150	237	0,1	0,3	0,2
45-54	83	117	200	0,2	0,3	0,2
55-64	57	81	138	0,1	0,2	0,2
65-74	35	60	95	0,1	0,2	0,1
75-84	16	33	49	0,1	0,1	0,1
85-	11	12	23	0,1	0,0	0,1
I alt	594	845	1.439	0,1	0,2	0,2

De højeste antal skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 20.6.2). Hvis befolkningen havde samme mønster for skadestuebesøg på grund af astma som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 105 og 159 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til omtrent to ud af fem af alle skadestuebesøg på grund af astma for både mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 20.6.2 Astma, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	96	181	59	109	61,5	60,2
Kort uddannelse	125	161	46	50	36,8	31,1
Mellemlang/lang uddannelse	32	73	–	–	–	–
I alt	253	415	105	159	41,5	38,3

20.7 Astma og primærsektor

For astma er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med astma sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset astma.

Personer med astma har årligt 245.995 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden astma (tabel 20.7.1). Der er mere end dobbelt så mange besøg blandt kvinder, og denne kønsforskel ses i alle aldersgrupper. De højeste antal besøg ses i aldersgruppen 35-54 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med astma udgør 0,6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 20.7.1 Astma. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	785	9.321	8.536	0,0	0,5	0,2
16-24	4.774	13.720	18.494	0,5	0,7	0,6
25-34	9.585	25.244	34.829	0,9	0,9	0,9
35-44	15.143	32.820	47.963	0,9	1,1	1,0
45-54	16.529	32.508	49.037	0,8	1,0	0,9
55-64	12.812	26.781	39.593	0,5	0,8	0,7
65-74	10.445	20.155	30.600	0,4	0,6	0,5
75-84	4.144	9.199	13.343	0,2	0,4	0,3
85-	999	2.601	3.600	0,2	0,2	0,2
I alt	73.646	172.349	245.995	0,5	0,7	0,6

De fleste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 20.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster for astma som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 14.003 og 22.774 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 24,4 % og 19,0 % af alle besøg på grund af astma blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 20.7.2 Astma. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	20.213	45.825	8.507	17.108	42,1	37,3
Kort uddannelse	28.180	46.953	5.496	5.666	19,5	12,1
Mellemlang/lang uddannelse	9.030	26.890	–	–	–	–
I alt	57.423	119.668	14.003	22.774	24,4	19,0

20.8 Astma og førtidspensioner

Astma er årligt årsag til 21 nytilkendte førtidspensioner, og to ud af tre ses blandt kvinder (tabel 20.8.1). Astma er årsag til 0,1 % af alle nytilkendelser.

Tabel 20.8.1 Astma. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af astma og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	0	1	0,1	0,0	0,1
35-44	1	3	4	0,1	0,2	0,1
45-54	2	6	8	0,1	0,2	0,2
55-64	2	6	8	0,1	0,3	0,2
I alt	6	15	21	0,1	0,2	0,1

20.1 Astma og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af astma beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med astma sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset astma.

Erhvervsaktive personer med astma har årligt 229.230 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden astma (tabel 20.1.1). To ud af tre sygedage ses blandt kvinder og flest ses i aldersgruppen 35-54 år. Sygedagene blandt personer med astma udgør 0,9 % af alle sygedage.

Tabel 20.1.1 Astma. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	3.974	10.377	14.351	0,6	1,5	1,1
25-34	17.296	30.710	48.006	0,9	1,1	1,0
35-44	24.803	48.446	73.249	0,9	1,0	1,0
45-54	24.057	39.067	63.124	0,7	0,8	0,8
55-64	9.708	20.792	30.500	0,4	0,8	0,6
I alt	79.838	149.392	229.230	0,7	0,9	0,9

20.9 Astma og sundhedsøkonomi

Hvert år koster astma 519,7 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 20.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst blandt børn. Indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg udgør tilsammen 66 % af de samlede omkostninger forbundet med behandling og pleje af astma, mens omkostninger til henholdsvis medicin og besøg hos alment praktiserende læge udgør 28 % og 4 %.

Tidlig død på grund af astma medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 24,8 mio. kr., hvilket betyder, at nettomkostningerne forbundet med behandling og pleje af astma er 495,0 mio. kr. årligt (tabel 20.9.2).

Tabel 20.9.1 Astma. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemmehjælp
Mænd						
0-15	89,8	35,4	0,1	-0,5	.	.
16-44	5,7	19,0	0,2	2,6	15,6	1,4
45-64	5,6	15,0	0,1	2,5	25,6	0,2
65-84	2,5	5,9	0,0	1,3	16,8	-1,4
85-	0,5	0,2	0,0	0,1	1,0	-0,5
I alt	104,1	75,5	0,4	6,0	59,0	-0,3
Kvinder						
0-15	52,3	22,1	0,0	0,8	.	.
16-44	12,3	32,6	0,3	6,4	22,4	1,2
45-64	8,4	23,3	0,1	5,0	37,7	1,6
65-84	5,0	8,9	0,0	2,4	25,3	1,9
85-	0,6	0,4	0,0	0,2	2,3	1,7
I alt	78,6	87,3	0,4	14,8	87,7	6,4
Total	182,7	162,8	0,8	20,8	146,7	6,1

Tabel 20.9.2 Astma. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	124,7	0,0	124,7
16-44	44,5	0,8	43,7
45-64	48,8	2,3	46,6
65-84	25,1	3,4	21,7
85-	1,3	1,4	-0,1
I alt	244,4	7,9	236,6
Kvinder			
0-15	75,2	0,4	74,8
16-44	75,2	1,3	73,9
45-64	76,1	3,5	72,6
65-84	43,5	6,9	36,6
85-	5,3	4,8	0,5
I alt	275,3	16,9	258,4
Total	519,7	24,8	495,0

20.10 Astma og produktionstab

Hvert år koster astma 177,4 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 20.10.1). Omkostningerne er en anelse større blandt kvinder, mens de stort set er ens blandt den ældre og yngre aldersgruppe. Førtidspension udgør med 66,5 mio. kr. den største del af omkostninger ved produktionstab efterfulgt af sygedage med 56,2 mio. kr. og død inden alder 66 år med 55,7 mio. kr. Produktionstab modsvares af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 48,0 mio. kr.

Tabel 20.10.1 Astma. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	9,9	9,3	13,3	32,4
45-65	9,2	14,3	17,2	40,7
I alt	19,1	23,6	30,5	73,1
Kvinder				
16-44	19,0	16,5	14,2	49,8
45-65	18,1	26,4	10,0	54,5
I alt	37,1	42,9	24,2	104,3
Total	56,2	66,5	54,7	177,4

20.11 Kommentarer til resultater

Prævalens og incidens af astma er i denne rapport baseret på registeropgørelser fra Landspatientregisteret samt Dødsårsagsregisteret, hvorfor de lettere astmatilfælde, der for eksempel kun kræver kontakt med alment praktiserende læge eller privat speciallæge, ikke er medregnet. I et dansk studie er det fundet, at i løbet af et år er mindre end hver tredje med svær astma i kontakt med en specialist i form af privat speciallæge eller hospitalsambulatorium. Der kan derfor være adskillige tilfælde af svær astma, der ikke tæller med i opgørelserne. De vil dog indgå, hvis de i en 10-årsperiode har været enten indlagt, på skadestue eller på besøg i et hospitalsambulatorium på grund af astma. I det omtalte danske studie blev forekomsten af astma blandt danskere i alderen 18-44 år identificeret ved hjælp af Lægemiddelstatistikregisteret i 2010 (5). Der blev identificeret flere end dobbelt så mange personer med astma i aldersgruppen 16-44 år end i denne rapport. Astmaprævalens opgjort ved hjælp af spørgeskema i Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010 viser endvidere, at der er væsentligt flere personer med astma, end når der opgøres via registerdata på medicin eller kontakt til sekundærsektoren. Således er andelen, der selv-rapporteret angiver at have astma, 8 % (6). At prævalensen er yderst metodeafhængig understreges endvidere af et dansk studie, der har sammenlignet opgørelser af astmaprævalens blandt 7-årige børn ved tre forskellige metoder og fandt en 7-årig prævalens på 7 % for astma registreret ved hospitalskontakter, 12 % for forældre-rapporteret astma og 33 % ved receptdatabasen (7).

Totalt set er der ikke de store kønsforskelle i de forskellige byrdemål for astma, men betragtes børn og voksne særskilt, ses markante kønsforskelle. Blandt børn under 16 år er incidens og prævalens betydelig højere blandt drenge end blandt piger, og der er endvidere et større antal indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg hos alment praktiserende læge samt større omkostninger til behandling blandt drenge. Dette er ikke nødvendigvis kun en afspejling af, at der er flere drenge end piger med astma, men kan også være udtryk for forskellig brug af sundhedstjenester blandt drenge og piger. I en norsk rapport er det eksempelvis fundet, at drenge med astma, allergi og eksem oftere end piger med samme sygdomme anvender de specialiserede somatiske behandlingstilbud i form af sygehusindlæggelser og speciallæge (8). For alle sygdomsbyrdemål for astma er voksne kvinder mest belastet.

At kønsforskellene i astma er stærkt aldersrelaterede kommer også til udtryk i sundhedsøkonomien, hvor det store antal indlæggelser blandt drenge medfører, at indlæggelser udgør den største omkostning til behandling og pleje blandt mænd, mens omkostninger til medicin og ambulante hospitalsbesøg udgør de største omkostninger blandt kvinder. Omkostninger til astma er fundet at være korreleret med sygdommens sværhedsgrad og graden af astmakontrol (9). Der er i 2015 etableret en landsdækkende kvalitetsdatabase i Danmark, der skal monitorere og udvikle kvaliteten af astmabehandlingen, for på den måde at medvirke til bedre astmakontrol og dermed blandt andet øget livskvalitet, mindre sygefravær samt mindre risiko for alvorlige bivirkninger af astma (10).

Konsekvenser af astma i forhold til arbejdsfravær fremgår i denne rapport af førtidspensioner og sygedage. Antallet af førtidspensioner på grund af astma er ikke er stort i forhold til de resterende sygdomme i nærværende rapport, hvilket afspejler, at astma sjældent er så alvorlig, at det giver anledning til varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet. Antallet af sygedage hører ikke blandt de højeste – dog heller ikke blandt de laveste – i forhold til de øvrige sygdomme i denne rapport. Dette skal dog ses i forhold til, at sygemeldinger med varighed kortere end 21, ikke er inkluderet i Sygedagpengeregisteret, hvorfor det kortsigtede sygefravær, som sandsynligvis i høj grad gør sig gældende for astma og andre mindre alvorlige sygdomme, ikke er en del af opgørelserne. I omkostningerne til tabt produktion gør samme metodeproblematik sig gældende. Omkostningerne afspejler altså ikke kortsigtet sygefravær.

I denne rapport er fordelingen af sygdomsbyrden i befolkningen inddelt efter afsluttet uddannelsesforløb, hvorfor der kun er præsenteret resultater af social ulighed for personer på 30 år eller derover. En eventuel social ulighed i astma for børn og unge beregnes således ikke. Blandt voksne ses en mindre social ulighed i incidens, der giver sig til udtryk ved relativt mange incidente tilfælde blandt personer med grundskoleuddannelse i forhold til personer med en kort uddannelse eller længere. Der ses betydelig graderet social ulighed i byrdemålene indlæggelser, skadestuebesøg og besøg hos alment praktiserende læge, således at sygdomsbyrden falder med stigende uddannelsesniveau. For besøg i ambulatorium ses der omvendt social ulighed, idet andelen af ekstra besøg øges med stigende uddannelsesniveau. Blandt børn er der i danske og norske undersøgelser fundet sammenhæng

eller tendens til sammenhæng mellem forældrenes uddannelsesnivea og forekomsten af astma, således at børn af forældre med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse havde en højere forekomst af astma i forhold til børn af forældre med længerevarende uddannelse (8, 11-13). I et af disse studier fandt man også sammenhæng mellem udsættelse for passiv rygning og astmaforekomst (12). I et nordisk studie konkluderes endvidere, at børn med kronisk sygdom fra familier med højere social status bruger det specialiserede sundhedssystem i højere grad end børn fra lavere sociale klasser (14).

20.12 Metode

I denne rapport er astma defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 20.12.1.

Tabel 20.12.1 Diagnoseklassifikation af Astma

Sygdom	ICD-10
Astma	J45
Status astmaticus	J46

Opgørelserne af incidente tilfælde af astma er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i 2010-2012, og opgørelser af prævalens af astma er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret i perioden 2000-2009 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald på grund af astma er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er astma.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af astma er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose angivet i tabel 20.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af astma benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Derfor er det ikke muligt at opgøre forbruget direkte. Der er derfor opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med astma sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har astma, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af astma anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af astma opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med astma i forhold til personer uden astma. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af astma er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i førtidspension for astma, da antallet af nytilkendelser er for lavt.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af astma benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældre Dokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med astma sammenlignet med personer uden astma. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne H02, R03, V01 og V07 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med astma og en udvalgt gruppe af personer uden astma.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæder.

20.13 Referencer

1. Lægehåndbogen. Astma. 2012 [12-01-2015]. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/lunger/tilstande-og-sygdomme/obstruktive-lungesygdomme/astma/.
2. Backer V. Astma er en folkesygdom. Ugeskr Læger. 2011;173(35):2120-3.
3. Schroeder TV, Schultze S, Hilsted J, Gøtzsche L. Basisbog i medicin og kirurgi. 5. udgave. København: Munksgaard; 2013.
4. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. CMAJ. 2009;181(9):E181-90.
5. von Bulow A, Kriegbaum M, Backer V, Porsbjerg C. The prevalence of severe asthma and low asthma control among Danish adults. J Allergy Clin Immunol Pract. 2014;2(6):759-67.
6. Christensen A, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.
7. Hansen S, Strøm M, Maslova E, Mortensen EL, Granström C, Olsen SF. A comparison of three methods to measure asthma in epidemiologic studies: results from the Danish National Birth Cohort. PLoS One. 2012;7(5):e36328.
8. Holmboe O, van Roy B, Helgeland J, Clench-Aas J, Dahle KA. Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2006.
9. Bahadori K, Doyle-Waters MM, Marra C, Lynd L, Alasaly K, Swiston J, et al. Economic burden of asthma: a systematic review. BMC Pulm Med. 2009;9:24.
10. Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Vest. Databasen for Astma i Danmark. 2015 [07-07-2015]. www.kcks-vest.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/databasen-for-astma-i-danmark/.
11. Johansen A, Jespersen L, Davidsen M, Michelsen S, Morgen C, Helweg-Larsen K, et al. Danske børns sundhed og sygelighed. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2009.
12. Hermann C, De Fine Olivarius N, Høst A, Begtrup K, Hollnagel H. Prevalence, severity and determinants of asthma in Danish five-year-olds. Acta Paediatr. 2006;95(10):1182-90.
13. Hammer-Helmich L, Linneberg A, Thomsen SF, Glümer C. Association between parental socioeconomic position and prevalence of asthma, atopic eczema and hay fever in children. Scand J Public Health. 2014;42(2):120-7.
14. Grøholt EK, Stigum H, Nordhagen R, Köhler L. Health service utilization in the Nordic countries in 1996: Influence of socio-economic factors among children with and without chronic health conditions. Eur J Public Health. 2003;13(1):30-7.

21 KRONISK LEVERSYGDOM

- I Danmark er der årligt 2.000 nye tilfælde af kronisk leversygdom, og 9.500 personer lever med kronisk leversygdom, når opgørelserne baseres på Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret.
- Hvert år dør 810 personer på grund af kronisk leversygdom.
- Hvert år resulterer kronisk leversygdom i 7.600 og 3.500 tabte leveår for henholdsvis mænd og kvinder.
- Kronisk leversygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og to måneder for kvinder.
- Der registreres årligt 2.000 indlæggelser blandt mænd og 1.100 blandt kvinder med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 14.000 ambulante hospitalsbesøg med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 100 skadestuebesøg med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose.
- Personer med kronisk leversygdom har årligt 29.000 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden kronisk leversygdom.
- Kronisk leversygdom er årligt årsag til 58 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med kronisk leversygdom har årligt 58.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden kronisk leversygdom.
- Hvert år koster kronisk leversygdom 200 mio. kr. i behandling og pleje. Tidlig død på grund af kronisk leversygdom resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 410 mio. kr.
- Hvert år koster kronisk leversygdom 1.490 mio. kr. på grund af tabt produktion.

21.1 Indledning

Kronisk leversygdom inkluderer i denne rapport en række forskellige leversygdomme, hvoraf størstedelen opstår som følge af et kronisk alkoholproblem, mens en mindre del ikke er forbundet med alkohol, men forårsaget af forskellige former for virusbetinget leverbetændelse, autoimmune sygdomme og sjældne medfødte lidelser (tabel 21.13.1).

Alkoholisk leversygdom er en fællesbetegnelse for en række tilstande af forskellige sværhedsgrad (1). Ved alkoholisk fedtlever, som mange med alkoholproblemer vil udvikle, er der ophobet fedt i leveren, som derved er for-

størret. Selve fedtleveren giver ikke klare symptomer, og hvis alkoholindtaget stoppes, er tilstanden reversibel. Hvis alkoholindtaget ikke stoppes, kan fedtlever progredierte til alkoholisk hepatitis og cirrose (skrumpelever). Alkoholisk hepatitis er et akut syndrom med betændelsesinfiltration i leveren, hvor symptomer i form af gulsot, kvalme, feber og mavesmerter pludselig opstår. En del patienter med alkoholisk hepatitis får den neuropsykiatriske tilstand leverbettinget hjernepåvirkning (non-cirrotisk hepatisk encephalopati) bestående af personlighedsændringer, kognitive forstyrrelser og bevidsthedspåvirkning. Alkoholisk hepatitis kan være en let forbigående tilstand med få symptomer, men også være en livstruende akut tilstand. I nogle tilfælde og især ved et fortsat alkoholforbrug kan tilstanden udvikle sig til fibrose (bindevævsdannelse i leveren) og dernæst cirrose, hvilket også kan ske på trods af alkoholafholdenhed (1-3). Levercirrose kan udvikles med eller uden tidligere hepatitis og er slutstadiet i en kronisk leversygdom. Cirrose opstår som følge af leverens forsøg på at reparere sig selv med øget dannelse af bindevæv, som ændrer leverens normale arkitektur og derved hindrer blodgennemstrømning, og dette er igen årsagen til mange af komplikationerne ved cirrose. Når dette stadie er nået, kan skaden ikke længere udbedres og vil ved yderligere alkoholindtag kun forværres (3, 4).

Cirrose giver symptomer på et meget sent tidspunkt, hvor leverens funktion er betydeligt nedsat. Tilstanden er ofte karakteriseret ved almensymptomer i form af træthed, nedsat muskelkraft og gentagne infektioner. Efterhånden opstår komplikationer til den ændrede cirkulation i form af udspilet mave på grund af væske i bughulen (ascites), hævede ben (ødemer), karforandringer på huden og åreknuder (varicer) i spiserøret, som i værste tilfælde kan give anledning til store maveblødninger. Desuden kan der udvikles hepatisk encefalopati og levercoma. Medianlevetiden efter en diagnose er i Danmark 4-6 år afhængigt af sygdommens årsag, og denne ser ud til at være stigende på grund af bedre behandlingsmuligheder for sygdommens komplikationer (3).

Alkohol er den vigtigste årsag til cirrose og andre leverskader, som i Danmark formodes at være årsag til 60 % af tilfælde med levercirrose (5). Foruden mængden af alkohol kan drikkemønsteret være af betydning for udvikling af alkoholisk leversygdom, og alkoholindtaget i den tidlige voksenalder er muligvis af mindre betydning end alkoholindtaget senere i livet (6). Typisk skal der et forbrug af størrelsesordenen 10 genstande dagligt i 10 år eller mere til for at udvikle skrumpelever, om end med store individuelle variationer.

21.2 Forekomst af kronisk leversygdom

I denne rapport er antallet af nye tilfælde (incidensen) opgjort som antallet af personer, der i løbet af et år er registreret med kronisk leversygdom i Landspatientregisteret eller Dødsårsagsregisteret, med mindre personen allerede var registreret i den forudgående 10-årsperiode. Antallet af personer, der lever med kronisk leversygdom (prævalensen), er opgjort som antallet af personer registreret i Landspatientregisteret i en 10-årsperiode før det pågældende år. Kun tilfælde af kronisk leversygdom, der har foranlediget registrering i den sekundære sundhedssektor, indgår således i opgørelserne.

Der er årligt 1.957 incidente tilfælde af kronisk leversygdom, svarende til en incidensrate på 56 per 100.000 mænd og 32 per 100.000 kvinder (tabel 21.2.1). Det højeste antal incidente tilfælde af kronisk leversygdom ses i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 21.2.1 Kronisk leversygdom. Incidens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Incidens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	3	3	9	8	17
25-34	6	6	21	19	40
35-44	25	12	99	46	145
45-54	78	42	306	163	469
55-64	126	68	443	241	684
65-74	99	63	266	182	448
75-84	59	35	72	57	129
85-	27	20	9	16	25
I alt	56	32	1.225	732	1.957

I Danmark lever 5.042 mænd og 4.433 kvinder med kronisk leversygdom (tabel 21.2.2). Prævalensraten er højest i aldersgruppen 55-74 år, og det højeste antal personer med kronisk leversygdom ses i samme aldersgruppe.

