

Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme



Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme

Udarbejdet af: Ministeriet for Forebyggelse og Sundhed, Statens Serum Institut og Sundhedsstyrelsen

Copyright: Uddrag, herunder figurer, tabeller og citater er tilladt mod tydelig kildeangivelse.

Udgivet af:

Ministeriet for Sundhed og forebyggelse

Holbergsgade 6

1057 København K.

Telefon: 72 26 90 00

Telefax: 72 26 90 01

E-post: sum@sum.dk

EAN – lokationsnummer: 5798000362055

Grafisk design: 1508 A/S

Udgave: 1

Udgivelsesdato: Marts, 2014

Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-351-6

Publikationen er tilgængelig på <http://www.sum.dk>

Indholdsfortegnelse

1	Indledning	3
1.1	Introduktion	3
1.2	Sammenfatning	4
2	Metode	7
2.1	Datagrundlag	7
2.2	Studiepopulation	7
2.3	Definition af højeste fuldførte uddannelse	8
2.4	Definition af kroniske og langvarige sygdomme	8
2.4.1	Validitet	9
2.5	Analytiske metoder	9
2.5.1	Figurer	9
2.5.2	Odds-ratio (OR)	9
2.5.3	Dødelighedsindeks	10
2.5.4	Geografiske forskelle vha. GIS-Kort	10
3	Forekomst	11
3.1	Diabetes (type I og type II)	12
3.2	Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)	14
3.3	Iskæmiske hjertesygdomme	16
3.4	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)	18
3.5	Knogleskørhed (Osteoporose)	20
3.6	Demens	22
3.7	Depression	24
3.8	Skizofreni	26
4	Tilknytning til arbejdsmarkedet	28
4.1	Diabetes	29
4.2	Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)	30
4.3	Iskæmiske hjertesygdomme	31
4.4	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungelidelser)	32
4.5	Knogleskørhed	33
4.6	Depression	34
5	Dødelighed	35
5.1	Samlet dødelighed fordelt på uddannelse	36
5.2	Diabetes	37
5.3	Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)	39
5.4	Iskæmiske hjertesygdomme	41
5.5	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdomme)	43
5.6	Knogleskørhed	45
5.7	Demens	47
5.8	Depression	49
6	Forekomst i kommuner	51
6.1	Diabetes (type I og type II)	51
6.2	Blodprop i hjernen og hjerneblødning (apopleksi)	53
6.3	Iskæmiske hjertesygdomme	55
6.4	KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)	57
6.5	Knogleskørhed (osteoporose)	59
6.6	Demens	61
6.7	Depression	63
6.8	Skizofreni	65

1 Indledning

1.1 Introduktion

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse sætter fokus på social ulighed i sundhed i en række tematiske publikationer. Publikationen *"Ulighed i sundhed"*, udgivet i marts 2013, omhandlede sociale forskelle i sundhedsadfærd og brugen af sundhedsydelser. Temaet for nærværende publikation er ulighed i kroniske og langvarige sygdomme. Kroniske og langvarige sygdomme er et væsentligt fokusområde, da disse i dag udgør størstedelen af befolkningens sygdomsbyrde.

Publikationen er begrænset til at omfatte følgende otte udvalgte somatiske og psykiske kroniske og langvarige sygdomme:

- Diabetes
- Apopleksi
- Iskæmisk hjertesygdom
- KOL
- Knogleskørhed
- Demens
- Depression
- Skizofreni

Fælles for disse otte sygdomme er, at de har store konsekvenser for livskvaliteten for den enkelte patient, og er en betydelig omkostning for samfundet i form af tabt arbejdskraft og omkostninger til behandling, pleje og genoptræning som følge af sygdommen og dens senfølger. De otte sygdomme er valgt ud fra deres forekomst og tyngde, samt hvorvidt de indgår i Sundhedsstyrelsens monitorering af kroniske sygdomme¹ og er mulige at opgøre ud fra det for nuværende tilgængelige data. I publikationen ses der både på sociale forskelle i forekomst, arbejdsmarkedstilknøytning og dødelighed. Højeste fuldførte uddannelse benyttes som mål for social position.

Social ulighed

Begrebet social ulighed i sundhed anvendes i denne publikation om de systematiske forskelle i sygdomsrisiko mellem befolkningsgrupper med forskellig social position i forhold til uddannelse.

Nærværende publikationen er baseret på simple analyser, der skal være med til at give et overblik over omfanget af ulighed i de udvalgte kroniske og langvarige sygdomme. Publikationen skal ses i sammenhæng med eksisterende og mere omfattende publikationer, der ligeledes belyser social ulighed i sundhed. Der henvises til publikationen *"Ulighed i sundhed"* udgivet af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i marts 2013 for nærmere eksempler.

Publikationen har ikke fokus på årsager i forhold til ulighed i hhv. forekomst, arbejdsmarkedstilknøytning og dødelighed, og der tages i analyserne således ikke højde for forskelle i livstilsfaktorer som fx tobaksrygning; alkoholforbrug; kostvaner og fysisk inaktivitet i de forskellige uddannelsesgrupper. En del af sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forekomsten af kroniske og langvarige sygdomme kan formentligt forklares ud fra disse faktorer.

¹ <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/monitorering.aspx>

1.2 Sammenfatning

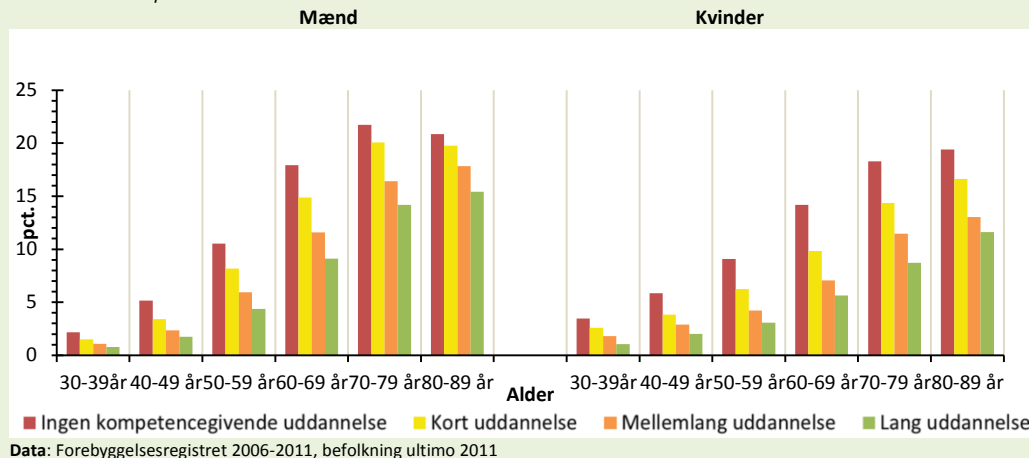
Kapitel 3 belyser eventuelle forskelle i forekomsten af udvalgte sygdomme blandt borgere med samme køn og alder, men forskelligt uddannelsesniveau. De otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme er: diabetes (type I og II), blodprop i hjernen og hjerneblødning (apopleksi), iskæmiske hjertesygdomme, kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL), knogleskørhed (osteoporose), demens, depression og skizofreni. Opgørelserne viser følgende tendenser:

- I analysen konstateres social ulighed i forekomsten af diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, depression og skizofreni, idet sandsynligheden for at være registreret med disse sygdomme falder systematisk i takt med et stigende uddannelsesniveau.
- I analysen konstateres ikke social ulighed i forekomsten af knogleskørhed blandt personer i alderen 30-79 år, idet der ikke er systematisk forskel i sandsynligheden for at være registreret med knogleskørhed i de forskellige uddannelsesgrupper. Blandt 80-89 årige er der en svag tendens til 'omvendt' social ulighed, hvor andelen registreret med knogleskørhed stiger i takt med stigende uddannelsesniveau.
- I analysen er risikoen for at være registreret med demens større for personer uden en kompetencegivende uddannelse eller en kort uddannelse, i forhold til personer med en lang uddannelse. Forskellene mellem uddannelsesgrupperne er dog små, og konfidensintervallerne overlapper i mange af grupperne, så det kan ikke med statistisk sikkerhed konstateres, at der er systematisk social ulighed i forekomsten af demens.

Eksempel: Forekomst af diabetes

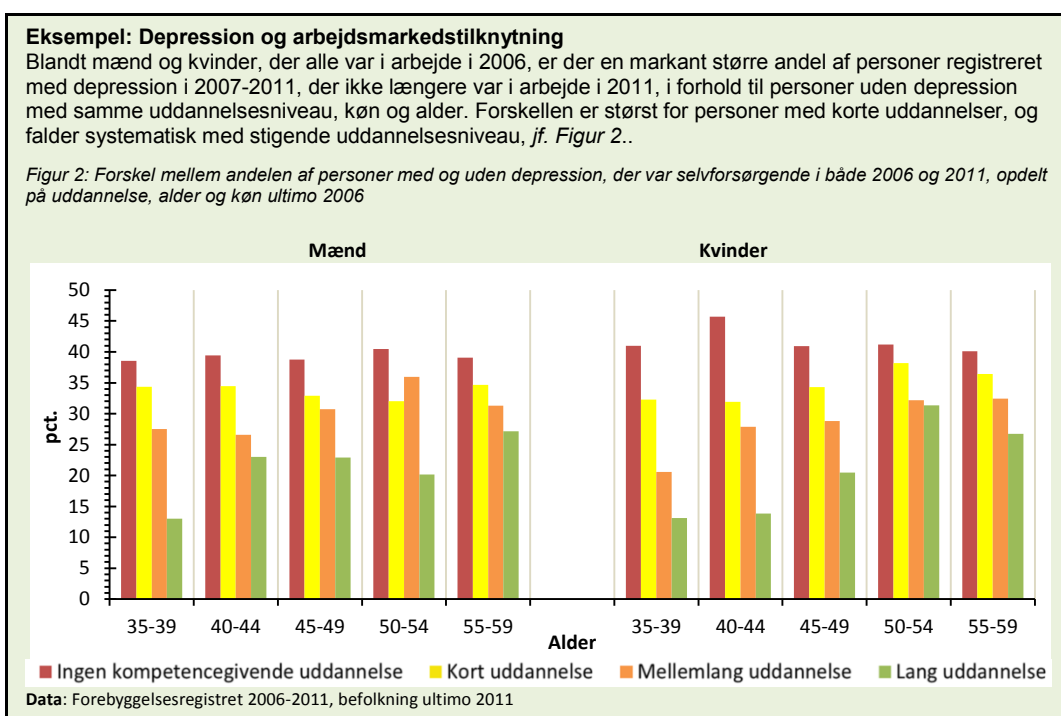
I 2011 var der en større andel registreret med diabetes blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Der er en tydelig social gradient, således at andelen af personer registreret med diabetes falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Tendensen er gældende for alle aldersgrupper og for begge køn, jf. Figur 1.

Figur 1: Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 registreret med diabetes, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Kapitel 4 belyser eventuelle forskelle i tilknytningen til arbejdsmarkedet i perioden 2006-2011 blandt personer diagnosticeret med hhv. diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed og depression i perioden 2007-2011, der alle var i arbejde i 2006. Opgørelserne viser følgende tendenser:

- Personer med samme uddannelsesniveau, køn og alder har en ringere arbejdsmarkedstilknytning, når de er diagnosticeret med hhv. diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL og knogleskørhed, end hvis de ikke er. Forskellene falder med stigende uddannelsesniveau, hvilket indikerer, at sygdommene har større betydning for arbejdsmarkedstilknytningen for personer med korte uddannelser end for personer med længere uddannelser.
- Sandsynligheden for ikke længere at være i arbejde i 2011 er markant større for personer registreret med hhv. diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed og depression, der ikke har en kompetencegivende uddannelse, end personer med en lang uddannelse. Sandsynligheden for ikke længere at være tilknyttet arbejdsmarkedet i 2011 blandt personer registreret med hhv. diabetes, iskæmiske hjertesygdomme og depression stiger tilmed systematisk med faldende uddannelsesniveau.



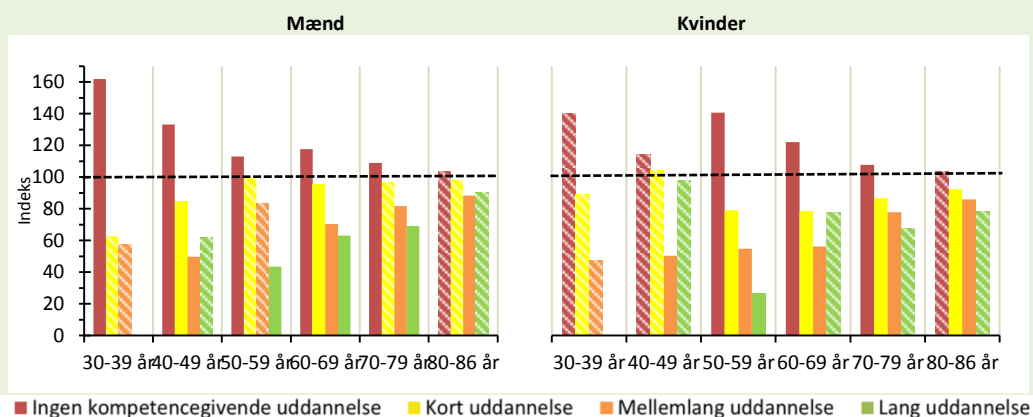
Kapitel 5 belyser eventuelle forskelle i dødelighed blandt patienter med diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed, demens og depression, fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau. Dødeligheden er beregnet for hver uddannelsesgruppe i forhold til den samlede dødelighed blandt personer med samme sygdom, alder og køn. Opgørelserne viser følgende tendenser:

- Mænd og kvinder registreret med diabetes, iskæmiske hjertesygdomme, KOL og knogleskørhed, uden en kompetencegivende uddannelse, har i de fleste aldersgrupper en overdødelighed i forhold til den samlede dødelighed blandt personer med samme sygdom, alder og køn.
- Mænd med apopleksi i aldersgruppen 50-79 år og kvinder med apopleksi i aldersgrupperne 50-69 år, uden en kompetencegivende uddannelse, har en lille overdødelighed i forhold til den samlede dødelighed blandt apopleksi-patienter med samme alder og køn. Der er ingen forskel i de resterende aldersgrupper.

Eksempel: Iskæmiske hjertesygdomme og dødelighed

Opgørelsen i Figur 3 viser en signifikant overdødelighed blandt 30-79 årige mænd og 50-79 årige kvinder, uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med iskæmiske hjertesygdomme, i tilsvarende aldersgrupper. Omvendt har 50-79 årige mænd og 50-59 årige kvinder med en lang uddannelse en underdødelighed, i forhold til den generelle dødelighed for alle personer registreret med iskæmiske hjertesygdomme.

Figur 3: Dødelighedsindeks for personer med iskæmiske hjertesygdomme primo 2007 fordelt på alder og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt alle personer med iskæmiske hjertesygdomme med samme alder og køn



Anm. De skraverede søjler indikerer, at estimatet er insignifikant.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2006.

2 Metode

Nærværende publikation er begrænset til at belyse social ulighed i følgende otte udvalgte somatiske og psykiske kroniske og langvarige sygdomme:

1. Diabetes (type I og II)
2. Blodprop i hjernen og hjerneblødning (apopleksi)
3. Iskæmiske Hjertesygdomme
4. Kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL)
5. Knogleskørhed (osteoporose)
6. Demens
7. Depression
8. Skizofreni

Der ses både på eventuelle forskelle i forekomsten af de otte kroniske og langvarige sygdomme, tilknytning til arbejdsmarkedet samt dødelighed. De otte sygdomme er valgt ud fra deres forekomst og tyngde, samt hvorvidt de indgår i Sundhedsstyrelsens monitorering af kroniske sygdomme² og er mulige at opgøre ud fra det for nuværende tilgængelige data.

I dette afsnit redegøres der for metoderne bag opgørelserne.

2.1 Datagrundlag

Forebyggelsesregisteret per 5. september 2013 udgør datagrundlaget for publikationens analyser.

Forebyggelsesregisteret er en samling af en række nationale sundhedsregistre samt registre over befolkningens socioøkonomiske forhold, herunder uddannelse, indkomst og erhverv. Forebyggelsesregisteret giver således mulighed for at belyse sammenhængen mellem socioøkonomiske forhold og en lang række sundhedsoplysninger.

Forebyggelsesregisteret er per 5. september 2013 opdateret til og med 2011, hvorfor alle analyser i publikationen kun opgøres til og med 2011. Der henvises til Danmarks Statistiks kvalitetsdeklaration for Forebyggelsesregisteret for yderligere oplysninger.³

2.2 Studiepopulation

I opgørelser over forekomsten af de otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme indgår alle mænd og kvinder mellem 30-89 år ultimo 2011.⁴ De resterende analyser tager udgangspunkt i befolkningen ultimo 2006,⁴ der følges op for begivenheder i perioden 2007 til 2011. De aldersgrupper, der indgår i de forskellige opgørelser, varierer efter relevans. Opgørelserne inkluderer dog ikke personer under 30 år, da de i mindre grad har haft mulighed for at opnå deres sociale position i samfundet, samt personer født før 1920, da oplysninger om uddannelse ikke er systematisk registret for denne gruppe.

² <http://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/monitorering.aspx>

³ <http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/kvalitetsdeklarationer/forebyggelsesregisteret.aspx>

⁴ på nær ca. 130.000 personer, der ikke er registreret i Danmarks Statistik og/eller ikke er registreret med oplysninger om højeste fuldførte uddannelse

2.3 Definition af højeste fuldførte uddannelse

Som gennemgående mål for social position benyttes uddannelse. Uddannelse er et ofte anvendt mål for social position indenfor sundhedsområdet, da 1) en persons uddannelsesniveau ikke ændrer sig på kort sigt i forhold til fx indkomst, og 2) da der er en mere entydig årsags-sammenhæng mellem uddannelse og sygdom, sammenlignet med fx indkomst- og erhvervsstatus, der i større grad kan være både årsag til og konsekvens af sygdom. Eksempelvis kan langvarig sygdom føre til jobskifte eller arbejdsophør.⁵

Uddannelse defineres som højeste fuldførte uddannelse per 1. oktober 2010 i analyser over forekomst, og per 1. oktober 2006 i de resterende analyser. Uddannelsesniveauet defineres uden hensyntagen til igangværende uddannelse og grupperes i fire grupper, som angivet i Tabel 2.1 nedenfor.

Tabel 2.1 Klassificering og fordelingen af uddannelsesniveau blandt mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011

Betegnelse i publikationen	Højeste fuldførte uddannelse	Antal mænd	Antal kvinder
1. ikke-kompetencegivende uddannelse	Grundskole (gr.10)	508.609 (29 pct.)	600.320 (33 pct.)
	Forberedende uddannelser (gr.15)		
	Almengymnasiale uddannelser (gr.20)		
	Erhvervsgymnasiale uddannelser (gr.25)		
2. Kort uddannelse	Erhvervsfaglige grundforløb (gr.30)	801.496 (46 pct.)	670.103 (37 pct.)
	Erhvervsfaglige praktik-hovedforløb (gr.35)		
	Efteruddannelse af faglærte (gr.39)		
	Korte videregående uddannelse (gr. 40)		
3. Mellemlang uddannelse	Mellemlange videregående uddannelser (gr.50)	202.814 (12 pct.)	359.064 (20 pct.)
	Bachelor uddannelser (gr.60)		
4. Lang uddannelse	Lange videregående uddannelser (gr.65)	157.056 (9 pct.)	121.821 (7 pct.)
	Forskeruddannelser (gr.70)		
Uoplyst (ekskluderes)	Uden for niveauplacing (gr.90)	60.951 (4 pct.)	49.199 (3 pct.)

Anm.: Definitionen er baseret på Danmarks Statistiks klassificering af højest fuldførte uddannelse
<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/kvalitetsdeklarationer/forebyggelsesregisteret/hfudd.aspx>
<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/kvalitetsdeklarationer/forebyggelsesregisteret/fsp1h.aspx>

2.4 Definition af kroniske og langvarige sygdomme

Landspatientregistret, Sygesikringsregistret og Lægemiddelstatistikregisteret er benyttet til at identificere personer, der:

- 1) har haft en eller flere kontakter på et offentligt eller privat sygehus og/eller hospitalspsykiatrien med en relevant diagnose op til fem år tilbage i tid (fx 2007-2011) og/eller
- 2) har modtaget relevante ydelser omfattet af den offentlige sygesikring op til fem år tilbage i tid (fx 2007-2011) og/eller
- 3) har købt minimum to relevante sygdomsspecifikke lægemidler i opgørelsesåret (fx 2011)

De specifikke diagnosekoder og datakilder, der er benyttet til at identificere de otte sygdomme, er angivet i Tabel 2.2 nedenfor.

Tabel 2.2 Klassificering af de udvalgte kroniske og langvarige sygdomme

Sygdom	Landspatientregistret / Minipas (én A- el. B-Diagnosekode over 5 år)	Sygesikringsregisteret (i opgørelsesåret/over 5 år)	Lægemiddelstatistikregisteret (min 2 ATC-koder i opgørelsesåret)
Diabetes (Type 1 og 2)	DE10-DE14; DH360; DO240- DO243; DO45; DO49	Min. 1 fodterapi for sukkersygepatienter (speciale 54) og/eller 1 forløbsydelse for diabetes (ydelse 0107-0110 i speciale 80-89) i opgørelsesåret, og /eller min. 2 blodsukkermålinger per år i 5 år, og/eller 5 blodsukkermålinger i opgørelsesåret (ydelsesnummer 7136 el. 7159 på nær speciale 44,45,46)	A10
Apopleksi	DI61; DI63; DI64		

⁵ Diderichsen, F, Andersen I, Manuel C. Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. København: Sundhedsstyrelsen 2011 s. 23-28

Iskæmiske Hjertesygdomme	DI20-DI25	
KOL	DJ44	
Knogleskørhed	DM80-DM82	M05BA; M05BB; H05A; H05B; G03XC
Demens	DF00-DF03; DF05.1; DG30	N06D
Depression	DF32; DF33; DF34; DF38; DF39	
Skizofreni	DF20	

2.4.1 Validitet

Opgørelserne over de otte kroniske og langvarige sygdomme er udelukkende baseret på registreringer i de nævnte datakilder i Tabel 2.2 ovenfor. Det har for nuværende kun været muligt at identificere lægemidler/ydelser omfattet af den offentlige sygesikring for diabetes, knogleskørhed og demens. Forekomst af de resterende sygdomme er udelukkende baseret på kontakter på offentlige eller private sygehus eller hospitalspsykiatrien. Personer, der har en eller flere af de otte sygdomme, men som ikke har været i kontakt med sygehuse eller hospitalspsykiatri, eller for diabetes, knogleskørhed og demens ikke modtaget de i tabellen nævnte ydelser eller lægemidler, indgår ikke i opgørelserne. Således kan der være tale om en underestimering af forekomsten af de otte kroniske og langvarige sygdomme, hvor kun de mest alvorlige og behandlingskrævende tilfælde indgår.

Modsat kan der være tale om en mindre overestimering af diabetes og knogleskørhed, da lægemidlerne til behandling af disse sygdomme i nogle tilfælde også benyttes til behandling af enkelte andre sygdomme. Forekomsten af diabetes kan være yderligere overestimeret, da personer registreret med to blodsuktermålinger per år i fem år, eller fem blodsuktermålinger i opgørelsesåret, ikke nødvendigvis har diabetes, men blot jævnligt været undersøgt herfor.

Der gøres opmærksom på, at sygdommene ikke differentieres i forhold til sværhedsgrad eller den periode personen har haft sygdomme. Det kan være et nyt tilfælde eller det kan være et 20 år gammelt tilfælde. Der tages alene højde for, hvorvidt personen er registreret med den givne sygdom.

2.5 Analytiske metoder

Alle analyser, der indgår i publikationen, er simple analyser, der har til formål at illustrere eventuelle sociale forskelle. Analyserne er ikke af dybdegående og forklarende karakter.

2.5.1 Figurer

Alle figurer er som standard opgjort for henholdsvis de fire uddannelsesgrupper, køn og alder i enten fem- eller tiårs-intervaller. Figurerne belyser således eventuelle forskelle i uddannelsens betydning blandt henholdsvis mænd og kvinder og for forskellige aldersgrupper. For enkelte indikatorer er resultatet i specifikke uddannelses-, køns- og aldersgrupper udeladt, hvis der er under 20 observationer i gruppen, da usikkerheden ved resultatet dermed er for stor.

2.5.2 Odds-ratio (OR)

For alle indikatorer (bortset fra dødelighed jf. afsnit 2.5.3 nedenfor) er der beregnet en odds-ratio (OR) med tilhørende 95 pct. konfidensinterval. OR fortæller noget om sandsynligheden for fx at være registreret med diabetes i de forskellige uddannelsesgrupper. OR er justeret for alder i et års intervaller og opdelt på, eller justeret for køn. Således tages der højde for, at evt. forskelle i sandsynlighed ikke blot skyldes forskelle i alders og kønssammensætningen i de forskellige uddannelsesgrupper. Referencegruppen er i denne publikation personer med en lang uddannelse. Dette er valgt på grund af læsevenligheden til trods for, at der er tale om den mindste gruppe (jf. Tabel 2.1). Valget af referencegruppe har dog ikke betydning for konklusionerne i denne publikation, da beregningerne er baseret på relativt mange observationer.

Faktaboks om odds-ratio (OR) og 95 pct. konfidensinterval

Odds-ratio (OR) er et udtryk for sandsynlighed og bliver ofte anvendt til at beskrive forskellen mellem to grupper, hvor der samtidigt kan tages højde for eventuelle forskelle i fx alders- og kønssammensætning.

En OR på 1.00 angiver, at der ikke er forskel på de to grupper, der sammenlignes.

En OR større end 1.00 angiver, at gruppen har en overrisiko i forhold til referencegruppen, fx større risiko for at være registreret med diabetes.

En OR mindre end 1.00 angiver, at gruppen har en underrisiko i forhold til referencegruppen, fx mindre risiko for at være registreret med diabetes.

Sammen med OR opgives et 95 pct. konfidensinterval (sikkerhedsinterval). Intervallet angiver, at der er 95 pct. sandsynlighed for, at OR-værdien ligger indenfor intervallet. Intervallet siger således noget om usikkerheden ved opgørelsen. Indeholder intervallet værdien 1.00, kan det ikke med sikkerhed afgøres, om der er (signifikant) forskel på de to grupper der sammenlignes. Overlapper konfidensintervallerne hinanden i de forskellige uddannelsesgrupper, kan det ligeledes ikke med sikkerhed afgøres, om der er forskel på de to grupper der sammenlignes.

Eksempel: Depression, Tabel 3.7

For mænd falder sandsynligheden for at være registreret med depression systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne i grupperne kort og mellemlang uddannelse, så det kan ikke med statistisk sikkerhed siges, at der er forskel på risikoen for at være registreret med depression mellem personer med en kort og mellemlang uddannelse.

Sandsynligheden (OR) for at være registreret med depression er 2,3 gange større for personer uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til personer med en lang uddannelse.

