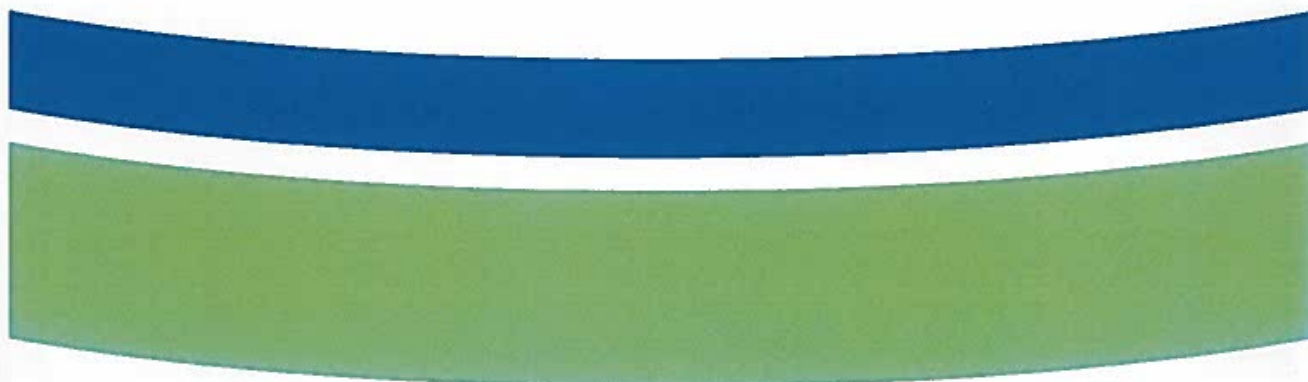

Ulighed i sundhed – kroniske og langvarige sygdomme



Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

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

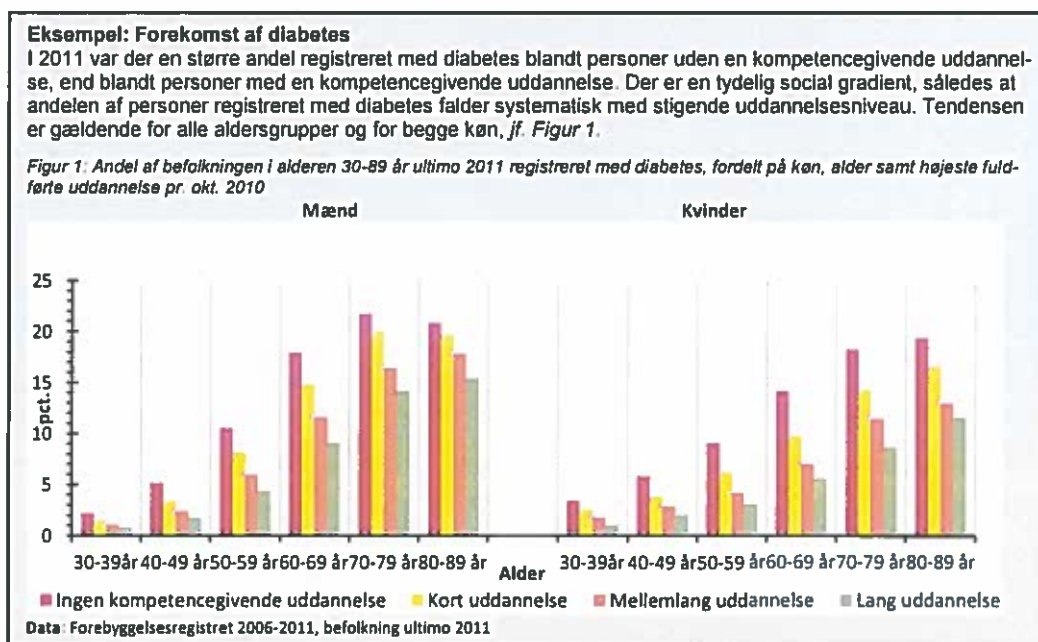
Udgives kun elektronisk - ISBN: 978-87-7601-351-6

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

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.