Tabel 21.2.2 Kronisk leversygdom. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	13	16	41	48	89
25-34	29	30	94	98	192
35-44	102	76	408	298	706
45-54	333	223	1.308	861	2.169
55-64	514	414	1.823	1.481	3.304
65-74	422	420	1.107	1.178	2.285
75-84	200	243	240	390	630
85-	61	102	21	79	100
I alt	228	194	5.042	4.433	9.475

De højeste antal incidente tilfælde ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.2.3). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for kronisk leversygdom som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 494 og 208 færre incidente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 44,5 % og 32,4 % af alle incidente tilfælde på grund af kronisk leversygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra incidente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 21.2.3 Kronisk leversygdom. Incidente tilfælde og ekstra incidente tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Incidenter tilfælde		Ekstra incidenter tilfælde i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	428	293	250	131	58,4	44,7
Kort uddannelse	561	250	244	77	43,5	30,8
Mellemlang/lang uddannelse	122	99	–	–	–	–
I alt	1.111	642	494	208	44,5	32,4

21.3 Kronisk leversygdom og dødelighed

Kronisk leversygdom er årligt årsag til 810 dødsfald (tabel 21.3.1). Flere mænd end kvinder dør af kronisk leversygdom, og flest i aldersgruppen 55-64 år. Kronisk leversygdom er årsag til 1,5 % af alle dødsfald, og i aldersgruppen 45-54 år er sygdommen årsag til 7,3 % af alle dødsfald i denne aldersgruppe.

Tabel 21.3.1 Kronisk leversygdom. Antal dødsfald og andelen af alle dødsfald fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal dødsfald			Andel (%) af alle dødsfald		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	3	1	4	1,6	1,1	1,4
35-44	23	11	34	4,4	4,0	4,3
45-54	122	54	176	8,2	5,8	7,3
55-64	201	96	297	5,9	4,3	5,3
65-74	142	73	215	2,4	1,7	2,1
75-84	41	26	67	0,5	0,3	0,4
85-	6	11	17	0,1	0,1	0,1
I alt	538	272	810	2,1	1,0	1,5

De højeste antal dødsfald ses blandt personer med grundskole eller kort uddannelse (tabel 21.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødsfald for kronisk leversygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 243 og 91 færre dødsfald blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 48,0 % og 36,7 % af alle dødsfald på grund af kronisk leversygdom. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra dødsfald falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 21.3.2 Kronisk leversygdom. Antal dødsfald og ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Dødsfald		Ekstra dødsfald i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	215	120	137	56	64,0	47,0
Kort uddannelse	240	96	106	35	44,0	37,0
Mellemlang/lang uddannelse	51	32	–	–	–	–
I alt	506	248	243	91	48,0	36,7

Kronisk leversygdom er årsag til et tab i befolkningens middellevetid på fire måneder for mænd og to måneder for kvinder (tabel 21.3.3). Kronisk leversygdom er årligt årsag til i alt 11.130 tabte leveår indtil alder 75 år i hele befolkningen, heraf ses et betydeligt større tab blandt mænd end blandt kvinder.

Tabel 21.3.3 Kronisk leversygdom. Hele befolkningens middellevetid og middellevetid uden kronisk leversygdom, hele befolkningens tab i middellevetid samt antallet af tabte leveår indtil alder 75 år på grund af kronisk leversygdom fordelt efter køn. Årligt gennemsnit for 2010-2012

	Middellevetid (år)			Tabte leveår
	Hele befolkningen	Befolkningen uden kronisk leversygdom	Tab	
Mænd	77,7	78,0	0,3	7.638
Kvinder	81,7	81,9	0,2	3.493
I alt				11.130

Tabte leveår ses overvejende blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.3.4). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for dødelighed af kronisk leversygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.202 og 1.731 færre tabte leveår blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 57,1 % og 51,5 % af alle tabte leveår på grund af kronisk leversygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra tabte leveår falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 21.3.4 Kronisk leversygdom. Tabte leveår indtil alder 75 år og ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Tabte leveår		Ekstra tabte leveår i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	3.360	1.670	2.533	1.158	75,4	69,4
Kort uddannelse	3.330	1.258	1.669	573	50,1	45,5
Mellemlang/lang uddannelse	668	433	–	–	–	–
I alt	7.358	3.362	4.202	1.731	57,1	51,5

21.4 Kronisk leversygdom og indlæggelser

Der registreres årligt 1.992 indlæggelser blandt mænd og 1.127 blandt kvinder med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose (tabel 21.4.1). Det højeste antal indlæggelser ses i aldersgruppen 55-64 år. Kronisk leversygdom er årsag til 0,3 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 21.4.1 Kronisk leversygdom, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	13	15	28	0,1	0,0	0,0
25-34	16	19	35	0,1	0,0	0,0
35-44	128	81	209	0,3	0,2	0,2
45-54	546	281	827	0,9	0,5	0,7
55-64	771	411	1.182	0,9	0,5	0,7
65-74	418	239	657	0,4	0,3	0,3
75-84	96	67	163	0,1	0,1	0,1
85-	4	14	18	0,0	0,0	0,0
I alt	1.992	1.127	3.119	0,5	0,2	0,3

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for kronisk leversygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 848 og 375 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 45,6 % og 36,8 % af alle indlæggelser på grund af kronisk leversygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 21.4.2 Kronisk leversygdom, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	693	462	411	243	59,3	52,6
Kort uddannelse	963	398	437	132	45,4	33,2
Mellemlang/lang uddannelse	202	159	–	–	–	–
I alt	1.858	1.019	848	375	45,6	36,8

21.5 Kronisk leversygdom og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 14.016 ambulante hospitalsbesøg med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 21.5.1). De højeste antal ambulante hospitalsbesøg på grund af kronisk leversygdom ses blandt personer i aldersgruppen 55-64 år. Kronisk leversygdom er årsag til 0,2 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 21.5.1 Kronisk leversygdom, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	113	167	280	0,1	0,1	0,1
25-34	111	275	386	0,0	0,0	0,0
35-44	456	561	1.017	0,1	0,1	0,1
45-54	1.678	1.411	3.089	0,3	0,2	0,2
55-64	2.622	2.254	4.876	0,3	0,3	0,3
65-74	1.610	1.847	3.457	0,2	0,2	0,2
75-84	308	505	813	0,1	0,1	0,1
85-	14	84	98	0,0	0,0	0,0
I alt	6.912	7.104	14.016	0,2	0,1	0,2

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af kronisk leversygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 3.818 færre ambulante hospitalsbesøg, svarende til tre ud af ti af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af kronisk leversygdom. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 21.5.2 Kronisk leversygdom, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.123	2.593	871	1.032	41,0	39,8
Kort uddannelse	3.380	2.682	1.072	843	31,7	31,4
Mellemlang/lang uddannelse	890	1.098	–	–	–	–
I alt	6.393	6.373	1.943	1.875	30,4	29,4

21.6 Kronisk leversygdom og skadestuebesøg

Der registreres årligt 104 skadestuebesøg med kronisk leversygdom som aktionsdiagnose, og højeste antal ses blandt mænd (tabel 21.6.1). For både mænd og kvinder sker de fleste skadestuebesøg i aldersgruppen 55-64 år. Kronisk leversygdom er årsag til en meget lille andel af alle somatiske skadestuebesøg for både mænd og kvinder.

Tabel 21.6.1 Kronisk leversygdom, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	0	1	0,0	0,0	0,0
35-44	4	5	9	0,0	0,0	0,0
45-54	22	6	28	0,0	0,0	0,0
55-64	26	17	43	0,1	0,0	0,1
65-74	11	8	19	0,0	0,0	0,0
75-84	3	1	4	0,0	0,0	0,0
85-	0	0	0	0,0	0,0	0,0
I alt	67	37	104	0,0	0,0	0,0

21.7 Kronisk leversygdom og primærsektor

For kronisk leversygdom er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med kronisk leversygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset kronisk leversygdom.

Personer med kronisk leversygdom har årligt 28.516 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden kronisk leversygdom (tabel 21.7.1). Størstedelen af besøg ses blandt mænd, og de højeste antal besøg ses i aldersgruppen 45-64 år. Det negative antal besøg blandt kvinder i aldersgruppen 16-24 år skyldes sandsynligvis, at der er få personer i denne aldersgruppe, hvorfor tallene er behæftet med en vis usikkerhed. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med kronisk leversygdom udgør 0,1 % af alle besøg hos alment praktiserende læge.

Tabel 21.7.1 Kronisk leversygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	69	-63	6	0,0	0,0	0,0
25-34	198	146	344	0,0	0,0	0,0
35-44	1.583	918	2.501	0,1	0,0	0,1
45-54	6.116	2.976	9.092	0,3	0,1	0,2
55-64	6.282	5.783	12.065	0,2	0,2	0,2
65-74	1.278	2.105	3.383	0,0	0,1	0,1
75-84	213	563	776	0,0	0,0	0,0
85-	137	212	349	0,0	0,0	0,0
I alt	15.876	12.640	28.516	0,1	0,1	0,1

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af kronisk leversygdom som personer med mellem-lang/lang uddannelse, ville der årligt have været 7.818 færre besøg, svarende til tre ud af ti af alle besøg på grund

af kronisk leversygdom. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tablet 21.7.2 Kronisk leversygdom. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellem-lang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	4.408	5.137	1.905	2.940	43,2	57,2
Kort uddannelse	7.667	4.131	2.276	697	29,7	16,9
Mellemlang/lang uddannelse	2.105	2.125	–	–	–	–
I alt	14.180	11.393	4.181	3.637	29,5	31,9

21.8 Kronisk leversygdom og førtidspensioner

Kronisk leversygdom er årligt årsag til 58 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fem ses blandt mænd (tabel 21.8.1). Ni ud af ti af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af kronisk leversygdom er i aldersgruppen 45-64 år. Kronisk leversygdom er årsag til 0,4 % af alle nytilkendelser.

Tablet 21.8.1 Kronisk leversygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af kronisk leversygdom og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	1	1	0,0	0,2	0,1
25-34	0	0	0	0,0	0,0	0,0
35-44	3	2	5	0,2	0,1	0,2
45-54	18	10	28	0,8	0,4	0,5
55-64	16	8	24	0,7	0,3	0,5
I alt	37	21	58	0,5	0,3	0,4

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 21.8.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af kronisk leversygdom som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 33 færre nytilkendte førtidspensioner på grund af kronisk leversygdom, svarende til 67,6 % og 58,8 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af kronisk leversygdom blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er markant for både mænd og kvinder, og er for mænd karakteriseret ved en tydelig gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Det skal dog bemærkes, at det totale antal førtidspensioner ikke er stort, hvorfor tallene er behæftet med en vis usikkerhed.

Tabel 21.8.2 Kronisk leversygdom. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	12	8	9	6	75,0	75,0
Kort uddannelse	20	7	14	4	70,0	57,1
Mellemlang/lang uddannelse	2	2	–	–	–	–
I alt	34	17	23	10	67,6	58,8

21.9 Kronisk leversygdom og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af kronisk leversygdom beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med kronisk leversygdom sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset kronisk leversygdom.

Erhvervsaktive personer med kronisk leversygdom har årligt 58.232 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden kronisk leversygdom (tabel 21.9.1). To ud af tre sygedage ses blandt mænd, og langt størstedelen af sygedagene ses i aldersgruppen 45-64 år. Sygedagene blandt personer med kronisk leversygdom udgør 0,2 % af alle sygedage. Det negative antal sygedage blandt kvinder i aldersgruppen 25-34 år antages at bero på statistisk usikkerhed.

Tabel 21.9.1 Kronisk leversygdom. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	226	128	354	0,0	0,0	0,0
25-34	352	-315	37	0,0	0,0	0,0
35-44	5.412	2.867	8.279	0,2	0,1	0,1
45-54	16.206	6.625	22.831	0,5	0,1	0,3
55-64	16.224	10.507	26.731	0,6	0,4	0,5
I alt	38.420	19.812	58.232	0,3	0,1	0,2

21.10 Kronisk leversygdom og sundhedsøkonomi

Hvert år koster kronisk leversygdom 198,9 mio. kr. i behandling og pleje, og af tabel 21.10.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsnet og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Omkostningerne er størst blandt mænd sammenlignet med kvinder. De største omkostninger ses i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser udgør den største andel af de samlede omkostninger (76 %). Ambulante hospitalsbesøg udgør 10 %, mens besøg hos alment praktiserende læge og hjemmehjælp/praktisk hjælp udgør henholdsvis 1 % og 13 % af de samlede omkostninger til behandling og pleje af kronisk leversygdom. Der er stort set ingen omkostninger i forbindelse med brug af receptpligtig medicin.

Tidlig død på grund af kronisk leversygdom medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling og pleje på 409,3 mio. kr., hvilket betyder, at nettoomkostningerne forbundet med behandling og pleje af kronisk leversygdom er -210,4 mio. kr. årligt (tabel 21.10.2). Det største sparede sundhedskonsum ses blandt mænd og

kvinder i aldersgruppen 45-64 år. Der er negative nettoomkostninger i alle aldersgrupper og blandt både mænd og kvinder, med undtagelse af kvinder i aldersgruppen 16-44 år.

Tablet 21.10.1 Kronisk leversygdom. Omkostninger til behandling og pleje fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)					
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Lægebesøg	Medicin	Hjemme-hjælp
Mænd						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	7,7	1,0	0,0	0,2	0,1	0,4
45-64	66,0	6,3	0,0	0,9	0,0	10,5
65-84	22,7	2,9	0,0	0,0	-0,1	4,8
85-	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
I alt	96,5	10,2	0,0	1,1	0,0	15,9
Kvinder						
0-15	.	.	.	.	.	.
16-44	5,4	1,4	0,0	0,1	0,2	-0,2
45-64	34,9	5,3	0,0	0,5	0,3	5,5
65-84	13,1	3,4	0,0	0,1	0,0	5,0
85-	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	-0,5
I alt	53,8	10,2	0,0	0,7	0,5	9,8
Total	150,3	20,4	0,0	1,8	0,5	25,7

Tablet 21.10.2 Kronisk leversygdom. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	9,4	11,1	-1,7
45-64	83,7	162,5	-78,8
65-84	30,3	88,7	-58,4
85-	0,3	1,8	-1,4
I alt	123,7	264,1	-140,3
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	6,8	5,5	1,3
45-64	46,6	82,6	-36,0
65-84	21,6	53,3	-31,7
85-	0,1	3,8	-3,7
I alt	75,1	145,2	-70,1
Total	198,9	409,3	-210,4

21.11 Kronisk leversygdom og produktionstab

Hvert år koster kronisk leversygdom 1.486,5 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 21.11.1). Omkostningerne er langt større blandt mænd, og klart størst i den ældste aldersgruppe. Kronisk leversygdom er årsag til produktionsstab på 9,7 mio. kr. på grund af sygedage og 176,3 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af kronisk leversygdom hvert år koster over 1.300,6 mio. kr. på grund af tabt produktion. Langt størstedelen af det samlede produktionstab på grund af kronisk leversygdom skyldes altså tidlig død.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 1.224,5 mio. kr. for mænd og 641,5 mio. kr. for kvinder.

Tabel 21.11.1 Kronisk leversygdom. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	0,6	16,2	171,1	187,9
45-65	6,7	104,2	803,1	914,0
I alt	7,3	120,4	974,2	1.101,9
Kvinder				
16-44	0,6	12,9	57,6	71,0
45-65	1,8	43,0	268,8	313,6
I alt	2,4	55,9	326,4	384,6
Total	9,7	176,3	1.300,6	1.486,5

21.12 Kommentarer til resultater

Kronisk leversygdom er en alvorlig sygdom. I betragtning af, at sygdommen ikke er blandt de hyppigst forekommende af de 21 sygdomme i denne rapport, ligger sygdommen relativt højt på antal dødsfald og indlæggelser, mens den fylder relativt lidt i primærsektoren.

Et dansk studie har fundet, at incidensen af alkoholisk leversygdom steg blandt kvinder og personer over 65 år, mens det faldt blandt mænd og yngre aldersgrupper i perioden 2006-2011. Særligt højt var antallet af incidente tilfælde blandt personer født i årene 1950-1959, altså de store årgange i efterkrigsårene (1). Dette billede finder vi også i nærværende rapport, hvor både antal incidente tilfælde og prævalens af kronisk leversygdom er højest i aldersgruppen 55-64 år. Det danske studie finder desuden en incidens for 2011, der er en smule lavere end i denne rapport (1). Forskellen kan skyldes, at der i nærværende undersøgelse er inkluderet flere diagnoser. Prævalens estimeres samtidig en smule højere i det danske studie, hvilket kan skyldes, at sygdomstilfælde tilbage til 1977 er medtaget i beregningen, mens beregningen i nærværende rapport går tilbage til år 2000.

I det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 er raten af dødeligheden på grund af levercirrose i Danmark betydeligt højere end i Sverige og Norge (7). Dette skyldes i vidt omfang, at danskernes alkoholforbrug er højere end det, der ses blandt vores svenske og norske naboer (8). I 15 europæiske lande er der tidligere fundet en klar sammenhæng mellem alkoholforbrug per indbygger og død på grund af levercirrose (9).

Kronisk leversygdom er ikke en dominerende årsag til det samlede antal indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg eller skadestuebesøg i denne rapport. Imidlertid er det vigtigt at have den anvendte metode i mente, da disse opgørelser alene er baseret på aktionsdiagnoser, og således ikke bidiagnoser. Personer med kronisk leversygdom, der indlægges med aktionsdiagnoser i form af eksempelvis ascites, lungebetændelse og variceblødning,

som er hyppige komplikationer til kronisk leversygdom, eller som bliver registreret på skadestuen med eksempelvis akut maveblødning, infektioner, ødemer, ascites og beruselse, indgår altså ikke i opgørelserne.

Omkostninger til indlæggelser udgør langt størstedelen (76 %) af de samlede omkostninger til behandling og pleje af kronisk leversygdom. De samlede omkostninger overstiges imidlertid af de fremtidige sparede omkostninger på grund af død, hvilket afspejler, at kronisk leversygdom er forbundet med en stor risiko for tidlig død. Denne risiko er også årsag til, at størstedelen af det samlede produktionstab som følge af kronisk leversygdom kan tilskrives tidlig død.

Der ses i denne rapport betydeligt flere incidente tilfælde af kronisk leversygdom blandt mænd. Også prævalensen af kronisk leversygdom og antallet af indlæggelser er højere blandt mænd. En væsentlig årsag til dette er, at flere mænd end kvinder i Danmark har et højt alkoholforbrug (over 14/21 genstande ugentligt for kvinder/mænd) (10). Desuden kan forskelle i drikkemønster mellem mænd og kvinder tænkes at spille en rolle. Produktionstab på grund af kronisk leversygdom er højere blandt mænd end blandt kvinder, hvilket skyldes flere førtidspensioneringer og flere ekstra sygedage på grund af kronisk leversygdom blandt mænd end blandt kvinder.

Der ses en betydelig social ulighed både i incidens, dødelighed, indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg hos alment praktiserende læge og førtidspensioner for begge køn, således at de med kortest uddannelse har den største byrde. Mekanismerne bag den sociale ulighed i byrdemålene for kronisk leversygdom er særdeles komplekse og rækker ud over, hvad der alene kan tilskrives sociale forskelle i kendte adfærdsmæssige risikofaktorer. I mange vestlige lande er en lang uddannelse forbundet med et højt alkoholforbrug (11). I Danmark ses der overordnet ingen markante sammenhænge mellem uddannelse og alkoholindtag i Den Nationale Sundhedsprofil 2010, men i de yngste aldersgrupper er der flere med kort uddannelse, der overskrider Sundhedsstyrelsens højrisikogrænse for antal genstande per uge (12). Studier fra andre europæiske lande har samtidig peget på, at personer med kort uddannelse oftere har et lejlighedsvist højt indtag af alkohol (binge drinking) (11, 13). Et svensk studie har endvidere fundet, at lav socioøkonomisk status i barndommen er associeret med risiko for alkoholrelaterede lidelser senere i livet. (14) Disse sociale mønstre kan være med til at forklare, at kronisk leversygdom i særlig grad ophobes blandt personer med grundskole og kort uddannelse.

21.13 Metode

I denne rapport er kronisk leversygdom defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10). Koderne fremgår af tabel 21.13.1.

Tabel 21.13.1 Diagnoseklassifikation af kronisk leversygdom

Sygdom	ICD-10
Alkoholisk leversygdom	K70
Kronisk leverbetændelse ikke klassificeret andetsteds	K73
Bindevævsdannelse i lever og skrumpelever	K74

Opgørelserne af incidens og prævalens af kronisk leversygdom er baseret på tilfælde identificeret i Landspatientregisteret og Dødsårsagsregisteret i perioden 2000-2012 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår på grund af kronisk leversygdom er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er kronisk leversygdom.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af kronisk leversygdom er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 21.13.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge på grund af kronisk leversygdom benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge i gruppen af personer med kronisk leversygdom sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har kronisk leversygdom, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af kronisk leversygdom anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af kronisk leversygdom opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med kronisk leversygdom i forhold til personer uden kronisk leversygdom. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af kronisk leversygdom er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af kronisk leversygdom benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Desuden benyttes registret over Ældredokumentation til opgørelse af omkostninger til pleje, hvoraf hjemmehjælp/praktisk hjælp fremgår. Der er beregnet ekstra hjemmehjælp/praktisk hjælp for personer med kronisk leversygdom sammenlignet med personer uden kronisk leversygdom. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne A06, C03, C07, C10, H02, J05, J06, L03, L04, N07 og R01 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med kronisk leversygdom og en udvalgt gruppe af personer uden kronisk leversygdom.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesrater.