Eksempel: Tabel 2.3 Overrisiko (odds ratio) for at være registreret med depression blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	2.1	(2.02-2.24)	2.4	(2.32-2.54)	2.3	(2.19-2.35)
Kort uddannelse	1.4	(1.32-1.47)	1.6	(1.52-1.67)	1.5	(1.44-1.55)
Mellemlang uddannelse	1.3	(1.18-1.34)	1.5	(1.41-1.55)	1.4	(1.34-1.44)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Patienter med depression er defineret som personer i live per 31. december 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper registreret med depression i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

2.5.3 Dødelighedsindeks

Dødeligheden er beregnet for personer, der jf. afsnit 2.4, s.8 er registreret i sundhedsvæsenet med en af de udvalgte kroniske og langvarige sygdomme i perioden 2003 til 2007, og som samtidig er i live ultimo 2006. Oplysninger om død er hentet fra CPR- og dødsårsagsregistret for perioden 2007 til 2011.

Dødelighed er angivet ved hjælp af et indeks, der udtrykker forholdet mellem det faktiske antal døde, i forhold til det forventede antal døde (jf. afsnit 5, s. 35). Indeks = 100 angiver, at den faktiske dødelighed i den pågældende gruppe er identisk med den forventede dødelighed. Et indeks under 100 betyder, at gruppen har en underdødelighed i forhold til den forventede dødelighed, mens et indeks over 100 betyder, at gruppen har en overdødelighed i forhold til den forventede dødelighed.

2.5.4 Geografiske forskelle vha. kommune-kort

For at illustrere eventuelle geografiske forskelle i forekomsten af de otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme, afdækkes den geografiske fordeling af sygdommene baseret på borgerne bopælskommune. Opgørelserne angiver andelen af personer i de enkelte kommuner, der er registreret med en eller flere af de otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme. Opgørelserne er opdelt på køn og er aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, for at tage højde for forskelle i befolkningssammensætningen i de enkelte kommuner.

3 Forekomst

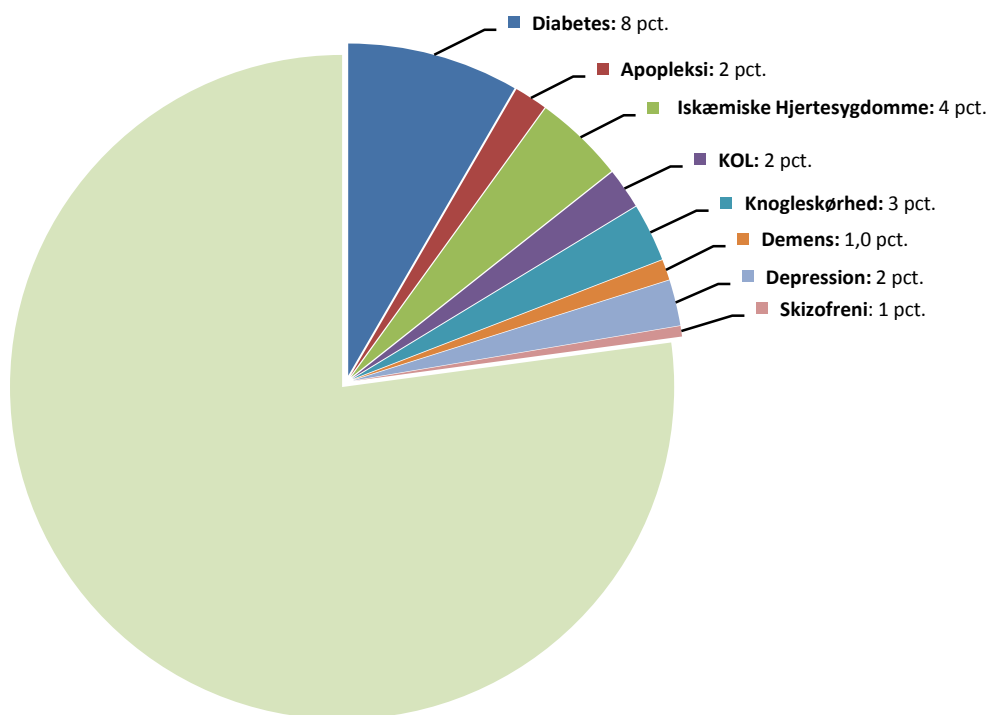
Dette kapitel belyser sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af de otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme publikationen er begrænset til: diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed, demens, depression samt skizofreni.

Opgørelserne viser hvor stor en andel af mænd og kvinder, i hver af de fire uddannelsesgrupper, der er registreret med en af de otte sygdomme d. 31. december 2011, ud fra de kriterier der er angivet i Tabel 2.2, s.8 ovenfor.

I analysen tages ikke højde for forskelle i livstilsfaktorer som fx tobaksrygning; alkoholforbrug; kostvaner og fysisk inaktivitet i de forskellige uddannelsesgrupper. En del af sammenhængen mellem uddannelsesniveau og forekomsten af kroniske og langvarige sygdomme kan formentlig forklares ud fra disse faktorer.

Det tages forbehold for mulig under- og overestimering af forekomsten (jf. afsnit 2.4.1, s. 9).

Figur 3 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år registreret med en af de otte udvalgte kroniske og langvarige sygdomme, ultimo 2011



Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.1 Diabetes (type I og type II)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af diabetes blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011. Opgørelsen medtager både personer registreret med type I og type II diabetes, da begge er kroniske sygdomme, der kan have store konsekvenser for livskvaliteten for den enkelte patient, og da der ud fra registreringsoplysningerne ikke kan skelnes mellem de to typer diabetes (jf. Tabel 2.2, s.8).

Faktaboks om type 1 og type 2 diabetes

Diabetes (også kaldet sukkersyge) er en sygdom, hvor blodets indhold af sukker årsager er for højt.

Type I diabetes er en autoimmun sygdom, hvor kroppens eget immunsystem ødelægger de insulinproducerende celler i bugspytkirtlen. Man kender ikke den præcise årsag til, at type 1 diabetes opstår. Sygdommen viser sig oftest i barne- eller teenagealderen, men kan også opstå senere i livet. Type 1 diabetes kræver ofte daglig tilførsel af insulin, for at holde blodsukkeret på et stabilt og normalt niveau.

Type II diabetes skyldes en kombination af nedsat insulinproduktion i bugspytkirtlen og nedsat følsomhed for insulin i kroppens celler. Type 2 diabetes skyldes arvelige faktorer og opstår oftest blandt overvægtige voksne. Type 2 diabetes kan i nogle tilfælde behandles med livsstilsændringer, ellers med tabletter, men svær type 2 diabetes kan være insulinkrævende.

Forhøjet blodsukker påvirker ens almene helbredstilstand med symptomer som tørst, infektioner, hyppig vandladning, hovedpine og træthed. Ubehandlet eller dårligt reguleret diabetes øger risikoen for en lang række følgesygdomme blandt andet hjertekarsygdomme, nyresygdomme, øjensygdomme og fodsygdomme.

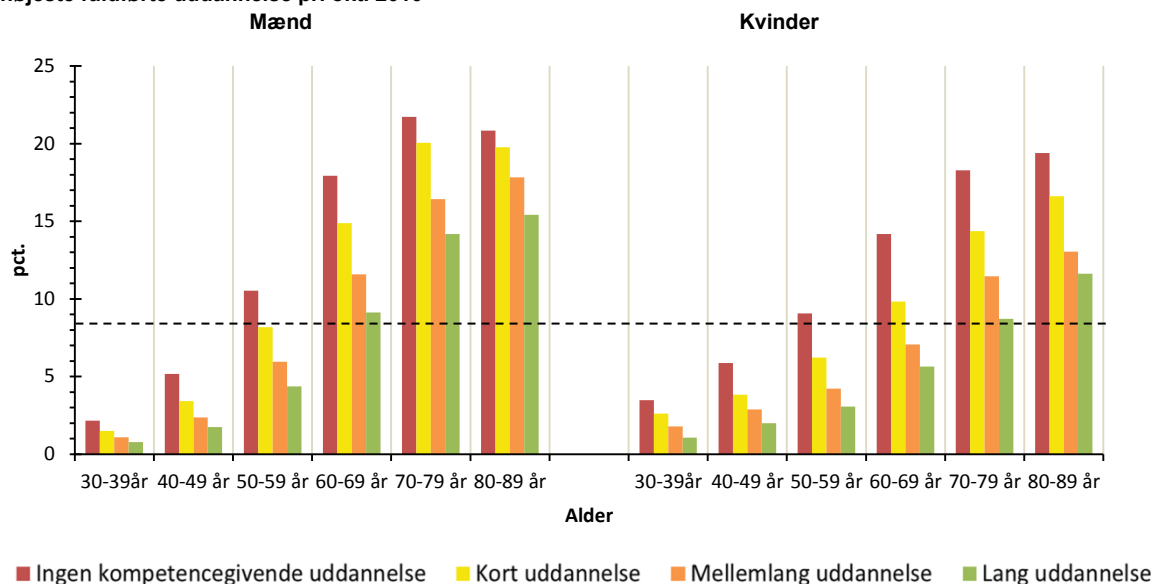
Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

Opgørelsen viser, at der ultimo 2011 samlet set var over 8 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med diabetes, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 1 er der en større andel registreret med diabetes blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Opgørelsen viser en tydelig social gradient, idet andelen registreret med diabetes falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Tendensen er gældende for alle aldersgrupper og for begge køn. Opgørelsen indikerer, at der er social ulighed i forekomsten af diabetes.

Desuden ses en større andel med diabetes blandt mænd, end blandt kvinder. For begge køn stiger andelen registreret med diabetes med alderen.

Figur 1 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 registreret med diabetes, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med diabetes i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.1 sammenfatter resultaterne i Figur 1.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med diabetes i alderen 30-89 år er over to gange større for mænd og kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Desuden ses en social gradient for begge køn, hvor risikoen for at være registreret med diabetes falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer således, at der samlet set er social ulighed i forekomsten af diabetes.

Tabel 3.1 Overrisiko (odds ratio) for diabetes blandt mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	2.1	(2.06-2.17)	2.8	(2.74-2.95)	2.3	(2.26-2.36)
Kort uddannelse	1.8	(1.74-1.83)	2.1	(1.99-2.14)	1.8	(1.80-1.87)
Mellemlang uddannelse	1.3	(1.30-1.38)	1.5	(1.40-1.51)	1.3	(1.31-1.38)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Diabetikere er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med diabetes (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.2 Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af blodprop i hjernen og hjerneblødning (også kaldet apopleksi), blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om apopleksi

Apopleksi er en fællesbetegnelse for blodprop i hjernen og blødning i hjernen. Blodprop i hjernen er hyppigst og udgør ca. 85 % af apopleksitilfældene.

Symptomerne er afhængige af hvilket område i hjernen der er ramt. Symptomerne kan eksempelvis være pludselig lammelse af den ene arm eller det ene ben, eller påvirkning af balancen eller taleevnen. På baggrund af symptomerne er det vanskeligt at afgøre om det drejer sig om en blodprop eller en blødning i hjernen.

Baggrunden for blodprop i hjernen er ofte åreforkalkning. Når en blodåre i hjernen tillukkes ophører nerverne i blodårens forsyningsområde med at fungere. Årsagen til tillukningen af blodåren, kan være en blodprop dannet et andet sted i kroppen, eksempelvis hjertet, der føres med blodbanen til hjernen, eller en blodprop dannet direkte i blodåren i hjernen. En af de væsentligste risikofaktorer er forhøjet blodtryk, som er identificeret som medvirkende årsag i 2/3 af tilfældene. Hos ca. 15-20 % er årsagen hjerterytmeforstyrrelser, hvor blodproppen dannes i hjertet og føres til hjernen. Andre risikofaktorer er eksempelvis sukkersyge, forhøjet kolesterol og rygning.

Baggrunden for blødning i hjernen er hyppigst forhøjet blodtryk men kan også skyldes andre årsager eksempelvis misdannelser i hjernens blodårer eller ulykkesskader på hjernen. Blødningen i hjernen medfører påvirkning af nerverne i blodårens forsyningsområde.

Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

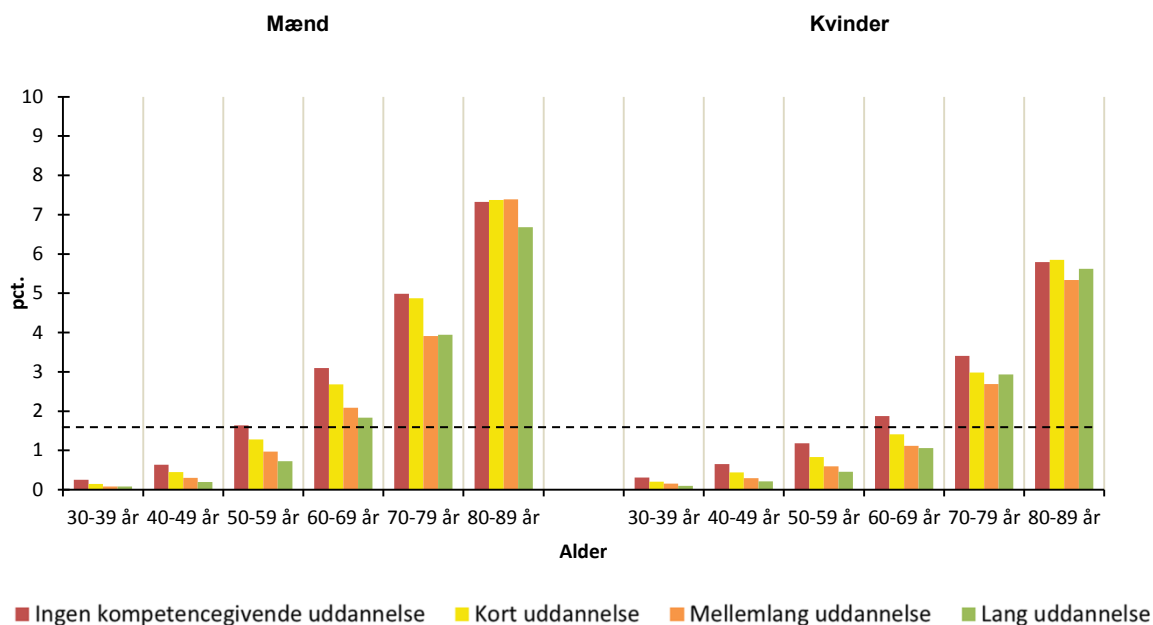
Opgørelsen viser, at der ultimo 2011 samlet set var 2 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med apopleksi, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 2 er der en større andel registreret med apopleksi blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Blandt de 30-69 årige er der en tydelig social gradient, hvor andelen af mænd og kvinder med apopleksi falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. For mænd og kvinder mellem 70-89 år er forekomsten af apopleksi i de forskellige uddannelsesgrupper mere jævn.

Opgørelsen indikerer, at der blandt de 30-69 årige er social ulighed i forekomsten af apopleksi.

Desuden ses en større andel med apopleksi blandt mænd, end blandt kvinder. For begge køn stiger andelen af personer med apopleksi markant med alderen.

Figur 2 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 med apopleksi, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med apopleksi i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.2 sammenfatter resultaterne i Figur 2.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med apopleksi i alderen 30-89 år samlet set er 1,6 gange større for mænd og 1,8 gange større for kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Desuden ses en social gradient for begge køn samlet set, hvor risikoen for at være registreret med apopleksi falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer således, at der samlet set er signifikant social ulighed i forekomsten af apopleksi.

Tabel 3.2 Overrisiko (odds ratio) for apopleksi blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	1.6	(1.51-1.68)	1.8	(1.65-1.96)	1.6	(1.57-1.72)
Kort uddannelse	1.5	(1.39-1.54)	1.5	(1.40-1.66)	1.5	(1.40-1.53)
Mellemlang uddannelse	1.2	(1.10-1.24)	1.2	(1.11-1.33)	1.2	(1.11-1.23)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Der er ikke taget højde for evt. interaktion mellem alder og uddannelse Apopleksi er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med apopleksi i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.3 Iskæmiske hjertesygdomme

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af iskæmiske hjertesygdomme, blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om iskæmisk hjertesygdom

Iskæmisk hjertesygdom er en sygdom forårsaget af nedsat blodforsyning til hjertets muskulatur. Når blodforsyningen, og dermed iltforsyningen, er nedsat i et omfang, så muskulaturens iltbehov ikke bliver dækket, optræder normalt symptomer i form af brystmerter (angina pectoris).

Den hyppigste årsag er åreforkalkning af de blodårer der forsyner hjertets muskulatur (kranspulsårerne). Sygdommen kan manifestere sig på mange måder. Drejer det sig om en delvis forsnævring, vil symptomerne typisk optræde ved fysisk aktivitet og forsvinde i hvile, dette er hvad der normalt forstås som stabil angina pectoris. Drejer det sig om en pludselig opstået total forsnævring, vil symptomerne typisk være til stede hele tiden, dette er, hvad man normalt forstår ved en blodprop i hjertet (akut myokardieinfarkt).

Iskæmisk hjertesygdom kan i nogle tilfælde behandles medicinsk, i nogle tilfælde, kan det være nødvendigt, at udvide kranspulsåren ved en ballonudvidelse eller erstatte den forsnævrede blodåre ved en by-pass operation.

Rygning, forhøjet blodtryk, forhøjet kolesterol, sukkersyge og overvægt er alle væsentlige risikofaktorer for iskæmisk hjertesygdom.

Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

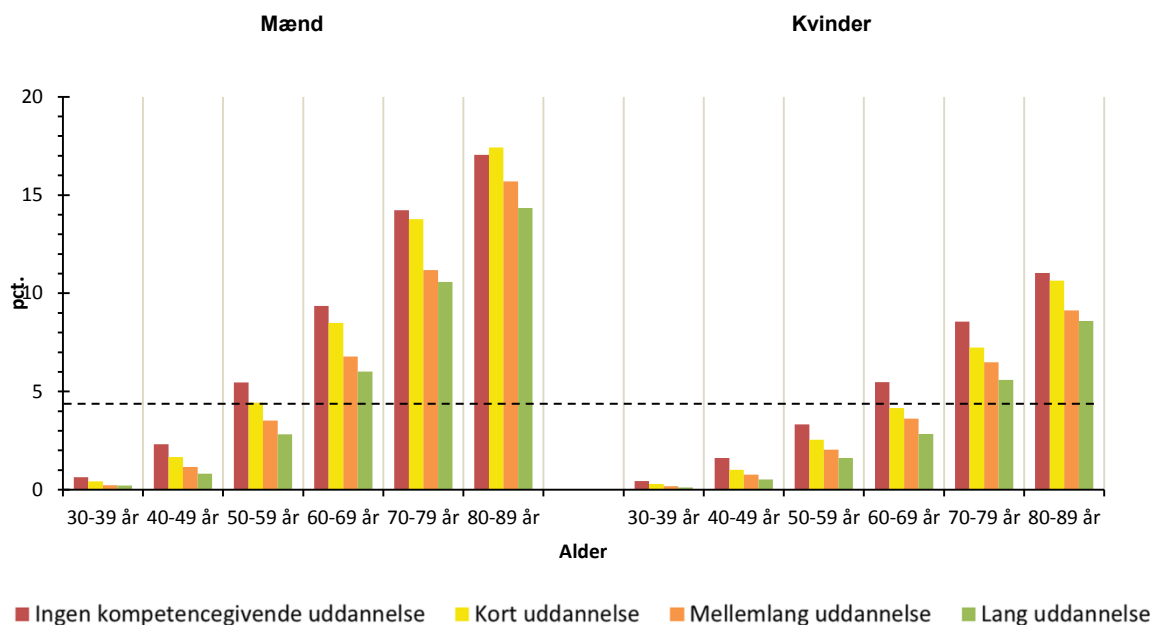
Opgørelsen viser, at der ultimo 2011 samlet set var over 4 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med en iskæmisk hjertesygdom, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 3 er der en større andel registreret med iskæmiske hjertesygdomme blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Der er en social gradient i de fleste aldersgrupper, hvor andelen af personer registreret med iskæmiske hjertesygdomme falder systematisk med stigende uddannelsesniveau.

Opgørelsen indikerer, at der er social ulighed i forekomsten af iskæmiske hjertesygdomme.

Desuden ses en markant større andel med iskæmiske hjertesygdomme blandt mænd end blandt kvinder. For begge køn stiger andelen af personer med iskæmiske hjertesygdomme markant med alderen.

Figur 3 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 med iskæmiske hjertesygdomme i 2011, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



■ Ingen kompetencegivende uddannelse ■ Kort uddannelse ■ Mellemlang uddannelse ■ Lang uddannelse

Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med iskæmiske hjertesygdomme i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.3 sammenfatter resultaterne i Figur 3.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med en iskæmisk hjertesygdom i alderen 30-89 år samlet set er hhv. 1,6 gange større for mænd og 2,0 gange større for kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Desuden ses en social gradient for begge køn, hvor risikoen for at have været registreret med en iskæmisk hjertesygdom falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer således, at der samlet set er signifikant social ulighed i forekomsten af iskæmiske hjertesygdomme.

Tabel 3.3 Overrisiko (odds ratio) for iskæmiske hjertesygdomme blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	1.6	(1.58-1.68)	2.0	(1.90-2.13)	1.7	(1.67-1.76)
Kort uddannelse	1.5	(1.48-1.57)	1.7	(1.60-1.80)	1.6	(1.50-1.59)
Mellemlang uddannelse	1.2	(1.15-1.24)	1.4	(1.32-1.49)	1.3	(1.21-1.29)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Iskæmiske hjertesygdomme er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med en iskæmisk hjertesygdom i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.4 KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af KOL blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

KOL står for Kronisk Obstruktiv Lungesygdom. Det er, en kronisk lungesygdom, hvor luftvejene er permanent forsnævrede og lungevævet ødelægges, således at lungefunktionen bliver nedsat.

KOL udvikler sig snigende over mange år og viser sig ved tiltagende åndenød, hoste, slim og hyppige lugebetændelser. Åndenøden skyldes bl.a., at det kræver et større arbejde end normalt at transportere luften igennem de forsnævrede luftveje. Rygning er den væsentligste årsag til KOL, og den primære behandling er rygeophør, men herefter også bl.a. luftvejsudvidende og betændelsesdæmpende medicin. Fysisk aktivitet er vigtig og ved sværere grader af sygdommen KOL-rehabilitering, som består af fysisk træning, ernæringsvejledning og patientuddannelse samt deltagelse i rygestopkurser, hvis der fortsat ryges.

Det er vigtigt at opspore sygdommen tidligst muligt, men pga. sygdommens snigende forløb har mange mistet op mod halvdelen af lungefunktionen, før diagnosen bliver stillet. Det er derfor vigtigt at være opmærksom på symptomerne og få foretaget lungefunktionsundersøgelse.

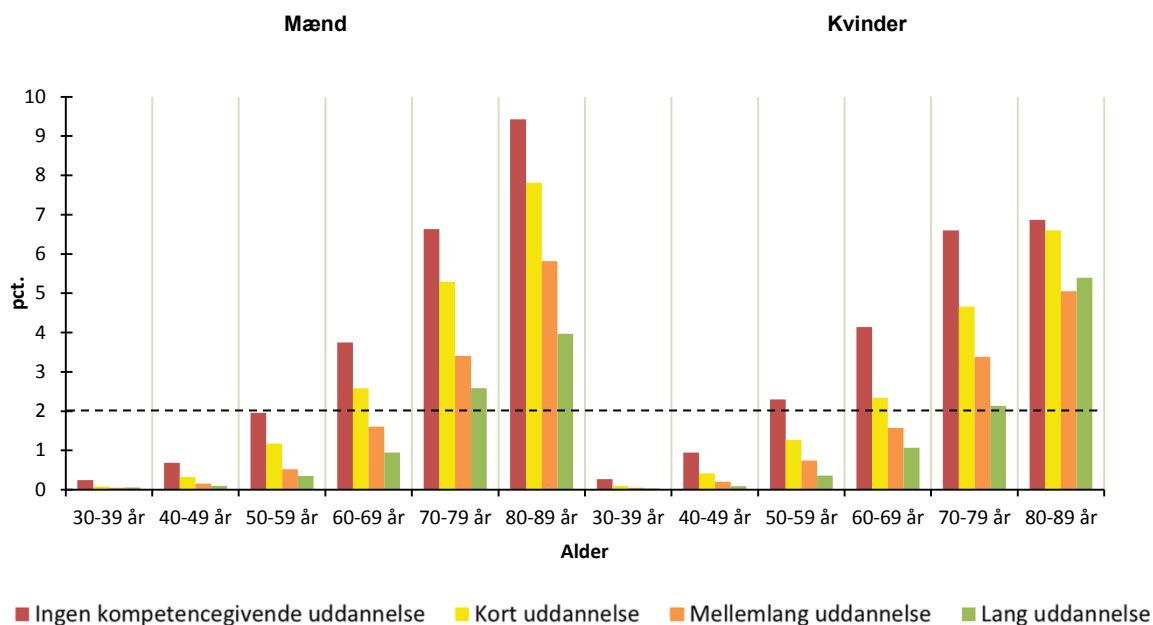
Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

Opgørelsen viser, at der ultimo 2011 samlet set var 2 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med KOL, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 4 er der en markant større andel registreret med KOL blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Der er en tydelig social gradient, hvor andelen af personer med KOL falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer, at der er social ulighed i forekomsten af KOL.

Desuden ses en større andel med KOL blandt mænd, end blandt kvinder. For begge køn stiger andelen af personer med KOL med alderen.

Figur 4 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år med KOL ultimo 2011, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med KOL (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.4 sammenfatter resultaterne i Figur 4.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med KOL samlet set er hhv. 3,5 gange større for mænd og 4,2 gange større for kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Desuden ses en social gradient for begge køn, hvor risikoen for at have været registreret med KOL falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer således, at der samlet set er en markant social ulighed i forekomsten af KOL.

Tabel 3.4 Overrisiko (odds ratio) for KOL blandt mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed OR	Konfidensinterval 95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	3.5	(3.25-3.73)	4.2	(3.83-4.67)	3.7	(3.47-3.88)
Kort uddannelse	2.6	(2.38-2.73)	2.9	(2.60-3.16)	2.6	(2.47-2.76)
Mellemlang uddannelse	1.6	(1.43-1.67)	1.8	(1.65-2.02)	1.7	(1.55-1.75)
Lang uddannelse	1.00	ref	1.00	ref	1.00	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. KOL er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med KOL (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.5 Knogleskørhed (Osteoporose)

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af knogleskørhed blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om knogleskørhed

Knogleskørhed, også kaldet osteoporose, er en betegnelse for skrøbelige eller porøse knogler forårsaget af nedsat knoglestyrke eller knoglemængde. Knogleskørhed kan skyldes både en række arvelige forhold og en række livsstilsfaktorer såsom rygning, fysisk inaktivitet, alkoholforbrug og mangel på D-vitamin. Knogleskørhed kan påvises ved en knoglescanning. Personer med knogleskørhed har større risiko for knoglebrud, typisk ved faldulykker. Hvis knogleskørhed opdages i tide og behandles korrekt, kan knoglebrud forebygges.

Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

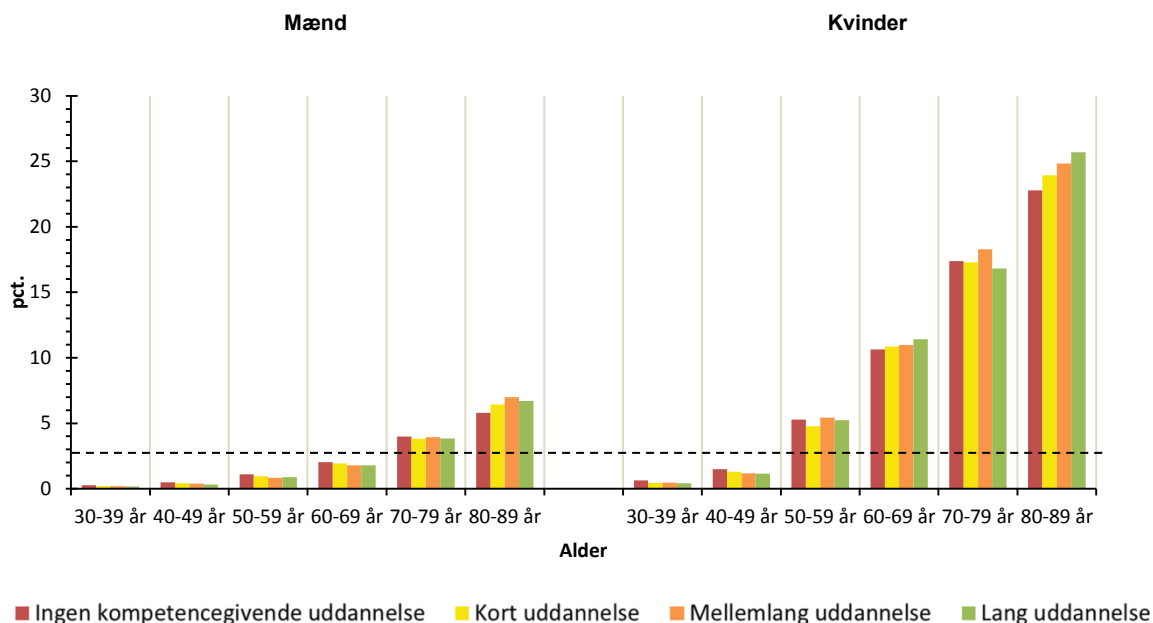
Ultimo 2011 var 3 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med knogleskørhed, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 5 er der blandt de 30-79 årige ikke systematisk forskel i forekomsten af knogleskørhed i de forskellige uddannelsesgrupper. Blandt 80-89 årige er der, modsat de ovenstående opgørelser, en større andel registreret med knogleskørhed blandt personer med en mellemlang og lang uddannelse, end blandt personer med en kortere uddannelse.

Opgørelsen indikerer, at der ikke er social ulighed i forekomsten af knogleskørhed blandt personer i alderen 30-79 år, men en tendens til 'omvendt' social ulighed blandt 80-89 årige, hvor andelen registreret med knogleskørhed stiger med stigende uddannelsesniveau.

Desuden ses en markant større andel af kvinder sammenlignet med mænd, der er registreret med knogleskørhed. For begge køn stiger andelen med knogleskørhed markant med alderen.

Figur 5 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 med knogleskørhed i 2011, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med knogleskørhed i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.5 sammenfatter resultaterne i Figur 5.

Opgørelsen viser, at der er en meget lille og ikke systematisk forskel på forekomsten af knogleskørhed i de forskellige uddannelsesgrupper, da konfidensintervallerne overlapper hinanden i de fleste uddannelsesgrupper. Opgørelsen indikerer, at der samlet set ikke er social ulighed i forekomsten af knogleskørhed.

Tabel 3.5 Overrisiko (odds ratio) for knogleskørhed blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	1.1	(1.03-1.14)	1.0	(0.95-1.01)	1.0	(0.98-1.03)
Kort uddannelse	1.1	(1.01-1.12)	1.0	(1.01-1.08)	1.1	(1.03-1.08)
Mellemlang uddannelse	1.0	(0.98-1.11)	1.1	(1.06-1.13)	1.1	(1.06-1.13)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Patienter med knogleskørhed er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med knogleskørhed i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.6 Demens

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af demens blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om demens

Demens er et syndrom, der er defineret som en blivende svækkelse af det kognitive funktionsniveau, der påvirker funktionen i hverdagen. Demens viser sig typisk i form af hukommelsesproblemer samt svigt i andre kognitive funktioner som fx sprog, rumlig opfattelse, problemløsning, overblik og dømmekraft. Først når funktionsevnen i hverdagen påvirkes, er der tale om demens.

Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

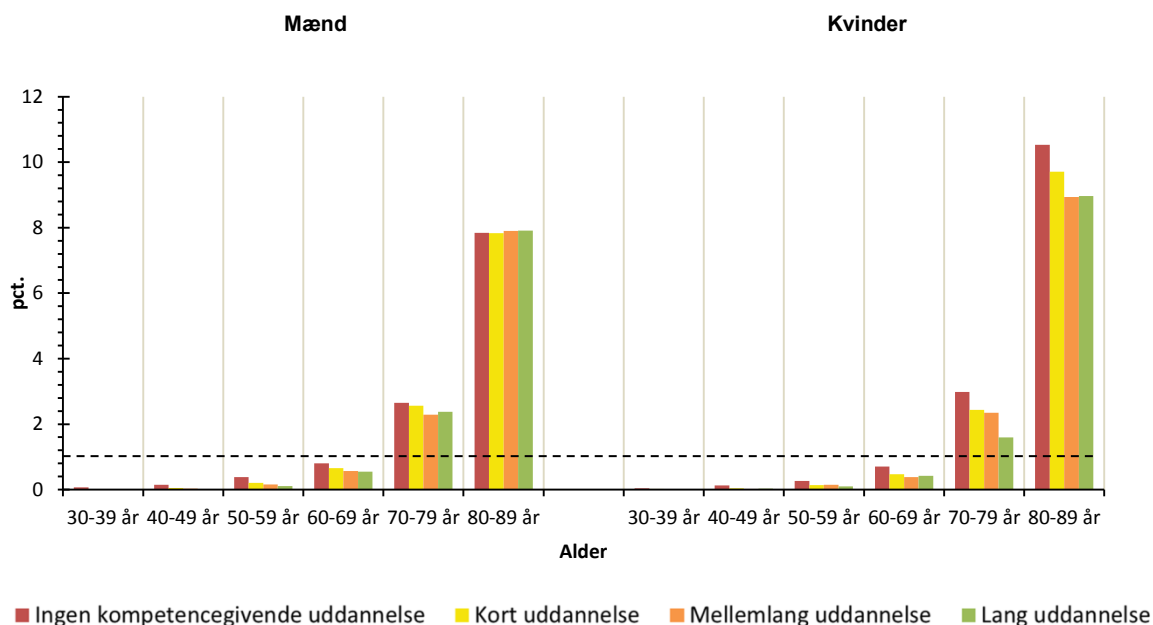
Opgørelsen viser, at der ultimo 2011 var 1 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med demens, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 6 er der kun en lille forskel i forekomsten af demens blandt mænd i de forskellige uddannelsesgrupper. Blandt kvinder, er der en svag tendens til at kvinder uden en kompetencegivende uddannelse i større grad er registreret med demens, i forhold til kvinder med en kompetencegivende uddannelse.

Opgørelsen indikerer, at der er en svag tendens til social ulighed i forekomsten af demens blandt kvinder.

Desuden stiger andelen af mænd og kvinder med demens markant med alderen, og kun få under 70 år er registreret med demens.

Figur 6 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 med demens i 2011, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med demens i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.6 sammenfatter resultaterne i Figur 6.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med demens samlet set er hhv. 1,2 gange større for mænd og 1,5 gange større for kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Der er en tendens til, at risikoen for at have været registreret med demens falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Forskellene mellem uddannelsesgrupperne er dog små, og konfidensintervallerne overlapper i mange af grupperne, så det kan ikke med statistisk sikkerhed konstateres, at der er systematisk social ulighed i forekomsten af demens.

Tabel 3.6 Overrisiko (odds ratio) for demens blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	1.2	(1.15-1.33)	1.5	(1.29-1.65)	1.3	(1.24-1.41)
Kort uddannelse	1.1	(1.05-1.22)	1.2	(1.10-1.41)	1.2	(1.09-1.23)
Mellemlang uddannelse	1.0	(0.94-1.13)	1.1	(1.00-1.30)	1.0	(0.97-1.12)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Patienter med demens er defineret som personer i live per 31. december 2011 registreret med demens i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N=49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.7 Depression

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af depression blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om depression

Depression er en psykisk lidelse der typisk er karakteriseret ved et forsænket stemningsleje, hvor både energien og aktivitetsniveauet er nedsat. Koncentrationsevnen kan være svækket, og der kan være uoverkommelighedsfølelse, træthed, selvbefrejdelser, skyldfølelse samt fx døgnvariation, hvor tilstanden er værst om morgenen.

Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

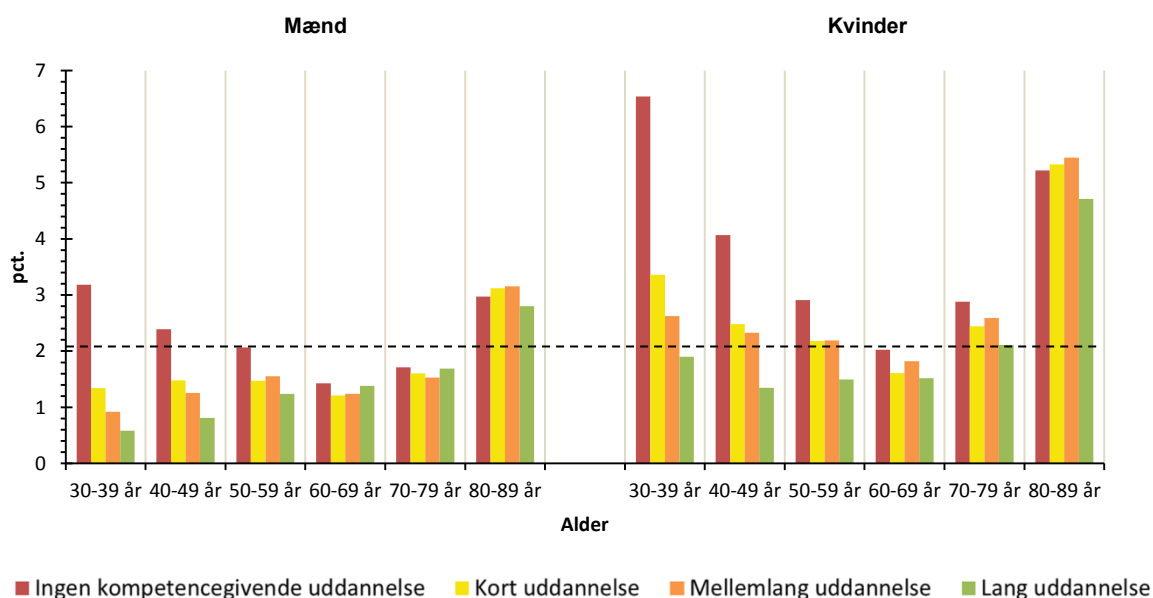
Ultimo 2011 var over 2 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med depression, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 7 er der en større andel registreret med depression blandt personer i alderen 30-79 år uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse.

Opgørelsen indikerer, at der er en tendens til social ulighed i forekomsten af depression blandt 30-79 årige, idet forekomsten af depression, i de fleste aldersgrupper, falder systematisk med stigende uddannelsesniveau.

Desuden er der generelt flere kvinder end mænd registreret med depression. Andelen registreret med depression er især høj for kvinder mellem 30-39 år samt 80-89 år.

Figur 7 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 registreret med depression, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med depression i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.7 sammenfatter resultaterne i Figur 7.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med depression samlet set er 2,3 gange større blandt mænd og kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til mænd og kvinder med en lang uddannelse.

Desuden ses en tendens til at risikoen for at være registreret med depression falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne mellem gruppen kort og mellemlang uddannelse. Opgørelsen angiver, at der er en tendens til social ulighed i forekomsten af depression.

Tabel 3.7 Overrisiko (odds ratio) for at være registreret med depression blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	2.1	(2.02-2.24)	2.4	(2.32-2.54)	2.3	(2.19-2.35)
Kort uddannelse	1.4	(1.32-1.47)	1.6	(1.52-1.67)	1.5	(1.44-1.55)
Mellemlang uddannelse	1.3	(1.18-1.34)	1.5	(1.41-1.55)	1.4	(1.34-1.44)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Patienter med depression er defineret som personer i live per 31. december 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper registreret med depression i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

3.8 Skizofreni

I dette afsnit belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og forekomsten af skizofreni blandt mænd og kvinder i alderen 30-89 år ultimo 2011.

Faktaboks om skizofreni

Skizofreni er en psykisk sygdom, hvor symptomerne fx kan være oplevelser af, at noget udefra kan påvirke patientens tanker, oplevelse af at høre stemmer eller andre hallucinationer, oplevelser af at blive styret af udefra kommende kræfter eller af kræfter, der påvirker kroppen, legemlige påvirkningsoplevelser, forstyrrede sansningsoplevelser, vedvarende hallucinationer, sproglige tankeforstyrrelser og stivnet adfærd som fx at have vanskeligheder med at skabe og vedligeholde kontakten til andre.

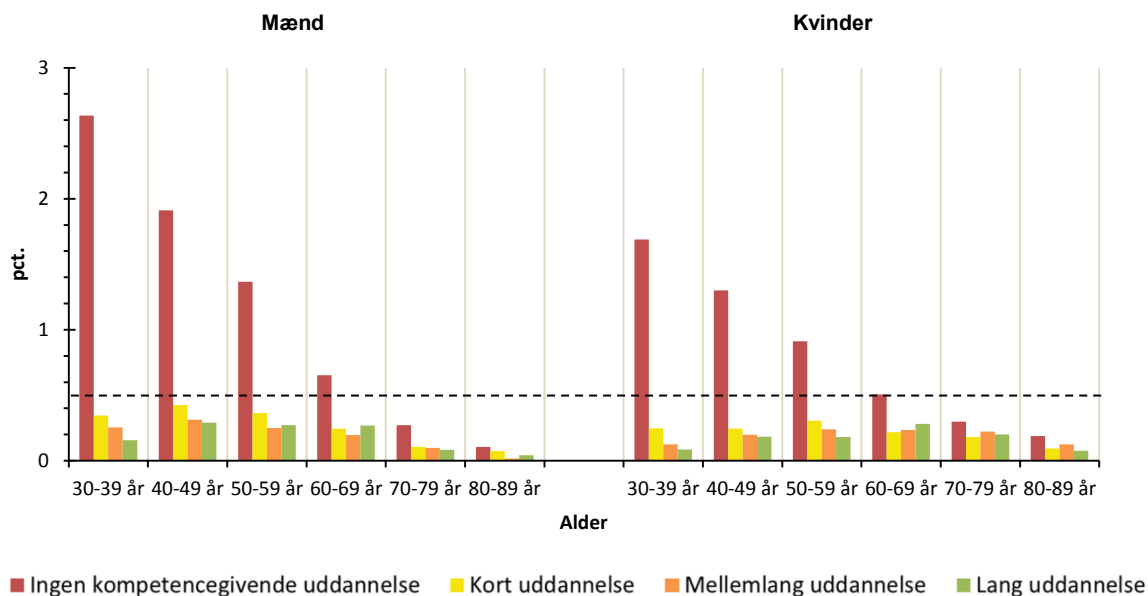
Kilde: Oplysningerne er indhentet fra Sundhedsstyrelsen

Ultimo 2011 var 0,5 pct. af den danske befolkning mellem 30-89 år registreret med skizofreni, ud fra de kriterier angivet i Tabel 2.2, s.8.

Jf. Figur 8 er der en markant større andel registreret med skizofreni blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. For begge køn falder andelen registreret med skizofreni samlet set med alderen.

Den høje forekomst af skizofreni blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse kan delvist forklares ved, at skizofreni ofte debuterer så tidligt, og kan være så invaliderende, at det kan være vanskeligt at gennemføre en kompetencegivende uddannelse.

Figur 8 Andel af befolkningen i alderen 30-89 år ultimo 2011 registreret med skizofreni i 2011, fordelt på køn, alder samt højeste fuldførte uddannelse pr. okt. 2010



Anm.: Figuren angiver andelen af mænd og kvinder 30-89 år ultimo 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, der er registreret med skizofreni i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Tabel 3.8 sammenfatter resultaterne i Figur 8.

Opgørelsen viser, at sandsynligheden for at være registreret med skizofreni er særlig stor (7,3 gange større) blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til personer med en lang uddannelse. Dette kan delvist forklares af, at skizofreni ofte debuterer så tidligt, og kan være så invaliderende, at det kan være vanskeligt at gennemføre en kompetencegivende uddannelse.

Desuden ses en social gradient for begge køn samlet set, hvor risikoen for at være registreret med skizofreni falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer således, at der er social ulighed i forekomsten af skizofreni.

Tabel 3.8 Overrisiko (odds ratio) for indlæggelse med skizofreni blandt mænd og kvinder 30-89 år i forskellige uddannelsesgrupper, i forhold til personer med en lang uddannelse

Uddannelse	Mænd 30-89 år		Kvinder 30-89 år		Mænd og kvinder 30-89 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	7.2	(6.43-7.98)	7.5	(6.44-8.63)	7.3	(6.72-7.99)
Kort uddannelse	1.6	(1.40-1.75)	1.9	(1.64-2.22)	1.7	(1.55-1.85)
Mellemlang uddannelse	1.1	(0.99-1.30)	1.4	(1.23-1.70)	1.3	(1.15-1.41)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn samlet er justeret for alder og køn. Patienter med skizofreni er defineret som personer i live per 31. december 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper registreret med skizofreni i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8). N=60.951 mænd og N= 49.199 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

4 Tilknytning til arbejdsmarkedet

Kroniske og langvarige sygdomme kan have konsekvenser for funktions- og arbejdsevnen. At være i stand til at arbejde, og dermed forsørge sig selv, er en væsentlig indikator for, hvor godt sygdommen håndteres, og hvor stor indvirkning sygdommen har på hverdagslivet.

I det følgende kapitel belyses, hvilken betydning henholdsvis diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed og depression har for arbejdsmarkedstilknytningen blandt personer i de fire uddannelsesgrupper. Det laves ikke opgørelser for demens og skizofreni, da der er for få personer i den relevante aldersgruppe med disse sygdomme.

Som mål for tilknytning til arbejdsmarkedet benyttes det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Personer i arbejde er defineret som personer, der overvejende var selvforsørgende i opgørelsesåret, dvs.: selvstændige, medarbejdende ægtefæller og lønmodtagere. Personer, der ikke er i arbejde, er: arbejdsløse, modtagere af dagpenge, pensionister, kontanthjælpsmodtagere og øvrige uden for arbejdsmarkedet.

Opgørelserne tager udgangspunkt i mænd og kvinder i alderen 35 til 59 år ultimo 2011, der alle var i arbejde i 2006. Aldersgruppen er valgt, da personerne i opgørelsen både skal have haft mulighed for at opnå en lang uddannelse i 2006, samt være under pensionsalderen i 2011.

Opgørelserne angiver gruppens arbejdsmarkedstilknytning i 2011 på to forskellige måder:

- 1) Figurerne illustrerer konsekvensen af sygdommen for arbejdsmarkedstilknytningen blandt personer i de fire uddannelsesgrupper. Figurerne viser forskellen i andelen af mænd og kvinder, der stadig var i arbejde i 2011, blandt henholdsvis personer med og uden den specifikke sygdom. Figurerne er underinddelt i uddannelses- og aldersgrupper. Der tages således højde for, at perioden 2006-2011 har haft forskellige konsekvenser for tilknytningen til arbejdsmarkedet for mænd og kvinder i de forskellige uddannelses- og aldersgrupper.

Eksempel: Diabetes (Figur 9, s.29)

Blandt de 35-39 år mænd, uden en kompetencegivende uddannelse, der var i arbejde i 2006, var **85 pct. uden diabetes** mod **77 pct. med diabetes** fortsat i arbejde i 2011.

Dette giver en forskel på **8 pct.-point**. I denne alders- og uddannelsesgruppe er der således 8 pct.-point flere mænd **med diabetes**, der har mistet sit arbejde, i forhold til mænd **uden diabetes**.

Ser man derimod på mænd i samme aldersgruppe, men med en lang uddannelse, er der ikke forskel mellem diabetikere og ikke-diabetikere.

Dette indikerer, at sygdommen diabetes har haft større konsekvenser for tilknytning til arbejdsmarkedet blandt mænd i alderen 35-39 år uden en kompetencegivende uddannelse, end blandt mænd i alderen 35-39 år med en lang uddannelse.

- 2) Tabellerne angiver sandsynligheden (OR) for ikke længere at være i arbejde i 2011 i de forskellige uddannelsesgrupper, blandt personer med samme sygdom. Det er således den reelle forskel på arbejdsmarkedstilknytningen blandt fx diabetikere med forskellig uddannelsesbaggrund, der opgøres.

Eksempel: Diabetes (Tabel 4.1, s.29)

Opgørelsen angiver, at der er **3,8** gange større sandsynlighed for at en diabetiker, uden en kompetencegivende uddannelse, ikke længere er i arbejde i 2011, i forhold til en diabetiker med en lang uddannelse.

Diabetikere med en kort uddannelse, har således 3.8 gange så stor risiko for at være arbejdsløs, modtagere af dagpenge eller på anden vis ikke længere at være tilknyttet arbejdsmarked i 2011, i forhold til diabetikere med en lang uddannelse.

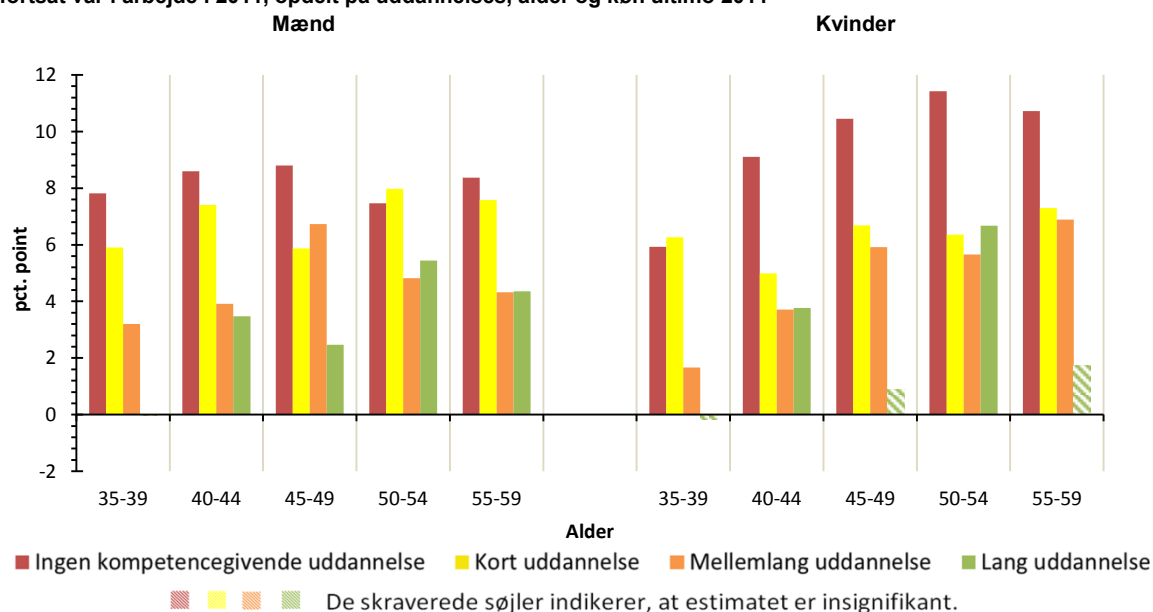
4.1 Diabetes

Blandt alle mænd og kvinder der var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse forskellen mellem andelen af henholdsvis diabetikere og ikke-diabetikere, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 9, er der en større andel diabetikere, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden diabetes med samme uddannelsesniveau, alder og køn. Fx er der blandt 45-59 årige kvinder, uden en kompetencegivende uddannelse, over 10 pct.-point flere diabetikere, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til ikke-diabetikere.

Forskellen - og dermed betydningen af diabetes for arbejdsmarkedstilknytningen – er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er en tendens til social ulighed i betydningen af diabetes for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 9 Forskel mellem andelen af mænd og kvinder hhv. med og uden diabetes, der var i arbejde i 2006, og fortsat var i arbejde i 2011, opdelt på uddannelses, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af ikke-diabetikere, 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen af diabetikere 35-59 år ultimo 2011 der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.1 har diabetikere uden en kompetencegivende uddannelse samlet set 3,8 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til diabetikere med en lang uddannelse. Opgørelsen viser samlet set en signifikant social gradient, hvor diabetikers risiko for ikke længere at være i arbejde i 2011 falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er social ulighed i arbejdsmarkedstilknytning blandt diabetespatienter.

Tabel 4.1 Sandsynligheden (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt diabetikere der var i arbejde i 2006, opdelt på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	3.3	(2.78-4.01)	4.5	(3.54-5.65)	3.8	(3.25-4.33)
Kort uddannelse	2.2	(1.84-2.65)	2.5	(2.01-3.20)	2.3	(2.02-2.69)
Mellemlang uddannelse	1.4	(1.09-1.66)	1.7	(1.36-2.22)	1.5	(1.29-1.76)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt diabetikere 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2006. OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=806 mænd og N=355 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

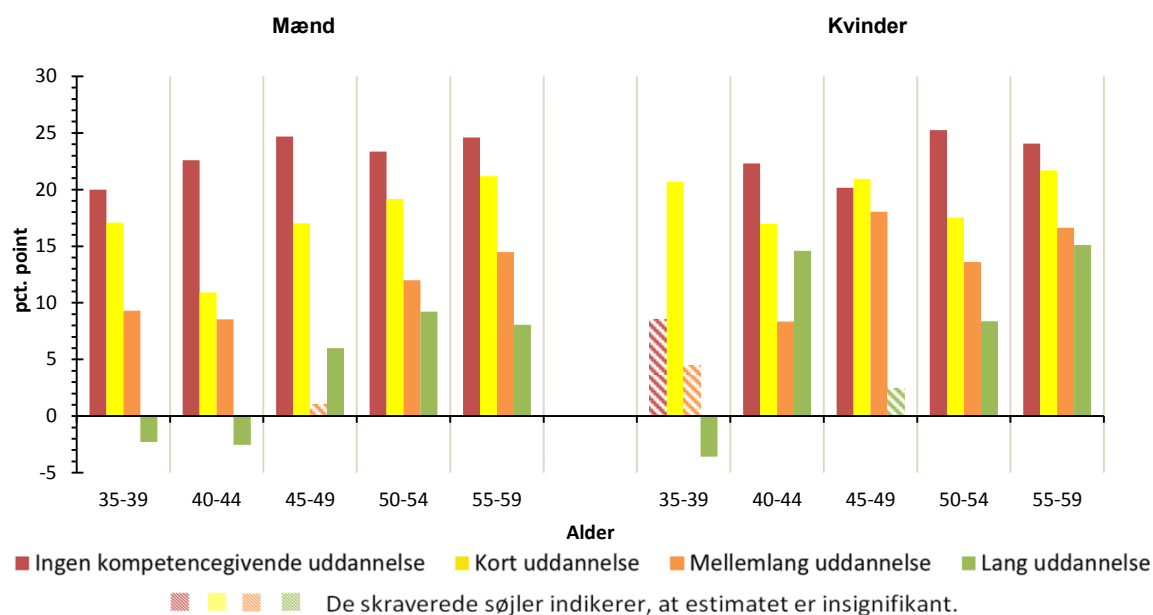
4.2 Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse forskellen mellem andelen af henholdsvis apopleksipatienter og ikke-apopleksipatienter, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 10, er der generelt set en større andel af apopleksipatienter, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden apopleksi med samme uddannelsesniveau, alder og køn. Fx er der for mænd uden en kompetencegivende uddannelse over 20 pct.-point flere apopleksipatienter, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til ikke-apopleksipatienter.