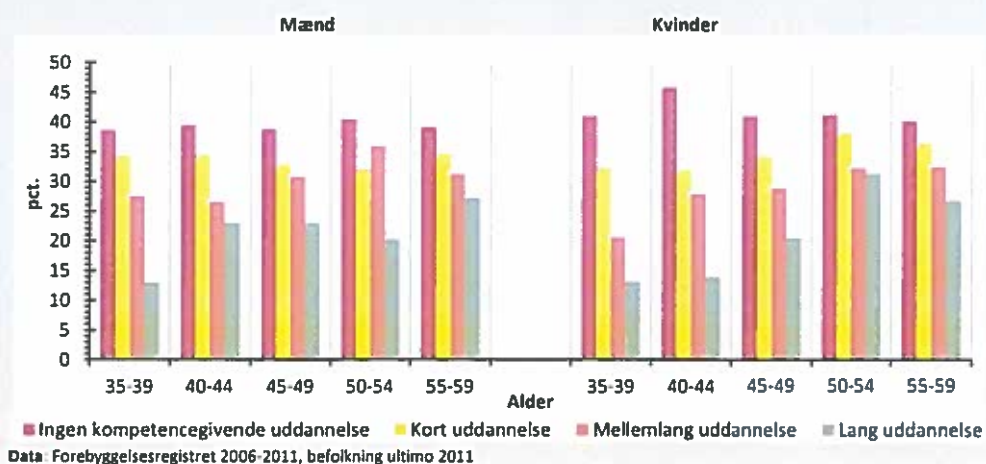
Kapitel 4 belyser eventuelle forskelle i tilknytningen til arbejdsmarkedet i perioden 2006-2011 blandt personer diagnosticeret med hhv. diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogleskørhed og depression i perioden 2007-2011, der alle var i arbejde i 2006. Opgørelserne viser følgende tendenser:

- 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.

Eksempel: Depression og arbejdsmarkedstilknytning

Blandt mænd og kvinder, der alle var i arbejde i 2006, er der en markant større andel af personer registreret med depression i 2007-2011, der ikke længere var i arbejde i 2011, i forhold til personer uden depression med samme uddannelsesniveau, køn og alder. Forskellen er størst for personer med korte uddannelser, og falder systematisk med stigende uddannelsesniveau, jf. Figur 2..

Figur 2. Forskel mellem andelen af personer med og uden depression, der var selvforsørgende i både 2006 og 2011, opdelt på uddannelse, alder og køn ultimo 2006



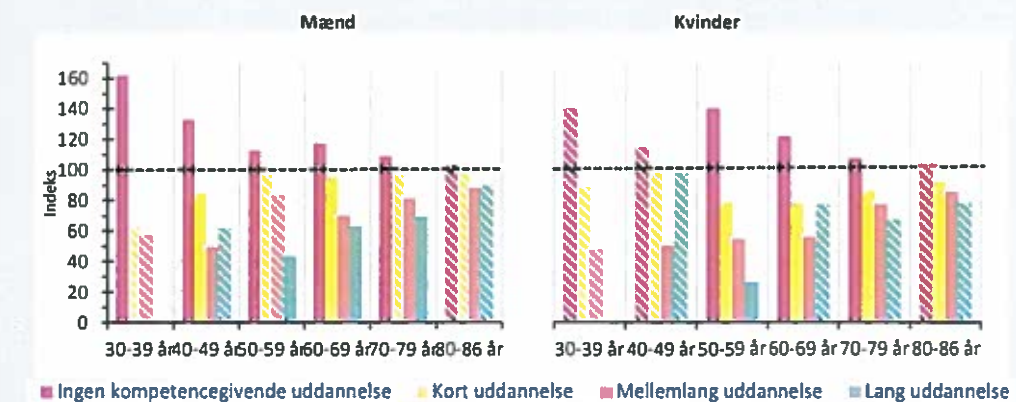
Kapitel 5 belyser eventuelle forskelle i dødelighed blandt patienter med diabetes, apopleksi, iskæmiske hjertesygdomme, KOL, knogle-skørhed, demens og depression, fordelt på køn, alder og uddannelsesniveau. Dødeligheden er beregnet for hver uddannelsesgruppe i forhold til den samlede dødelighed blandt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

- Mænd og kvinder registreret med diabetes, iskæmiske hjertesygdomme, KOL og knogle-skørhed, 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.