21.14 Referencer

1. Deleuran T, Vilstrup H, Becker U, Jepsen P. Epidemiology of Alcoholic Liver Disease in Denmark 2006-2011: A Population-Based Study. *Alcohol Alcohol*. 2015.
2. An International Group. Alcoholic liver disease: Morphological manifestations. *Lancet*. 1981;317(8222):707-11.
3. Bendtsen F, Larsen FS, Ott P, Vilstrup H. Cirrhosis of the liver. *Ugeskr Læger*. 2014;176(4).
4. Pedersen C, Dansk Sygeplejeråd. *Medicinske sygdomme: Sydomslære og sygepleje*. København: Nyt Nordisk Forlag; 2005.
5. Sørensen H, Thulstrup A, Mellemkjar L, Jepsen P, Christensen E, Olsen J, et al. Long-term survival and cause-specific mortality in patients with cirrhosis of the liver: A nationwide cohort study in Denmark. *J Clin Epidemiol*. 2003;56(1):88-93.
6. Askgaard G, Grønæk M, Kjær MS, Tjønneland A, Tolstrup JS. Alcohol drinking pattern and risk of alcoholic liver cirrhosis: A prospective cohort study. *J Hepatol*. 2015.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Cause Patterns. 2013 [08-01-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-cause-patterns/.
8. OECD Health Statistics. Non-Medical Determinants of Health. 2014 [25-02-2015]. www.oecd.org.
9. Ramstedt M. Per capita alcohol consumption and liver cirrhosis mortality in 14 European countries. *Addiction*. 2001;96 Suppl 1:S19-33.
10. Hansen AB, Hvidtfeldt UA, Grønæk M, Becker U, Nielsen AS, Tolstrup JS. The number of persons with alcohol problems in the Danish population. *Scand J Public Health*. 2011;39(2):128-36.
11. Grittner U, Kuntsche S, Gmel G, Bloomfield K. Alcohol consumption and social inequality at the individual and country levels—results from an international study. *Eur J Public Health*. 2013;23(2):332-9.
12. Sundhedsstyrelsen. *Danskernes Sundhed – Den Nationale Sundhedsprofil 2013*. København: 2014.
13. Fone DL, Farewell DM, White J, Lyons RA, Dunstan FD. Socioeconomic patterning of excess alcohol consumption and binge drinking: a cross-sectional study of multilevel associations with neighbourhood deprivation. *BMJ Open*. 2013;3(4).
14. Gauffin K, Hemmingsson T, Hjern A. The effect of childhood socioeconomic position on alcohol-related disorders later in life: a Swedish national cohort study. *J Epidemiol Community Health*. 2013;67(11):932-8.

22 LÆNDERYGSMERTER

- I Danmark lever 880.000 personer med lænderygsmarter, når opgørelserne baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010.
- Der registreres årligt 11.000 indlæggelser med lænderygsmarter som aktionsdiagnose. Det svarer til 1 % af alle somatiske indlæggelser.
- Der registreres årligt 73.000 ambulante hospitalsbesøg med lænderygsmarter som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 4.200 skadestuebesøg med lænderygsmarter som aktionsdiagnose.
- Personer med lænderygsmarter har årligt 3,3 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge og 2,3 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden lænderygsmarter. Det svarer til 10 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 30 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut.
- Lænderygsmarter er årligt årsag til 880 nytilkendte førtidspensioner. Det svarer til 6 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med lænderygsmarter har årligt 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmarter. Det svarer til 20 % af alle sygedage.
- Hvert år koster lænderygsmarter 1.820 mio. kr. i behandling.
- Hvert år koster lænderygsmarter 4.840 mio. kr. på grund af tabt produktion.

22.1 Indledning

Lænderygsmarter er et meget udbredt fænomen, som de fleste danskere vil opleve i deres levetid (1). Smerterne kan stamme fra mange strukturer i ryggen og har oftest flere årsager (2). Når en præcis diagnose kan stilles, forklarer den endvidere ikke altid forløbet af tilstanden hos den enkelte. I dag opfattes smerter i ryg og lænd derfor i et biopsykosocialt perspektiv, hvor smerten skal ses i sammenhæng med personens reaktion på smerten og evne til at håndtere den, samt i omgivelsernes – herunder arbejdspladsens og sundhedsvæsenets – evne til at tilpasse sig den enkeltes behov for modificeringer i hverdagen; støtte, rådgivning og behandling (3). Har man først haft en episode af lænderygsmarter, vil de fleste opleve tilbagevendende smerter afbrudt af kortere eller længere smertefrie intervaller. Således har over 75 % af patienter med nye episoder af lænderygsmarter oplevet tidligere episoder (4). Samtidig har personer med lænderygsmarter også ofte smerter i andre dele af bevægeapparatet (5). Lænderygsmarter kan således opfattes som en kronisk recidiverende tilstand, hvilket forklarer den høje forekomst og de store afledte konsekvenser.

Der er stor heterogenitet i, hvordan lænderygmerter opgøres i forskellige studier, både med hensyn til definition af rygmerterne, smertevarighed og længde af perioden, inden for hvilken smerterne opgøres. Dette vanskeliggør identifikationen af risikofaktorer for lænderygmerter, som typisk opdeles i individuelle, fysiske og psykosociale. Tidligere lænderygmerter er en stærk risikofaktor for nye episoder (4, 6). Sandsynligvis er vridd og bøj i kroppen, helkropsvibration og visse typer (arbejdsrelateret) hårdt fysisk arbejde, såsom hårde løft, risikofaktorer for udvikling af rygmerter (7-9), mens det ikke lader til, at det at bære og lettere løfteopgaver i arbejdsmæssig sammenhæng fører til rygmerter (9). Evidensen for en eventuel sammenhæng mellem en stillesiddende livsstil, udsættelse for hård belastning af kroppen i forbindelse med sport/træning og lænderygmerter er ikke klar (8, 10, 11). Svær overvægt er endvidere fundet at være risikofaktor for udvikling af lænderygmerter (12, 13). En række psykosociale faktorer, såsom stress, angst og depression samt arbejdspladsrelaterede psykosociale faktorer i form af jobutilfredshed, monotone arbejdsopgaver, dårlige arbejdsrelationer, mangel på social støtte, høje krav og stress er associeret med lænderygmerter. Årsagssammenhængen er dog uklar. Psykosociale faktorer er endvidere associeret med ændringen fra akutte til kroniske lænderygmerter (13).

22.2 Forekomst af lænderygmerter

I denne rapport er antallet af personer, der lever med lænderygmerter (prævalensen), opgjort ved personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har angivet, at de har været meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd de seneste 14 dage, eller at de har diskusprolaps eller andre rygsygdomme. Baseret på disse opgørelser lever 392.985 mænd og 488.481 kvinder med lænderygmerter i Danmark (tabel 22.2.1). For både mænd og kvinder stiger prævalensraten med alderen, dog med et fald blandt mænd i alderen 65-74 år. Flest personer med lænderygmerter ses i aldersgruppen 45-64 år.

Tabel 22.2.1 Lænderygmerter. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	9.736	14.912	28.676	42.325	71.001
25-34	12.463	16.129	39.883	51.353	91.236
35-44	17.813	20.071	69.390	76.688	146.078
45-54	24.023	24.727	88.089	89.052	177.141
55-64	25.365	27.626	84.981	91.806	176.787
65-74	22.810	29.066	50.700	67.094	117.794
75-84	25.367	38.292	24.755	49.659	74.414
85-	27.518	44.434	6.511	20.504	27.015
I alt	19.176	23.446	392.985	488.481	881.466

Den højeste prævalens ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.2.2). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for lænderygmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 88.317 og 75.473 færre prævalente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 30,6 % og 22,2 % af den samlede prævalens på grund af lænderygmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra prævalente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 22.2.2 Lænderygsmærter. Prævalens og ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Prævalens		Ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	87.878	132.594	39.284	49.222	44,7	37,1
Kort uddannelse	156.071	138.725	49.033	26.251	31,4	18,9
Mellemlang/lang uddannelse	45.012	69.040	–	–	–	–
I alt	288.961	340.359	88.317	75.473	30,6	22,2

22.3 Lænderygsmærter og indlæggelser

Der registreres årligt 10.786 indlæggelser med lænderygsmærter som aktionsdiagnose, og antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 22.3.1). To femtedele af alle indlæggelser ses i aldersgruppen 35-54 år. Lænderygsmærter udgør 1,2 % af alle somatiske indlæggelser og 2,5 % af alle somatiske indlæggelser blandt personer i aldersgruppen 35-44 år.

Tabel 22.3.1 Lænderygsmærter, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	170	212	382	0,7	0,6	0,7
25-34	594	625	1.219	2,4	1,3	1,7
35-44	1.163	1.145	2.308	3,0	2,1	2,5
45-54	1.172	1.159	2.331	2,0	1,9	1,9
55-64	862	871	1.733	1,0	1,2	1,1
65-74	649	774	1.423	0,6	0,9	0,7
75-84	351	590	941	0,5	0,8	0,6
85-	118	331	449	0,4	0,7	0,6
I alt	5.079	5.707	10.786	1,2	1,2	1,2

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for lænderygsmærter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.444 og 956 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til en tredjedel og en femtedel af alle somatiske indlæggelser på grund af lænderygsmærter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra indlæggelser falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 22.3.2 Lænderygmerter, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellem/lang/uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellem/lang/uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.331	1.673	579	496	43,5	29,6
Kort uddannelse	2.298	1.961	865	460	37,6	23,5
Mellemlang/lang uddannelse	566	941	–	–	–	–
I alt	4.195	4.575	1.444	956	34,4	20,9

22.4 Lænderygmerter og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 73.276 ambulante hospitalsbesøg med lænderygmerter som aktionsdiagnose, lidt flere blandt kvinder (tabel 22.4.1). De fleste ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 35-64 år. Lænderygmerter udgør 0,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 22.4.1 Lænderygmerter, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1.538	1.915	3.453	0,9	0,6	0,7
25-34	4.569	5.231	9.800	2,0	0,7	1,0
35-44	8.372	9.566	17.938	2,3	1,5	1,7
45-54	8.590	9.611	18.201	1,6	1,3	1,4
55-64	6.165	6.613	12.778	0,8	0,8	0,8
65-74	3.238	4.362	7.600	0,4	0,5	0,4
75-84	1.135	1.870	3.005	0,2	0,4	0,3
85-	139	362	501	0,1	0,2	0,2
I alt	33.746	39.530	73.276	0,9	0,8	0,9

De fleste ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af lænderygmerter som personer med mellem/lang/uddannelse, ville der årligt have været 7.582 og 5.065 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 27,7 % og 15,8 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af lænderygmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 22.4.2 Lænderygsmærter, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	7.593	9.514	2.519	1.828	33,2	19,2
Kort uddannelse	15.544	14.943	5.063	3.237	32,6	21,7
Mellemlang/lang uddannelse	4.190	7.680	–	–	–	–
I alt	27.327	32.137	7.582	5.065	27,7	15,8

22.5 Lænderygsmærter og skadestuebesøg

Der registreres årligt 4.177 skadestuebesøg med lænderygsmærter som aktionsdiagnose, lidt flere blandt mænd (tabel 22.5.1). For både mænd og kvinder er antallet af besøg stigende indtil 45-årsalderen, hvorefter antallet er faldende. Lænderygsmærter er årsag til en meget lille andel af alle somatiske skadestuebesøg for både mænd og kvinder.

Tabel 22.5.1 Lænderygsmærter, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	263	246	509	0,3	0,4	0,4
25-34	450	328	778	0,7	0,8	0,8
35-44	503	372	875	0,9	0,9	0,9
45-54	423	333	756	0,8	0,8	0,8
55-64	245	218	463	0,5	0,5	0,5
65-74	163	194	357	0,4	0,5	0,5
75-84	100	178	278	0,4	0,6	0,5
85-	38	123	161	0,3	0,5	0,4
I alt	2.185	1.992	4.177	0,6	0,6	0,6

De fleste skadestuebesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.5.2). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af lænderygsmærter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 367 og 199 færre skadestuebesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 27,0 % og 16,3 % af alle somatiske skadestuebesøg på grund af lænderygsmærter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed er kendetegnet ved en gradient blandt mænd, således at andelen af ekstra skadestuebesøg falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt kvinder ses der ingen nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra skadestuebesøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 22.5.2 Lænderygsmærter, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Skadestuebesøg		Ekstra skadestuebesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	467	425	209	94	44,8	22,1
Kort uddannelse	680	526	158	105	23,2	20,0
Mellemlang/lang uddannelse	211	269	–	–	–	–
I alt	1.358	1.220	367	199	27,0	16,3

22.6 Lænderygsmærter og primærsektor

For lænderygsmærter er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge, kiropraktor og fysioterapeut baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med lænderygsmærter sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset lænderygsmærter.

Personer med lænderygsmærter har årligt 3,3 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden lænderygsmærter (tabel 22.6.1). Langt de fleste besøg ses blandt kvinder, og de fleste besøg ses blandt personer i aldersgruppen 45-74 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med lænderygsmærter udgør 9,5 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 8,6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 10,0 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder.

Tabel 22.6.1 Lænderygsmærter. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	29.594	96.357	125.951	3,3	4,8	4,3
25-34	73.576	165.440	239.016	6,5	5,7	5,9
35-44	146.830	280.814	427.644	8,8	8,9	8,9
45-54	271.137	387.729	658.866	13,1	12,5	12,8
55-64	267.211	417.753	684.964	10,3	12,8	11,7
65-74	196.693	393.919	590.612	7,7	12,8	10,5
75-84	115.047	307.913	422.960	6,9	12,7	10,4
85-	35.759	97.908	133.667	6,3	7,3	7,0
I alt	1.135.847	2.147.833	3.283.680	8,6	10,0	9,5

Personer med lænderygsmærter har årligt 2,3 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden lænderygsmærter (tabel 22.6.2). To tredjedele af de besøg ses blandt kvinder, og de fleste besøg ses i aldersgruppen 45-64 år. De flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt personer med lænderygsmærter udgør 30,2 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut. Andelen af besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut er generelt større blandt kvinder end blandt mænd.

Tabel 22.6.2 Lænderygmerter. Antal besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	30.069	60.886	90.955	23,5	30,2	27,6
25-34	64.184	153.332	217.516	24,1	33,7	30,1
35-44	145.168	243.519	388.687	30,2	31,0	30,7
45-54	152.549	371.921	524.470	27,6	37,4	33,9
55-64	175.313	364.597	539.910	29,5	34,5	32,7
65-74	91.005	247.223	338.228	18,0	29,6	25,2
75-84	68.320	129.950	198.270	27,1	31,2	29,7
85-	5.610	28.306	33.916	10,1	21,0	17,8
I alt	732.218	1.599.734	2.331.952	25,8	32,8	30,2

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 121.151 og 103.400 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 39,7 % og 18,7 % af alle besøg på grund af lænderygmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 22.6.3 Lænderygmerter. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	117.747	241.868	65.741	72.931	55,8	30,2
Kort uddannelse	150.430	207.226	55.410	30.469	36,8	14,7
Mellemlang/lang uddannelse	37.173	104.512	–	–	–	–
I alt	305.350	553.606	121.151	103.400	39,7	18,7

22.7 Lænderygmerter og førtidspensioner

Lænderygmerter er årligt årsag til 883 nytilkendte førtidspensioner, antallet er stort set ens for mænd og kvinder (tabel 22.7.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af lænderygmerter er højest i aldersgruppen 45-64 år. Lænderygmerter er årsag til 5,5 % af alle nytilkendelser og 7,5 % af alle nytilkendelser i aldersgruppen 45-54 år.

Det skal bemærkes, at reformen på førtidspensionsområdet fra 2013, hvis formål blandt andet er, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, imidlertid har medført, at der i 2013 ses et kraftigt fald i det totale antal nytilkendte førtidspensioner på mere end en halvering fra året før (14).

Tabel 22.7.1 Lænderygsmærter. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af lænderygsmærter og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	1	0	1	0,1	0,0	0,1
25-34	22	19	41	2,9	2,4	2,6
35-44	96	100	196	6,7	5,3	5,9
45-54	198	188	386	8,4	6,7	7,5
55-64	146	113	259	6,5	4,9	5,7
I alt	463	420	883	6,1	5,0	5,5

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 22.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af lænderygsmærter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 521 færre nytilkendte førtidspensioner på grund af lænderygsmærter, svarende til 84,9 % og 57,0 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af lænderygsmærter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra førtidspensioner i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 22.7.2 Lænderygsmærter. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	175	131	161	95	92,0	72,5
Kort uddannelse	191	173	160	105	83,8	60,7
Mellemlang/lang uddannelse	12	47	–	–	–	–
I alt	378	351	321	200	84,9	57,0

22.8 Lænderygsmærter og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsg dage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af lænderygsmærter beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med lænderygsmærter sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset lænderygsmærter.

Erhvervsaktive personer med lænderygsmærter har årligt 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden lænderygsmærter (tabel 22.8.1). Størstedelen af sygedage ses blandt kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 45-54 år. Sygedagene blandt personer med lænderygsmærter udgør 19,5 % af alle sygedage.

Tabel 22.8.1 Lænderygmerter. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	48.827	123.032	171.859	7,0	15,8	12,9
25-34	369.307	605.874	975.181	18,4	20,1	20,6
35-44	674.762	868.771	1.543.533	22,9	18,0	20,8
45-54	775.013	1.081.083	1.856.096	22,8	22,4	22,8
55-64	408.387	497.938	906.325	15,7	10,3	17,0
I alt	2.276.296	3.176.698	5.452.994	19,5	19,5	19,5

22.9 Lænderygmerter og sundhedsøkonomi

Hvert år koster lænderygmerter 1.816,6 mio. kr. i behandling, og af tabel 22.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. Omkostningerne er størst blandt kvinder (62 % af de samlede omkostninger) sammenlignet med mænd. De største omkostninger ses i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg udgør tilsammen 34 % af alle omkostningerne. De største omkostninger forbundet med behandling af lænderygmerter er omkostningerne til primærsektoren (besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor), der udgør 46 % af de samlede omkostninger. Omkostninger til receptpligtig medicin udgør 20 %.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor lænderygmerter er anført som den tilgrundsiggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 22.9.2).

Tabel 22.9.1 Lænderygmerter. Omkostninger til behandling fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012*

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin
Mænd					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	72,4	42,7	0,9	82,3	16,1
45-64	82,3	42,8	0,5	126,7	58,7
65-84	33,1	11,6	0,2	62,0	43,9
85-	2,9	0,4	0,0	3,6	4,4
I alt	190,7	97,5	1,6	274,6	123,1
Kvinder					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	73,2	47,6	0,7	163,4	23,9
45-64	89,8	45,5	0,4	241,1	102,9
65-84	46,9	17,2	0,2	140,6	90,4
85-	9,4	1,0	0,1	14,2	20,6
I alt	219,3	111,3	1,4	559,3	237,8
Total	410,0	208,8	3,1	833,9	360,9

*Primærsektor og medicin er opgjort for år 2010

Tabel 22.9.2 Lænderygsmarter. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	214,4	.	214,4
45-64	311,0	.	311,0
65-84	150,8	.	150,8
85-	11,2	.	11,2
I alt	687,4	.	687,4
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	308,8	.	308,8
45-64	479,7	.	479,7
65-84	295,4	.	295,4
85-	45,3	.	45,3
I alt	1.129,2	.	1.129,2
Total	1.816,6	.	1.816,6

22.10 Lænderygsmarter og produktionstab

Hvert år koster lænderygsmarter 4.836,2 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 22.10.1). Omkostningerne er større blandt mænd end blandt kvinder, og størst i den ældste aldersgruppe for begge køn. Lænderygsmarter er årsag til produktionstab på 1.482,6 mio. kr. på grund af sygedage og 3.353,5 mio. kr. på grund af førtidspensioner, og dermed udgør omkostningerne til førtidspensioner størstedelen af det samlede produktionstab på grund af lænderygsmarter.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor lænderygsmarter er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 22.10.1 Lænderygsmarter. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Sygedage er opgjort for år 2010, mens førtidspension er årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	293,2	786,7	1.079,8
45-65	370,5	1.131,5	1.502,1
I alt	663,7	1.918,2	2.581,9
Kvinder			
16-44	375,0	637,7	1.012,8
45-65	443,9	797,6	1.241,5
I alt	818,9	1.435,3	2.254,3
Total	1.482,6	3.353,5	4.836,2

22.11 Kommentarer til resultater

Lænderygsmerter er en meget hyppigt forekommende lidelse og ligger højt placeret på stort set alle byrdemål. Dog er det ikke en lidelse, der er forbundet med dødelighed. Den betydelige byrde forbundet med lænderygsmerter ses også globalt, hvor lænderygsmerter er identificeret som den højest rangerende lidelse, når man ser på byrden i form af år, der leves med nedsættelse af funktionsevne (15).