Forskellen – og dermed betydningen af apopleksi for arbejdsmarkedstilknytningen – er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er en tendens til social ulighed i betydningen af apopleksi for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 10 Forskel mellem andelen af personer med og uden apopleksi, der var i arbejde i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af ikke-apopleksipatienter, 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen af apopleksipatienter, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.2 har apopleksipatienter uden en kompetencegivende uddannelse samlet set 4,6 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til apopleksipatienter med en lang uddannelse. Der er en tendens til, at apopleksi-patienters risiko for ikke længere at være i arbejde i 2011 falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog er der ikke tale om en signifikant social gradient, da konfidensintervallerne overlapper i de forskellige uddannelsesgrupper.

Tabel 4.2 Sandsynligheden (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt apopleksipatienter der var i arbejde i 2011, opdelt på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	5.1	(3.48-7.51)	4.0	(2.47-6.50)	4.6	(3.43-6.27)
Kort uddannelse	3.2	(2.16-4.64)	2.8	(1.76-4.59)	3.0	(2.25-4.09)
Mellemlang uddannelse	1.6	(1.06-2.55)	1.7	(1.05-2.88)	1.8	(1.27-2.43)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt apopleksipatienter i 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2006. OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=125 mænd og N=40 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

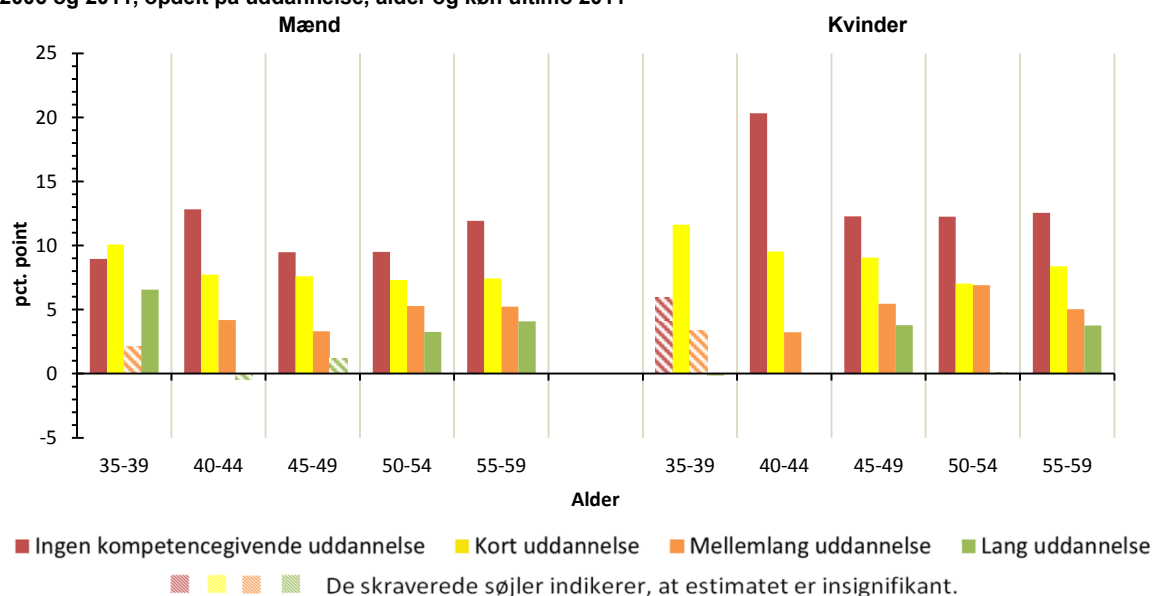
4.3 Iskæmiske hjertesygdomme

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse forskellen mellem andelen af henholdsvis personer med og uden iskæmiske hjertesygdomme, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 11 er der en større andel af personer med iskæmiske hjertesygdomme, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden iskæmiske hjertesygdomme. Fx er der blandt 40-59 årige kvinder, uden en kompetencegivende uddannelse, over 12 pct.-point flere kvinder med en iskæmisk hjertesygdom, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til kvinder uden en iskæmisk hjertesygdom.

Forskellen – og dermed betydningen af iskæmiske hjertesygdomme for arbejdsmarkedstilknytningen – er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er en tendens til social ulighed i betydningen af iskæmiske hjertesygdomme for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 11 Forskel mellem andelen af personer med og uden iskæmiske hjertesygdomme, der var i arbejde i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af patienter uden iskæmiske hjertesygdomme, 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen af popleksipatienter, 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.3 har personer med en iskæmisk hjertesygdom uden en kompetencegivende uddannelse samlet set 4,5 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til personer med iskæmiske hjertesygdomme og en lang uddannelse. Opgørelsen viser samlet set en signifikant social gradient, hvor risikoen for ikke længere at være i arbejde i 2011 falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er social ulighed i arbejdsmarkedstilknytning blandt personer med iskæmiske hjertesygdomme.

Tabel 4.3 Sandsynligheden (OR) for ikke længere at være i arbejde 2006, blandt personer med iskæmiske hjertesygdomme, der var i arbejde i 2006, opdelt på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed	Konfidensinterval 95 pct. CI	Sandsynlighed	Konfidensinterval 95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	4.2	(3.31-5.36)	5.4	(3.68-8.05)	4.5	(3.68-5.56)
Kort uddannelse	2.5	(1.97-3.19)	3.1	(2.10-4.58)	2.7	(2.17-3.27)
Mellemlang uddannelse	1.5	(1.11-1.95)	1.9	(1.27-2.85)	1.6	(1.27-1.99)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt personer med iskæmiske hjertesygdomme 35-59 år ultimo 2011, der var i selvforsørgende i 2006. OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=442 mænd og N=123 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

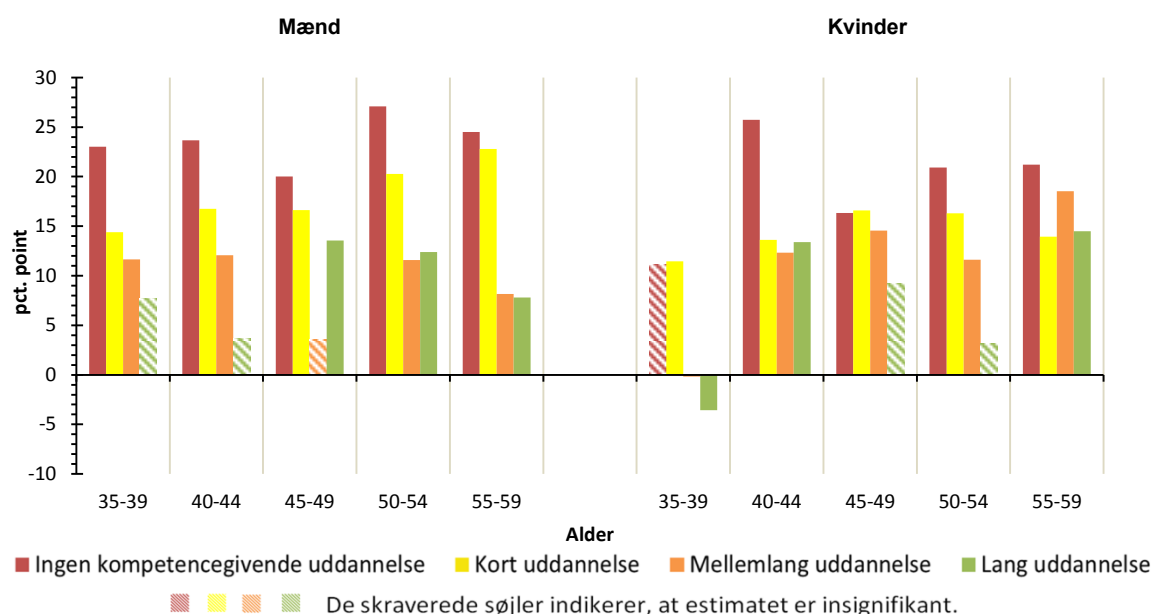
4.4 KOL (Kronisk Obstruktiv Lungelidelse)

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse forskellen mellem andelen af henholdsvis personer med og uden KOL, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 12 er der samlet set en større andel af personer med KOL, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden KOL. Fx er der blandt mænd, uden en kompetencegivende uddannelse, over 20 pct.-point flere KOL-patienter, der havde mistet sit arbejde i 2011, i forhold til personer uden KOL.

Forskellen – og dermed betydningen af KOL for arbejdsmarkedstilknytningen - er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er en tendens til social ulighed i betydningen af KOL for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 12 Forskel mellem andelen af personer med og uden KOL, der var i arbejde i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af personer uden KOL, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen af KOL-patienter, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.4 har KOL-patienter uden en kompetencegivende uddannelse 3.6 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til KOL-patienter med en lang uddannelse. Der er en tendens til, at risikoen for ikke længere at være i arbejde i 2011, falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog er der ikke tale om en signifikant social gradient, da konfidensintervallerne overlapper i de forskellige uddannelsesgrupper.

Tabel 4.4 Sandsynligheden (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt KOL-patienter der var i arbejde i 2011, opgjort på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
Ingen kompetencegivende	4.1	(2.37-6.92)	3.0	(1.60-5.54)	3.6	(2.38-5.36)
Kort uddannelse	2.7	(1.58-4.59)	1.8	(0.99-3.41)	2.3	(1.53-3.45)
Mellemlang uddannelse	1.1	(0.56-2.05)	1.6	(0.82-2.95)	1.6	(1.02-2.43)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt personer med KOL 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2006. OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=112 mænd og N=56 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

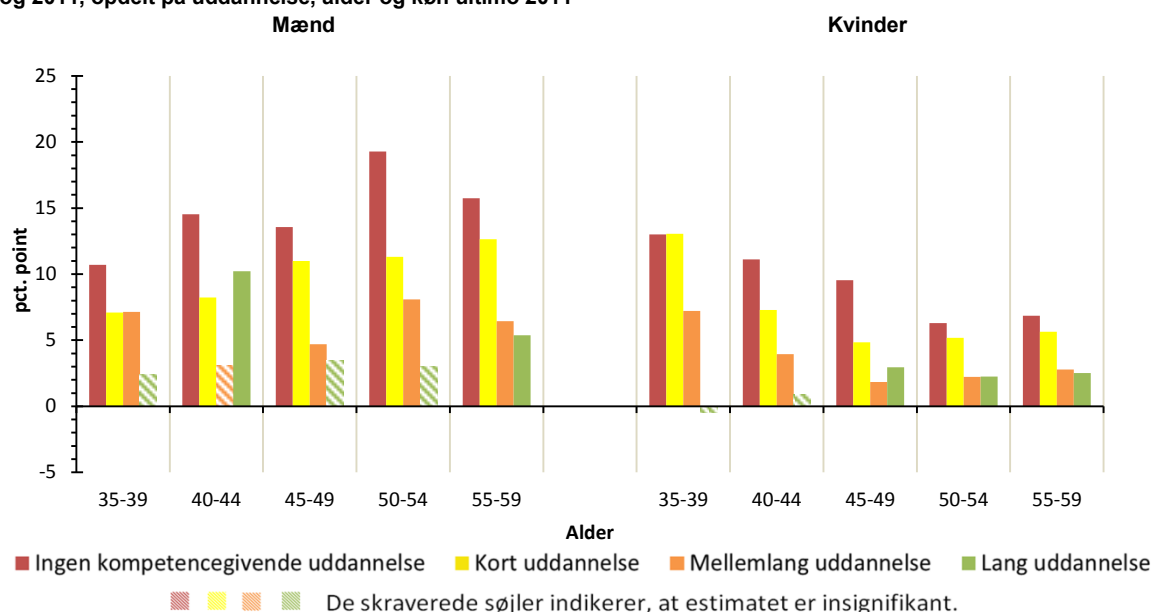
4.5 Knogleskørhed

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse forskellen mellem andelen af henholdsvis personer med og uden knogleskørhed, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 13 er der en større andel af personer med knogleskørhed, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden knogleskørhed med samme uddannelsesniveau, alder og køn. Fx er der blandt mænd, uden en kompetencegivende uddannelse, over 10 pct.-point flere mænd med knogleskørhed, der havde mistet sit arbejde i 2011, i forhold til mænd uden knogleskørhed.

Forskellen - og dermed betydningen af knogleskørhed for arbejdsmarkedstilknytningen - er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er en tendens til social ulighed i betydningen af knogleskørhed for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 13 Forskel mellem andelen af personer med og uden knogleskørhed, der var selvforsørgende i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af patienter uden knogleskørhed, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen med knogleskørhed, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.5 har mænd og kvinder med knogleskørhed uden en kompetencegivende uddannelse 4,0 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til personer med knogleskørhed og en lang uddannelse. Opgørelsen viser samlet set en signifikant social gradient, hvor risikoen for ikke længere at være i arbejde i 2011, blandt patienter med knogleskørhed, falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er social ulighed i arbejdsmarkedstilknytning blandt personer med knogleskørhed.

Tabel 4.5 Sandsynligheden (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt personer med knogleskørhed der var i arbejde i 2006, opdelt på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	4.4	(3.00-6.45)	4.0	(3.17-4.99)	4.0	(3.32-4.91)
Kort uddannelse	2.5	(1.75-3.68)	2.5	(2.03-3.19)	2.5	(2.10-3.08)
Mellemlang uddannelse	1.4	(0.86-2.12)	1.4	(1.13-1.81)	1.4	(1.15-1.75)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt personer med knogleskørhed 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2006.

OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=61 mænd og N=216 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

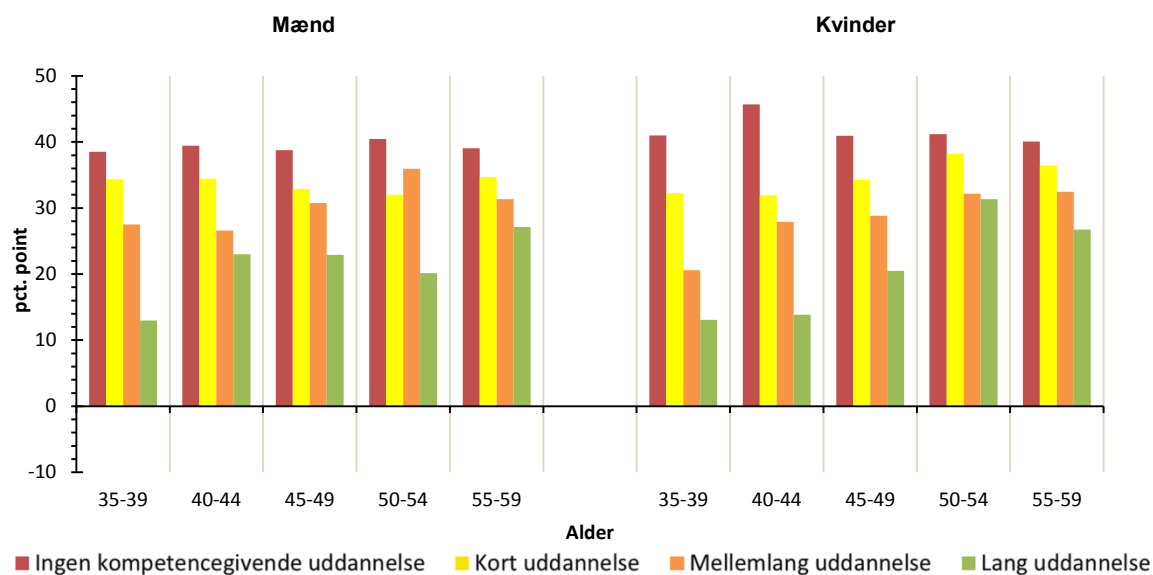
4.6 Depression

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, angiver nedenstående opgørelse, forskellen mellem andelen af henholdsvis personer med og uden registreret depression, der stadig var i arbejde i 2011, i hver enkelt uddannelses- og aldersgruppe.

Jf. Figur 14 er der en markant større andel af personer med depression, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden depression. Fx er der blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse over 35 pct.-point flere personer med depression, der ikke længere er i arbejde i 2011, i forhold til personer uden depression.

Forskellen – og dermed betydningen af depression for arbejdsmarkedstilknytningen – er størst for personer uden en kompetencegivende uddannelse, og falder i de fleste aldersgrupper systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er social ulighed i betydningen af depression for arbejdsmarkedstilknytning.

Figur 14 Forskel mellem andelen af personer med og uden depression, der var selvforsørgende i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2011



Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver andelen af personer uden depression, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, fratrukket andelen af personer med depression, 30-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2011 i forhold til 2006, blandt personer med samme uddannelsesniveau, aldersgruppe og køn. N=11.699 mænd og N=6.351 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Tabel 4.6 har personer med depression uden en kompetencegivende uddannelse samlet set 3,9 gange større sandsynlighed for at miste sit arbejde i perioden 2006 til 2011, i forhold til personer med depression og en lang uddannelse. Opgørelsen viser samlet set en social gradient, hvor risikoen for ikke længere at være i arbejde i 2011 falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Dette indikerer, at der er social ulighed i arbejdsmarkedstilknytning blandt personer med depression.

Tabel 4.6 Sandsynligheden (OR) for at stå uden arbejde i 2011, blandt personer med depression der var i arbejde i 2006, opdelt på uddannelse og køn. Lang uddannelse er referencegruppe.

Uddannelse	Mænd 30-59 år		Kvinder 30-59 år		Mænd og kvinder 30-59 år	
	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval	Sandsynlighed	Konfidensinterval
	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI	OR	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	3.4	(2.77-4.07)	4.3	(3.59-5.08)	3.9	(3.39-4.38)
Kort uddannelse	2.1	(1.76-2.56)	2.6	(2.15-3.01)	2.4	(2.08-2.67)
Mellemlang uddannelse	1.7	(1.33-2.06)	1.7	(1.43-2.03)	1.6	(1.43-1.87)
Lang uddannelse	1.0	ref	1.0	ref	1.0	ref

Anm.: Opgørelsen er baseret på oplysninger om det dominerende indkomstgrundlag i 2006 og 2011. Opgørelsen angiver sandsynligheden for ikke at være selvforsørgende i 2011, blandt personer med depression 35-59 år ultimo 2011, der var selvforsørgende i 2006. OR for mænd og kvinder er justeret for alder. OR for begge køn er justeret for alder og køn. N=226 mænd og N=155 kvinder med manglende oplysninger om uddannelsesniveau er ekskluderet fra analysen.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

5 Dødelighed

I det følgende kapitel belyses sammenhængen mellem højeste fuldførte uddannelse og dødelighed blandt personer registreret med henholdsvis: diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed, demens og depression. Dødeligheden for skizofreni opgøres ikke, da der er for få dødsfald blandt personer registreret med skizofreni.

Dødeligheden bliver beregnet som det faktiske antal døde i forhold til det forventede antal døde i forhold til to referencegrupper:

- 1) Dødeligheden for personer med samme sygdom fordelt på uddannelsesniveau i forhold til den forventede dødelighed for *alle personer* med samme sygdom. Det betyder, at den faktiske dødelighed inden for hver uddannelsesgruppe for personer, som for eksempel er registreret med diabetes, sættes i forhold til den forventede dødelighed for alle diabetikere
- 2) Dødeligheden for personer uden forekomsten af en sygdom, i forhold til dødeligheden for personer uden forekomsten af sygdommen med samme uddannelsesniveau. Det betyder eksempelvis, at den faktiske dødelighed for personer uden en kompetencegivende uddannelse, som er registreret med diabetes, sættes i forhold til den forventede dødelighed for personer uden registreret diabetes med samme uddannelsesniveau.

Alle analyser er korrigeret for alder og køn.

Resultaterne af analyse 1) beskriver, om uddannelsesniveau har betydning for dødeligheden for personer, der er registreret med samme sygdom. I analysen tages ikke højde for tilstedeværelse af andre alvorlige sygdomme, samt forskelle i livstilsfaktorer som fx tobaksrygning; alkoholforbrug; kostvaner og fysisk inaktivitet i de forskellige uddannelsesgrupper. En del af sammenhængen mellem uddannelsesniveau og dødelighed kan formentligt forklares ud fra disse faktorer.

Resultaterne af analyse 2) beskriver konsekvensen af en sygdom, når uddannelsesniveauet bliver fastholdt. Det er således den relative konsekvens af sygdommen for dødeligheden, blandt personer med samme uddannelsesniveau, der opgøres. Hvis dødeligheden generelt set er lav i den specifikke uddannelsesgruppe, kan tilstedeværelse af sygdommen medvirke til en relativ stor forskel i dødelighed blandt personer med og uden sygdommen.

Faktaboks om dødelighedsindeks

Et dødelighedsindeks over 100 indikerer en overdødelighed i forhold til referencegruppen. For eksempel indikerer et indeks på 120, at antallet af dødsfald er 120 pct. af det forventede svarende til en overdødelighed på 20 pct. Modsat indikerer et dødelighedsindeks under 100 en underdødelighed i forhold til referencegruppen.

95 pct. konfidensintervaller er beregnet for alle indekser. Konfidensintervallet indikerer, at en overdødelighed med 95 pct. sandsynlighed er signifikant, hvis begge værdier i konfidensintervallet ligger over 100. På samme vis vil et interval, hvor begge værdier ligger under 100, blive fortolket som en signifikant underdødelighed i forhold til referencegruppen. Indeholder konfidensintervallet derimod 100 anses dødeligheden statistisk set for at være den samme som for referencegruppen. De skraverede søjler i nedenstående figurer indikerer, at indekset er insignifikant

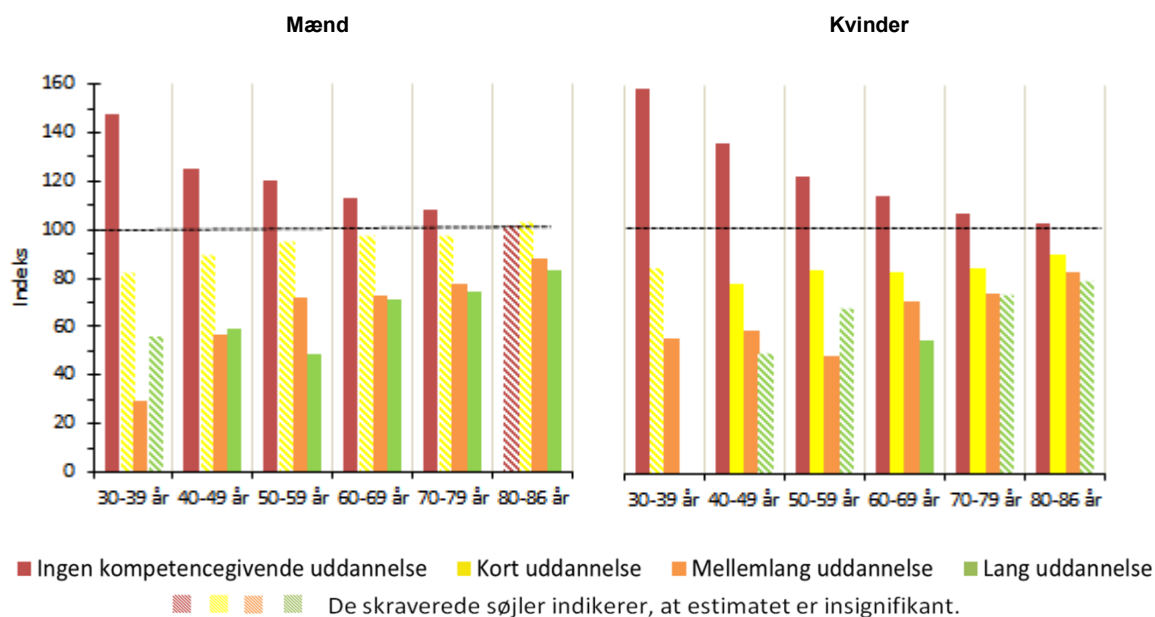
Dødeligheden er beregnet for personer, der jf. afsnit 2.4, s.8 er registreret i sundhedsvæsenet med en af de udvalgte kroniske og langvarige sygdomme i perioden 2003 til 2007, og som samtidig er i live ultimo 2006. Oplysninger om død er hentet fra CPR- og dødsårsagsregistret for perioden 2007 til 2011.

5.1 Samlet dødelighed fordelt på uddannelse

Figur 15 viser sammenhængen mellem dødelighed og uddannelsesniveau for mænd og kvinder i hele befolkningen fordelt på alder. Indeks større end 100 indikerer en overdødelighed, mens indeks under 100 indikerer en underdødelighed, i forhold til den forventede dødelighed for personer med samme køns- og aldersprofil.

Figuren viser, at både mænd og kvinder uden en kompetencegivende uddannelse har en overdødelighed i forhold til den samlede befolkning. Overdødeligheden er størst for de yngre aldersgrupper. Figuren viser samtidig, at dødeligheden falder for både mænd og kvinder i alle aldersgrupper i takt med stigende uddannelsesniveau.

Figur 15 Dødelighedsindeks for personer i aldersgruppen 30-86 år fordelt på køn, alder og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed i hele befolkningen for samme køn og aldersgruppe



Anm. Indeks = 100 er lig den forventede dødelighed for hele befolkningen inden for samme køn og aldersgruppe
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.1 viser, at den samlede overdødelighed for mænd uden en kompetencegivende uddannelse er 17,4 pct. For kvinder med tilsvarende uddannelsesniveau er overdødeligheden 12,8 pct. højere end forventet. Opgørelsen viser en social gradient, hvor dødeligheden falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau.

Tabel 5.1 Samlet dødelighed for personer i aldersgruppen 30-86 år fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for hele befolkningen

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	117,4	(116- 118)	112,8	(112- 114)	114,9	(114- 116)
Kort uddannelse	95,7	(94.8-96.6)	88,5	(87.4-89.7)	93,0	(92.3-93.7)
Mellemlang uddannelse	72,6	(71.0-74.2)	70,4	(68.8-72.1)	71,5	(70.4-72.7)
Lang uddannelse	61,3	(59.5-63.1)	59,3	(56.0-62.9)	60,9	(59.3-62.5)

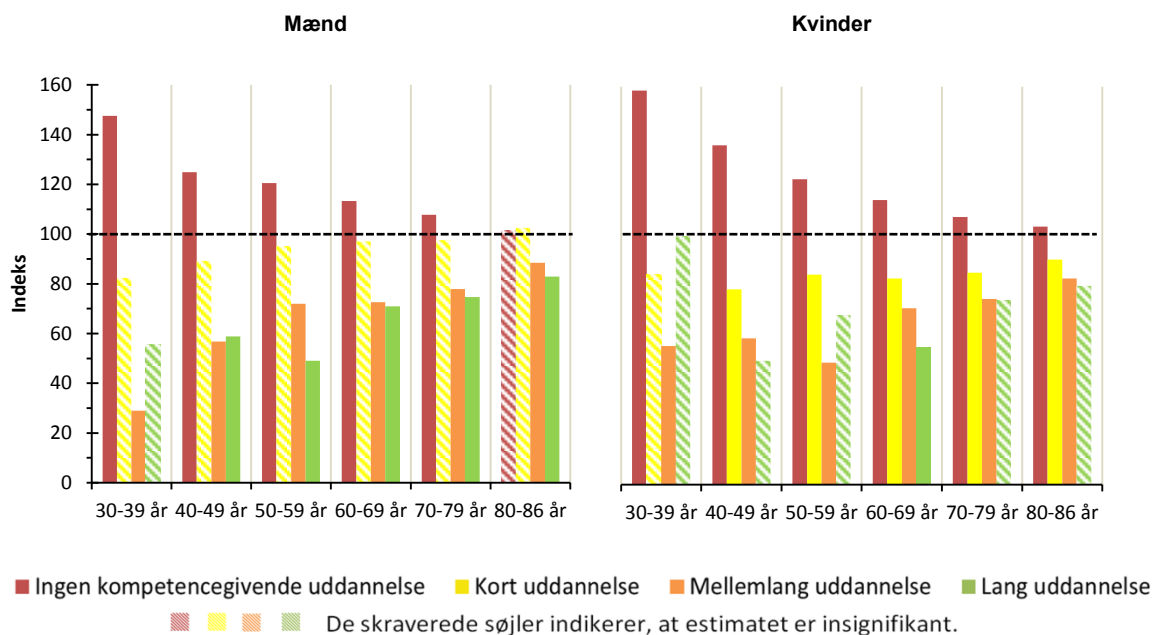
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed i befolkningen
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.2 Diabetes

Jf. Figur 16 har mandlige og kvindelige diabetikere, uden en kompetencegivende uddannelse, en signifikant overdødelighed i forhold til den generelle dødelighed for alle diabetikere. I de fleste aldersgrupper falder dødeligheden med stigende uddannelsesniveau. Opgørelsen indikerer, at der er social ulighed i dødelighed blandt diabetikere.

I alle uddannelsesgrupper konvergerer dødeligheden mod den forventede dødelighed for alle diabetikere, jo ældre befolkningen er. Således mindskes forskellen i dødelighed blandt diabetikere i de forskellige uddannelsesgrupper med stigende alder.

Figur 16 Dødelighedsindeks for personer med diabetes primo 2007 fordelt på køn, alder og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt alle diabetikere med samme køn og alder



Anm.: Indeks = 100 er lig den forventede dødelighed for alle diabetikere inden for samme køn og aldersgruppe. Underdødeligheden blandt kvinder med en lang uddannelse er ikke signifikant for fem ud af de seks aldersgrupper. Underdødeligheden blandt disse kvinder er dermed ikke statistisk forskellig fra den forventede dødelighed for den samlede gruppe af diabetikere i de respektive aldersgrupper.

Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.2 sammenfatter resultaterne i Figur 16. Tabellen viser, at diabetikere uden en kompetencegivende uddannelse samlet set har en overdødelighed på 8,8 pct. i forhold til den samlede gruppe af diabetikere. På tilsvarende vis har personer med en lang uddannelse et dødelighedsindeks på 71,2, svarende til en underdødelighed på 29 pct. Der er en tendens til, at dødeligheden falder systematisk, med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen mellemlang og lang uddannelse.

Tabel 5.2 Dødelighedsindeks for personer med diabetes primo 2007 fordelt på køn og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt alle diabetikere

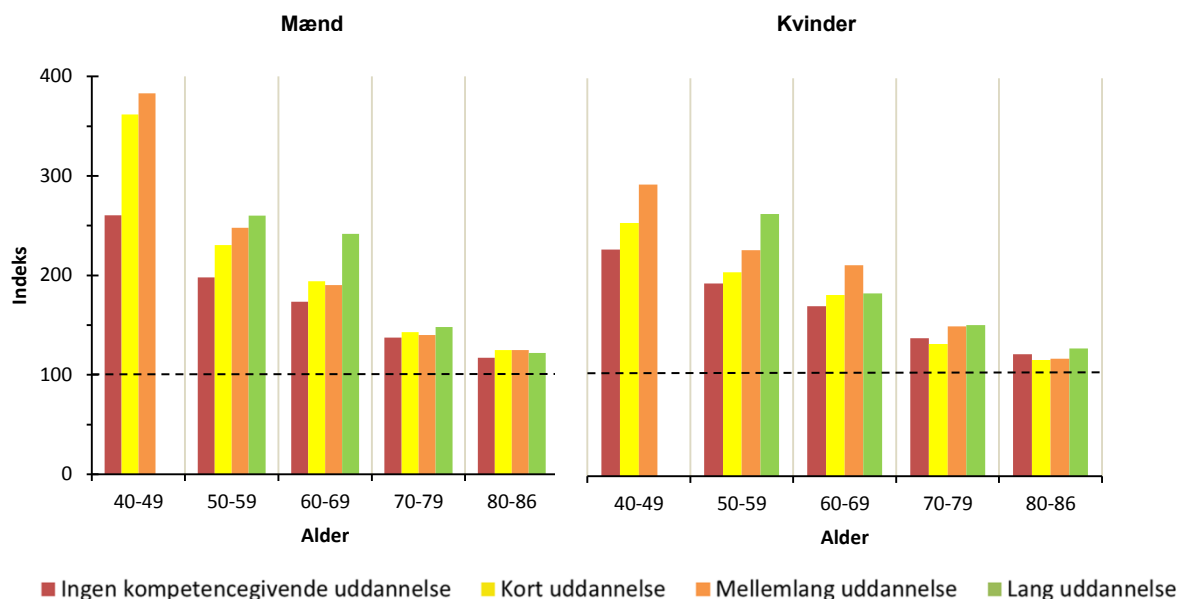
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	109,2	(107- 111)	108,4	(106- 110)	108,8	(107- 110)
Kort uddannelse	97,5	(95.4-99.6)	85,7	(82.9-88.6)	93,7	(92.0-95.4)
Mellemlang uddannelse	76,3	(72.3-80.6)	76,3	(71.3-81.6)	76,3	(73.1-79.6)
Lang uddannelse	71,9	(66.7-77.6)	66,6	(55.0-80.6)	71,2	(66.3-76.4)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle diabetikere
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 17 viser forskellen i dødelighed blandt personer med og uden diabetes, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Resultaterne i figuren beskriver dermed hvilken konsekvens diabetes har for den samlede dødeligheden i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Figuren viser, at personer med diabetes har en overdødelighed, i forhold til personer uden diabetes. Overdødeligheden blandt diabetikere falder med stigende alder. Betydningen af diabetes for dødeligheden er størst for mænd og kvinder med en mellemlang eller lang uddannelse. Overdødeligheden stiger i de fleste aldersgrupper med stigende uddannelsesniveau.

Figur 17 Dødelighedsindeks for personer med diabetes primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden diabetes med samme alder, køn og uddannelsesniveau



Anm.: Aldersgrupper med færre end 20 dødsfald i perioden 2007 til 2011 er ikke medtaget i figuren
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.3 sammenfatter resultaterne i Figur 17. Opgørelsen angiver, at diabetikere samlet set har en overdødelighed, i forhold til personer uden diabetes.

Overdødeligheden for diabetikere, i forhold til ikke-diabetikere, er mindst blandt mænd uden en kompetencegivende uddannelse, og størst blandt mænd med en kompetencegivende uddannelse. Blandt kvinder er der ingen signifikant forskel i overdødeligheden i de forskellige uddannelsesgrupper, da konfidensintervallerne overlapper hinanden.

Tabel 5.3 Dødelighedsindeks for personer med diabetes primo 2007 fordelt på uddannelse.
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden diabetes

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	145,8	(143- 149)	139,5	(137- 142)	142,4	(141- 144)
Kort uddannelse	163,8	(160- 167)	144,1	(139- 149)	157,5	(155- 160)
Mellemlang uddannelse	159,7	(151- 169)	161,4	(151- 173)	160,4	(154- 167)
Lang uddannelse	164,8	(153- 178)	161,8	(134- 196)	164,3	(153- 176)

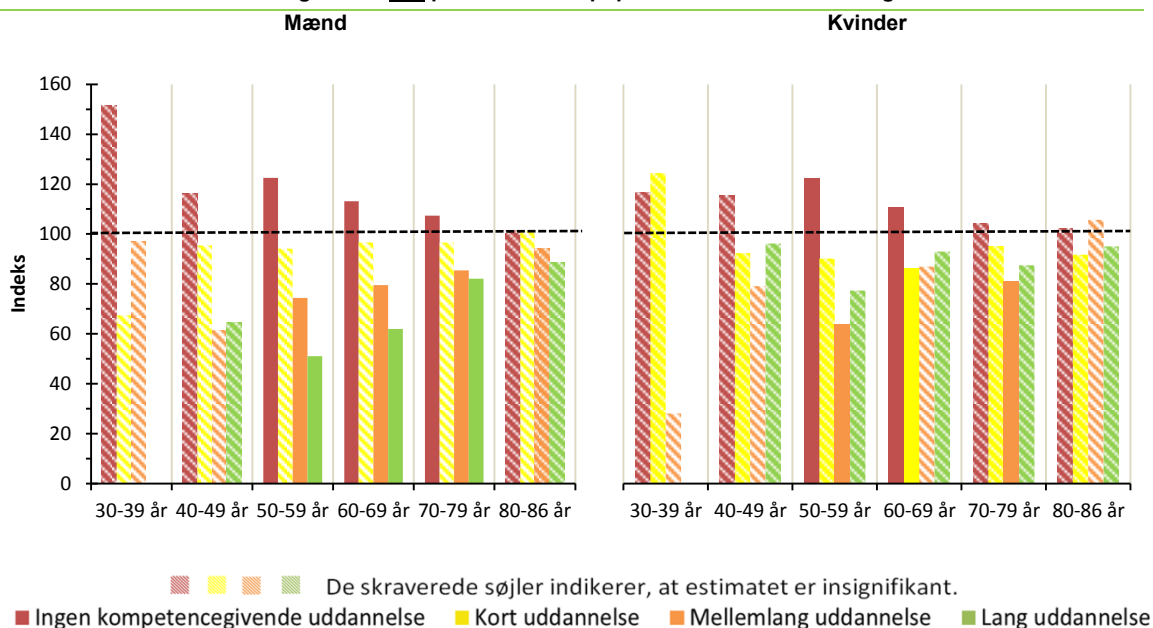
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden diabetes med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.3 Apopleksi (blodprop i hjernen og hjerneblødning)

Jf. Figur 18 har 50-79 årige mænd og 50-69 årige kvinder registreret med apopleksi, uden en kompetencegivende uddannelse, en overdødelighed, i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med apopleksi i tilsvarende aldersgrupper. Omvendt har 50-79 årige mænd med en mellemlang og lang uddannelse en underdødelige, i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd registreret med apopleksi.

I de resterende alders- og uddannelsesgrupper er der mange insignifikante estimater. Det vil sige, at dødeligheden i disse grupper ikke er statistisk forskellig fra den forventede dødelighed blandt alle personer registreret med apopleksi.

Figur 18 Dødelighedsindeks for personer med apopleksi primo 2007 fordelt på køn, alder og uddannelse Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med apopleksi med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle apopleksi patienter med samme køn, alders- og uddannelsesprofil
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.4 sammenfatter resultaterne i Figur 18 og viser, at apopleksi-patienter uden en kompetencegivende uddannelse samlet set har en overdødelighed på 6,0 pct., i forhold til den forventede dødelighed blandt alle apopleksipatienter. Apopleksi-patienter med en kompetencegivende uddannelse har samlet set en underdødelighed i forhold til den forventede dødelighed blandt alle apopleksipatienter. Der er en tendens til, at dødeligheden samlet set falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen mellemlang og lang uddannelse.

Tabel 5.4 Dødelighedsindeks for personer med apopleksi primo 2007 fordelt på køn og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med apopleksi

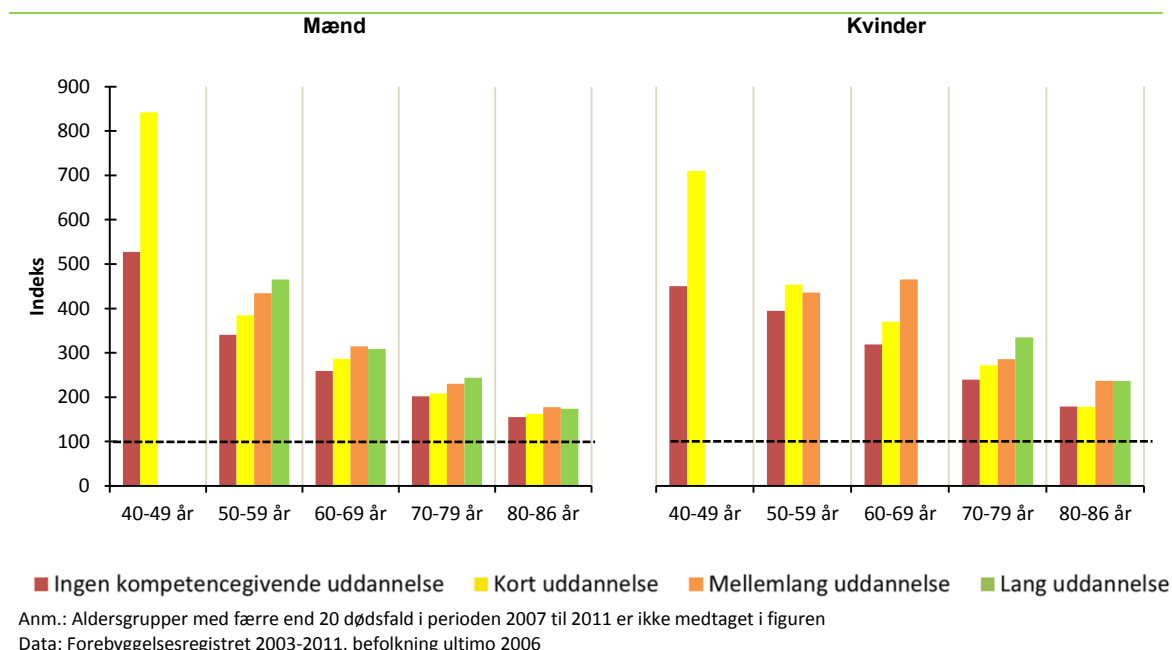
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	107,5	(105- 110)	104,7	(102- 107)	106,0	(104- 108)
Kort uddannelse	97,3	(94.4- 100)	92,1	(88.3-96.2)	95,5	(93.2-97.9)
Mellemlang uddannelse	84,9	(78.9-91.3)	88,3	(81.2-96.0)	86,3	(81.7-91.2)
Lang uddannelse	77,6	(70.4-85.6)	89,5	(73.3- 109)	79,6	(73.0-86.9)

Anm.: Indeks = 100 er lig den forventede dødelighed for alle apopleksi patienter med samme køn og alder
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 19 viser forskellen i dødelighed blandt personer henholdsvis med og uden registreret apopleksi, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Resultaterne i figuren beskriver dermed hvilken konsekvens apopleksi har for den samlede dødeligheden i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Figuren viser, at personer med apopleksi har en overdødelighed, i forhold til personer uden apopleksi. Overdødeligheden falder med stigende alder. Betydningen af apopleksi for dødeligheden i de forskellige uddannelsesgrupper er størst for mænd og kvinder med en mellemlang eller lang uddannelse. Overdødeligheden stiger i de fleste aldersgrupper med stigende uddannelsesniveau.

Figur 19 Dødelighedsindeks for personer med apopleksi primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden apopleksi med samme alder, køn og uddannelsesniveau



Tabel 5.5 sammenfatter resultaterne i Figur 19 og viser ligeledes, at apopleksipatienter har en generel overdødelighed i forhold til personer uden apopleksi, med samme køns-, alders og uddannelsesprofil.

Samlet set er overdødeligheden for apopleksipatienter, i forhold til ikke-apopleksipatienter, mindst blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse, og størst blandt personer med en kompetencegivende uddannelse. Konsekvensen af apopleksi for dødeligheden er dermed relativt mindre for personer uden en kompetencegivende uddannelse, end for personer med en kompetencegivende uddannelse.

Tabel 5.5 Dødelighedsindeks for personer med apopleksi primo 2007 fordelt på uddannelse.
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden apopleksi

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	198,9	(194- 204)	216,8	(211- 222)	208,0	(204- 212)
Kort uddannelse	222,1	(215- 229)	245,9	(236- 257)	229,5	(224- 235)
Mellemlang uddannelse	235,9	(219- 254)	294,5	(271- 320)	257,8	(244- 272)
Lang uddannelse	223,8	(203- 247)	328,3	(269- 401)	238,3	(218- 260)

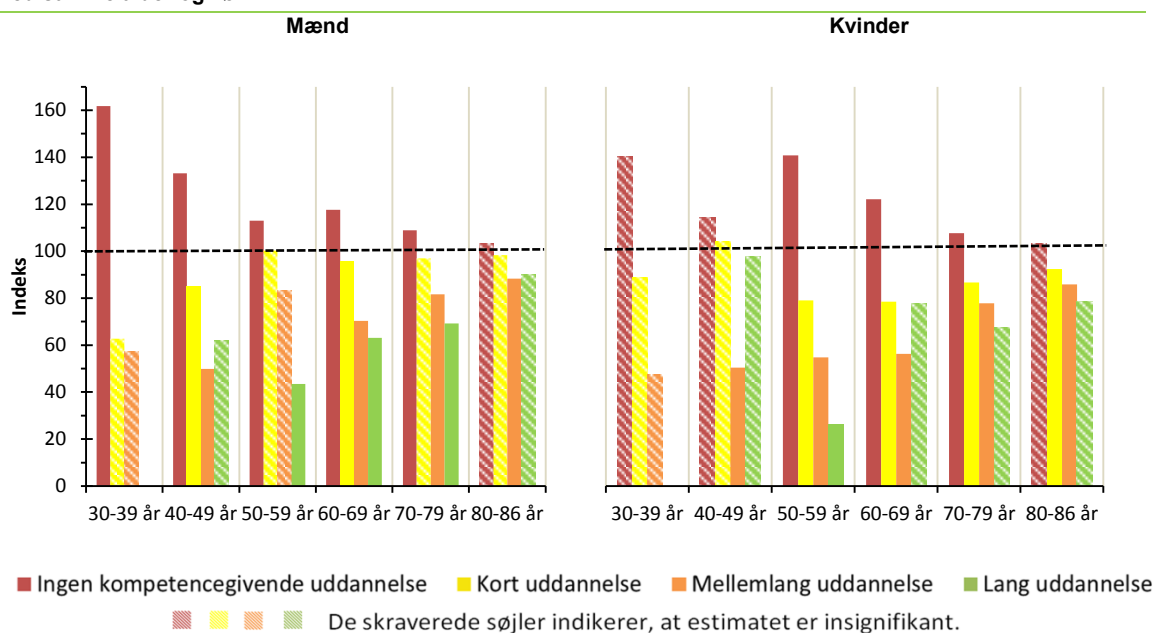
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden apopleksi med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.4 Iskæmiske hjertesygdomme

Figur 20 viser en signifikant overdødelighed for 30-79 årige mænd og 50-79 årige kvinder uden en kompetencegivende uddannelse, i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med iskæmiske hjertesygdomme, i tilsvarende aldersgrupper. Omvendt har 59-79 årige mænd og 50-59 årige kvinder med en lang uddannelse en underdødelighed, i forhold til den generelle dødelighed for alle personer registreret med iskæmiske hjertesygdomme. I de resterende aldersgrupper er de fleste estimater insignifikante.

Dødeligheden konvergerer generelt mod den forventede dødelighed for alle registreret med iskæmiske hjertesygdomme, jo ældre befolkningen er. Således mindskes forskellen i dødelighed blandt personer med iskæmiske hjertesygdomme i de forskellige uddannelsesgrupper med stigende alder.

Figur 20 Dødelighedsindeks for personer med iskæmiske hjertesygdomme primo 2007 fordelt på alder og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt alle personer med iskæmiske hjertesygdomme med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med iskæmiske sygdomme med samme køn, alders- og uddannelsesprofil

Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.6 sammenfatter resultaterne i Figur 20. Analysen viser, at patienter med iskæmiske hjertesygdomme, uden en kompetencegivende uddannelse, samlet set har en overdødelighed på 8,8 pct. og patienter med en lang uddannelse en underdødelighed på 29 pct., i forhold til den forventede dødelighed blandt alle personer med iskæmiske hjertesygdomme, der indgår i analysen. Der er en tendens til, at dødeligheden falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen mellemlang og lang uddannelse, dermed kan det ikke med statistisk sikkerhed konstateres, at der er forskel på dødeligheden i disse to grupper.

Tabel 5.6 Dødelighedsindeks for personer med iskæmiske sygdomme primo 2007 fordelt på uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med iskæmiske sygdomme

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	109,2	(107- 111)	108,4	(106- 111)	108,8	(107- 110)
Kort uddannelse	96,8	(94.7-99.0)	86,8	(83.6-90.2)	94,0	(92.3-95.9)
Mellemlang uddannelse	79,7	(75.3-84.4)	73,2	(67.8-79.0)	77,3	(73.8-80.9)
Lang uddannelse	71,9	(66.5-77.7)	67,9	(54.3-84.9)	71,4	(66.4-76.9)

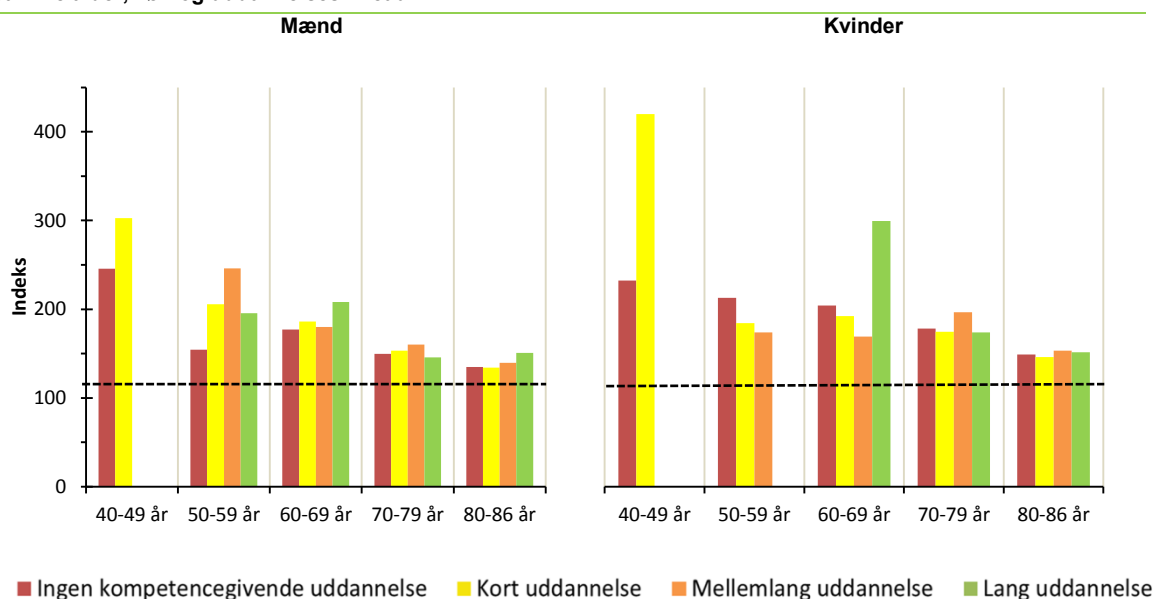
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med iskæmiske sygdomme med samme køn og alder

Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 21 viser forskellen i dødelighed blandt personer med og uden iskæmiske hjertesygdomme, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Opgørelsen beskriver dermed hvilken konsekvens iskæmiske hjertesygdomme har for den samlede dødelighed i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Opgørelsen angiver, at personer med iskæmiske hjertesygdomme har en overdødelighed i forhold til personer uden iskæmiske hjertesygdomme i alle alders- og uddannelsesgrupper. Der er ikke en entydig sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dødelighed blandt personer med iskæmiske hjertesygdomme.

Figur 21 Dødelighedsindeks for personer med iskæmiske hjertesygdomme primo 2007 fordelt på alder og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden iskæmisk hjertesygdom med samme alder, køn og uddannelsesniveau



Anm.: Aldersgrupper med færre end 20 dødsfald i perioden 2007 til 2011 er ikke medtaget i figuren
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.7 sammenfatter resultaterne i Figur 21. Analysen viser, at personer med iskæmiske hjertesygdomme samlet set har en overdødelighed, i forhold til personer uden iskæmiske hjertesygdomme, med samme køns-, alders og uddannelsesprofil. Konfidensintervallerne overlapper for alle uddannelsesgrupper. Forskellen på overdødeligheden mellem uddannelsesgrupperne er dermed ikke signifikant forskellig fra hinanden.

Tabel 5.7 Dødelighedsindeks for personer med iskæmiske hjertesygdomme primo 2007 fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden iskæmiske hjertesygdomme

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	150,5	(148- 154)	168,1	(165- 172)	158,4	(156- 161)
Kort uddannelse	160,2	(157- 164)	168,9	(163- 175)	162,4	(159- 166)
Mellemlang uddannelse	164,6	(156- 174)	174,2	(161- 188)	167,8	(160- 176)
Lang uddannelse	160,5	(148- 173)	185,4	(148- 232)	162,8	(151- 175)

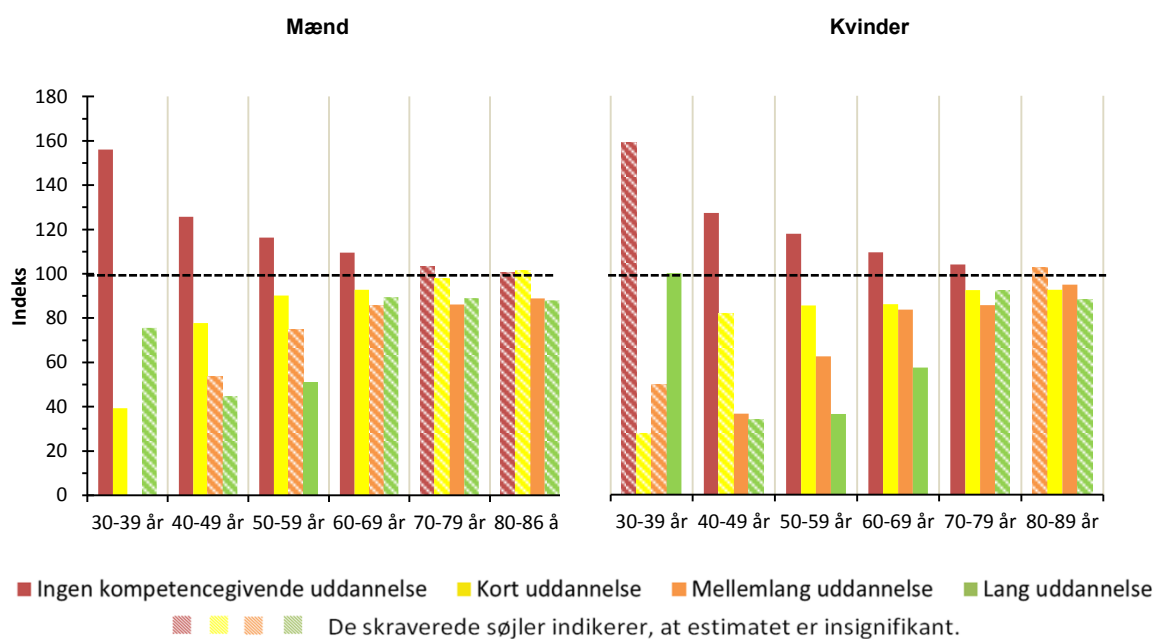
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden iskæmiske hjertesygdomme med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.5 KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdomme)

Jf. Figur 22 har 30-69 årige mandlige og 40-79 årige kvindelige KOL-patienter, uden en kompetencegivende uddannelse, en signifikant overdødelighed i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med KOL i tilsvarende aldersgrupper. Omvendt har KOL-patienter, med en kompetencegivende uddannelse, en underdødelighed i forhold til den forventede dødelighed for alle KOL-patienter. I de resterende aldersgrupper er mange af estimaterne i analysen insignifikante, og dødeligheden er således ikke statistisk forskellig fra den forventede dødelighed.