Sygdommens episodiske natur kan gøre det vanskeligt at opgøre prævalenser, hvorfor der også er store metodiske forskelle i opgørelsen af prævalenser mellem forskellige undersøgelser (4). Baseret på en række internationale undersøgelser er prævalensen af aktivitetsbegrænsende lænderygsmerter inden for den seneste måned estimeret til 23 % (16). Blandt ældre danskere i alderen 72 til 102 år er forekomsten af rygsmerter inden for den seneste måned fundet at være 20 % blandt mænd og 30 % blandt kvinder (17). Vores opgørelser af prævalens afviger således ikke væsentligt fra den øvrige litteratur, når metodiske forskelle tages i betragtning.

Lænderygsmerter er hyppigst forekommende blandt kvinder. Dette er velkendt fra både danske og internationale undersøgelser (16-18). Der er uklarhed om årsagen hertil, men forskelle på mænd og kvinders tilbøjelighed til at rapportere somatiske symptomer i befolkningsundersøgelser kan også spille en rolle (16). I denne rapport ses denne kønsforskel på alle byrdemål med undtagelse af skadestuebesøg og førtidspensioner, hvor der ses en lille overhyppighed blandt mænd.

Lænderygsmerter er årsag til næsten 10 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og er dermed den sygdom, der er årsag til flest besøg hos alment praktiserende læge. Endvidere er lænderygsmerter årsag til 30 % af alle besøg hos fysioterapeut/kiropraktør. At lænderygsmerter er en hyppig årsag til at opsøge behandling i den primære sundhedssektor ses også i andre undersøgelser. I en population af ældre danskere i alderen 72-102 år angav 16 % at have søgt behandling for rygsmerter inden for det seneste år – typisk i form af praktiserende læge eller fysioterapi (17). De mange læge- og fysioterapeut/kiropraktørbesøg blandt personer med lænderygsmerter afspejles i sundhedsøkonomien, hvor lænderygsmerter er den sygdom, der bidrager med de største omkostninger til primærsektoren. Lænderygsmerter er endvidere den sygdom med de næststørste omkostninger til receptpligtig medicin.

Sygedage på grund af lænderygsmerter udgør næsten 20 % af alle sygedage, og lænderygsmerter er dermed den sygdom, der er årsag til flest sygedage. Lænderygsmerter er endvidere årsag til knap 6 % af alle nytilkendte førtidspensioner og ligger dermed i toppen af årsager til førtidspension blandt de somatiske sygdomme. Da et formål med ændringen i førtidspensionslovgivningen i 2013 var, at personer under 40 år ikke skal førtidspensioneres, er det sandsynligt, at det især er nytilkendelser på grund af sygdomme med tidlig debut, heri inkluderet lænderygsmerter, der siden 2013 er faldet betydeligt i antal. Produktionstabene som følge af sygedage på grund af lænderygsmerter er det største i sammenligning med de øvrige sygdomme i denne rapport. I lighed med nærværende rapport har en svensk undersøgelse fundet, at de indirekte omkostninger, såsom eksempelvis sygedage og førtidspensioner, overstiger omkostningerne til behandling og pleje (19).

Sammenhængen mellem lænderygsmerter og arbejdsmarkedstilknytning er kompleks. Både fysiske såvel som sociale og psykologiske faktorer på arbejdspladsen er forbundet med forekomst og prognose for lænderygsmerter (20, 21). Det er vist, at tungt fysisk arbejde er associeret med lænderygsmerter (20, 22), og store krav på arbejdspladsen og en lav grad af indflydelse er desuden væsentlige risikofaktorer for at udvikle lænderygsmerter (23). En ud af fem ansatte med nakke-/skuldersmerter og lænderygsmerter har været langtidssygemeldte i løbet af en to-årsperiode (24). Der er nogen evidens for, at interventioner kan reducere fravær fra arbejdsmarkedet i relation til lænderygsmerter, men de kan være vanskelige at implementere i praksis (21).

Der ses flere indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg, skadestuebesøg, besøg i primærsektoren samt markant flere førtidspensioner på grund af lænderygsmerter blandt personer med grundskole og kort uddannelse sammenlignet med personer med længere uddannelser. Det er vist i flere studier, at lænderygsmerter forekommer hyppigere blandt personer med kort uddannelse, ligesom en kort uddannelse også er forbundet med en længere varighed af sygdomsperioder og en generelt dårligere prognose (13). Den uddannelsesmæssige gradient er særligt tydelig for førtidspensioner, hvilket kan skyldes, at personer med grundskole eller kort uddannelse er sær-

ligt eksponeret for tungt fysisk arbejde, har en dårligere prognose generelt og dermed kan have sværere ved at forblive på arbejdsmarkedet.

22.12 Metode

I denne rapport er lænderygmerter, alt efter hvilket sygdomsbyrdemål, der er tale om, defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10) eller ud fra to spørgsmål om rygmerter og ryg-sygdom fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Koderne og spørgsmålene fremgår af tabel 22.12.1.

Tabel 22.12.1 Diagnoseklassifikation af lænderygmerter, samt spørgsmål angående lænderygmerter fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Sygdom	ICD-10
Sygdomme i bruske mellem andre ryghvirvler end halsens	M51
Sygdom i kors- og halebensregionen ikke klassificeret andetsteds	M53.3
Andre specificerede ryglidelser	M53.8
Ryglidelse uden specifikation	M53.9
Pannikulitisi nakken eller ryggen	M54.0
Sygdomme i lumbale og torakale båndskiver	M54.1
Ischias	M54.3
Lændesmerter med ischias	M54.4
Lændesmerter	M54.5
Torakale rygmerter	M54.6
Andre rygmerter	M54.8
Rygmerter uden specifikation	M54.9
Spørgsmål	
Har du inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller ubehag i ryg eller lænd?	
Har du diskusprolaps eller andre rygssygdomme?	

Opgørelserne af prævalens af lænderygmerter er baseret på personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret ja til det første spørgsmål omkring smerter eller ubehag i ryg eller lænd eller har svaret "ja, det har jeg nu" eller "ja, det har jeg haft tidligere" og samtidig har svaret, at de stadig har eftervirkninger, til spørgsmålet om diskusprolaps eller andre rygssygdomme. Spørgsmålene fremgår af tabel 22.12.1 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Der er ingen dødsfald på grund af lænderygmerter og derfor indeholder dette kapitel ikke opgørelser af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af lænderygmerter er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med en aktionsdiagnose som angivet i tabel 22.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor på grund af lænderygmerter benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor i gruppen af personer med lænderygmerter sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har lænderygmerter, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af lænderygsmerter anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af lænderygsmerter opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med lænderygsmerter i forhold til personer uden lænderygsmerter. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af lænderygsmerter er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af lænderygsmerter benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne B01, M01, N02, R05 og S01 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med lænderygsmerter og en udvalgt gruppe af personer uden lænderygsmerter.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshæder.

22.13 Referencer

1. Christensen AI, Davidsen M, Ekholm O, Pedersen PV, Juel K. Danskernes Sundhed - Den Nationale Sundhedsprofil 2013. København: 2014.
2. Bendix T, Manniche C. Back pain. *Ugeskr Læger*. 2006;168(20):1954-7.
3. Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38(24):2118-23.
4. Dunn KM, Hestbaek L, Cassidy JD. Low back pain across the life course. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):591-600.
5. Hartvigsen J, Natvig B, Ferreira M. Is it all about a pain in the back? *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):613-23.
6. Janwantanakul P, Sithipornvorakul E, Paksaichol A. Risk factors for the onset of nonspecific low back pain in office workers: a systematic review of prospective cohort studies. *J Manipulative Physiol Ther*. 2012;35(7):568-77.
7. Coenen P, Kingma I, Boot CR, Twisk JW, Bongers PM, van Dieën JH. Cumulative low back load at work as a risk factor of low back pain: a prospective cohort study. *J Occup Rehabil*. 2013;23(1):11-8.
8. Hoogendoorn WE, van Poppel MN, Bongers PM, Koes BW, Bouter LM. Physical load during work and leisure time as risk factors for back pain. *Scand J Work Environ Health*. 1999;25(5):387-403.
9. Wai EK, Roffey DM, Bishop P, Kwon BK, Dagenais S. Causal assessment of occupational lifting and low back pain: results of a systematic review. *Spine J*. 2010;10(6):554-66.
10. Bakker EW, Verhagen AP, van Trijffel E, Lucas C, Koes BW. Spinal mechanical load as a risk factor for low back pain: a systematic review of prospective cohort studies. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2009;34(8):E281-93.
11. Chen SM, Liu MF, Cook J, Bass S, Lo SK. Sedentary lifestyle as a risk factor for low back pain: a systematic review. *Int Arch Occup Environ Health*. 2009;82(7):797-806.
12. Heuch I, Heuch I, Hagen K, Zwart JA. Body mass index as a risk factor for developing chronic low back pain: a follow-up in the Nord-Trøndelag Health Study. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2013;38(2):133-9.
13. Hoy D, Brooks P, Blyth F, Buchbinder R. The Epidemiology of low back pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):769-81.
14. Beskæftigelsesministeriet. Kort overblik over førtidspensionsområdet efter reformen [04-05-2015]. www.bm.dk/da/Beskaeftigelsesomraadet/Flere%20arbejde/Reform%20af%20foertidspension%20og%20fleksjob/Kort%20overblik%20fortidspensionsomraadet.aspx#.
15. Buchbinder R, Blyth FM, March LM, Brooks P, Woolf AD, Hoy DG. Placing the global burden of low back pain in context. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2013;27(5):575-89.
16. Hoy D, Bain C, Williams G, March L, Brooks P, Blyth F, et al. A systematic review of the global prevalence of low back pain. *Arthritis Rheum*. 2012;64(6):2028-37.
17. Hartvigsen J, Frederiksen H, Christensen K. Back and neck pain in seniors-prevalence and impact. *Eur Spine J*. 2006;15(6):802-6.
18. Manchikanti L, Singh V, Falco FJ, Benyamin RM, Hirsch JA. Epidemiology of low back pain in adults. *Neuromodulation*. 2014;17 Suppl 2:3-10.
19. Ekman M, Johnell O, Lidgren L. The economic cost of low back pain in Sweden in 2001. *Acta Orthop*. 2005;76(2):275-84.
20. Andersen J, Kolstad H, Ebbenhøj N, Bendix T. Back pain and the workplace. *Ugeskr Læger*. 2005;167(5):493-6.
21. Loisel P, Buchbinder R, Hazard R, Keller R, Scheel I, van Tulder M, et al. Prevention of work disability due to musculoskeletal disorders: the challenge of implementing evidence. *J Occup Rehabil*. 2005;15(4):507-24.

22. Oliveira VC, Ferreira ML, Refshauge KM, Maher CG, Griffin AR, Hopper JL, et al. Risk factors for low back pain: insights from a novel case-control twin study. *Spine J.* 2015;15(1):50-7.
23. Sterud T, Tynes T. Work-related psychosocial and mechanical risk factors for low back pain: a 3-year follow-up study of the general working population in Norway. *Occup Environ Med.* 2013;70(5):296-302.
24. Holtermann A, Hansen JV, Burr H, Søgaard K. Prognostic factors for long-term sickness absence among employees with neck-shoulder and low-back pain. *Scand J Work Environ Health.* 2010;36(1):34-41.

23 NAKKESMERTER

- I Danmark lever 200.000 mænd og 370.000 kvinder med nakkesmerter, når opgørelserne baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010.
- Der registreres årligt 1.500 indlæggelser med nakkesmerter som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 14.000 ambulante hospitalsbesøg med nakkesmerter som aktionsdiagnose.
- Der registreres årligt 210 skadestuebesøg med nakkesmerter som aktionsdiagnose.
- Personer med nakkesmerter har årligt 2,1 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge og 1,8 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden nakkesmerter. Det svarer til 6 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 23 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut.
- Nakkesmerter er årligt årsag til 230 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med nakkesmerter har årligt 4,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden nakkesmerter. Det svarer til 16 % af alle sygedage.
- Hvert år koster nakkesmerter 920 mio. kr. i behandling.
- Hvert år koster nakkesmerter 2.030 mio. kr. på grund af tabt produktion.

23.1 Indledning

Nakkesmerter er et udbredt fænomen, som de fleste personer vil opleve på et tidspunkt i livet (1). Nakkesmerter er karakteriseret ved en række uspecifikke gener og symptomer og kan medføre betydelig funktionsevnedssættelse for det enkelte individ med arbejdsmæssige konsekvenser og deraf afledte økonomiske omkostninger for samfundet. Køn, alder og genetik er af betydning for udvikling af nakkesmerter. En række fysiske og psykosociale arbejdsrelaterede faktorer, såsom stor arbejdsbyrde (mængde), stillesiddende arbejde, arbejdsstilling og gentagne bevægelser, øger risikoen for nakkesmerter. Derudover er angst og depression risikofaktorer for nakkesmerter. Nakkesmerter optræder ofte sammen med andre helbredsproblemer, såsom rygsmerter, hovedpine og generelt dårligt selvvurderet helbred (2-4).

Langt de fleste studier finder en højere forekomst af nakkesmerter blandt kvinder sammenlignet med mænd uanset prævalensperiode, og forekomsten er stigende indtil omkring 50-årsalderen, hvorefter den stagnerer eller falder i de ældre aldersgrupper (2, 5, 6).

I denne rapport er populationen med nakkesmerter defineret ved de personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret, at de har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage. Dermed er individer med både kroniske og/eller periodiske og episodiske smerter inkluderet (7). Opgø-

relserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af nakkesmerter er baseret på Landspatientregisteret.

23.2 Forekomst af nakkesmerter

I denne rapport er antallet af personer, der lever med nakkesmerter (prævalensen) opgjort ved personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har angivet, at de har eller har haft nakkesmerter. Baseret på disse opgørelser lever 203.200 mænd og 369.578 kvinder med nakkesmerter i Danmark (tabel 23.2.1). Prævalensraten for nakkesmerter er højest i aldersgruppen 45-64 år blandt både mænd og kvinder samt i aldersgruppen 85 år eller derover blandt kvinder, mens det højeste antal personer, der lever med nakkesmerter, ses i aldersgruppen 45-54 år.

Tabel 23.2.1 Nakkesmerter. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	6.265	14.912	18.900	43.176	62.076
25-34	7.395	14.344	24.175	46.641	70.816
35-44	9.542	17.395	38.043	68.044	106.087
45-54	12.157	20.337	46.099	75.618	121.717
55-64	12.043	18.579	42.429	65.396	107.825
65-74	8.604	14.486	20.541	36.572	57.113
75-84	9.392	15.714	10.302	23.290	33.592
85-	9.917	20.594	2.711	10.841	13.552
I alt	9.520	16.930	203.200	369.578	572.778

Den højeste prævalens ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 23.2.2). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for nakkesmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 50.272 og 59.769 færre tilfælde af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til en tredjedel og en fjerdedel af alle prævalente tilfælde på grund af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra prævalente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 23.2.2 Nakkesmerter. Prævalens og ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Prævalens		Ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	42.144	87.228	21.482	34.431	51,0	39,5
Kort uddannelse	75.649	103.612	28.790	25.338	38,1	24,5
Mellemlang/lang uddannelse	19.761	49.980	–	–	–	–
I alt	137.554	240.820	50.272	59.769	36,5	24,8

23.3 Nakkesmerter og indlæggelser

Der registreres årligt 1.459 indlæggelser med nakkesmerter som aktionsdiagnose, og størstedelen ses i aldersgruppen 35-64 år (tabel 23.3.1). Nakkesmerter udgør 0,2 % af alle somatiske indlæggelser.

Tabel 23.3.1 Nakkesmerter, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	4	10	14	0,0	0,0	0,0
25-34	36	53	89	0,1	0,1	0,1
35-44	158	212	370	0,4	0,4	0,4
45-54	244	267	511	0,4	0,4	0,4
55-64	161	128	289	0,2	0,2	0,2
65-74	62	66	128	0,1	0,1	0,1
75-84	21	25	46	0,0	0,0	0,0
85-	5	7	12	0,0	0,0	0,0
I alt	691	768	1.459	0,2	0,2	0,2

De fleste indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 23.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster for nakkesmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 202 og 168 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til en tredjedel og en fjerdedel af alle somatiske indlæggelser på grund af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en gradient, idet andelen af ekstra indlæggelser i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 23.3.2 Nakkesmerter, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	169	215	62	66	36,7	30,7
Kort uddannelse	369	331	140	102	37,9	30,8
Mellemlang/lang uddannelse	89	149	–	–	–	–
I alt	627	695	202	168	32,2	24,2

23.4 Nakkesmerter og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 13.772 ambulante hospitalsbesøg med nakkesmerter som aktionsdiagnose, flest blandt kvinder (tabel 23.4.1). Størstedelen af de ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 35-64 år. Nakkesmerter udgør 0,2 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 23.4.1 Nakkesmerter, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	69	199	268	0,0	0,1	0,1
25-34	416	680	1.096	0,2	0,1	0,1
35-44	1.418	2.357	3.775	0,4	0,4	0,4
45-54	2.063	2.735	4.798	0,4	0,4	0,4
55-64	1.292	1.280	2.572	0,2	0,1	0,2
65-74	437	540	977	0,0	0,1	0,1
75-84	112	135	247	0,0	0,0	0,0
85-	10	29	39	0,0	0,0	0,0
I alt	5.817	7.955	13.772	0,2	0,2	0,2

De fleste ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 23.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af nakkesmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.602 og 1.085 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 31,7 % og 15,9 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 23.4.2 Nakkesmerter, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	1.326	1.767	470	344	35,4	19,5
Kort uddannelse	2.999	3.324	1.132	741	37,7	22,3
Mellemlang/lang uddannelse	734	1.743	–	–	–	–
I alt	5.059	6.834	1.602	1.085	31,7	15,9

23.5 Nakkesmerter og skadestuebesøg

Der registreres årligt 211 skadestuebesøg med nakkesmerter som aktionsdiagnose, og de højeste antal ses blandt kvinder (tabel 23.5.1). Nakkesmerter er årsag til en meget lille andel af alle somatiske skadestuebesøg for både mænd og kvinder.

Tabel 23.5.1 Nakkesmerter, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	12	19	31	0,0	0,0	0,0
25-34	23	21	44	0,0	0,0	0,0
35-44	19	21	40	0,0	0,0	0,0
45-54	18	22	40	0,0	0,1	0,0
55-64	15	15	30	0,0	0,0	0,0
65-74	4	10	14	0,0	0,0	0,0
75-84	4	5	9	0,0	0,0	0,0
85-	1	2	3	0,0	0,0	0,0
I alt	96	115	211	0,0	0,0	0,0

23.6 Nakkesmerter og primærsektor

For nakkesmerter er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge, kiropraktor og fysioterapeut baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg i primærsektoren er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med nakkesmerter sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset nakkesmerter.

Personer med nakkesmerter har årligt 2,1 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden nakkesmerter (tabel 23.6.1). Langt de fleste besøg ses blandt kvinder, og de højeste antal besøg ses blandt personer i aldersgruppen 45-64 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med nakkesmerter udgør 6,0 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 5,0 % af alle besøg blandt mænd og 6,7 % af alle besøg blandt kvinder.

Tabel 23.6.1 Nakkesmerter. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	21.021	76.300	97.321	2,3	3,8	3,3
25-34	61.163	129.702	190.865	5,4	4,4	4,7
35-44	99.217	224.504	323.721	6,0	7,1	6,7
45-54	164.180	323.322	487.502	8,0	10,4	9,4
55-64	164.492	272.665	437.157	6,4	8,4	7,5
65-74	91.108	200.495	291.603	3,6	6,5	5,2
75-84	53.506	141.216	194.722	3,2	5,8	4,8
85-	13.308	59.185	72.493	2,3	4,4	3,8
I alt	667.995	1.427.389	2.095.384	5,0	6,7	6,0

Personer med nakkesmerter har årligt 1,8 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden nakkesmerter (tabel 23.6.2). Antallet af besøg er tre gange så højt blandt kvinder, og de højeste antal ekstra besøg ses blandt personer i aldersgruppen 35-64 år. De flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt personer med nakkesmerter udgør 23,0 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut, hvilket dækker over 15,4 % af alle besøg blandt mænd og 27,4 % af alle besøg blandt kvinder.

Tabel 23.6.2 Nakkesmerter. Antal besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	7.343	61.827	69.170	5,7	30,7	21,0
25-34	36.739	132.419	169.158	13,8	29,1	23,4
35-44	105.253	237.580	342.833	21,9	30,2	27,1
45-54	61.992	300.158	362.150	11,2	30,2	23,4
55-64	107.845	293.293	401.138	18,2	27,8	24,3
65-74	78.252	185.801	264.053	15,4	22,3	19,7
75-84	34.066	92.458	126.524	13,5	22,2	18,9
85-	6.660	33.290	39.950	12,0	24,6	21,0
I alt	438.150	1.336.826	1.774.976	15,4	27,4	23,0

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 23.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af nakkesmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 68.079 og 83.408 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 39,7 % og 23,2 % af alle besøg på grund af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg hos alment praktiserende læge falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 23.6.3 Nakkesmerter. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	55.899	149.355	28.378	55.431	50,8	37,1
Kort uddannelse	94.051	140.188	39.701	27.977	42,2	20,0
Mellemlang/lang uddannelse	21.391	69.971	–	–	–	–
I alt	171.341	359.514	68.079	83.408	39,7	23,2

23.7 Nakkesmerter og førtidspensioner

Nakkesmerter er årligt årsag til 231 nytilkendte førtidspensioner, og flest ses blandt kvinder (tabel 23.7.1). Forekomsten af nytilkendte førtidspensioner på grund af nakkesmerter er højest i aldersgruppen 45-54 år. Nakkesmerter er årsag til 1,5 % af alle nytilkendelser og 2,1 % af alle nytilkendelser i aldersgruppen 45-54 år.

Tabel 23.7.1 Nakkesmerter. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af nakkesmerter og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	2	3	0,1	0,3	0,2
35-44	18	24	42	1,3	1,3	1,3
45-54	47	63	110	2,0	2,2	2,1
55-64	36	40	76	1,6	1,7	1,7
I alt	102	129	231	1,3	1,5	1,5

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 23.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af nakkesmerter som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 141 færre nytilkendte førtidspensioner på grund af nakkesmerter, svarende til 87,8 % og 62,7 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af nakkesmerter blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed, dog uden en klar gradient, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 23.7.2 Nakkesmerter. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	34	44	32	33	94,1	75,0
Kort uddannelse	46	54	40	36	87,0	66,7
Mellemlang/lang uddannelse	2	12	–	–	–	–
I alt	82	110	72	69	87,8	62,7

23.8 Nakkesmerter og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværdsdage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af nakkesmerter beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med nakkesmerter sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed frasat nakkesmerter.

Erhvervsaktive personer med nakkesmerter har årligt 4,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden nakkesmerter (tabel 23.8.1). Størstedelen af sygedagene ses blandt kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 45-54 år. Sygedagene blandt personer med nakkesmerter udgør 16,1 % af alle sygedage.

Tabel 23.8.1 Nakkesmerter. Antal sygedage og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	54.000	83.459	137.459	7,8	10,8	10,3
25-34	305.781	492.797	798.578	15,2	16,4	16,9
35-44	434.203	722.906	1.157.109	14,7	15,0	15,6
45-54	609.071	1.006.764	1.615.835	17,9	20,9	19,9
55-64	384.013	388.643	772.656	14,8	8,1	14,5
I alt	1.787.068	2.694.569	4.481.637	15,3	16,6	16,1

23.9 Nakkesmerter og sundhedsøkonomi

Hvert år koster nakkesmerter 917,0 mio. kr. i behandling, og af tabel 23.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. Omkostningerne er størst blandt kvinder (70 % af de samlede omkostninger) sammenlignet med mænd. De største omkostninger ses i aldersgruppen 45-64 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg udgør tilsammen 11 % af alle omkostningerne. De største omkostninger forbundet med behandling af nakkesmerter er omkostningerne til primærsektoren (besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor), som udgør 69 % af de samlede omkostninger. Omkostningerne til receptpligtig medicin udgør 20 % af alle omkostninger.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor nakkesmerter er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 23.9.2).

Tabel 23.9.1 Nakkesmerter. Omkostninger til behandling fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012*

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin
Mænd					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	8,3	5,6	0,0	56,3	11,9
45-64	21,1	9,7	0,0	72,2	29,5
65-84	3,5	1,5	0,0	38,2	24,4
85-	0,1	0,0	0,0	2,7	0,6
I alt	33,0	16,8	0,0	169,4	66,4
Kvinder					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	11,5	9,5	0,0	147,1	18,2
45-64	19,9	11,9	0,0	197,1	49,0
65-84	3,7	1,9	0,0	94,5	44,5
85-	0,3	0,1	0,0	13,0	9,1
I alt	35,4	23,4	0,0	451,7	120,8
Total	68,4	40,2	0,0	621,1	187,1

*Primærsektor og medicin er opgjort for år 2010

Tabel 23.9.2 Nakkesmerter. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	82,2	.	82,2
45-64	132,4	.	132,4
65-84	67,6	.	67,6
85-	3,5	.	3,5
I alt	285,7	.	285,7
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	186,4	.	186,4
45-64	277,9	.	277,9
65-84	144,6	.	144,6
85-	22,4	.	22,4
I alt	631,3	.	631,3
Total	917,0	.	917,0

23.10 Nakkesmerter og produktionstab

Hvert år koster nakkesmerter 2.027,5 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 23.10.1). Omkostningerne er stort set ens for mænd og kvinder, og størst i den ældste aldersgruppe for begge køn. Nakkesmerter er årsag til produktionstab på 1.211,7 mio. kr. på grund af sygedage og 815,8 mio. kr. på grund af førtidspensioner, og dermed udgør omkostningerne til sygedage størstedelen af det samlede produktionstab på grund af nakkesmerter.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor nakkesmerter er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 23.10.1 Nakkesmerter. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Sygedage er opgjort for år 2010, mens førtidspension er årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	207,5	122,1	329,6
45-65	329,7	278,7	608,4
I alt	537,2	400,8	938,0
Kvinder			
16-44	310,0	140,4	450,4
45-65	364,5	274,6	639,1
I alt	674,5	415,0	1.089,5
Total	1.211,7	815,8	2.027,5

23.11 Kommentarer til resultater

Nakkesmerter forekommer blandt voksne i alle aldersgrupper. I denne rapport findes, at 10 % af alle mænd og 17 % af alle kvinder har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke inden for de seneste 14 dage. Antallet af prævalente tilfælde stiger indtil 55-årsalderen blandt både mænd og kvinder, hvorefter den falder. Det samme mønster er gældende for prævalensraten, dog med den undtagelse, at prævalensraten for kvinder falder indtil 85-årsalderen. Blandt kvinder på 85 år og derover ses den højeste prævalensrate. De fleste studier finder, at prævalensen af nakkesmerter stiger frem til 35-49 årsalderen, hvorefter den falder (8). I den internationale litteratur er der imidlertid stor forskel på, hvordan nakkesmerter defineres. Nakkesmerter kan være episodiske eller langvarige, og ofte vil der være tilbagefald. Derfor vil det være af stor betydning, om der i en undersøgelse spørges ind til et helt livsforløb, det seneste år eller de seneste 14 dage, som det er tilfældet i nærværende rapport.

Blandt ældre danskere i alderen 72 til 102 år er forekomsten af nakkesmerter inden for den seneste måned fundet at være 19 % blandt mænd og 24 % blandt kvinder i 2003 (9). Andelen er væsentlig højere end fundet i nærværende rapport, hvilket kan forklares ved, at der er betydelig forskel på spørgsmålene, der anvendes til belysning af smerten i de to undersøgelser. Nærværende rapport udgøres af personer, der har været meget generet af nakkesmerter i de seneste 14 dage, mens der i undersøgelsen fra 2003 er inkluderet alle intensiteter af nakkesmerter inden for en måned. Medtages personer, der kun har været lidt generet af nakkesmerter, i vores population, fire-dobles prævalensen. I et review af prævalensen af nakkesmerter rangerer forekomsten af nakkesmerter i løbet af seneste måned fra 15 % til 41 %. Der er altså store variationer i forekomsten af nakkesmerter i forskellige studier grundet anvendelse af forskellige opgørelsesperioder (for eksempel inden for den seneste uge, måned eller år) for oplevelse af nakkesmerter, forskellige anatomiske lokalisationer (for eksempel inkluderende og ikke inkluderende skulderregionen), forskellige grader af smerte og forskellige populationer med varierende aldersgrupper. Prævalensen af nakkesmerter er fundet at være højere i Skandinavien i forhold til det øvrige Europa (6).

Det er i særlig grad på sygdomsbyrdemålene besøg hos primærsektor og sygedage, at nakkesmerter fylder rigtig meget. I en undersøgelse blandt ældre danskere angav 11 % at have søgt behandling for nakkesmerter inden for det seneste år – typisk i form af alment praktiserende læge eller fysioterapi (9). Et nyligt studie har endvidere vist, at personer med selvrapporterede nakkesmerter eller lænderygsmarter er i øget risiko over en 20-årsperiode for konsultation af praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor samt for indlæggelse og ambulante hospitalsbesøg, når der sammenlignes med personer uden muskelskeletssmerter (10). De mange lægebesøg på grund af nakkesmerter afspejles i sundhedsøkonomien, hvor nakkesmerter er den sygdom, der bidrager med de næststørste omkostninger til lægebesøg kun overgået af lænderygsmarter.

Fordi nakkesmerter ses hyppigt i den erhvervsaktive alder, er der et betydeligt produktionstab som følge af sygedage og førtidspensioner. Særligt stort er produktionstab som følge af sygedage og overgås i denne rapport kun af lænderygsmarter. En undersøgelse fra Holland har vist, at mere end tre fjerdedele af de samfundsmæssige omkostninger ved nakkesmerter kan tilskrives indirekte omkostninger i form af fravær fra arbejdsmarkedet (11). I et amerikansk studie var den økonomiske byrde især relateret til behandling (12), men det skyldes sandsynligvis, at kun klinisk diagnosticerede, og dermed de mest alvorlige, tilfælde var inkluderet.

For alle sygdomsbyrdemål for nakkesmerter er kvinder mest belastet. Flere andre undersøgelser har også vist, at prævalensen af nakkesmerter er højest blandt kvinder (2, 8, 13). Der er desuden enkelte studier, der peger på, at kvinder har en dårligere prognose ved nakkesmerter (14), hvilket også kan være en medvirkende årsag til, at prævalensen af nakkesmerter er højest blandt kvinder, når der spørges ind til symptomer de seneste 14 dage.

Personer med grundskole og kort uddannelse rammes oftere af nakkesmerter end personer med længere uddannelse, og denne skævhed går igen på alle de undersøgte sygdomsbyrdemål. Dette er i overensstemmelse med en svensk undersøgelse, hvor nakkesmerter var hyppigere forekommende blandt personer med mindre end 9 års uddannelse (15). Sammenhængen kan skyldes erhvervs-mæssige eksponeringer forbundet med ufaglært arbejde, såsom gentagne bevægelser og tunge løft (16). En række studier finder dog ingen sammenhæng mellem socioøkonomiske faktorer og nakkesmerter (2, 3). Sammenhængen mellem socioøkonomiske faktorer og nakkesmerter er således langtfra entydig, idet en del erhvervs-mæssige risikofaktorer, såsom stillesiddende arbejde og store krav på jobbet (17), også i høj grad ses blandt personer med en lang uddannelse.

I denne rapport er den uddannelses-mæssige gradient særligt markant for tildeling af førtidspension, hvor der blandt mænd er 88 % flere førtidspensioner på grund af nakkesmerter blandt personer med grundskole og kort uddannelse sammenlignet med personer med mellemlang/lang uddannelse. Det kan skyldes, at disse grupper i deres erhverv generelt er mere fysisk belastet, hvorfor nakkesmerter i højere grad kan påvirke arbejdsevnen. Den uddannelses-mæssige gradient er generelt mest markant for mænd, hvilket måske kan forklares af, at mænd med kort uddannelse oftere har tunge løft og gentagne bevægelser i deres arbejde end kvinder med grundskole eller kort uddannelse.

23.12 Metode

I denne rapport er nakkesmerter, alt efter hvilket sygdomsbyrdemål, der er tale om, defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10) eller ud fra et spørgsmål om nakke- og skuldsmarter fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Koderne og spørgsmålet fremgår af tabel 23.12.1.

Tabel 23.12.1 Diagnoseklassifikation af nakkesmerter samt spørgsmål angående nakkesmerter fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Sygdom	ICD-10
Sygdomme i bruske mellem halsens ryghvirvler	M50
Cervikokranialt syndrom	M53.0
Cervikobrakialt syndrom	M53.1
Instabilitet i rygsøjlen	M53.2
Cervikale rygmerter	M54.2
Spørgsmål	
Har du inden for de seneste 14 dage været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke?	

Opgørelserne af prævalens af nakkesmerter er baseret på personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret ja til spørgsmålet omkring smerter og ubehag i skulder eller nakke gengivet i tabel 23.12.1 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Der er ingen dødsfald på grund af nakkesmerter, og derfor indeholder dette kapitel ikke opgørelser af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af nakkesmerter er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med de aktionsdiagnoser, som er angivet i tabel 23.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor på grund af nakkesmerter benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor i gruppen af personer med nakkesmerter sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har nakkesmerter, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af nakkesmerter anvendes sygedage og førtidspensio-ner. Antallet af sygedage på grund af nakkesmerter opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med nakkesmerter i forhold til personer uden nakkesmerter. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af nakkesmerter er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af nakkesmerter benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne B01, M01, N02, R05 og S01 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med nakkesmerter og en udvalgt gruppe af personer uden nakkesmerter.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage og førtidspension er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelseshastigheder.

23.13 Referencer

1. Haldeman S, Carroll L, Cassidy JD, Schubert J, Nygren Å. The Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders: executive summary. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2008;33(4 Suppl):S5-7.
2. Hogg-Johnson S, van der Velde G, Carroll LJ, Holm LW, Cassidy JD, Guzman J, et al. The burden and determinants of neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32(2 Suppl):S46-60.
3. Cote P, van der Velde G, Cassidy JD, Carroll LJ, Hogg-Johnson S, Holm LW, et al. The burden and determinants of neck pain in workers: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32(2 Suppl):S70-86.
4. Andersen JH, Kærgaard A, Mikkelsen S, Jensen UF, Frost P, Bonde JP, et al. Risk factors in the onset of neck/shoulder pain in a prospective study of workers in industrial and service companies. *Occup Environ Med*. 2003;60(9):649-54.
5. Manchikanti L, Singh V, Datta S, Cohen SP, Hirsch JA. Comprehensive review of epidemiology, scope, and impact of spinal pain. *Pain physician*. 2009;12(4):E35-70.
6. Fejer R, Kyvik KO, Hartvigsen J. The prevalence of neck pain in the world population: a systematic critical review of the literature. *Eur Spine J*. 2006;15(6):834-48.
7. Sundhedsstyrelsen. Den nationale sundhedsprofil 2010 – Hvordan har du det? København: 2011.
8. Hoy DG, Protani M, De R, Buchbinder R. The epidemiology of neck pain. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2010;24(6):783-92.
9. Hartvigsen J, Frederiksen H, Christensen K. Back and neck pain in seniors-prevalence and impact. *Eur Spine J*. 2006;15(6):802-6.
10. Hartvigsen J, Davidsen M, Søgaard K, Roos E, Hestbaek L. Self-reported musculoskeletal pain predicts long-term increase in general health care use: a population-based cohort study with 20-year follow-up. *Scand J Public Health*. 2014;42(7):698-704.
11. Borghouts JA, Koes BW, Vondeling H, Bouter LM. Cost-of-illness of neck pain in The Netherlands in 1996. *Pain*. 1999;80(3):629-36.
12. Kleinman N, Patel AA, Benson C, Macario A, Kim M, Biondi DM. Economic burden of back and neck pain: effect of a neuropathic component. *Popul Health Manag*. 2014;17(4):224-32.
13. McLean SM, May S, Klaber-Moffett J, Sharp DM, Gardiner E. Risk factors for the onset of non-specific neck pain: a systematic review. *J Epidemiol Community Health*. 2010;64(7):565-72.
14. Carroll LJ, Hogg-Johnson S, van der Velde G, Haldeman S, Holm LW, Carragee EJ, et al. Course and prognostic factors for neck pain in the general population: results of the Bone and Joint Decade 2000-2010 Task Force on Neck Pain and Its Associated Disorders. *J Manipulative Physiol Ther*. 2009;32(2 Suppl):S87-96.
15. Östergren PO, Hanson BS, Balogh I, Ektor-Andersen J, Isacsson A, Örbæk P, et al. Incidence of shoulder and neck pain in a working population: effect modification between mechanical and psychosocial exposures at work? Results from a one year follow up of the Malmö shoulder and neck study cohort. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(9):721-8.
16. Feveile H, Jensen C, Burr H. Risk factors for neck-shoulder and wrist-hand symptoms in a 5-year follow-up study of 3,990 employees in Denmark. *Int Arch Occup Environ Health*. 2002;75(4):243-51.
17. Ariens GA, van Mechelen W, Bongers PM, Bouter LM, van der Wal G. Psychosocial risk factors for neck pain: a systematic review. *Am J Ind Med*. 2001;39(2):180-93.

24 ARTROSE

- I Danmark lever 820.000 personer med artrose, når opgørelserne baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010.
- Der registreres årligt 8.800 indlæggelser blandt mænd og 12.000 blandt kvinder med artrose som aktionsdiagnose. Det svarer til 2 % og 3 % af alle somatiske indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder.
- Der registreres årligt 120.000 ambulante hospitalsbesøg med artrose som aktionsdiagnose. Det svarer til 1 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.
- Der registreres årligt 480 skadestuebesøg med artrose som aktionsdiagnose.
- Personer med artrose har årligt 2,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge og 1,3 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden artrose. Det svarer til 8 % af alle besøg hos alment praktiserende læge og 17 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut.
- Artrose er årligt årsag til 210 nytilkendte førtidspensioner blandt mænd og 310 blandt kvinder. Det svarer til 3 % af alle nytilkendelser.
- Erhvervsaktive personer med artrose har årligt 3,3 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden artrose. Det svarer til 12 % af alle sygedage.
- Hvert år koster artrose 2.440 mio. kr. i behandling.
- Hvert år koster artrose 2.170 mio. kr. på grund af tabt produktion.

24.1 Indledning

Artrose (slidgigt) er en kronisk, degenerativ ledsygdom karakteriseret ved nedbrydning af brusken på ledfladerne i leddene. Artrose påvirker hele leddet og de omgivende strukturer, inklusive menisker, knogle og muskler og udvikles langsomt over 10-15 år. Artrose i knæ og hofte er en tungtvejende årsag til funktionsevnenedsættelse (1), og byrden ved artrose i knæ i form af antallet af år, der leves med funktionsevnenedsættelse, udgør i det globale sygdomsbyrdestudie GBD 2010 langt størstedelen (83 %) af den samlede artrosebyrde (2).

Risikoen for udvikling af artrose er forhøjet ved overvægt, fysisk inaktivitet, tidligere skader i knogler eller led (for eksempel brækket ben eller ledbåndsskade), muskelsvaghed og kraftig og vedvarende belastning af bestemte led. Arvelige anlæg og køn spiller også en rolle (3-5). Prævalensen af artrose stiger med alderen, og i takt med en stigende andel af ældre i befolkningen og en større andel overvægtige og fysisk inaktive forventes det, at en større andel af befolkningen vil få artrose fremover (1).

Artrose er den mest udbredte af de over 200 gigtsygdomme, der findes, og en af de mest udbredte kroniske sygdomme i Danmark. Personer med artrose er meget forskelligt påvirket af sygdommen, nogle lever fint med artrose og føler sig ikke syge, mens det hos andre giver voldsomme smerter og påvirker både funktionsevne, bevægelighed, arbejdsevne og livskvalitet. Artrose kan ikke helbredes, men de medfølgende smerter kan lindres, og det er muligt at forsinke forværring af sygdommen. Symptomerne på artrose kan være ledsmerter, ømme og stive led samt knasen og skurren i leddene (3, 6).

24.2 Forekomst af artrose

I denne rapport er antallet af personer, der lever med artrose (prævalensen) opgjort ved personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har angivet, at de har artrose eller har haft artrose, men stadig har eftervirkninger. Baseret på disse opgørelser lever 325.701 mænd og 494.269 kvinder med artrose i Danmark (tabel 24.2.1). Prævalensraten for artrose stiger med alderen, og artrose ses hyppigst blandt personer på 85 år eller derover, hvor raten er 42.360 per 100.000 hos mænd og 64.228 per 100.000 hos kvinder. Det højeste antal personer med artrose findes i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 24.2.1 Artrose. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	1.030	1.292	3.066	3.687	6.753
25-34	2.921	2.776	9.364	8.863	18.227
35-44	7.824	9.198	30.566	35.228	65.794
45-54	17.332	22.712	63.529	81.816	145.345
55-64	28.223	40.493	95.318	136.237	231.555
65-74	33.533	49.896	75.460	117.768	193.228
75-84	38.146	59.090	38.223	79.935	118.158
85-	42.360	64.228	10.175	30.735	40.910
I alt	15.792	23.499	325.701	494.269	819.970

Den højeste prævalens ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 24.2.2). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for artrose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville prævalensen af artrose årligt have været 79.149 og 42.528 færre prævalente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 27,8 % og 10,0 % af alle prævalente tilfælde på grund af artrose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra prævalente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 24.2.2 Artrose. Prævalens og ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Prævalens		Ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	90.631	172.641	35.424	29.595	39,1	17,1
Kort uddannelse	150.843	168.023	43.725	12.933	29,0	7,7
Mellemlang/lang uddannelse	43.474	86.312	–	–	–	–
I alt	284.948	426.976	79.149	42.528	27,8	10,0

24.3 Artrose og indlæggelser

Der registreres årligt 8.780 indlæggelser blandt mænd og 11.950 blandt kvinder med artrose som aktionsdiagnose (tabel 24.3.1). Størstedelen af indlæggelser på grund af artrose ses blandt voksne på 45 år eller derover. Artrose er årsag til 2,2 % af alle somatiske indlæggelser og 3,9 % af alle somatiske indlæggelser i aldersgruppen 65-74 år.