I alle uddannelsesgrupper konvergerer dødeligheden mod den forventede dødelighed for alle KOL-patienter, jo ældre befolkningen er. Således mindskes forskellen i dødelighed blandt personer med KOL i de forskellige uddannelsesgrupper med stigende alder.

Figur 22 Dødelighedsindeks for personer med KOL primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med KOL med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med KOL inden for samme køn og aldersgruppe
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.8 sammenfatter resultaterne i Figur 22. I forhold til den forventede dødelighed for alle KOL-patienter, der indgår i analysen, har KOL-patienter uden en kompetencegivende uddannelse samlet set en overdødelighed på 5,3 pct. og KOL-patienter med en lang uddannelse en underdødelighed på 16,7 pct. Der er en tendens til, at dødeligheden falder systematisk med stigende uddannelsesniveau, dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen mellemlang og lang uddannelse, så det ikke med statistisk sikkerhed kan konstateres, at der er forskel på dødeligheden i disse to grupper af KOL-patienter.

Tabel 5.8 Dødelighedsindeks for personer registreret med KOL primo 2007 fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer registreret med KOL

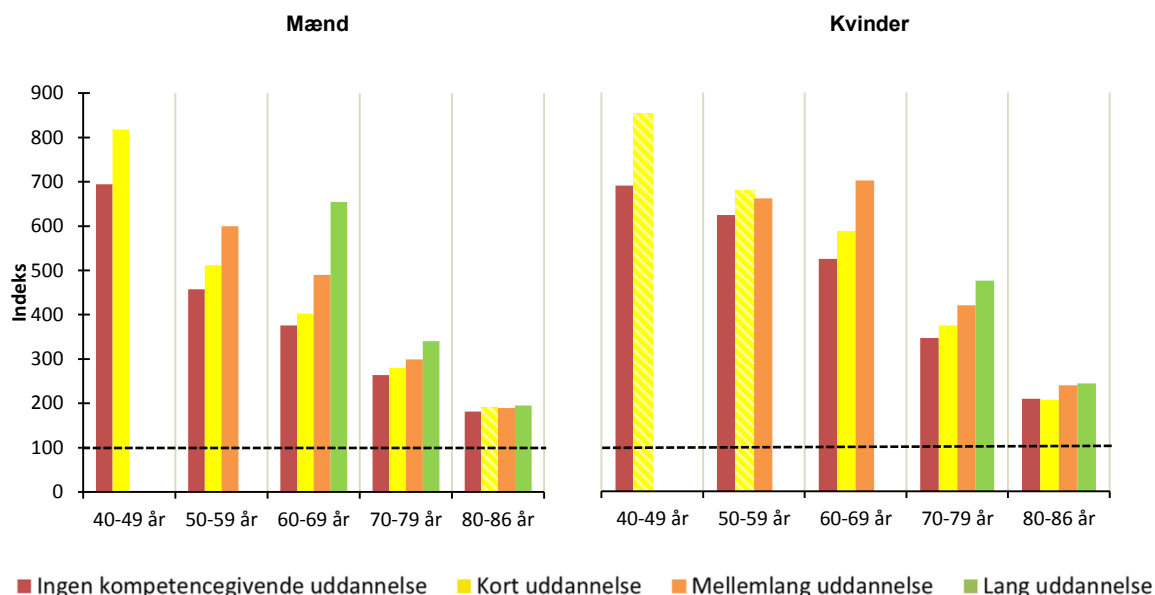
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	105,0	(103- 107)	105,6	(103- 108)	105,3	(104- 107)
Kort uddannelse	96,2	(93.4-99.0)	89,9	(86.6-93.2)	93,6	(91.5-95.8)
Mellemlang uddannelse	85,1	(78.4-92.4)	83,1	(76.9-89.8)	84,0	(79.4-88.9)
Lang uddannelse	86,0	(76.7-96.5)	74,2	(59.1-93.2)	83,3	(75.2-92.3)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med KOL med samme køn og alder
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 23 viser forskellen i dødelighed blandt personer med og uden KOL, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Opgørelsen beskriver dermed hvilken konsekvens KOL har for den samlede dødelighed i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Opgørelsen viser, at personer med KOL har en markant overdødelighed i forhold til personer uden KOL. Overdødeligheden for KOL-patienter falder med stigende alder. Betydningen af KOL for dødeligheden er størst blandt mænd og kvinder med en mellemlang og lang uddannelse. Figuren viser en tendens til, at overdødeligheden i alle aldersgrupper stiger, med stigende uddannelsesniveau.

Figur 23 Dødelighedsindeks for personer med KOL primo 2007 fordelt på alder og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden KOL med samme alder, køn og uddannelse



Anm.: Aldersgrupper med færre end 20 dødsfald i perioden 2007 til 2011 er ikke medtaget i figuren
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen med en lang uddannelse.

Tabel 5.9 sammenfatter resultaterne i Figur 23. Opgørelsen viser, at KOL-patienter har en signifikant overdødelighed, i forhold til personer uden KOL, med samme køns-, alders og uddannelsesprofil. Overdødeligheden er mindst for KOL-patienter uden en kompetencegivende uddannelse. Der er en tendens til, at overdødeligheden - og dermed konsekvensen af KOL for den samlede dødeligheden i hver uddannelsesgruppe - stiger, med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen med en lang uddannelse.

Tabel 5.9 Dødelighedsindeks for personer med KOL primo 2007 fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden KOL

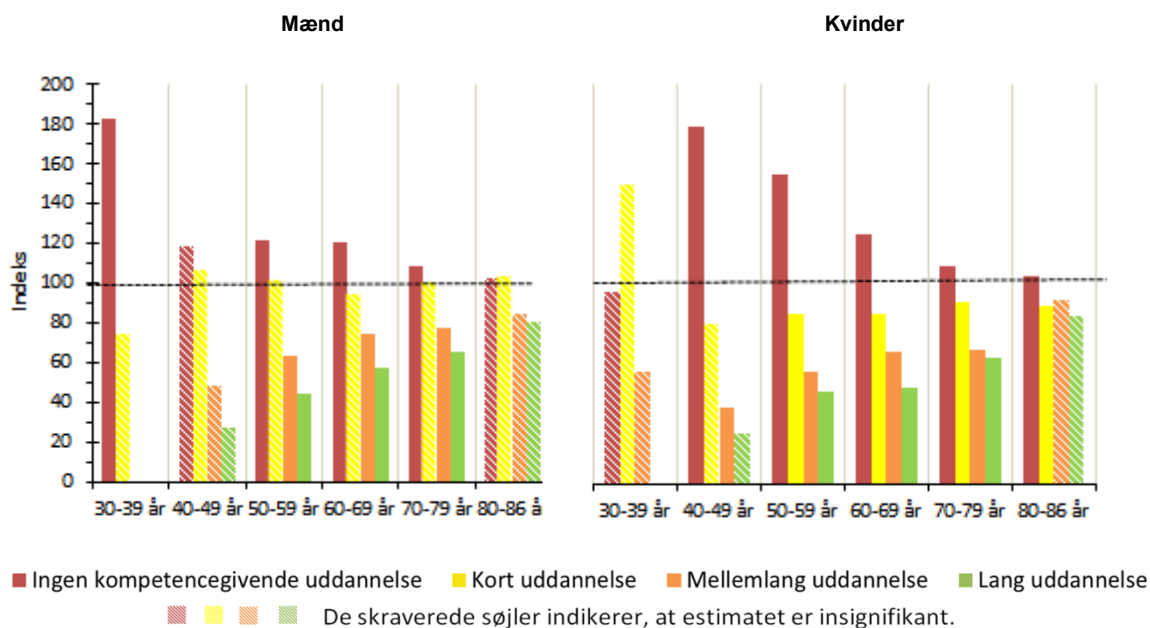
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	255,5	(250- 262)	319,3	(313- 326)	288,0	(284- 293)
Kort uddannelse	283,4	(275- 292)	356,4	(343- 370)	307,8	(301- 315)
Mellemlang uddannelse	300,2	(277- 326)	401,4	(371- 434)	346,2	(327- 366)
Lang uddannelse	313,2	(279- 351)	379,3	(302- 476)	324,6	(293- 360)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden KOL med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.6 Knogleskørhed

Jf. Figur 24 har mænd og kvinder med knogleskørhed, uden en kompetencegivende uddannelse, i de fleste aldersgrupper en signifikant overdødelighed, i forhold til den forventede dødelighed for alle registreret med knogleskørhed i tilsvarende køns- og aldersgrupper. Omvendt har personer med knogleskørhed og en kompetencegivende uddannelse, en underdødelighed. I alle uddannelsesgrupper konvergerer dødeligheden mod den forventede dødelighed for alle personer registreret med knogleskørhed, jo ældre befolkningen er. Således mindskes forskellen i dødelighed blandt personer med knogleskørhed i de forskellige uddannelsesgrupper med stigende alder.

Figur 24 Dødelighedsindeks for personer med knogleskørhed primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med knogleskørhed med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med knogleskørhed inden for samme køn og aldersgruppe
 Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.10 sammenfatter Figur 24 og viser en signifikant sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dødelighed blandt alle personer registreret med knogleskørhed, hvor dødeligheden falder, med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne i gruppen mellem mellemlang og lang uddannelse.

Mænd og kvinder uden en kompetencegivende uddannelse har en overdødelighed på henholdsvis 9,9 pct., og 10,7 pct., i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med knogleskørhed. På tilsvarende vis har mænd og kvinder med knogleskørhed og en lang uddannelse en underdødelighed på henholdsvis 34 pct., og 39 pct., i forhold til den forventede dødelighed for alle mænd og kvinder registreret med knogleskørhed.

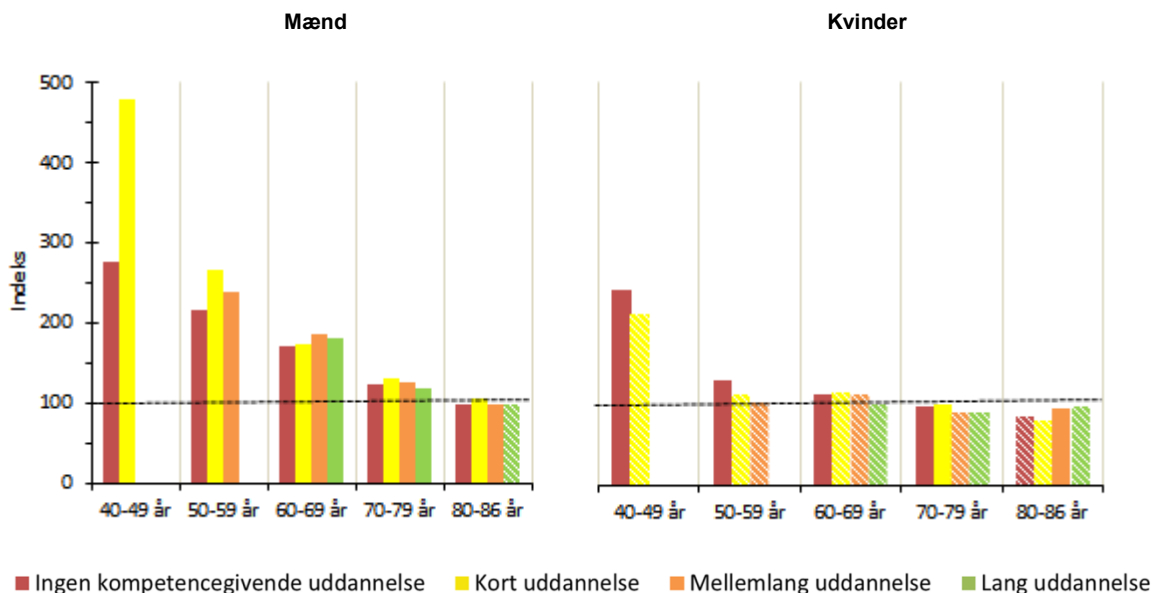
Tabel 5.10 Dødelighedsindeks for personer med knogleskørhed primo 2007 fordelt på uddannelse.
Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med knogleskørhed

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Overdødelighed	Konfidensinterval	Overdødelighed	Konfidensinterval	Overdødelighed	Konfidensinterval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	109,9	(106- 114)	110,7	(109- 113)	110,6	(109- 112)
Kort uddannelse	100,2	(96.1- 105)	88,9	(86.2-91.7)	92,6	(90.3-95.0)
Mellemlang uddannelse	76,0	(68.7-84.1)	71,9	(67.8-76.2)	72,9	(69.3-76.7)
Lang uddannelse	65,5	(57.1-75.1)	60,9	(52.0-71.3)	63,5	(57.2-70.4)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med knogleskørhed inden for samme køn og aldersgruppe
 Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 25 viser en generel overdødelighed for personer med knogleskørhed i forhold til personer uden knogleskørhed med samme køns, alders og uddannelsesprofil. Blandt mænd viser figuren ingen entydig sammenhæng mellem uddannelsesbaggrund og overdødelighed. For kvinder er indekset i langt de fleste tilfælde tæt på 100 og samtidig insignifikant. Der er således ikke systematisk forskel på dødeligheden blandt kvinder henholdsvis med og uden knogleskørhed.

Figur 25 Dødelighedsindeks for personer med knogleskørhed primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden knogleskørhed med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med knogleskørhed inden for samme køn og aldersgruppe
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.11 sammenfatter resultaterne i ovenstående figur. Opgørelsen angiver, at mænd med knogleskørhed samlet set har en overdødelighed i forhold til mænd uden knogleskørhed. Kvinder med knogleskørhed, uden en kompetencegivende uddannelse, har samlet set en lille underdødelighed, i forhold til kvinder uden knogleskørhed med samme uddannelsesniveau. Konfidensintervallerne overlapper mellem uddannelsesgrupperne. Der er dermed ingen systematisk sammenhæng mellem uddannelsesniveau og dødelighed for personer med knogleskørhed, i forhold til personer uden knogleskørhed.

Tabel 5.11 Dødelighedsindeks for personer med knogleskørhed primo 2007 fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden knogleskørhed

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Begge Køn	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Over-dødelighed	Konfidens-interval	Over-dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	126,6	(122- 132)	95,2	(93.4-97.1)	99,9	(98.2- 102)
Kort uddannelse	140,2	(134- 146)	96,8	(93.8-99.9)	108,9	(106- 112)
Mellemlang uddannelse	132,1	(119- 146)	97,6	(92.0- 103)	104,4	(99.2- 110)
Lang uddannelse	120,5	(105- 138)	94,4	(80.6- 111)	107,7	(97.1- 119)

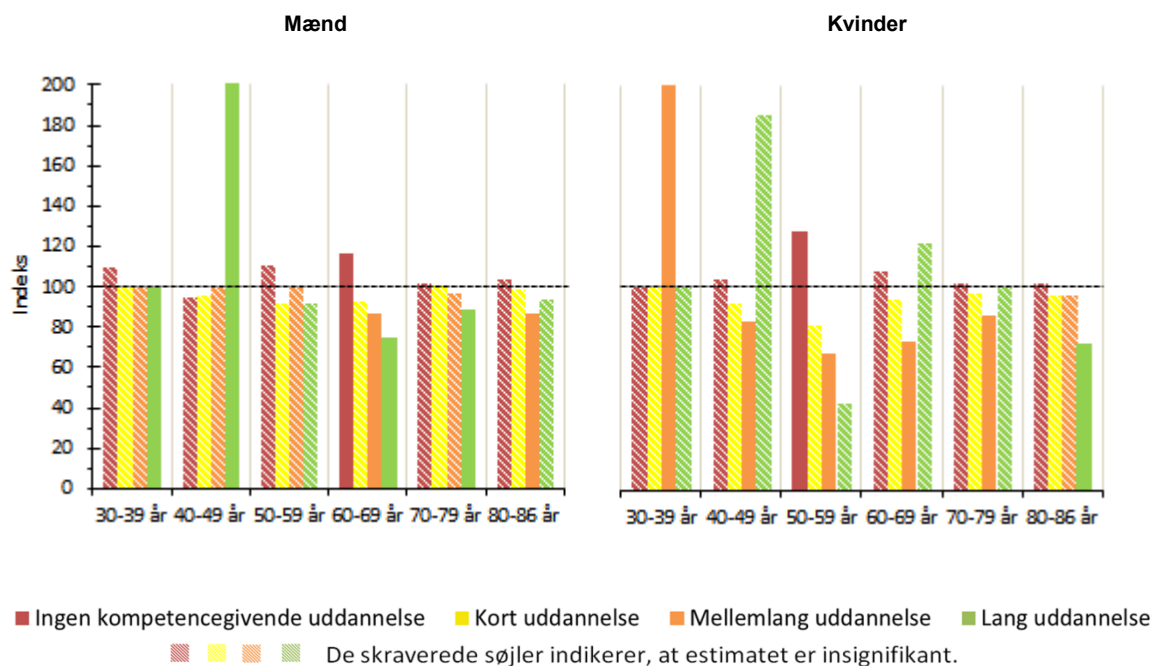
Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden knogleskørhed med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.7 Demens

Figur 26 viser dødelighedsindekset for mænd og kvinder registreret med demens. Variationen i dødeligheden i de forskellige alders og uddannelsesgrupper er relativ lille og ikke systematisk. Der er således ikke en entydig sammenhæng mellem dødelighed og uddannelsesniveau på tværs af aldersgrupperne.

Der er få dødsfald blandt personer med demens, hvilket formentligt bidrager til, at de fleste estimater er insignifikante.

Figur 26 Dødelighedsindeks for personer med demens primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med demens med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med demens inden for samme køn og aldersgruppe
 Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.12 sammenfatter Figur 26 ovenfor. Tabellen viser, at personer registreret med demens, uden en kompetencegivende uddannelse, samlet set har en svag overdødelighed på 3,2 pct. Personer registreret med demens, med en lang uddannelse, har samlet set en svag signifikant underdødelighed på 10 pct. for mænd, og 16 pct. for kvinder. Dog overlapper konfidensinterval-erne i mange af uddannelsesgrupperne, så det kan ikke med statistisk sikkerhed konstateres, at der er systematisk social ulighed i dødeligheden blandt personer med demens.

Tabel 5.12 Dødelighedsindeks for personer med demens primo 2007 fordelt på uddannelse Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med demens

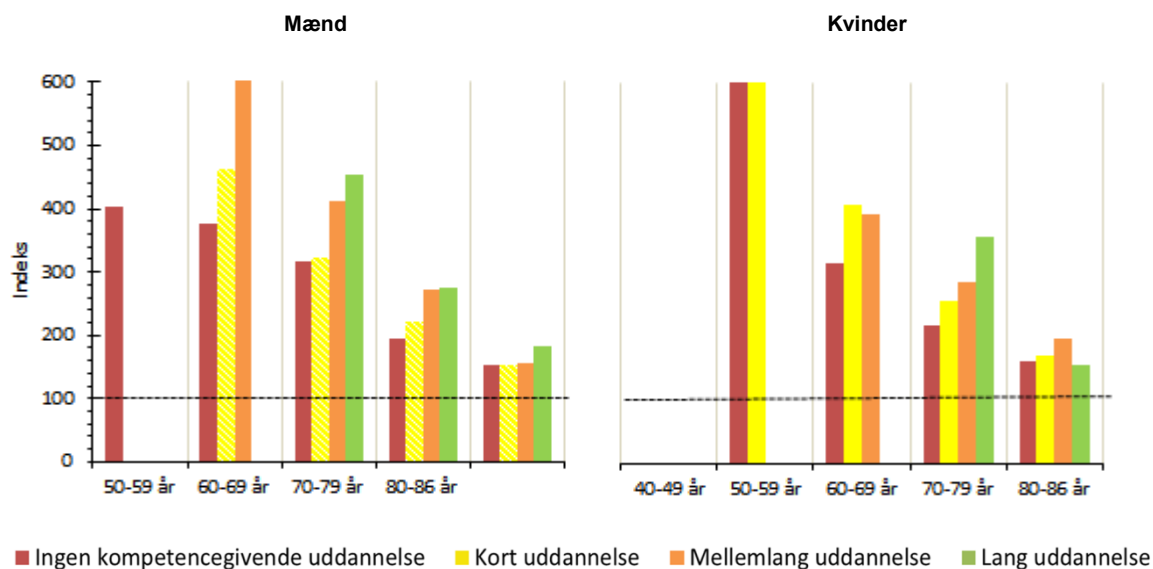
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Mænd & kvinder	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95% CI	Indeks	95% CI	Indeks	95% CI
Ingen kompetencegivende	104,0	(101- 107)	102,7	(101- 105)	103,2	(101- 105)
Kort uddannelse	98,4	(95.2- 102)	96,0	(92.4-99.6)	97,3	(95.0-99.8)
Mellemlang uddannelse	91,1	(84.7-98.0)	89,6	(83.4-96.3)	90,3	(85.8-95.1)
Lang uddannelse	90,1	(82.6-98.2)	83,2	(69.0- 100)	88,8	(82.1-96.0)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med demens inden for samme køn og aldersgruppe
 Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 27 viser forskellen i dødelighed blandt personer med og uden demens, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Opgørelsen beskriver dermed hvilken konsekvens demens har for den samlede dødelighed i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Figuren viser, at mænd og kvinder med demens har en generel overdødelighed, i forhold til personer uden demens. I de fleste aldersgrupper, er der en svag tendens til, at overdødeligheden stiger med stigende uddannelsesniveau.

Figur 27 Dødelighedsindeks for personer med demens primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden demens med samme alder, køn og uddannelsesniveau



Anm.: Aldersgrupper med færre end 20 dødsfald i perioden 2007 til 2011 er ikke medtaget i figuren
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.13 sammenfatter resultaterne i Figur 27. Opgørelsen viser at personer med demens, samlet set har en overdødelighed i forhold til personer uden demens, med samme køns-, alders og uddannelsesprofil. Overdødeligheden er mindst blandt personer uden en kompetencegivende uddannelse (82 pct.), og største for personer med en mellemlang og lang uddannelse (131 pct.). Der er en tendens til, at overdødelighed – og dermed konsekvensen af depression for den samlede dødelighed i den enkelte uddannelsesgruppe - stiger systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen med en lang uddannelse.

Tabel 5.13 Dødelighedsindeks for personer med demens primo 2007 fordelt på uddannelse
Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden demens med samme uddannelse

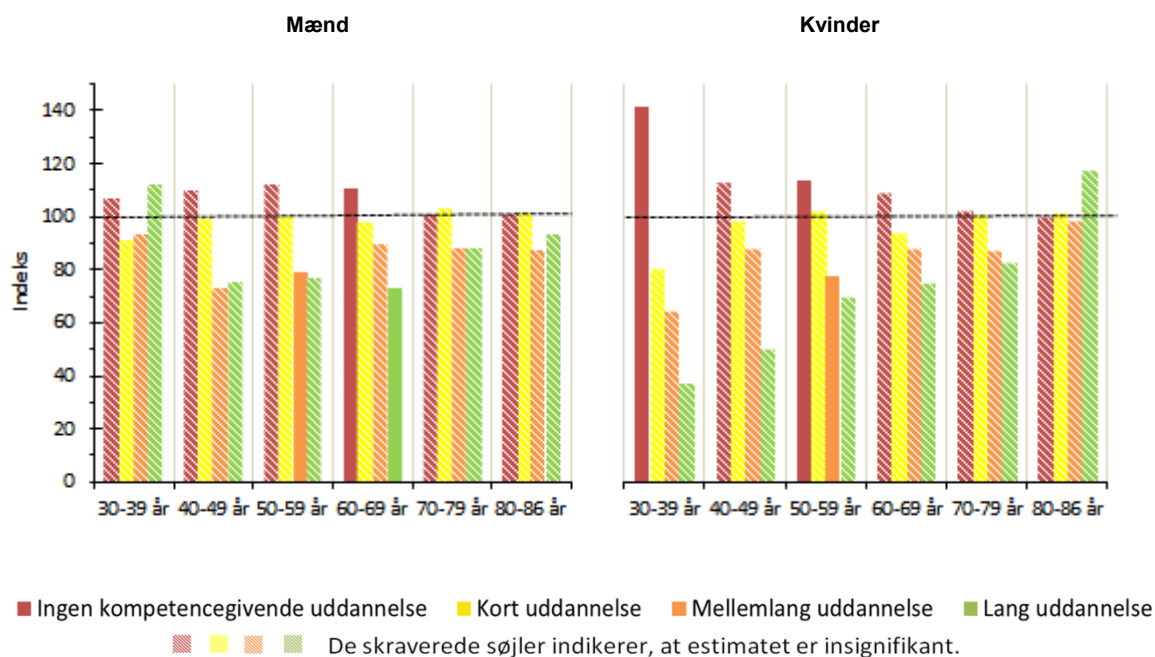
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Mænd & kvinder	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	180,5	(176- 186)	183,1	(179- 187)	182,1	(179- 185)
Kort uddannelse	200,3	(194- 207)	209,6	(202- 218)	204,2	(199- 209)
Mellemlang uddannelse	222,7	(207- 240)	238,6	(222- 256)	230,5	(219- 243)
Lang uddannelse	232,2	(213- 253)	227,5	(189- 274)	231,3	(214- 250)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden demens med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

5.8 Depression

Figur 28 viser dødelighedsindeks for personer registreret med depression fordelt på alder og uddannelse, i forhold til den forventede dødelighed for alle personer registreret med depression. De fleste estimer i opgørelsen er insignifikante. Det vil sige, at dødeligheden blandt personer registreret med depression, i de forskellige uddannelsesgrupper, ikke er statistisk forskellig fra den forventede dødelighed for alle personer registreret med depression.

Figur 28 Dødelighedsindeks for personer registreret med depression primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer registreret med depression med samme alder og køn



Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med depression inden for samme køn og aldersgruppe
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.14 sammenfatter resultaterne i Figur 28. Tabellen angiver, at personer med depression, uden en kompetencegivende uddannelse, samlet set har en svag overdødelighed på 3,3 pct., i forhold til personer uden depression. Dødelighedsindekset for personer med depression og kort uddannelse er ikke signifikant. Personer med en mellemlang eller lang uddannelse har en signifikant underdødelighed på 13 pct. og 14 pct. Der er en tendens til, at dødeligheden samlet set falder systematisk med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne for gruppen mellemlang og lang uddannelse.

Tabel 5.14 Dødelighedsindeks for personer i alderen 30-86 år registreret med depression 2007 fordelt på uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med depression

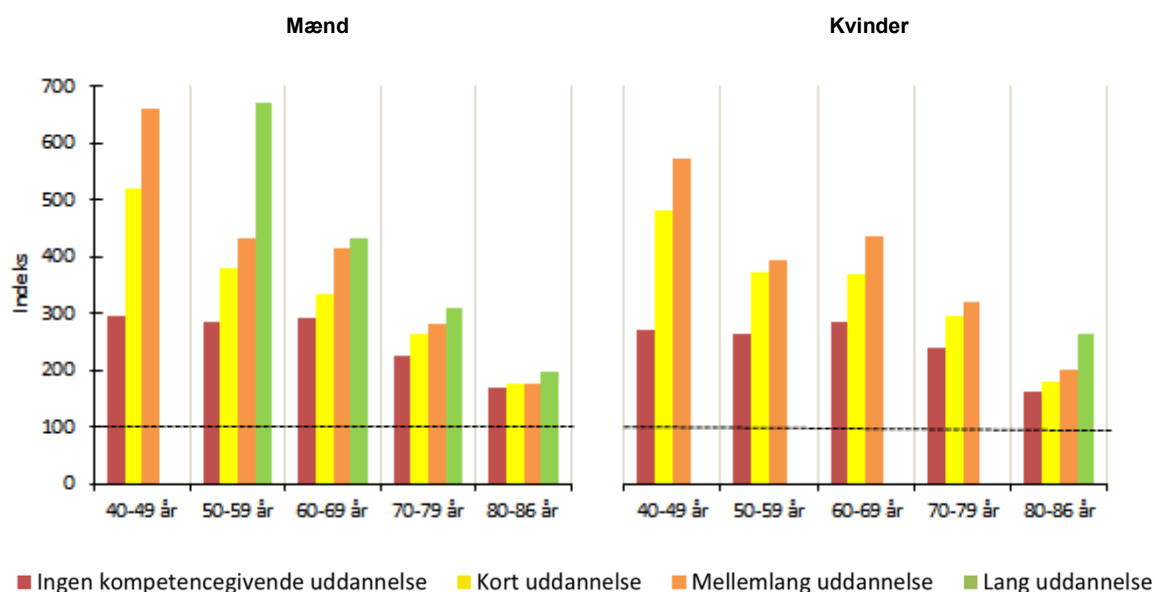
Uddannelse	Mænd		Kvinder		Mænd & kvinder	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95% CI	Indeks	95% CI	Indeks	95% CI
Ingen kompetencegivende	104,7	(100- 109)	103,0	(99.9- 106)	103,3	(101- 106)
Kort uddannelse	100,8	(96.3- 105)	98,9	(94.4- 104)	100,2	(97.1- 103)
Mellemlang uddannelse	85,6	(77.4-94.6)	87,2	(80.3-94.6)	87,1	(81.8-92.6)
Lang uddannelse	83,7	(73.8-95.0)	78,8	(62.7-99.1)	86,4	(78.0-95.7)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for alle personer med depression inden for samme køn og aldersgruppe
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Figur 29 viser forskellen i dødeligheden for personer med depression, i forhold til personer uden depression, med samme køns, alders- og uddannelsesprofil. Opgørelsen beskriver dermed hvilken konsekvens depression har for den samlede dødelighed i hver enkelt uddannelsesgruppe.

Opgørelsen viser, at personer registreret med depression har en generel overdødelighed i forhold til personer uden depression. Overdødeligheden falder systematisk med stigende alder. Forskellen i dødeligheden er størst blandt mænd og kvinder registreret med depression og en mellemlang eller lang uddannelse, i forhold til mænd og kvinder uden registreret depression og tilsvarende uddannelsesniveau. Overdødeligheden stiger systematisk med stigende uddannelsesniveau for både mænd og kvinder i alle aldersgrupper.

Figur 29 Dødelighedsindeks for personer registreret med depression primo 2007 fordelt på alder, køn og uddannelse Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden depression med samme alder, køn og uddannelse



Anm. Aldersgrupper med færre end 20 dødsfald i perioden 2007 til 2011 er ikke medtaget i figuren
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

Tabel 5.15 sammenfatter resultaterne i Figur 29. Opgørelsen viser, at personer registreret med depression har en signifikant overdødelighed, i forhold til personer uden registreret depression, med samme køns-, alders og uddannelsesprofil.

Samlet set er overdødeligheden mindst for patienter uden en kompetencegivende uddannelse. Dødelighedsindekset for denne gruppe er 210, svarende til en overdødelighed på 110 pct.. Til sammenligning har personer med en lang uddannelse et dødelighedsindeks på 328, svarende til en overdødelighed på 228 pct.. Overdødeligheden – og dermed konsekvensen af depression for den samlede dødelighed i hver uddannelsesgruppe - stiger med stigende uddannelsesniveau. Dog overlapper konfidensintervallerne mellem gruppen mellemlang og lang uddannelse.

Tabel 5.15 Dødelighedsindeks for personer registret med depression primo 2007 fordelt på uddannelse. Indeks = 100 er den forventede dødelighed blandt personer uden depression med samme uddannelsesniveau

Uddannelse	Mænd		Kvinder		Mænd & kvinder	
	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval	Dødelighed	Konfidens-interval
	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI	Indeks	95 pct. CI
Ingen kompetencegivende	222,7	(214- 232)	204,4	(198- 211)	210,3	(205- 216)
Kort uddannelse	273,0	(261- 286)	268,4	(256- 281)	270,8	(262- 280)
Mellemlang uddannelse	305,4	(276- 338)	312,4	(288- 339)	309,6	(291- 330)
Lang uddannelse	325,6	(287- 369)	336,8	(268- 424)	328,1	(294- 366)

Anm.: Indeks = 100 er den forventede dødelighed for personer uden depression med samme uddannelsesniveau
Data: Forebyggelsesregistret 2003-2011, befolkning ultimo 2006

6 Forekomst i kommuner

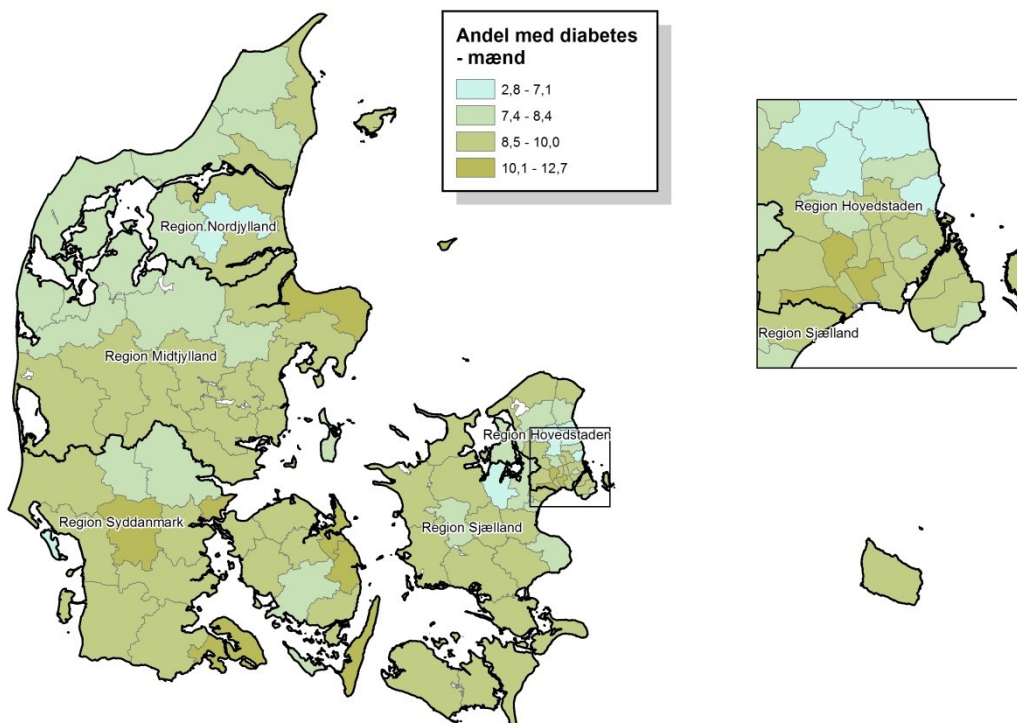
I det følgende gives et overblik over forekomsten af de otte kroniske og langvarige sygdomme i landets kommuner. Opgørelserne skal ses som et redskab til forebyggelsesarbejdet af kroniske sygdomme i kommunerne. Opgørelserne er opdelt på køn og er aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, så der tages hensyn til eventuelle forskelle i køns- og alderssammensætningen i de forskellige kommuner.

6.1 Diabetes (type I og type II)

Jf. Figur 30 er andelen af mænd registreret med diabetes mindst i Rebild, Lejre, Gentofte, Rundersdal, Furesø, Allerød og Hørsholm Kommune.

Andelen af mænd registreret med diabetes er størst i Norddjurs, Vejen, Fredericia, Sønderborg, Kerteminde, Nyborg, Langeland, Ishøj, Albertslund og Brøndby Kommune.

Figur 30 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med diabetes, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



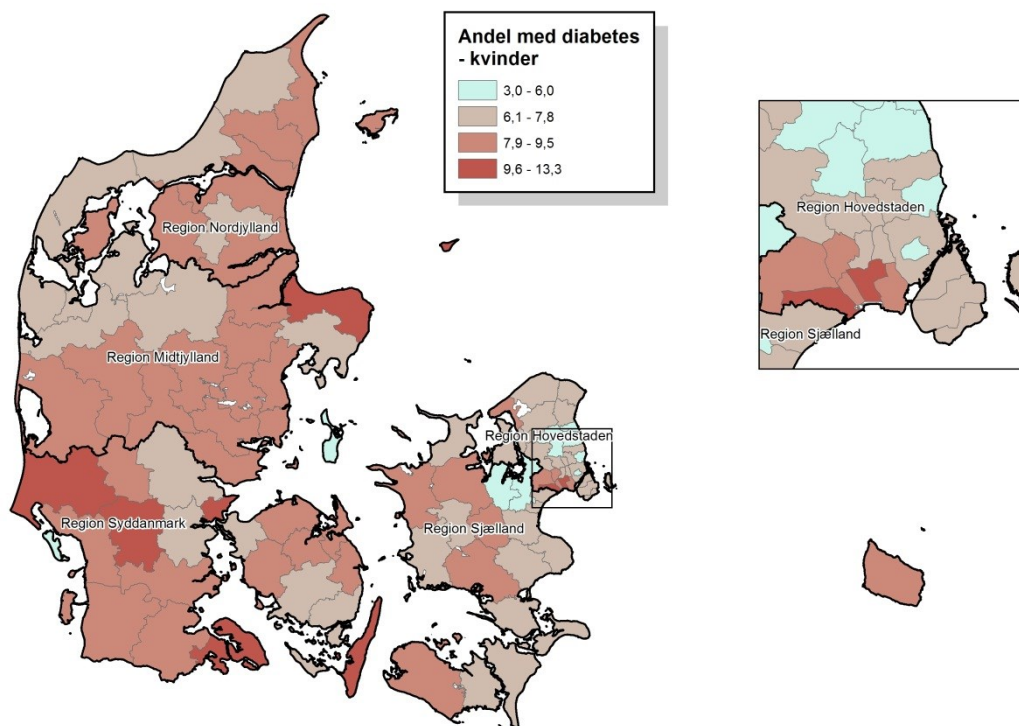
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med diabetes (type I og type II) i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 31 er andelen af kvinder registreret med diabetes mindst i Fanø, Samsø, Lejre, Roskilde, Frederiksberg, Gentofte, Rudersdal, Furesø, Allerød og Hørsholm Kommune.

Andelen af kvinder registreret med diabetes er størst i Norddjurs, Varde, Vejen, Fredericia, Samsø, Sønderborg, Langeland, Brøndby og Ishøj Kommune.

Figur 31 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med diabetes, fordelt på bopælskommune, og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med diabetes (type I og type II) i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

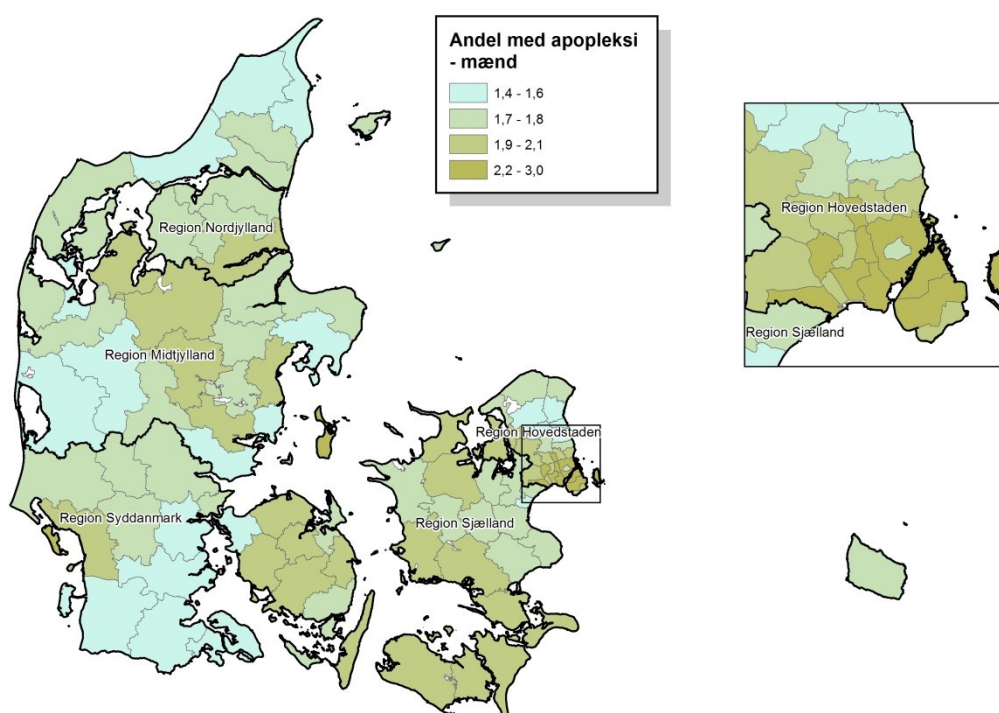
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.2 Blodprop i hjernen og hjerneblødning (apopleksi)

Jf. Figur 32 er andelen af mænd registreret med apopleksi mindst i Frederikshavn, Hjørring, Jammerbugt, Struer, Ringkøbing-Skjern, Herning, Syddjurs, Odder, Hedensted, Kolding, Haderslev, Tønder, Aabenraa, Sønderborg, Middelfart, Hillerød, Fredensborg, Allerød, Hørsholm, Rudersdal, og Solrød Kommune.

Andelen af mænd registreret med apopleksi er størst i Samsø, Fanø, Ishøj, Albertslund, Brøndby, Hvidovre, Rødovre, Herlev, Københavns og Tårnby Kommune.

Figur 32 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med apopleksi, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



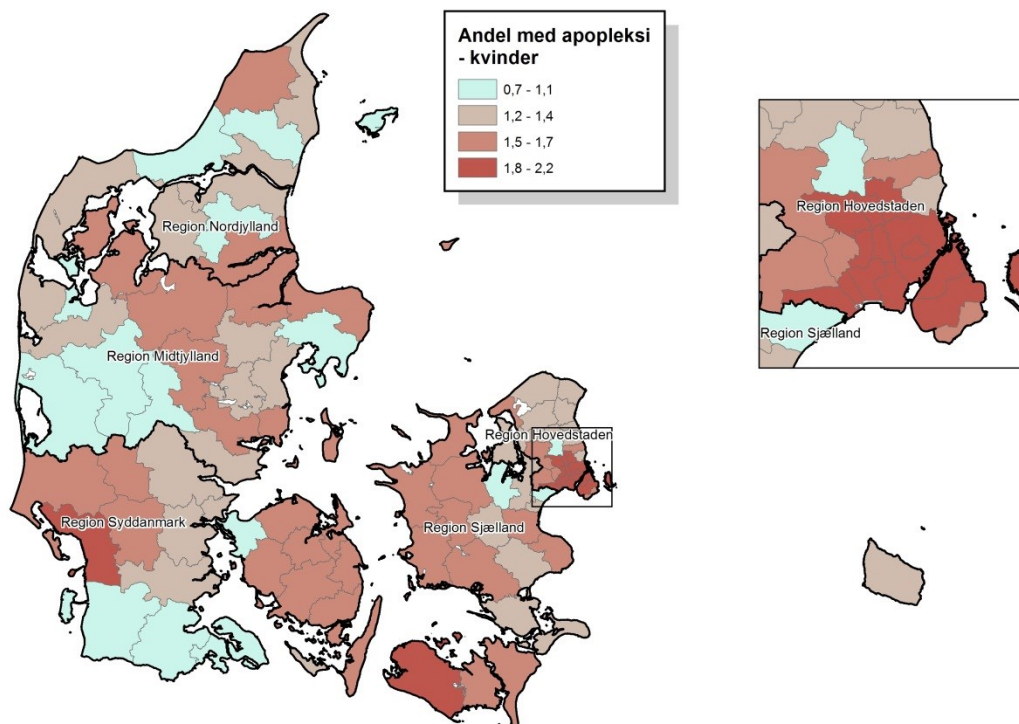
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med apopleksi i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 33 er andelen af kvinder registreret med apopleksi mindst i Jammerbugten, Brønderslev, Læsø, Rebild, Struer, Ringkøbing-Skjern, Herning, Ikast-Brande, Syddjurs, Middelfart, Tønder, Aabenraa, Sønderborg, Lejre, Greve og Furesø Kommune.

Andelen af kvinder registreret med apopleksi er størst i Esbjerg, Lolland, Ishøj, Vallensbæk, Brøndby, Hvidovre, Glostrup, Rødovre, Ballerup, Herlev, Gladsaxe, Københavns, Frederiksberg og Tårnby Kommune.

Figur 33 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med apopleksi, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med apopleksi i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

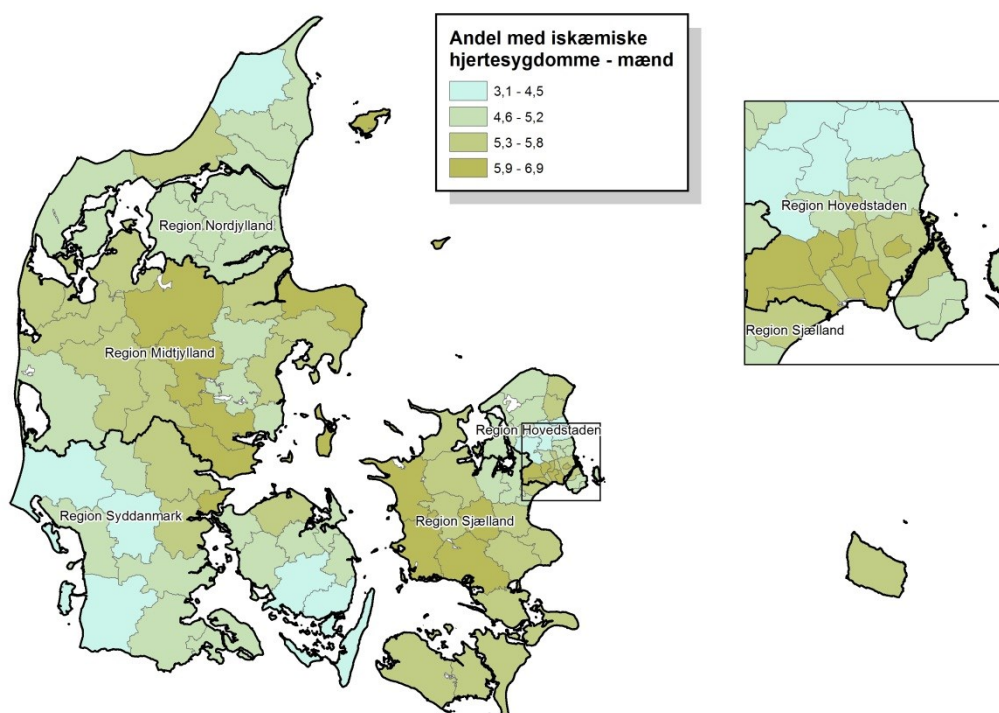
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.3 Iskæmiske hjertesygdomme

Jf. Figur 34 er andelen af mænd registreret med iskæmiske hjertesygdomme størst i Læsø, Viborg, Norddjurs, Silkeborg, Horsens, Hedensted, Fredericia, Samsø, Kalundborg, Slagelse, Næstved, Ringsted, Høje-Taastrup, Ishøj, Albertslund, Glostrup, Brøndby, Hvidovre og Frederiksberg Kommune.

Andelen af mænd registreret med iskæmiske hjertesygdomme er mindst i Hjørring, Varde, Fanø, Vejen, Tønder, Faaborg-Midtfyn, Svendborg, Ærø, Langeland, Egedal, Furesø, Allerød, Rudersdal og Hørsholm Kommune.

Figur 34 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med iskæmiske hjertesygdomme, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011

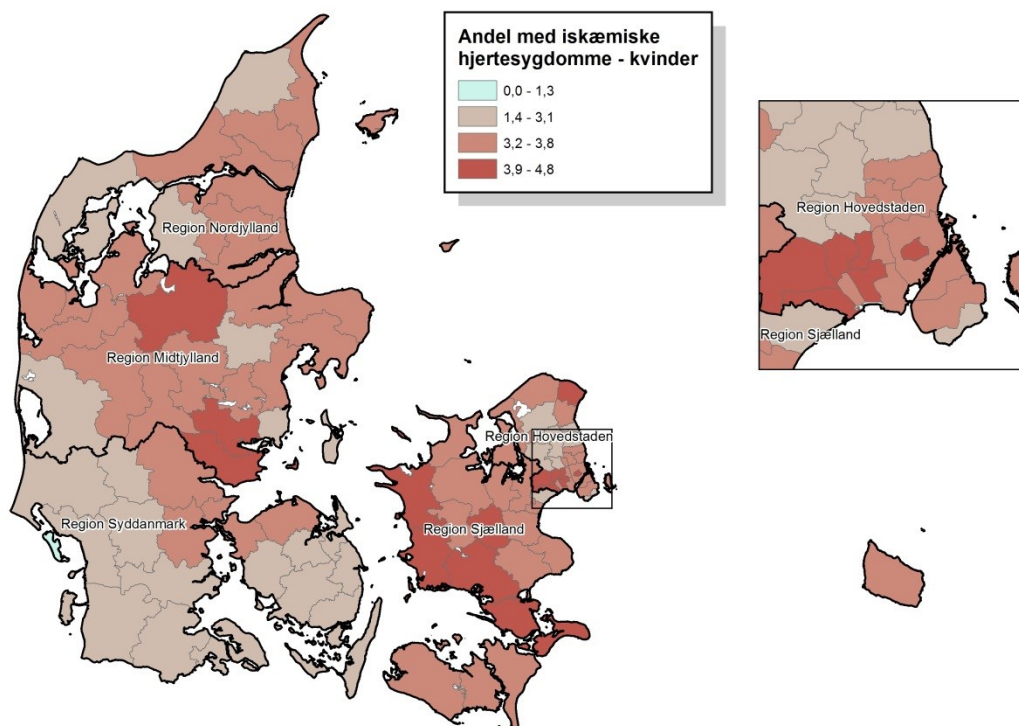


Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med iskæmiske hjertesygdomme i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 35 er andelen af kvinder registreret med iskæmiske hjertesygdomme mindst i Fanø kommune og størst i Viborg, Horsens, Hedensted, Kalundborg, Slagelse, Næstved, Ringsted, Vordingborg, Høje-Taastrup, Ishøj, Albertslund, Glostrup, Brøndby og Frederiksberg Kommune.

Figur 35 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med iskæmiske hjertesygdomme, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



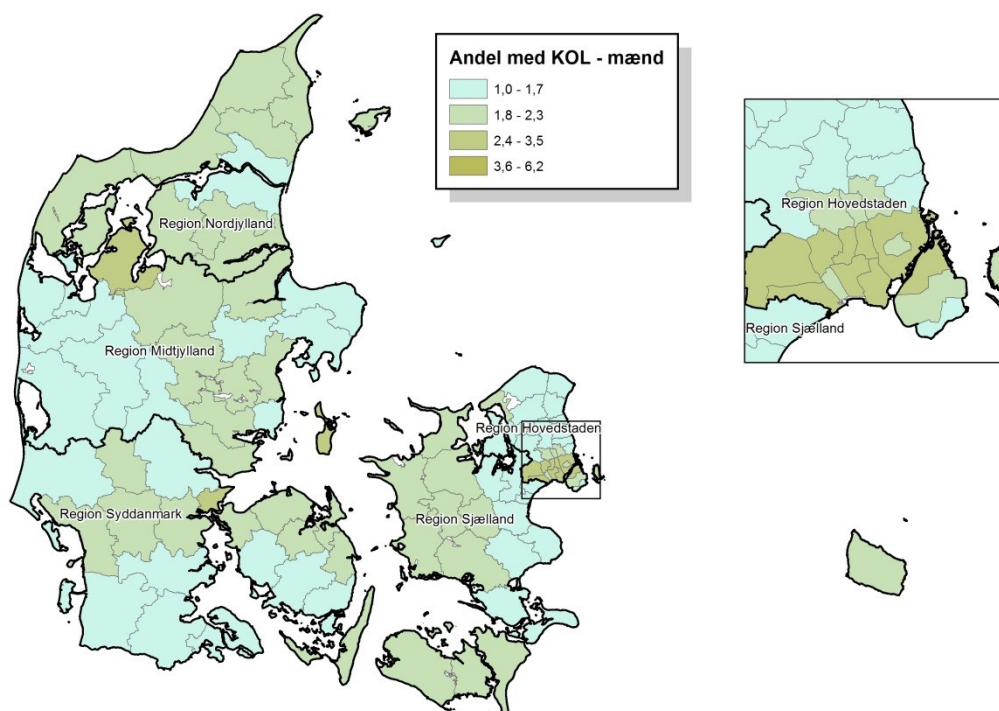
Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med iskæmiske hjertesygdomme i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.4 KOL (Kronisk Obstruktiv Lungesygdom)

Jf. Figur 36 er andelen af mænd registreret med KOL størst i Skive, Fredericia, Samsø, Høje-Taastrup, Vallensbæk, Albertslund, Glostrup, Brøndby, Hvidovre, Glostrup, Rødovre og Københavns Kommune. I resten af landet er andelen af mænd registreret med KOL jævnt fordelt.