Tabel 24.3.1 Artrose, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og andelen af alle indlæggelser fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal indlæggelser			Andel (%) af alle indlæggelser		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	22	27	49	0,1	0,1	0,1
25-34	88	62	150	0,3	0,1	0,2
35-44	354	323	677	0,9	0,6	0,7
45-54	1.068	1.185	2.253	1,8	1,9	1,9
55-64	2.261	2.754	5.015	2,6	3,7	3,1
65-74	3.187	4.288	7.475	3,1	4,8	3,9
75-84	1.577	2.748	4.325	2,1	3,5	2,9
85-	223	563	786	0,8	1,2	1,0
I alt	8.780	11.950	20.730	2,0	2,5	2,2

De højeste antal indlæggelser ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 24.3.2). Hvis hele befolkningen havde samme indlæggelsesmønster på grund af artrose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 1.808 og 235 færre indlæggelser blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 22,0 % og 2,2 % af alle somatiske indlæggelser på grund af artrose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed blandt mænd, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra indlæggelser blandt mænd i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i indlæggelser blandt kvinder på grund af artrose.

Tabel 24.3.2 Artrose, somatiske indlæggelser. Antal indlæggelser og ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Indlæggelser		Ekstra indlæggelser i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	2.734	4.810	685	30	25,1	0,6
Kort uddannelse	4.270	4.112	1.123	205	26,3	5,0
Mellemlang/lang uddannelse	1.196	1.958	–	–	–	–
I alt	8.200	10.880	1.808	235	22,0	2,2

24.4 Artrose og ambulante hospitalsbesøg

Der registreres årligt 117.823 ambulante hospitalsbesøg med artrose som aktionsdiagnose, og flest ses blandt kvinder (tabel 24.4.1). En ud af tre ambulante hospitalsbesøg ses i aldersgruppen 65-74 år. Artrose er årsag til 1,4 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg.

Tabel 24.4.1 Artrose, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og andelen af alle ambulante hospitalsbesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal ambulante besøg			Andel (%) af alle ambulante besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	292	363	655	0,2	0,1	0,1
25-34	913	713	1.626	0,4	0,1	0,2
35-44	3.282	3.212	6.494	0,9	0,5	0,6
45-54	8.071	9.864	17.935	1,5	1,4	1,4
55-64	13.019	17.968	30.987	1,7	2,1	1,9
65-74	15.117	22.034	37.151	1,7	2,5	2,1
75-84	6.940	12.403	19.343	1,4	2,3	1,9
85-	1.067	2.565	3.632	0,9	1,5	1,3
I alt	48.701	69.122	117.823	1,4	1,4	1,4

De højeste antal ambulante hospitalsbesøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 24.4.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for ambulante hospitalsbesøg på grund af artrose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 8.536 og 248 færre ambulante hospitalsbesøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 19,1 % og 0,4 % af alle somatiske ambulante hospitalsbesøg på grund af artrose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Der ses altså social ulighed blandt mænd, dog uden en nævneværdig gradient, idet andelen af ekstra ambulante hospitalsbesøg ikke falder gradvist med stigende uddannelse de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i ambulante hospitalsbesøg blandt kvinder.

Tabel 24.4.2 Artrose, somatiske ambulante hospitalsbesøg. Antal ambulante hospitalsbesøg og ekstra ambulante hospitalsbesøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Ambulante besøg		Ekstra ambulante besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	13.468	25.174	2.334	-1.032	17,3	-4,1
Kort uddannelse	24.358	24.998	6.202	1.280	25,5	5,1
Mellemlang/lang uddannelse	6.939	12.531	–	–	–	–
I alt	44.765	62.703	8.536	248	19,1	0,4

24.5 Artrose og skadestuebesøg

Artrose er årligt kun registreret med 481 skadestuebesøg (tabel 24.5.1).

Tabel 24.5.1 Artrose, somatiske skadestuebesøg. Antal skadestuebesøg og andelen af alle skadestuebesøg fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal skadestuebesøg			Andel (%) af alle skadestuebesøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	2	2	4	0,0	0,0	0,0
25-34	5	3	8	0,0	0,0	0,0
35-44	11	11	22	0,0	0,0	0,0
45-54	35	30	65	0,1	0,1	0,1
55-64	37	53	90	0,1	0,1	0,1
65-74	52	69	121	0,1	0,2	0,2
75-84	32	70	102	0,1	0,2	0,2
85-	16	53	69	0,1	0,2	0,2
I alt	190	291	481	0,1	0,1	0,1

24.6 Artrose og primærsektor

For artrose er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg hos alment praktiserende læge er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med artrose sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset artrose.

Personer med artrose har årligt 2,7 mio. flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden artrose (tabel 24.6.1). Langt størstedelen af besøg ses blandt kvinder, og de højeste antal besøg ses blandt personer i aldersgruppen 55-74 år. De flere besøg blandt personer med artrose udgør 7,9 % af alle besøg hos alment praktiserende læge. Blandt kvinder i aldersgruppen 55-84 er et ud af syv besøg hos alment praktiserende læge på grund af artrose.

Tabel 24.6.1 Artrose. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	7.960	8.862	16.822	0,9	0,4	0,6
25-34	23.054	34.808	57.862	2,0	1,2	1,4
35-44	68.250	117.697	185.947	4,1	3,7	3,9
45-54	167.809	294.474	462.283	8,1	9,5	9,0
55-64	243.867	458.379	702.246	9,4	14,1	12,0
65-74	226.281	467.007	693.288	8,9	15,1	12,3
75-84	123.619	344.892	468.511	7,4	14,3	11,5
85-	27.226	98.471	125.697	4,8	7,4	6,6
I alt	888.066	1.824.590	2.712.656	6,8	8,6	7,9

Personer med artrose har årligt 1,3 mio. flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden artrose (tabel 24.6.2). Langt størstedelen af besøg ses blandt kvinder, og de højeste antal besøg ses blandt personer i aldersgruppen 55-74 år. De flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt personer med artrose udgør 16,9 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut, 10,5 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut

blandt mænd og 20,7 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt kvinder. Andelen af besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut er generelt langt større blandt kvinder.

Tablet 24.6.2 Artrose. Antal besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	3.385	3.999	7.384	2,6	2,0	2,2
25-34	12.828	28.421	41.249	4,8	6,2	5,7
35-44	33.242	71.334	104.576	6,9	9,1	8,3
45-54	35.914	183.654	219.568	6,5	18,5	14,2
55-64	90.690	296.213	386.903	15,3	28,0	23,5
65-74	79.117	269.663	348.780	15,6	32,3	26,0
75-84	36.791	107.573	144.364	14,6	25,9	21,6
85-	6.797	47.787	54.584	12,3	35,4	28,7
I alt	298.764	1.008.644	1.307.408	10,5	20,7	16,9

De højeste antal besøg hos alment praktiserende læge ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 24.6.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgs mønster på grund af artrose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 218.775 færre besøg, svarende til 43,0 % og 21,1 % af alle besøg på grund af artrose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt kvinder kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau, mens der blandt mænd ikke ses en gradient i uligheden, idet andelen af ekstra besøg i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tablet 24.6.3 Artrose. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	84.232	246.192	39.770	79.280	47,2	32,2
Kort uddannelse	139.630	190.550	68.291	31.434	48,9	16,5
Mellemlang/lang uddannelse	27.434	87.302	–	–	–	–
I alt	251.296	524.044	108.061	110.714	43,0	21,1

24.7 Artrose og førtidspensioner

Artrose er årligt årsag til 517 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fem ses blandt kvinder (tabel 24.7.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af artrose stiger med alderen. Artrose er årsag til 3,2 % af alle nytilkendelser og 7,0 % af alle nytilkendelser blandt personer i aldersgruppen 55-64 år.

Tabel 24.7.1 Artrose. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af artrose og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	1	1	0,0	0,2	0,1
25-34	1	2	3	0,1	0,3	0,2
35-44	10	18	28	0,7	1,0	0,8
45-54	67	102	169	2,8	3,6	3,3
55-64	129	187	316	5,7	8,2	7,0
I alt	207	310	517	2,7	3,7	3,2

De fleste nytilkendte førtidspensioner ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 24.7.2). Hvis hele befolkningen havde samme mønster for førtidspensionering på grund af artrose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 148 og 165 færre nytilkendte førtidspensioner blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 85,5 % og 67,1 % af alle nytilkendte førtidspensioner på grund af artrose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt kvinder kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner falder med stigende uddannelsesniveau. Blandt mænd er der ingen nævneværdig gradient i uligheden, idet andelen af ekstra nytilkendte førtidspensioner i de to grupper med kortest uddannelse næsten er ens.

Tabel 24.7.2 Artrose. Antal nytilkendte førtidspensioner og ekstra nytilkendte førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau. Årligt gennemsnit blandt personer i aldersgruppen 30-64 år for 2010-2012

Uddannelsesniveau	Førtidspensioner		Ekstra førtidspensioner i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	78	126	72	103	92,3	81,7
Kort uddannelse	90	96	76	62	84,4	64,6
Mellemlang/lang uddannelse	5	24	–	–	–	–
I alt	173	246	148	165	85,5	67,1

24.8 Artrose og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsg dage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af artrose beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med artrose sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset artrose.

Erhvervsaktive personer med artrose har årligt 3,3 mio. flere sygedage end erhvervsaktive personer uden artrose (tabel 24.8.1). Størstedelen af sygedage ses blandt kvinder, og fleste sygedage ses i aldersgruppen 45-54 år. Sygedagene blandt personer med artrose udgør 12,0 % af alle sygedage.

Tabel 24.8.1 Artrose. Antal sygedage blandt personer med artrose for alle erhvervsaktive og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	22.183	30.830	53.013	3,2	4,0	4,0
25-34	87.361	75.320	162.681	4,3	2,5	3,4
35-44	321.541	486.108	807.649	10,9	10,1	10,9
45-54	642.689	681.809	1.324.498	18,9	14,1	16,3
55-64	463.473	535.248	998.721	17,8	11,1	18,7
I alt	1.537.247	1.809.315	3.346.562	13,2	11,1	12,0

24.9 Artrose og sundhedsøkonomi

Hvert år koster artrose 2.438,0 mio. kr. i behandling, og af tabel 24.9.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på forskellige dele af sundhedsvæsenet. Omkostningerne er størst blandt kvinder (62 % af de samlede omkostninger) sammenlignet med mænd. De største omkostninger ses i aldersgruppen 65-84 år for både mænd og kvinder. Indlæggelser udgør godt halvdelen af de samlede omkostninger. Ambulante hospitalsbesøg udgør 13 % af de samlede omkostninger, mens der stort set ikke er omkostninger forbundet med skadestuebesøg. Omkostninger til primærsektor (besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor) udgør 22 % og receptpligtig medicin udgør 13 % af de samlede omkostninger til behandling af artrose.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor artrose er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død, og nettoomkostningerne er derfor lig de samlede omkostninger (tabel 24.9.2).

Tabel 24.9.1 Artrose. Omkostninger til behandling fordelt efter køn, alder og omkostningstype. Årligt gennemsnit for 2010-2012*

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)				
	Indlæggelser	Ambulante besøg	Skadestuebesøg	Primærsektor	Medicin
Mænd					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	18,6	15,0	0,0	21,0	8,8
45-64	193,9	58,8	0,1	67,7	47,6
65-84	307,9	52,3	0,1	56,3	47,1
85-	13,6	2,4	0,0	3,2	5,2
I alt	534,0	128,5	0,2	148,2	108,7
Kvinder					
0-15	.	.	.	.	.
16-44	16,8	13,6	0,0	40,8	11,3
45-64	224,8	79,6	0,1	177,8	85,7
65-84	451,8	83,7	0,1	151,1	109,4
85-	33,5	6,0	0,0	19,9	12,3
I alt	726,9	182,9	0,2	389,6	218,7
Total	1.260,9	311,4	0,4	537,8	327,5

*Primærsektor og medicin er opgjort for år 2010

Tabel 24.9.2 Artrose. Omkostninger i alt, sparede fremtidige omkostninger og nettoomkostninger fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Omkostninger i alt	Sparede fremtidige omkostninger grundet tidlig død	Nettoomkostninger
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	63,4	.	63,4
45-64	368,1	.	368,1
65-84	463,7	.	463,7
85-	24,5	.	24,5
I alt	919,7	.	919,7
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	82,5	.	82,5
45-64	567,9	.	567,9
65-84	796,1	.	796,1
85-	71,7	.	71,7
I alt	1.518,2	.	1.518,2
Total	2.438,0	.	2.438,0

24.10 Artrose og produktionstab

Hvert år koster artrose 2.169,0 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 24.10.1). Omkostningerne er større for mænd i forhold til kvinder og er klart størst i den ældste aldersgruppe for begge køn. Artrose er årsag til produktionsstab på 939,2 mio. kr. på grund af sygedage og 1.229,7 mio. kr. på grund af førtidspensioner.

Da der ikke eller kun sjældent registreres dødsfald, hvor artrose er anført som den tilgrundliggende dødsårsag, beregnes der ikke besparelser i det fremtidige sundhedskonsum grundet tidlig død.

Tabel 24.10.1 Artrose. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Sygedage er opgjort for år 2010, mens førtidspension er årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Sygedage	Førtidspension	I alt
Mænd			
16-44	105,6	72,1	177,7
45-65	352,8	492,9	845,8
I alt	458,4	565,0	1.023,5
Kvinder			
16-44	138,2	105,4	243,7
45-65	342,5	559,3	901,8
I alt	480,7	664,7	1.145,5
Total	939,2	1.229,7	2.169,0

24.11 Kommentarer til resultater

På grund af den høje artroseforekomst fylder artrose meget på langt de fleste byrdemål i denne rapport, specielt på indlæggelser, primærsektoren, sygedage samt omkostninger til behandling og pleje. I lyset af, at svær overvægt og fysisk inaktivitet er et voksende folkesundhedsproblem i kombination med den stigende levealder, tyder det på, at artrose vil blive mere udbredt (7, 8). Forekomsten af artrose varierer betydeligt alt efter opgørelsesmetode. Registeroplysninger fra sygehusvæsenet kan ikke alene bruges til at opgøre forekomst, idet sygdommen langt fra altid giver anledning til indlæggelse eller ambulante hospitalsbesøg. I denne rapport er artrose i tillæg til opgørelser fra Landspatientregisteret opgjort ud fra selvrapporterede spørgeskemadata fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Det betyder, at den enkelte persons tolkning af symptomer, smertetærskel og oplevelse af besvær har betydning for, hvad der rapporteres. En undersøgelse har imidlertid vist, at der er ganske god overensstemmelse mellem selvrapporteret artrose og resultaterne af kliniske undersøgelser for sygdommen (9). I dag kan diagnosen artrose stilles ud fra kliniske kriterier, og der stilles i Danmark ikke krav om billeddiagnostik for diagnosen knæartrose (10). Der vil dog formentlig være mange ikke-diagnosticerede tilfælde af artrose i befolkningen, idet der er dårlig sammenhæng mellem symptomer og strukturelle forandringer, og i det at sygdommen udvikles under lang tid og progredierer med forskellig grad og hastighed. Der er også stor forskel på, hvor mange gener sygdommen giver. Et svensk befolkningsstudie viser, at blandt personer med symptomer og røntgenologiske artroseforandringer i knæ var det kun halvdelen, der havde set en læge og fået diagnosen artrose (11).

I primærsektoren og på indlæggelser fylder artrose meget. Til knæartrose anbefales et behandlingsforløb, som starter med patientuddannelse, superviseret træning hos fysioterapeut og vægttab, hvis der er brug for det. Den forventede smertelindrende effekt er moderat og større end fra farmakologisk smertelindring. Ved behov skal basisbehandlingen kompletteres med farmakologisk smertelindring, biomekanisk korrektion eller ganghjælpemiddel (10). Ved sværere slidgigt kan operation blive aktuelt, hvilket vil indbefatte indlæggelse og efterfølgende ambulante kontrol eller genoptræning i sygehusregi. En rapport om de samfundsmæssige omkostninger ved artrose viser, at det især er behandling i sundhedsvæsenet, der udgør en økonomisk byrde (12). Omkostninger til indlæggelser udgør halvdelen af de samlede omkostninger til behandling af artrose fundet i nærværende rapport. Desuden afspejles de mange læge- og fysioterapeut/kiropraktorbeføg blandt personer med artrose i sundhedsøkonomien, hvor artrose er den sygdom, der bidrager med de tredjestørste omkostninger til primærsektoren.

For alle sygdomsbyrdemål for artrose er kvinder mest belastet. Det er kendt, at kvinder rammes oftere og mere alvorligt end mænd. Både hormonelle forhold, lavere muskel- og knoglestyrke samt et mindre volumen af ledbrusk er mulige forklaringer på kønsforskellen (7).

På alle byrdemål er den sociale ulighed langt mere markant blandt mænd end blandt kvinder. For byrdemålene prævalens, indlæggelser og ambulante hospitalsbesøg er den sociale ulighed meget lille eller stort set ikke-eksisterende for kvinder, mens der for byrdemålene alment praktiserende læge og førtidspension er en betydelig social ulighed blandt kvinder, om end stadig ikke så udtalt som blandt mænd. Den sociale ulighed kan til dels forklares ved, at kortuddannede generelt har mere fysisk belastende arbejde, hvilket er forbundet med en højere forekomst af slidgigt. Denne sammenhæng ser ud til at være mest markant for mænd (13). Det er især erhverv, der involverer gentagne bevægelser, der udgør en risiko (8). Mænd i byggebranchen har eksempelvis en øget risiko for artrose i knæene (14), mens landmænd har en øget risiko for artrose i hoften (15). En anden mekanisme bag den sociale gradient kan være, at overvægt er en væsentlig risikofaktor for artrose, som også ses hyppigere i grupper med kort uddannelse (16).

24.12 Metode

I denne rapport er artrose, alt efter hvilket sygdomsbyrdemål, der er tale om, defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10) eller ud fra et spørgsmål om artrose fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Koderne og spørgsmålet fremgår af tabel 24.12.1.

Tabel 24.12.1 Diagnoseklassifikation af artrose samt spørgsmål angående artrose fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Sygdom	ICD-10
Slidgigt i flere led	M15
Slidgigt i hofte	M16
Slidgigt i knæ	M17
Slidgigt i tomlens rodled	M18
Andre former for slidgigt	M19
Andre deformerende rygsygdomme	M43
Slidgigt i rygsøjle	M47
Andre sygdomme i rygsøjle	M48
Sygdomme i rygsøjle ved sygdomme klassificeret andet steds	M49
Spørgsmål	
Har du slidgigt?	

Opgørelserne af prævalens af artrose er baseret på personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret "ja, det har jeg nu" eller "ja, det har jeg haft tidligere" og samtidig har svaret, at de stadig har eftervirkninger, til spørgsmålet om de har slidgigt. Spørgsmålet er formuleret i tabel 24.12.1 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Der er ingen dødsfald på grund af artrose, og derfor indeholder dette kapitel ikke opgørelser af dødsfald, tab i middellevetid og tabte leveår.

Opgørelserne af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg på grund af artrose er baseret på Landspatientregisterets somatiske del og er opgjort ved at udtrække alle kontakter med de aktionsdiagnoser, som er angivet i tabel 24.12.1. Andelen af de samlede årlige indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg er ligeledes beregnet.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor på grund af artrose benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor i gruppen af personer med artrose sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har artrose, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af artrose anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af artrose opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med artrose i forhold til personer uden artrose. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af artrose er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret.

Ved opgørelserne af omkostninger til behandling i sundhedsvæsenet på grund af artrose benyttes Landspatientregisterets afregningsdata (DRG og DAGS) samt bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne B01, D07, H02, M01, M02, M09, N02, R05 og S01 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med artrose og en udvalgt gruppe af personer uden artrose.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesserater.

24.13 Referencer

1. Cross M, Smith E, Hoy D, Nolte S, Ackerman I, Fransen M, et al. The global burden of hip and knee osteoarthritis: estimates from the global burden of disease 2010 study. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(7):1323-30.
2. Vos T, Flaxman AD, Naghavi M, Lozano R, Michaud C, Ezzati M, et al. Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2163-96.
3. Sundhedsstyrelsen. Slidgigt - fakta og forebyggelse. København: 2005.
4. Øiestad BE, Juhl CB, Eitzen I, Thorlund JB. Knee extensor muscle weakness is a risk factor for development of knee osteoarthritis. A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. 2015;23(2):171-7.
5. Zhang Y, Jordan JM. Epidemiology of osteoarthritis. *Clin Geriatr Med*. 2010;26(3):355-69.
6. Gigtforeningen. Slidgigt. [02-12-2014]. www.gigtforeningen.dk/viden+om+gigt/diagnoser/slidgigt.
7. Johnson VL, Hunter DJ. The epidemiology of osteoarthritis. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(1):5-15.
8. Neogi T, Zhang Y. Epidemiology of osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2013;39(1):1-19.
9. March LM, Schwarz JM, Carfrae BH, Bagge E. Clinical validation of self-reported osteoarthritis. *Osteoarthritis Cartilage*. 1998;6(2):87-93.
10. Sundhedsstyrelsen. Knæartrose - nationale kliniske retningslinjer og faglige visitationsretningslinjer. København: 2012.
11. Englund M, Turkiewicz A. Artros allt vanligare folksjukdom. *Lakartidningen*. 2014;111(21):930-1.
12. Johnsen NFK, M. B., Davidsen, M., Juel, K. De samfundsmæssige omkostninger ved artrose: Statens Institut for Folkesundhed; 2014.
13. Andersen S, Thygesen LC, Davidsen M, Helweg-Larsen K. Cumulative years in occupation and the risk of hip or knee osteoarthritis in men and women: a register-based follow-up study. *Occup Environ Med*. 2012;69(5):325-30.
14. Jensen LK, Mikkelsen S, Loft IP, Eenberg W. Work-related knee disorders in floor layers and carpenters. *J Occup Environ Med*. 2000;42(8):835-42.
15. Thelin A, Vingård E, Holmberg S. Osteoarthritis of the hip joint and farm work. *Am J Ind Med*. 2004;45(2):202-9.
16. Christensen A, Ekholm O, Davidsen M, Juel K. Sundhed og Sygelighed i Danmark 2010 & udviklingen siden 1987. København: Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, 2012.

25 OSTEOPOROSE

- I Danmark lever 130.000 personer med osteoporose, når opgørelserne baseres på Den Nationale Sundhedsprofil 2010.
- Personer med osteoporose har årligt 470.000 flere besøg hos alment praktiserende læge og 200.000 flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden osteoporose.
- Osteoporose er årligt årsag til 40 nytilkendte førtidspensioner.
- Erhvervsaktive personer med osteoporose har årligt 230.000 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden osteoporose.
- Hvert år er omkostningerne for osteoporose til primærsektor og medicin 120 mio. kr. Tidlig død på grund af osteoporose resulterer i en årlig besparelse af fremtidige omkostninger til behandling på 20 mio. kr.
- Hvert år koster osteoporose 140 mio. kr. på grund af tabt produktion.

25.1 Indledning

Osteoporose er en skeletsygdom karakteriseret ved nedsat knoglestyrke og deraf øget risiko for knoglebrud (1). Der er ingen symptomer ved osteoporose, og sygdommen opdages derfor ofte først, når der opstår et brud, som kan opstå ved selv mindre uheld eller fald. De hyppigste brud på grund af osteoporose er brud på hofte, ryghvirvler, lårbenshals eller underarm. Kvinder over 50 år rammes oftest, men flere og flere mænd får også sygdommen (2), og omtrent hver anden kvinde og hver fjerde mand over 50 år vil opleve mindst et knoglebrud på grund af osteoporose (3). Personer med lavt BMI, lavt kalcium- og D-vitaminindtag, stort alkoholforbrug, lavt fysisk aktivitetsniveau, samt personer, der ryger eller er i behandling med binyrebarkhormon, er i øget risiko for at få osteoporose. Ligeledes er kvinder med tidlig menopause i øget risiko for osteoporose (2). Genetiske faktorer er desuden vigtige risikofaktorer og bestemmende for cirka 50 % af den individuelle variation i udviklingen af osteoporose (4).

Hoftefraktur er en kendt indikator for osteoporose, og i perioden 1997-2006 faldt forekomsten af hoftefraktur i Danmark med cirka 20 % i lighed med udviklingen i andre nordeuropæiske lande. Denne udvikling forklares delvist med en stor stigning i brugen af osteoporosemedicin, men i højere grad formodes det at skyldes, at færre ældre har et lavt BMI. Også forbedret D-vitamin-status, generelt forbedret helbred, færre rygere blandt ældre samt kommunernes tilbud om forebyggende hjemmebesøg er medvirkende faktorer til det observerede fald (5). Med det stigende antal ældre borgere i den danske befolkning, forventes der dog en stigning i antallet af knoglebrud i de kommende år, såfremt indsatsen omkring osteoporose forbliver uændret (2, 6)

25.2 Forekomst af osteoporose

I denne rapport er antallet af personer, der lever med osteoporose (prævalensen) opgjort ved personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har angivet, at de har eller har haft osteoporose. Baseret på disse opgørelser lever 21.469 mænd og 111.061 kvinder med osteoporose i Danmark (tabel 25.2.1). Prævalensraten af osteoporose stiger med alderen og flest tilfælde ses blandt personer på 85 år eller derover. Det højeste antal personer med osteoporose ses i aldersgruppen 65-84 år.

Tabel 25.2.1 Osteoporose. Prævalens, rate per 100.000 og antal fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Prævalens				
	Rate per 100.000		Antal		
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.
16-24	237	238	704	678	1.382
25-34	296	354	948	1.129	2.077
35-44	405	560	1.577	2.146	3.723
45-54	921	2.404	3.359	8.621	11.980
55-64	1.370	6.921	4.573	22.710	27.283
65-74	2.350	14.020	5.229	32.144	37.373
75-84	3.979	24.114	3.889	30.808	34.697
85-	5.009	29.020	1.190	12.825	14.015
I alt	1.047	5.350	21.469	111.061	132.530

Den højeste prævalens ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 25.2.2). Hvis hele befolkningen havde samme sygdomsmønster for osteoporose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 4.464 og 6.408 færre prævalente tilfælde blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 27,0 % og 7,1 % af alle prævalente tilfælde på grund af osteoporose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra prævalente tilfælde falder med stigende uddannelsesniveau. I den mindre ulighed blandt kvinder ses ingen uden gradient, idet andelen af ekstra prævalente tilfælde i de to grupper med længst uddannelse næsten er ens.

Tabel 25.2.2 Osteoporose. Prævalens og ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Prævalens		Ekstra prævalens i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	6.189	42.748	2.682	6.074	43,3	14,2
Kort uddannelse	7.906	31.941	1.782	334	22,5	1,0
Mellemlang/lang uddannelse	2.456	15.764	–	–	–	–
I alt	16.551	90.453	4.464	6.408	27,0	7,1

25.3 Osteoporose og dødelighed

Der er i 2010-2012 i gennemsnit årligt registreret 95 dødsfald med osteoporose som tilgrundliggende dødsårsag. Ni ud af ti af disse dødsfald er blandt kvinder, og syv ud af ti er blandt personer på 85 år eller derover. Antallet af dødsfald på grund af osteoporose er underestimeret, da dødsfald efter for eksempel en hoftefraktur ofte vil blive registreret med frakturen som dødsårsag, selvom årsagen til frakturen er osteoporose. Ud fra dødsårsagsregisteret er det ikke muligt at afgøre, hvor mange frakturer, der skyldes osteoporose.

25.4 Osteoporose og primærsektor

For osteoporose er forbruget i primærsektoren opgjort ved besøg hos alment praktiserende læge, kiropraktor og fysioterapeut baseret på Sygesikringsregisteret. Besøg i primærsektoren er opgjort som et merforbrug i gruppen af personer med osteoporose sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset osteoporose.

Personer med osteoporose har årligt 466.756 flere besøg hos alment praktiserende læge end personer uden osteoporose (tabel 25.4.1). Langt de fleste besøg ses blandt kvinder og flest i aldersgruppen 65-84 år. De flere besøg hos alment praktiserende læge blandt personer med osteoporose udgør 1,4 % af alle besøg hos alment praktiserende læge, hvilket dækker over 0,8 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt mænd og 1,7 % af alle besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder.

Tabel 25.4.1 Osteoporose. Antal besøg hos alment praktiserende læge og andelen af alle besøg hos alment praktiserende læge fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	1.475	2.368	3.843	0,2	0,1	0,1
25-34	1.653	2.532	4.185	0,1	0,1	0,1
35-44	3.356	11.302	14.658	0,2	0,4	0,3
45-54	25.732	37.683	63.415	1,2	1,2	1,2
55-64	19.696	68.058	87.754	0,8	2,1	1,5
65-74	15.229	90.961	106.190	0,6	2,9	1,9
75-84	24.668	103.062	127.730	1,5	4,3	3,1
85-	12.605	46.376	58.981	2,2	3,5	3,1
I alt	104.414	362.342	466.756	0,8	1,7	1,4

Personer med osteoporose har årligt 204.310 flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut end personer uden osteoporose, og langt flest besøg ses blandt kvinder (tabel 25.4.2). Antallet af besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut på grund af osteoporose er færre set i forhold til personer uden osteoporose i aldersgruppen 16-24 år blandt både mænd og kvinder. Antallet af besøg er højest i aldersgruppen 75-84 år blandt mænd og i aldersgruppen 65-74 år blandt kvinder. De flere besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt personer med osteoporose udgør 2,6 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut, 0,9 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt mænd og 3,7 % af alle besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut blandt kvinder.

Tabel 25.4.2 Osteoporose. Antal besøg hos kiropraktor eller fysioterapeut og andelen af alle besøg fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal besøg			Andel (%) af alle besøg		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
0-15	.	.	.	.	.	.
16-24	-516	-839	-1.355	-0,4	-0,4	-0,4
25-34	1.853	5.000	6.853	0,7	1,1	0,9
35-44	2.121	13.244	15.365	0,4	1,7	1,2
45-54	5.913	24.759	30.672	1,1	2,5	2,0
55-64	8.325	47.926	56.251	1,4	4,5	3,4
65-74	-6.390	59.015	52.625	-1,3	7,1	3,9
75-84	13.568	17.955	31.523	5,4	4,3	4,7
85-	1.313	11.063	12.376	2,4	8,2	6,5
I alt	26.187	178.123	204.310	0,9	3,7	2,6

De højeste antal besøg ses blandt personer med grundskoleuddannelse eller kort uddannelse (tabel 25.4.3). Hvis hele befolkningen havde samme besøgsmonster på grund af osteoporose som personer med mellemlang/lang uddannelse, ville der årligt have været 12.412 og 1.404 færre besøg blandt henholdsvis mænd og kvinder, svarende til 46,0 % og 1,5 % af alle besøg på grund af osteoporose blandt henholdsvis mænd og kvinder. Den markante sociale ulighed blandt mænd kendetegnes ved, at der er en gradient, således at andelen af ekstra besøg falder med stigende uddannelsesniveau. Der ses ingen nævneværdig social ulighed i besøg hos alment praktiserende læge blandt kvinder.

Tabel 25.4.3 Osteoporose. Antal besøg hos alment praktiserende læge og ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse fordelt efter køn og uddannelsesniveau blandt personer i aldersgruppen 30-84 år for år 2010

Uddannelsesniveau	Besøg		Ekstra besøg i forhold til mellemlang/lang uddannelse			
	Antal		Antal		Andel (%)	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
Grundskole	11.211	46.148	6.879	2.208	61,4	4,8
Kort uddannelse	12.910	31.106	5.533	-804	42,9	-2,6
Mellemlang/lang uddannelse	2.838	16.571	—	—	—	—
I alt	26.959	93.825	12.412	1.404	46,0	1,5

25.5 Osteoporose og førtidspensioner

Osteoporose er årligt årsag til 40 nytilkendte førtidspensioner, og tre ud af fire ses blandt kvinder (tabel 25.5.1). Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af osteoporose stiger med alderen. Osteoporose er årsag til 0,3 % af alle nytilkendelser.

Tabel 25.5.1 Osteoporose. Antal nytilkendte førtidspensioner på grund af osteoporose og andelen af alle nytilkendte førtidspensioner fordelt efter køn og alder. Årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Antal førtidspensioner			Andel (%) af alle førtidspensioner		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	0	0	0,0	0,0	0,0
25-34	1	1	2	0,1	0,1	0,1
35-44	0	1	1	0,0	0,1	0,0
45-54	4	7	11	0,2	0,2	0,2
55-64	6	20	26	0,3	0,9	0,6
I alt	11	29	40	0,1	0,3	0,3

25.6 Osteoporose og sygedage

Sygedage er opgjort som fraværsgage for den erhvervsaktive del af befolkningen på baggrund af Sygedagpenge-registeret. Antallet af sygedage på grund af osteoporose beregnes som et merforbrug af sygedage for gruppen af personer med osteoporose sammenlignet med en gruppe af personer med samme køns- og aldersfordeling og ens sygelighed fraset osteoporose.

Erhvervsaktive personer med osteoporose har årligt 227.784 flere sygedage end erhvervsaktive personer uden osteoporose (tabel 25.6.1). Størstedelen af sygedage ses blandt kvinder, og flest sygedage ses i aldersgruppen 45-54 år. Sygedagene blandt personer med osteoporose udgør 0,8 % af alle sygedage, hvilket dækker over 0,6 % af alle sygedage blandt mænd og 1,0 % af alle sygedage blandt kvinder. Det lidt usystematiske mønster i de yngste aldersgrupper må betragtes som tilfældige udsving.

Tabel 25.6.1 Osteoporose. Antal sygedage blandt personer med osteoporose for alle erhvervsaktive og andelen af alle sygedage fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Antal sygedage			Andel (%) af alle sygedage		
	Mænd	Kvinder	I alt	Mænd	Kvinder	I alt
16-24	0	7.010	7.010	0,0	0,9	0,5
25-34	22.084	2.958	25.042	1,1	0,1	0,5
35-44	875	48.099	48.974	0,0	1,0	0,7
45-54	21.688	65.648	87.336	0,6	1,4	1,1
55-64	20.605	38.817	59.422	0,8	0,8	1,1
I alt	65.252	162.532	227.784	0,6	1,0	0,8

25.7 Osteoporose og sundhedsøkonomi

Hvert år koster osteoporose 124,3 mio. kr. i primærsektor og medicin. Det har ikke været muligt at opgøre antallet af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg, hvorfor omkostningerne til disse ikke er opgjort. Af tabel 25.7.1 fremgår det, hvordan omkostningerne fordeler sig på primærsektor og medicin. Omkostningerne er størst blandt kvinder (84 % af de samlede omkostninger) sammenlignet med mænd. De største omkostninger ses i aldersgruppen 45-64 år for mænd og i aldersgruppen 65-84 år for kvinder. Tidlig død på grund af osteoporose medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling på 17,3 mio. kr. (fremgår ikke af tabellen).

Tabel 25.7.1 Osteoporose. Omkostninger til primærsektor og medicin fordelt efter køn og alder for år 2010

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)		
	Primærsektor	Medicin	Omkostninger i alt
Mænd			
0-15	.	.	.
16-44	1,3	0,3	1,6
45-64	7,3	1,6	8,9
65-84	4,9	3,3	8,2
85-	1,3	0,3	1,6
I alt	14,8	5,5	20,3
Kvinder			
0-15	.	.	.
16-44	5,0	-0,5	4,5
45-64	22,6	9,5	32,1
65-84	28,7	28,5	57,3
85-	5,3	4,8	10,1
I alt	61,6	42,3	104,0
Total	76,4	47,8	124,3

25.8 Osteoporose og produktionstab

Hvert år koster osteoporose 144,5 mio. kr. på grund af tabt produktion (tabel 25.8.1). Omkostningerne er større blandt kvinder, og klart størst i den ældste aldersgruppe for begge køn. Osteoporose er årsag til produktionstab på 55,1 mio. kr. på grund af sygedage og 87,8 mio. kr. på grund af førtidspensioner, mens død inden alder 66 år på grund af osteoporose hvert år koster 1,7 mio. kr. på grund af tabt produktion. Størstedelen af det samlede produktionstab på grund af osteoporose skyldes altså førtidspensioner.

Produktionstabets modsvarer af en besparelse i fremtidigt konsum som følge af personernes tidlige død. Dette omfatter det gennemsnitlige privatforbrug og individuelle offentlige forbrug. De årlige besparelser i det fremtidige konsum er beregnet til 74,6 mio. kr.

Tabel 25.8.1 Osteoporose. Omkostninger ved tabt produktion fordelt efter køn og alder. Sygedage er opgjort for år 2010, mens førtidspension er årligt gennemsnit for 2010-2012

Alder	Omkostninger (mio. 2012-kr.)			I alt
	Sygedage	Førtidspension	Tidlig død	
Mænd				
16-44	11,4	7,4	0,0	18,8
45-65	18,7	27,0	0,0	45,7
I alt	30,1	34,4	0,0	64,5
Kvinder				
16-44	11,9	7,9	0,0	19,8
45-65	13,1	45,5	1,7	60,2
I alt	25,0	53,4	1,7	80,0
Total	55,1	87,8	1,7	144,5

25.9 Kommentarer til resultater

Det er særdeles vanskeligt at opgøre prævalensen af osteoporose. Baseret på selvrapporterede data fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010 anslås det i denne rapport, at knap 133.000 danskere har osteoporose. Der formodes at være et stort antal udiagnosticerede personer, som skønsmæssigt ligger på mindst samme antal som den kendte forekomst af sygdommen. Sundhedsstyrelsen har tidligere anslået, at der i Danmark er 300.000 personer med osteoporose (7). Endvidere peger en undersøgelse af knoglemineraltæthed i befolkningen på, at der formentlig er en massiv underdiagnosticering af osteoporose i Danmark. Over 40 % af kvinder og knap 18 % af mænd over 50 år anslås at have en knoglemineraltæthed, der gør, at de opfylder WHO's diagnostiske kriterium for osteoporose (8). En undersøgelse med DXA-scanning viste, at 10 % af alle mænd i alderen 60-74 år har osteoporose. En meget lille andel af disse mænd angav i et spørgeskema forud for scanningen at have osteoporose (9).

Der er årligt 95 dødsfald registreret med osteoporose som dødsårsag. En betydelig del af ældre mennesker, som indlægges med hoftebrud, dør inden for det første år på grund af komplikationer efter bruddet og dermed som en indirekte følge af sygdommen (10). Tilfælde, hvor den tilgrundliggende årsag er registreret som fraktur og ikke osteoporose, indgår ikke i opgørelsen af dødsfald på grund af osteoporose, hvorfor antallet er underestimeret.

Der er årligt 11.000 hoftebrud i Danmark, og det anslås, at 85 % af personerne, der oplever et hoftebrud, har osteoporose (11). Personer, der indlægges eller kommer på skadestuen med et hoftebrud som følge af osteoporose, vil sandsynligvis sjældent optræde med aktionsdiagnosen osteoporose, men derimod med hoftebrud, og det er ikke muligt at spore i Landspatientregisteret, hvilke frakturer der er relateret til osteoporose, idet dette ikke altid registreres. Således er det ikke muligt at lave retvisende opgørelser af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg samt skadestuebesøg på grund af osteoporose, hvorfor disse opgørelser er udeladt af denne rapport. Antallet af nytilkendte førtidspensioner på grund af osteoporose antages derimod at være mere retvisende. Der ses dog i gennemsnit årligt otte nytilkendte førtidspensioner på grund af hoftefraktur, som altså ikke er med i opgørelserne. Fordelingen af frakturdiagnoser på køn og aldersgrupper er meget forskellig fra fordelingen af osteoporosediagnoser (dobbeltså mange mænd som kvinder har en frakturdiagnose som årsag til førtidspension, og alderen for førtidspension på grund af fraktur er lavere set i forhold til osteoporose). En mulig forklaring er, at mænd i højere grad end kvinder har tungt fysisk arbejde og hyppigere får tilkendt pension, fordi det for den type arbejde kan være vanskeligt at finde passende beskæftigelse, mens kvinder i højere grad kan omplaceres. En anden medvirkende forklaring kan være, at frakturerne kan være forårsaget af eksempelvis trafik- eller arbejdsulykker nærmere end osteoporose, som i højere grad involverer mænd og yngre aldersgrupper.

Osteoporose udgør en betydelig økonomisk byrde i Danmark, men det har i denne rapport ud fra de anvendte metoder ikke været muligt at opgøre omkostninger forbundet med indlæggelser, ambulante besøg, skadestuebesøg og hjemmehjælp/praktisk hjælp. Det er fundet i et dansk studie, at særligt kommunerne har store udgifter til hjemmepleje og rehabilitering på grund af osteoporose (12). Da Ældredokumentationen kun findes fra år 2011 og frem, er det i denne rapport ikke muligt at opgøre omkostningerne til hjemmehjælp/praktisk hjælp for osteoporose, idet der benyttes data fra Den Nationale Sundhedsprofil fra 2010. De sundhedsøkonomiske omkostninger for osteoporose i denne rapport er dermed kun relateret til en lille del af behandlingsområdet i form af primærsektor samt medicin, og de samlede omkostninger kan af denne årsag ikke sammenlignes med de øvrige sygdomme i rapporten. Tidlig død på grund af osteoporose medfører besparelse af fremtidige omkostninger til behandling på 20 mio. kr.

Omkostninger til produktionstab på grund af osteoporose er små i forhold til de øvrige sygdomme, eftersom osteoporose særligt rammer efter den erhvervsaktive alder. Produktionstab på grund af tidlig død formodes dog, at være underestimeret, idet der som tilgrundliggende dødsårsag udelukkende er anvendt osteoporose og ikke frakturer, som i et vist omfang har osteoporose som årsag. Omvendt formodes det, at de fleste dødsfald grund af osteoporoserelaterede frakturer finder sted i en sen alder, hvorfor bidraget til produktionstab sandsynligvis ikke ville have været stort

På alle byrdemål ses der en markant kønsforskel. Kvinder er særligt i risiko for at udvikle osteoporose af flere årsager. Dels er kvinders maksimale knoglemasse mindre end mænds, og dels bevirker de hormonelle forandringer

ger i forbindelse med menopause, at der sker et tab af knoglemasse (7, 13). Imidlertid er osteoporose blandt mænd et stigende problem (13). Kønsforskellen i førtidspensioner er knap så udtalt som i forekomsten af osteoporose, hvilket muligvis kan forklares med, at mænd i højere grad end kvinder har tungt fysisk arbejde, hvilket kan bevirke, at en arbejdsmæssig omplacering af mænd er mere vanskelig end af kvinder.