Figur 36 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med KOL, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



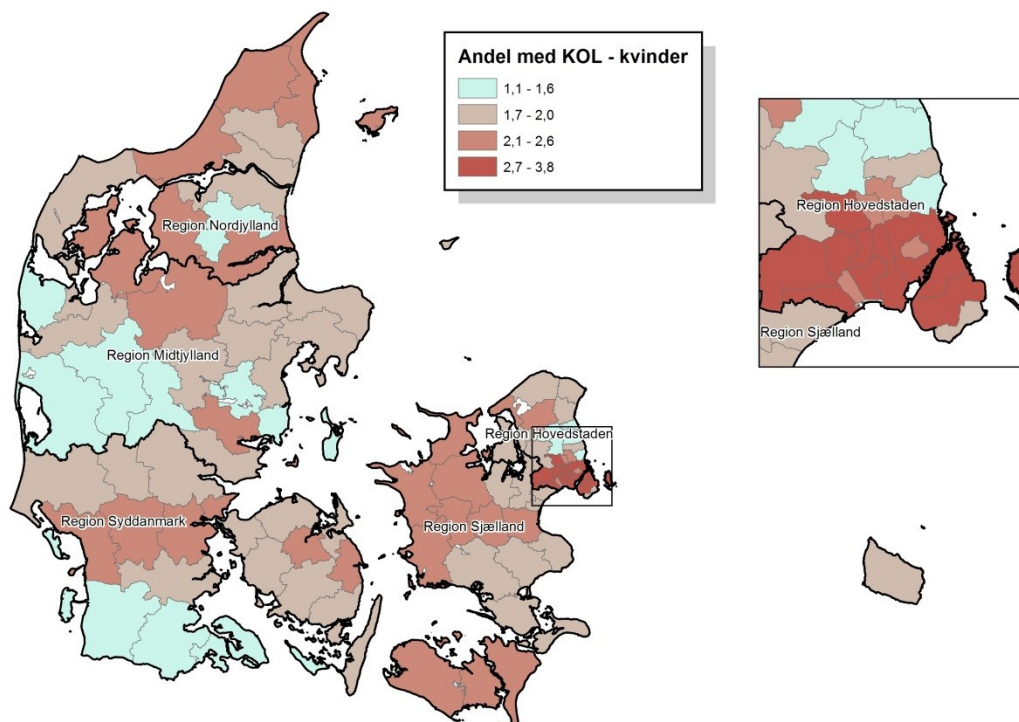
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med KOL i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 37 er andelen af kvinder registreret med KOL mindst i: Rebild, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Herning, Ikast-Brande, Skanderborg, Samsø, Tønder, Aabenraa, Sønderborg, Ærø, Allerød, Hørsholm, Rudersdal og Gentofte Kommune.

Andelen af kvinder registreret med KOL er størst i Høje-Taastrup, Ishøj, Albertslund, Ballerup, Glostrup, Rødovre, Brøndby, Hvidovre, Københavns og Tårnby Kommune

Figur 37 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med KOL, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med KOL i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

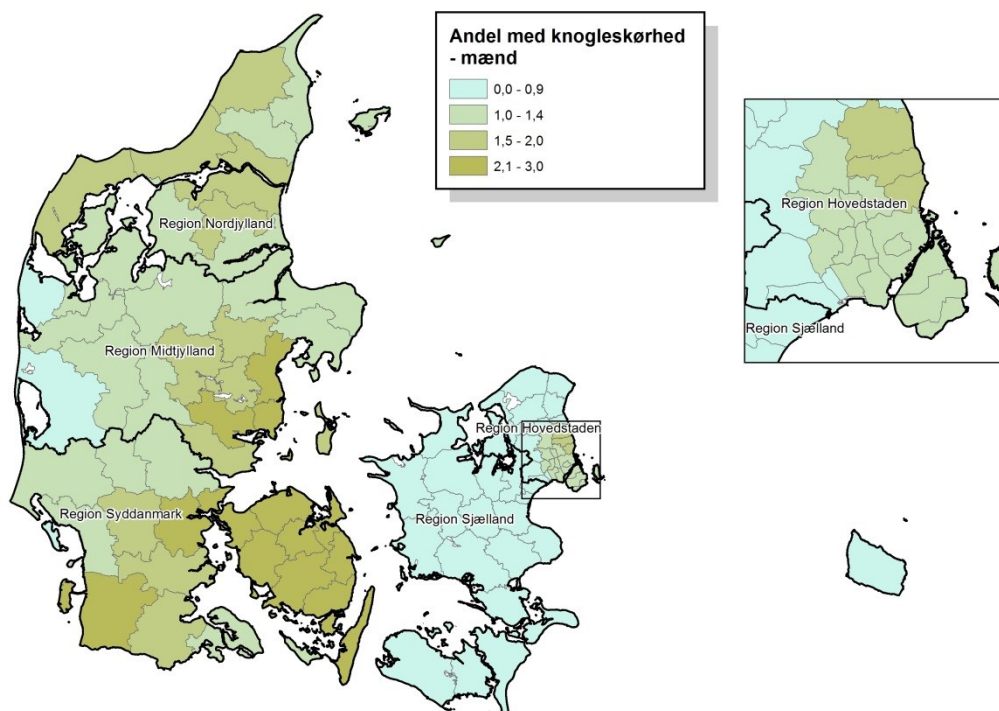
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.5 Knogleskørhed (osteoporose)

Jf. Figur 38 er andelen af mænd registreret med knogleskørhed mindst i kommunerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden (ekskl. hovedstadsområdet) samt Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Bornholms Kommune.

Andelen af mænd registreret med knogleskørhed er størst i Aarhus, Odder, Horsens, Kolding, Fredericia, Tønder, Middelfart, Assens, Nordfyn, Odense, Kerteminde, Nyborg, Faaborg-Midtfyn, Svendborg og Langeland Kommune.

Figur 38 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med knogleskørhed, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



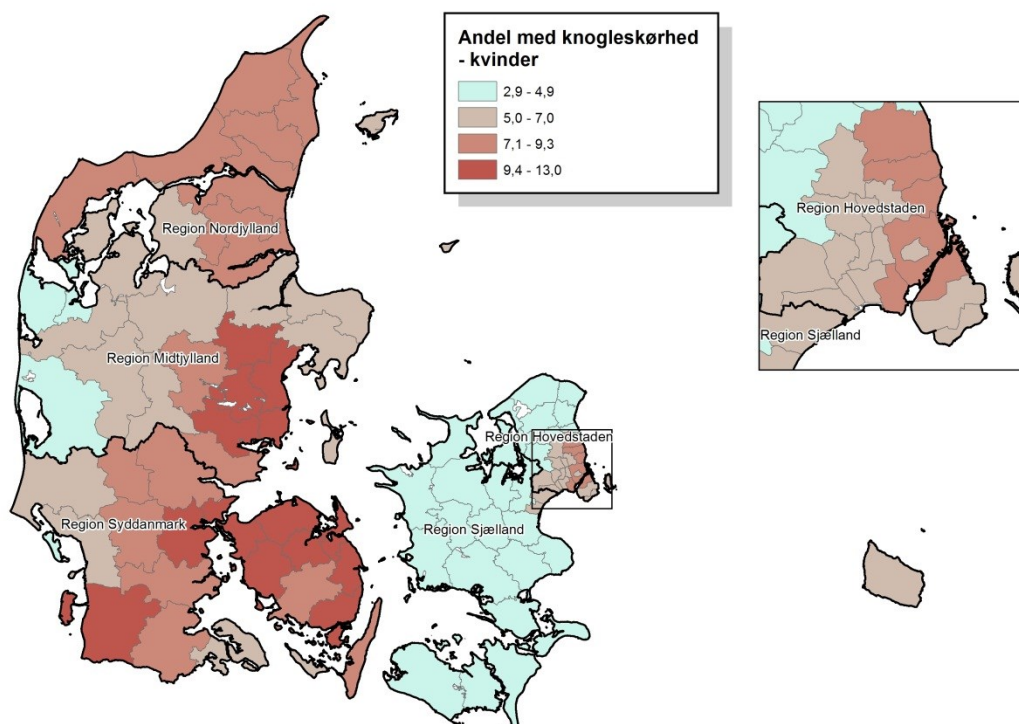
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med knogleskørhed i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 39 er andelen af kvinder registreret med knogleskørhed ligeledes mindst i Region Sjælland og Region Hovedstaden (ekskl. hovedstadsområdet) samt i Lemvig, Struer, og Ringkøbing-Skjern Kommune.

Andelen af kvinder registreret med knogleskørhed er størst i Farskov, Århus, Skanderborg, Horsens, Odder, Fredericia, Kolding, Tønder, Middelfart, Nordfyn, Assens, Odense, Kerteminde, Nyborg og Faaborg-Midtfyn Kommune.

Figur 39 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med knogleskørhed, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med knogleskørhed i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

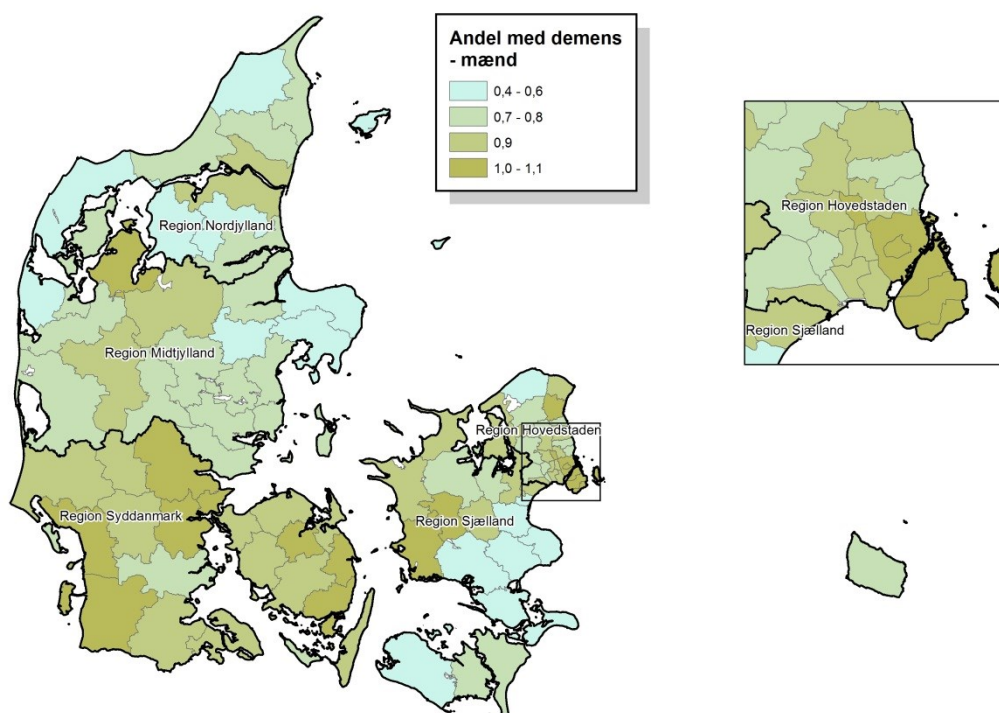
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.6 Demens

Jf. Figur 40 er andelen af mænd registreret med demens mindst i: Hjørring, Thisted, Lemvig, Vesthimmerland, Rebild, Norddjurs, Syddjurs, Favrskov, Gribskov, Solrød, Køge, Stevns, Faxe, Næstved, Vordingborg og Lolland Kommune.

Andelen af mænd registreret med demens er størst i Skive, Vejle, Fredericia, Kolding, Esbjerg, Tønder, Odense, Nyborg, Svendborg, Slagelse, Sorø, Fredensborg, Herlev, Københavns, Frederiksberg, Tårnby og Dragør Kommune.

Figur 40 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med demens, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



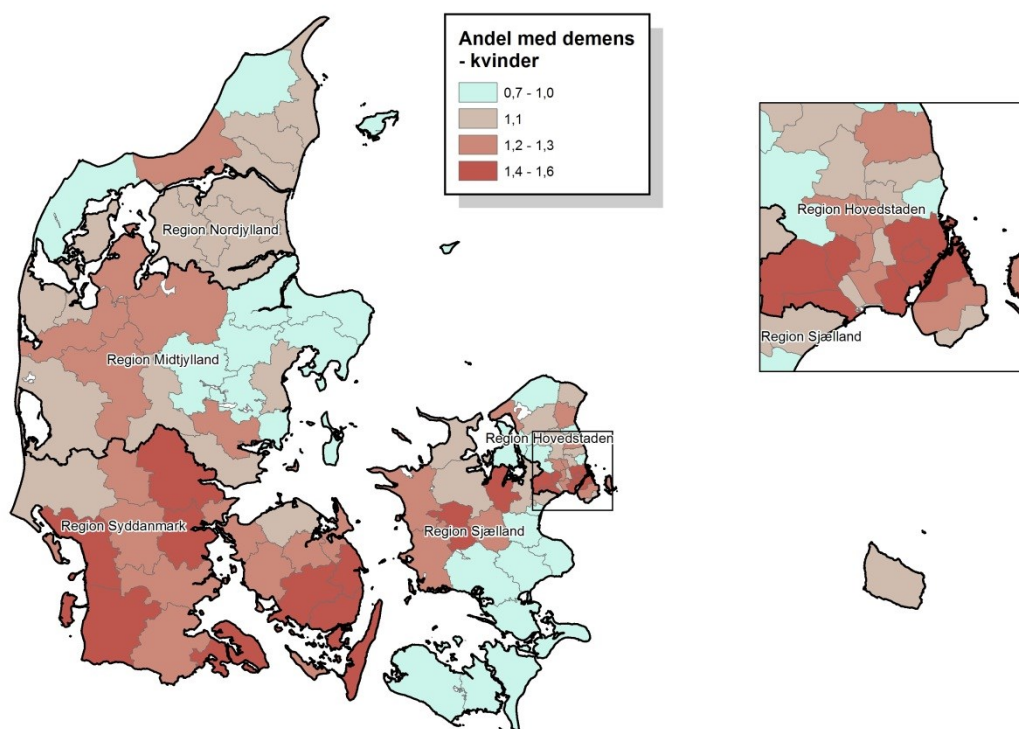
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med demens i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 41 er andelen af kvinder registreret med demens mindst i Hjørring, Thisted, Læsø, Randers, Norddjurs, Syddjurs, Favrskov, Silkeborg, Skanderborg, Odder, Samsø, Gribskov, Frederikssund, Egedal, Hørsholm, Gentofte, Solrød, Køge, Stevns, Faxe, Næstved, Vordingborg, Guldborgsund og Lolland Kommune.

Andelen af kvinder registreret med demens er størst i Vejle, Kolding, Esbjerg, Tønder, Sønderborg, Faaborg-Midtfyn, Nyborg, Svendborg, Langeland, Sorø, Lejre, Høje-Taastrup, Ishøj, Albertslund, Hvidovre, Københavns og Frederiksberg Kommune.

Figur 41 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med demens, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med demens i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

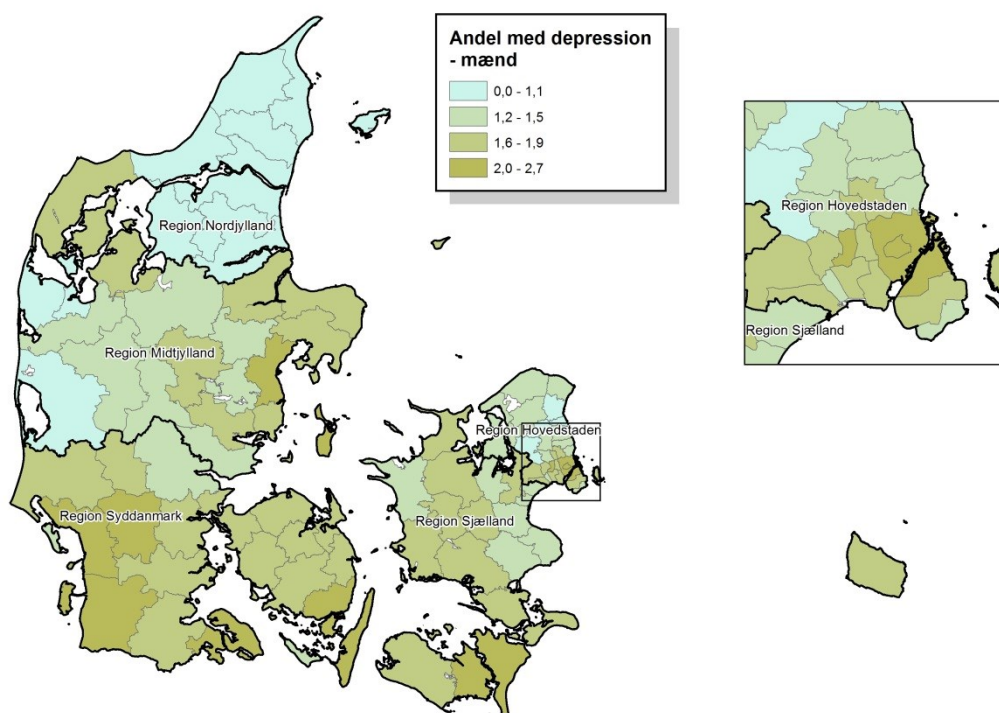
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.7 Depression

Jf. Figur 42 er andelen af mænd registreret med depression mindst i Frederikshavn, Hjørring, Brønderslev, Jammerbugten, Aalborg, Læsø, Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord, Lemvig, Stuer, Ringkøbing-Skjern, Egedal, Allerød, Hørsholm og Fredensborg Kommune.

Figuren viser desuden, at andelen af mænd registreret med depression er størst i Aarhus, Samsø, Vejen, Esbjerg, Tønder, Sønderborg, Langeland, Guldborgsund, Glostrup, Københavns og Frederiksberg Kommune.

Figur 42 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med depression, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



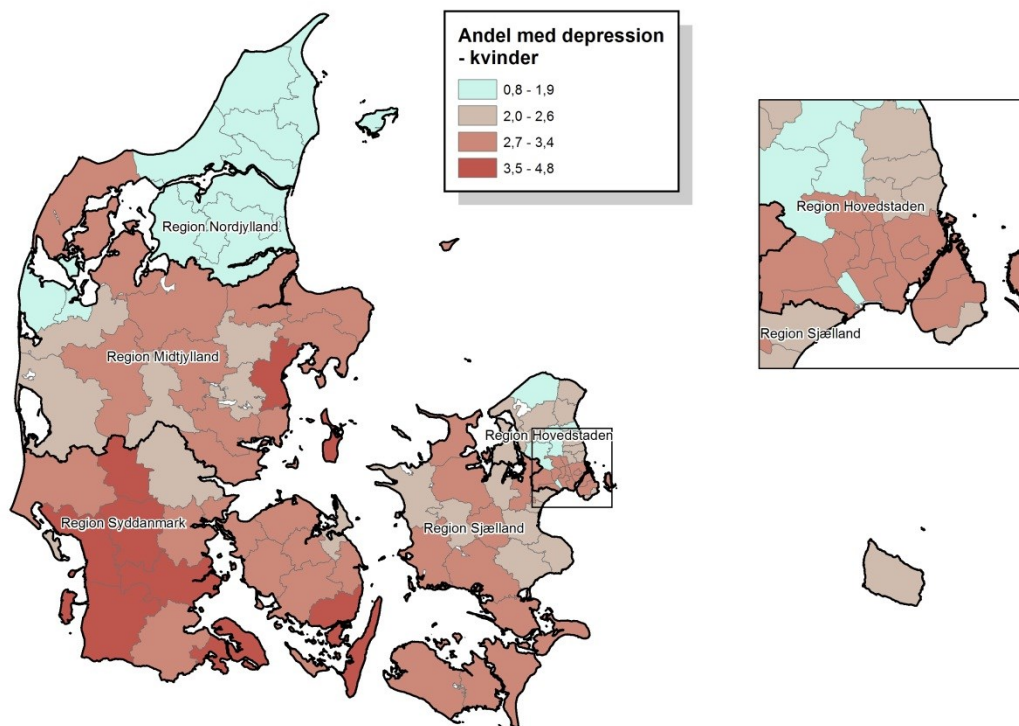
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med depression i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 43 er andelen af kvinder registreret med depression mindst i Frederikshavn, Hjørring, Brønderslev, Jammerbugten, Aalborg, Læsø, Vesthimmerland, Rebild, Mariagerfjord, Lemvig, Struer, Gribskov, Egedal, Furesø, Allerød, Hørsholm og Vallensbæk Kommune.

Figuren viser desuden, at andelen af kvinder registreret med depression er størst i Århus, Samsø, Billund, Vejen, Esbjerg, Tønder, Haderslev, Sønderborg og Langeland Kommune.

Figur 43 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med depression, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med depression i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

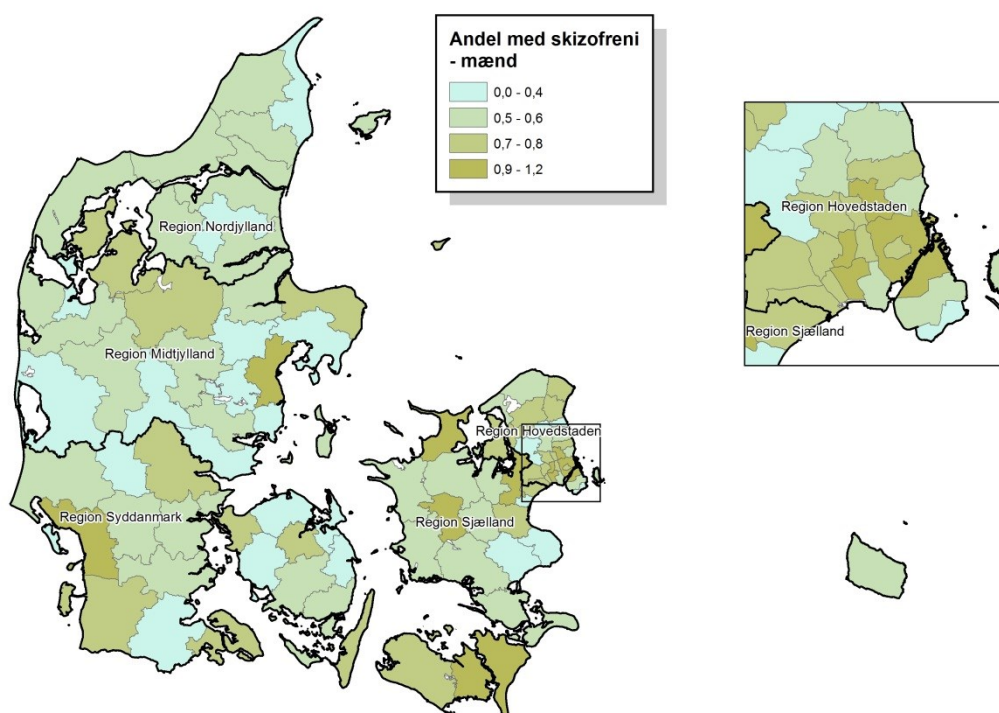
Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

6.8 Skizofreni

Jf. Figur 44 er andelen af mænd registreret med skizofreni mindst i: Frederikshavn, Rebild, Syddjurs, Favrskov, Skanderborg, Lemvig, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Odder, Horsens, Billund, Aabenraa, Assens, Nordfyn, Kerteminde, Nyborg, Egedal, Allerød, Hørsholm, Dragør, Solrød, Stevs og Faxe Kommune.

Andelen af mænd registreret med skizofreni er størst i: Århus, Esbjerg, Odsherred, Sorø, Roskilde, Gladsaxe, København, Glostrup, Brøndby og Guldborgsund Kommune.

Figur 44 Andel mænd i alderen 30-89 år registreret med skizofreni, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



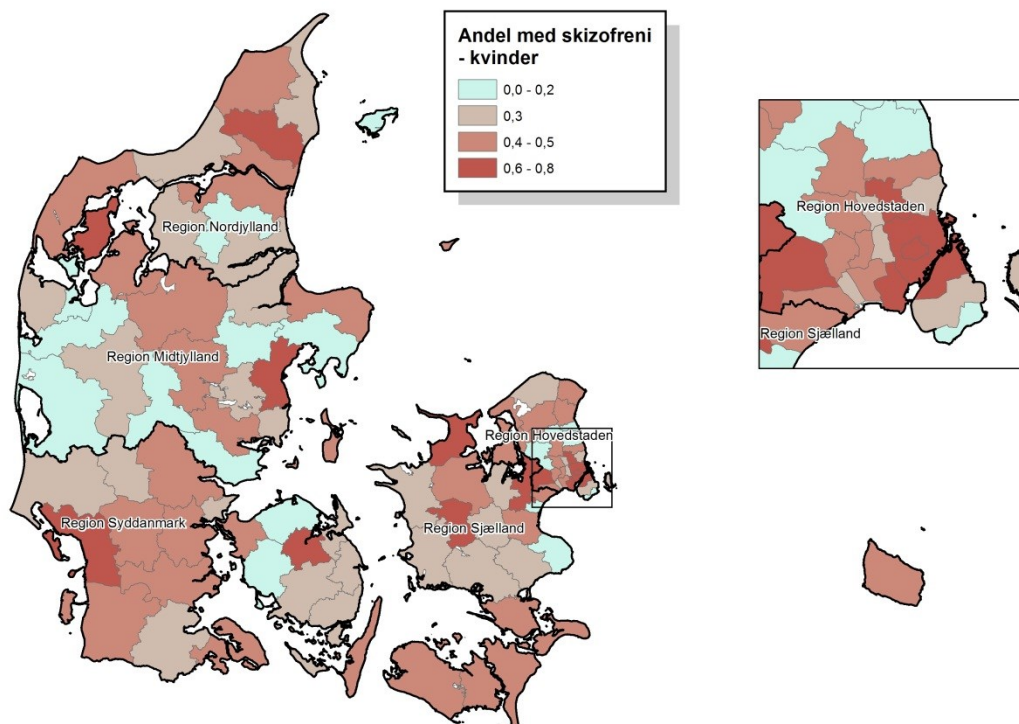
Anm.: Figuren angiver andelen af mænd 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med skizofreni i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011

Jf. Figur 45 er andelen af kvinder registreret med skizofreni mindst i Læsø, Rebild, Struer, Holstebro, Ringkøbing-Skjern, Ikast-Brande, Favrskov, Syddjurs, Hedensted, Nordfyn, Assens, Hørsholm, Rudersdal, Allerød, Egedal, Dragør, Solrød og Stevns Kommune.

Andelen af kvinder registreret med skizofreni er størst i Brønderslev, Morsø, Århus, Esbjerg, Odense, Odsherred, Sorø, Roskilde, Høje-Taastrup, Hvidovre, Gladsaxe, Københavns og Frederiksberg Kommune.

Figur 45 Andel kvinder i alderen 30-89 år registreret med skizofreni, fordelt på bopælskommune og aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet, ultimo 2011



Anm.: Figuren angiver andelen af kvinder 30-89 år ultimo 2011, der er registreret med skizofreni i perioden 2007-2011 (jf. afsnit 2.4, s. 8) i de forskellige bopælskommuner, aldersstandardiseret i forhold til landsgennemsnittet.

Data: Forebyggelsesregistret 2006-2011, befolkning ultimo 2011