Overordnet er de uddannelsesmæssige forskelle på byrdemålene relativt beskedne og ikke entydige. Der ses dog en betragtelig social ulighed i prævalensen af osteoporose og i besøg hos alment praktiserende læge på grund af osteoporose blandt mænd med en tydelig social gradient, således at andelen af prævalente tilfælde og andelen af besøg hos alment praktiserende læge falder med stigende uddannelsesniveau. I en rapport fra Forebyggelses- og Sundhedsministeriet er der ikke fundet social ulighed i prævalensen af osteoporose, hverken blandt mænd eller blandt kvinder. I rapporten er prævalens opgjort via registre i modsætning til i nærværende rapport, der benytter selvrapporterede data, hvilket betyder, at populationerne i de to rapporter er forskellige (14).

25.10 Metode

I denne rapport er osteoporose, alt efter hvilket sygdomsbyrdemål der er tale om, defineret ud fra koder fra den 10. version af WHO's klassifikation af sygdomme (ICD-10) eller ud fra et spørgsmål om osteoporose fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010. Koderne og spørgsmålet fremgår af tabel 25.10.1.

Tabel 25.10.1 Diagnoseklassifikation af osteoporose samt spørgsmål angående osteoporose fra Den Nationale Sundhedsprofil 2010

Sygdom	ICD-10
Osteoporose med patologisk fraktur	M80
Osteoporose uden patologisk fraktur	M81
Spørgsmål	
Har du knogleskørhed (osteoporose)?	

Opgørelserne af prævalens af osteoporose er baseret på personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har svaret "ja, det har jeg nu" eller "ja, det har jeg haft tidligere" og samtidig har svaret, at de stadig har eftervirkninger, på spørgsmålet, om de har knogleskørhed (osteoporose). Spørgsmålet er formuleret i tabel 25.10.1 (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Opgørelserne af dødsfald på grund af osteoporose er baseret på Dødsårsagsregisteret, og opgørelserne inkluderer alle dødsfald, hvor den tilgrundliggende dødsårsag er osteoporose (tabel 25.10.1).

Det har ikke været muligt at opgøre antallet af indlæggelser, ambulante hospitalsbesøg og skadestuebesøg, idet aktionsdiagnosen ofte vil være eksempelvis hoftefraktur fremfor osteoporose.

Ved opgørelsen af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor på grund af osteoporose benyttes Sygesikringsregisteret, hvor der ikke er knyttet diagnoser til den enkelte kontakt. Der er opgjort et merforbrug af besøg hos alment praktiserende læge, fysioterapeut og kiropraktor i gruppen af personer med osteoporose sammenlignet med en gruppe af personer, der ikke har osteoporose, udvalgt således, at køns- og aldersfordelingerne og øvrige sygelighed er ens i de to grupper (se kapitel 3 og kapitel 4 for yderligere forklaring).

Til opgørelserne af fravær fra arbejdsmarkedet på grund af osteoporose anvendes sygedage og førtidspensioner. Antallet af sygedage på grund af osteoporose opgøres ved hjælp af Sygedagpengeregisteret, der ikke angiver årsagen til sygefraværet. Der er opgjort sygedage for personer med osteoporose i forhold til personer uden osteoporose. Der er kun talt sygedage for erhvervsaktive personer. Tildelingen af førtidspension på grund af osteoporose er fundet i Ankestyrelsens førtidspensionsstatistik, idet den tilgrundliggende diagnose for tildelingen fremgår af registret. Det har ikke været muligt at opgøre social ulighed i førtidspension for osteoporose, da antallet af nytilkendelser er for lavt.

Ved opgørelserne af omkostninger til primærsektor benyttes bruttohonorarer fra Sygesikringsregisteret. Ekstra medicinudgifter inden for ATC-grupperne A11, A12, G03 og M05 er opgjort på baggrund af Lægemiddelstatistikregisteret ved differencen i forbruget mellem gruppen af personer med osteoporose og en udvalgt gruppe af personer uden osteoporose.

Omkostninger til tabt produktion på grund af arbejdsmarkedsfravær i form af sygedage, førtidspension og dødsfald er beregnet med udgangspunkt i humankapitalmetoden og en 4 % diskonteringsrate. Der er benyttet køns- og aldersspecifikke lønniveauer, beskæftigelsesfrekvenser og overlevelsesrater.

25.11 Referencer

1. The National Institutes of Health Consensus Development Panel. Osteoporosis prevention, diagnosis, and therapy. *JAMA*. 2001;285(6):785-95.
2. Hernlund E, Svedbom A, Ivergård M, Compston J, Cooper C, Stenmark J, et al. Osteoporosis in the European Union: medical management, epidemiology and economic burden. *Arch Osteoporos*. 2013;8(1-2):136.
3. Kanis JA, Johnell O, Oden A, Sembo L, Redlund-Johnell I, Dawson A, et al. Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmö. *Osteoporos Int*. 2000;11(8):669-74.
4. Jørgensen H, Tofeng C, Abrahamsen B, Langdahl B. Heritability of osteoporosis. *Ugeskr Læger*. 2005;167(9):1012-7.
5. Abrahamsen B, Vestergaard P. Declining incidence of hip fractures and the extent of use of anti-osteoporotic therapy in Denmark 1997–2006. *Osteoporos Int*. 2010;21(3):373-80.
6. Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Vejledning til udredning og behandling af osteoporose. 2009.
7. Sundhedsstyrelsen. Knogleskørhed - Fakta og forebyggelse. København: 2005.
8. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Osteoporosis is markedly underdiagnosed: a nationwide study from Denmark. *Osteoporos Int*. 2005;16(2):134-41.
9. Frost M, Wraae K, Abrahamsen B, Høiberg M, Hagen C, Andersen M, et al. Osteoporosis and vertebral fractures in men aged 60-74 years. *Age Ageing*. 2012;41(2):171-7.
10. Vestergaard P, Rejnmark L, Mosekilde L. Increased mortality in patients with a hip fracture-effect of pre-morbid conditions and post-fracture complications. *Osteoporos Int*. 2007;18(12):1583-93.
11. Brixen K, Overgaard S, Gram J, Ryg J, Rothmann M, Gudex C, et al. Systematisk forebyggelse og behandling af knogleskørhed hos patienter med hoftebrud – en medicinsk teknologivurdering. København: Sundhedsstyrelsen, 2012, Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2012; 12(6).
12. Hansen L, Mathiesen AS, Vestergaard P, Ehlers LH, Petersen KD. A health economic analysis of osteoporotic fractures: who carries the burden? *Arch Osteoporos*. 2013;8(1-2):126.
13. Abrahamsen B, Hyldstrup L, Brixen K. Osteoporose hos mænd – diagnose og behandling. *Ugeskr Læger*. 2005;167(8):901-5.
14. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Statens Serum Institut, Sundhedsstyrelsen. Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme. København: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, 2014.

26 DALYs

26.1 Global Burden of Disease Study: Sygdomsbyrdeestimer for Danmark

Sygdomsbyrdeestimer for 187 lande fra 1990 til 2010 blev opgjort i the Global Burden of Disease Study 2010 (GBD 2010) (1). Det omfattende globale studie af sygdomsbyrden fordelt på både sygdomme og risikofaktorer måler sygdomsbyrden ved hjælp af Disability-Adjusted Life Years (DALYs), der giver forskere og politiske beslutningstagere mulighed for at sammenligne forskellige sygdomme samt befolkningers sundhedsmæssige forhold på tværs af tid og geografi (1, 2). Befolkningstallene for WHO's medlemslande er de seneste fra UN Population Division (3) og er inddelt i relevante epidemiologiske subregioner (Globalt, Vesteuropa, Østeuropa, Centraleuropa, Asien, U- og I-lande etc.). Derudover laves der også opgørelser på nationalt og subnationalt niveau.

Baseret på tilgængelige data fra 2010 opfattes de nye estimer som de bedst mulige beregninger, GBD er kommet frem til, snarere end værende de officielle estimer fra et enkelt medlemsland (4). I beregningerne anvendes standardklassifikationer af sygdomme (ICD-10-koder) samt nye metoder til at opnå tværnational sammenlignelighed, og resultaterne vil derfor ikke nødvendigvis svare til de officielle nationale estimer (4).

26.2 Disability-Adjusted Life Years (DALYs)

DALYs er en kombination af byrden ved for tidlig død og byrden ved den tid, der leves med sygdom inden død (1). Opgørelsen af sygdomsbyrden på grund af dødelighed er baseret på de seneste tilgængelige nationale oplysninger fordelt på årsager i 2010 (5). Sygdomsbyrden ved den tid, der er levet med sygdom, er beregnet ved analyser af incidens, prævalens, varighed og alvorlighedsgrad af sygdommen. DALYs er således summen af tabte leveår på grund af for tidlig død (Years of Life Lost (YLL)) og tabte leveår på grund af tid levet med sygdom (Years Lived with Disability (YLD)).

$$\text{DALY} = \text{YLL} + \text{YLD}$$

En DALY svarer til et fuldt tabt år levet med perfekt helbred, hvor perfekt skal forstås som uden tegn på sygdom, det vil sige desto flere DALYs desto større byrde. DALYs kan beregnes ud fra både specifikke sygdomme, ulykker og risikofaktorer på regionalt, nationalt og globalt niveau (1).

Tabte leveår (YLL) er år tabt på grund af for tidlig død. YLL beregnes ud fra antallet af dødsfald ganget med restlevetiden i den alder, hvor døden indtræffer. I det seneste GBD-studie beregnes DALYs ud fra en forventet levetid på 86 år for både mænd og kvinder (6).

Leveår tabt på grund af en given sygdom (YLD) beregnes ud fra prævalensen af sygdommen ganget med en sygdomsspecifik vægt, der måler alvorligheden af sygdommen på en skala fra 0 (perfekt helbred) til 1 (død). Ved beregningen af YLD er der taget højde for følgesygdomme (6).

For at opgøre DALYs er landene blevet inddelt i 21 regioner på baggrund af to kriterier: Epidemiologisk homogenitet og geografisk sammenhæng (6). DALYs er beregnet på 20 aldersgrupper og hvert køn for sig.

Eksempel på DALY-beregning: Hvis en person på 41 år mister synet, genererer det en sygdomsvægt på 0,6. Hvis det antages, at personen lever resten af livet uden yderligere sygelighed og dør som 86-årig, vil det resultere i, at blindhed hos den 41-årige giver et tab på 27 DALYs (YLL=0, YLD=27 (45*0,60), DALY=0+27). Blindhed hos en 41-årig vil være ækvivalent med et dødsfald for den 59-årige, som også vil generere et tab på 27 DALYs (YLL=27, YLD=0, DALY=27+0).

Tabel 26.2.1 viser DALY-tabet for Danmark for 21 udvalgte sygdomme. De udgør omtrent 60 % af det samlede DALY-tab af sygdomsbyrden i Danmark, når denne opgøres i GBD 2010 (7, 8). For både mænd og kvinder ses,

at lænderygsmærter og iskæmisk hjertesygdom udgør størstedelen af sygdomsbyrden i Danmark i 2010. Da dødeligheden for lænderygsmærter er forsvindende i sammenligning med andre sygdomme, er det tiden levet med funktionsevnedssættelse i hverdagen, som udgør næsten hele DALY-byrden for denne sygdom. Iskæmisk hjertesygdom har derimod både en relativt høj dødelighed og kan også være meget funktionsevnedssættende. Det samlede estimat for DALY-tabet for iskæmisk hjertesygdom er dermed en kombination af dødelighed og funktionsevnedssættelse. Metoden med at benytte DALY-tab som estimat for sygdomsbyrden har været med til at sætte ikke-dødelige sygdomme på den internationale dagsorden, for eksempelvis misbrug, depression og nakkesmerter (9, 10). Den tredje mest byrdefulde sygdom er KOL, men opdelt på køn er misbrug den tredje mest byrdefulde sygdom for mænd, mens det for kvinder er depression. Det generelle billede er dog, at det er de samme sygdomme, der er byrdefulde for både mænd og kvinder. I forhold til de sygdomme, der i øvrigt er inkluderet i rapporten, er det værd at bemærke, at

1) osteoporose er en delmængde af GBD-gruppen "andre muskel- og skeletsygdomme", og derfor er DALY-tab estimeret for "andre muskel- og skeletsygdomme" højere, end det ville være for osteoporose alene.

2) i denne rapport er der lavet beregninger for kronisk leversygdom, hvorimod der i GBD kun er inkluderet cirrose, og derfor er DALY-tab estimeret for cirrose lavere, end det ville være for kronisk leversygdom.

Tabel 26.2.2 og figur 26.2.1 viser den andel af den samlede sygdomsbyrde, som rapportens 21 udvalgte sygdomme udgør i Danmark i sammenligning med det øvrige Norden (Sverige, Norge, Finland og Island) og Vesteuropa. Det ses, at de 21 udvalgte sygdomme overordnet set dækker omkring 60 % af den samlede sygdomsbyrde i alle tre regioner, men også at dækningen falder fra knap 61 % i Danmark til godt 56 % i Vesteuropa. Fordelingen af den danske sygdomsbyrde minder overordnet set om både den øvrige nordiske og den vesteuropæiske, men der er også enkelte forskelle.

Både lungekræft og KOL udgør en markant større del af den danske sygdomsbyrde (omkring 4,5 %) end både den øvrige nordiske (omkring 2,7 %) og den vesteuropæiske (omkring 3-3,5 %). Ligeledes udgør misbrug en væsentlig større del af den danske sygdomsbyrde (4 %) i sammenligning med den øvrige nordiske (3,6 %) og den vesteuropæiske (1,3 %). De øvrige psykiske sygdomme (angst, depression, Alzheimers og anden demenssygdom og skizofreni) udgør omvendt alle en mindre del af den danske sygdomsbyrde (i alt 7,3 %) i sammenligning med den øvrige nordiske (i alt 10,6 %) og den vesteuropæiske (i alt 9,0 %). Derudover udgør sygdommene diabetes, brystkræft og cirrose en relativt større del af den samlede sygdomsbyrde i Danmark sammenlignet med Norden og Vesteuropa, hvorimod sygdommene nakkesmerter, artrose og andre muskel- og skeletsygdomme udgør en relativt mindre byrde i Danmark i forhold til både Norden og Vesteuropa.

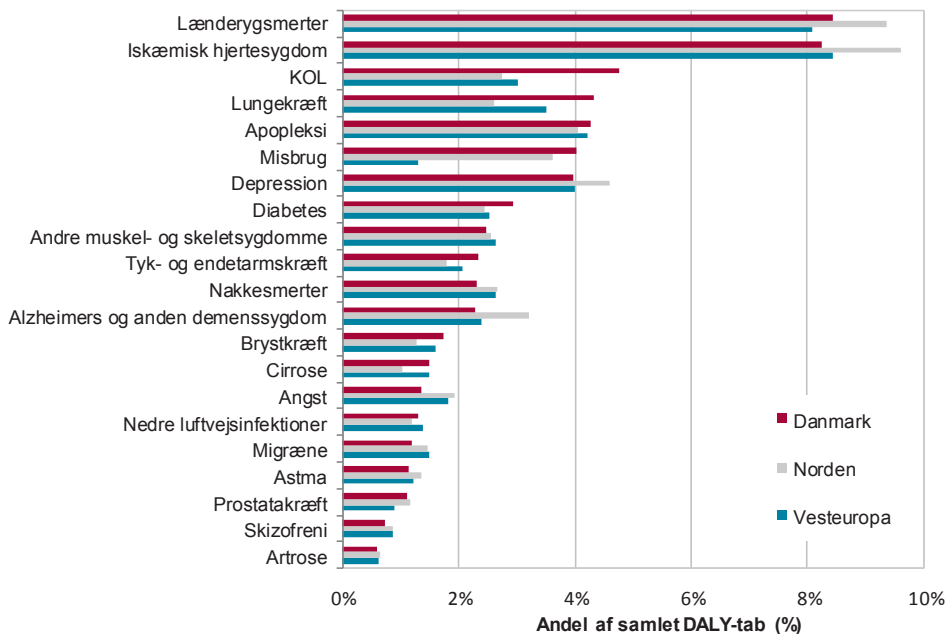
Tabel 26.2.1 DALY-tab, Danmark 2010: Samlet DALY-tab og andelen af det samlede DALY-tab for 21 udvalgte sygdomme fordelt efter køn

Nr. Sygdom	Begge køn		Mænd			Kvinder		
	Total	Andel (%)	Nr.	Total	Andel (%)	Nr.	Total	Andel (%)
1. Lænderygsmarter	133.679	8,4	2.	69.546	8,3	1.	64.133	8,5
2. Iskæmisk hjertesygdom	130.829	8,2	1.	79.928	9,6	2.	50.901	6,8
3. KOL	75.369	4,8	5.	36.200	4,3	4.	39.169	5,2
4. Lungekræft	68.569	4,3	4.	39.302	4,7	6.	29.267	3,9
5. Apopleksi	67.627	4,3	16.	33.068	4,0	5.	34.560	4,6
6. Misbrug	63.646	4,0	3.	49.181	5,9	13.	14.465	1,9
7. Depression	63.079	4,0	8.	23.682	2,8	3.	39.397	5,2
8. Diabetes	46.621	2,9	7.	27.472	3,3	11.	19.150	2,5
9. Andre muskel- og skeletsygdomme	38.935	2,5	14.	12.608	1,5	8.	26.327	3,5
10. Tyk- og endetarmskræft	37.203	2,3	9.	20.615	2,5	12.	16.588	2,2
11. Nakkesmerter	36.428	2,3	12.	15.514	1,9	10.	20.913	2,8
12. Alzheimers og anden demenssygdom	36.036	2,3	13.	14.249	1,7	9.	21.787	2,9
13. Brystkræft	27.399	1,7	.	-	-	7.	27.399	3,6
14. Cirrose	23.634	1,5	11.	15.873	1,9	18.	7.760	1,0
15. Angst	21.483	1,4	17.	7.150	0,9	14.	14.333	1,9
16. Nedre luftvejsinfektioner	20.351	1,3	15.	10.395	1,2	16.	9.956	1,3
17. Migræne	18.643	1,2	18.	6.740	0,8	15.	11.903	1,6
18. Astma	17.908	1,1	16.	8.296	1,0	17.	9.612	1,3
19. Prostatakræft	17.432	1,1	10.	17.432	2,1	.	-	-
20. Skizofreni	11.376	0,7	19.	6.425	0,8	20.	4.952	0,7
21. Artrose	9.393	0,6	20.	2.076	0,2	19.	7.316	1,0
I alt	965.638	60,9		495.750	59,4		469.888	62,5

Tablet 26.2.2 Andel af det samlede DALY-tab for 21 udvalgte sygdomme i Danmark, Norden og Vesteuropas 22 medlemslande, GBD 2010

	Danmark	Norden	Vesteuropa
Lænderygmerter	8,4	9,4	8,1
Iskæmisk hjertesygdom	8,2	9,6	8,4
KOL	4,8	2,7	3,0
Lungekræft	4,3	2,6	3,5
Apopleksi	4,3	4,0	4,2
Misbrug	4,0	3,6	1,3
Depression	4,0	4,6	4,0
Diabetes	2,9	2,4	2,5
Andre muskel- og skeletsygdomme	2,5	2,6	2,6
Tyk- og endetarmskræft	2,3	1,8	2,1
Nakkesmerter	2,3	2,7	2,6
Alzheimers og anden demenssygdom	2,3	3,2	2,4
Brystkræft	1,7	1,3	1,6
Cirroze	1,5	1,0	1,5
Angst	1,4	1,9	1,8
Nedre luftvejsinfektioner	1,3	1,2	1,4
Migræne	1,2	1,4	1,5
Astma	1,1	1,4	1,2
Prostatakræft	1,1	1,2	0,9
Skizofreni	0,7	0,9	0,9
Artrose	0,6	0,7	0,6
Ud af den samlede sygdomsbyrde	60,9	60,1	56,1

Figur 26.2.1 Andel af det samlede DALY-tab for begge køn for rapportens 21 udvalgte sygdomme i GBD 2010. Danmark sammenlignet med det øvrige Norden og Vesteuropa



26.3 Referencer

1. Institute of Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. The Global Burden of Disease: Generating Evidence, Guiding Policy – European Union and European Free Trade Association Regional Edition. Seattle, WA: 2013.
2. Devleesschauwer B, Havelaar AH, Maertens de Noordhout C, Haagsma JA, Praet N, Dorny P, et al. DALY calculation in practice: a stepwise approach. *Int J Public Health*. 2014;59(3):571-4.
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs/Population Division. World Population Prospects: The 2012 Revision, Key Findings and Advance Tables. New York: United Nations; 2013.
4. World health Organization. WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000-2011. Geneva: Department of Health Statistics and Information Systems, 2013.
5. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), University of Washington. GBD 2013: Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. Protocol. Seattle, WA: 2013.
6. Murray CJ, Ezzati M, Flaxman AD, Lim S, Lozano R, Michaud C, et al. GBD 2010: design, definitions, and metrics. *Lancet*. 2012;380(9859):2063-6.
7. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD 2010 Arrow Diagram. 2013 [01-04-2015]. vizhub.healthdata.org/irank/arrow.php.
8. Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). GBD Compare. 2013 [01-04-2015]. vizhub.healthdata.org/gbd-compare/.
9. Patten SB. The Global Burden of Disease 2010 update: keeping mental health in the spotlight. *Epidemiology and psychiatric sciences*. 2014;23(3):255-7.
10. Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380(9859):2197-223.

sundhedsstyrelsen.dk
si-folkesundhed.dk