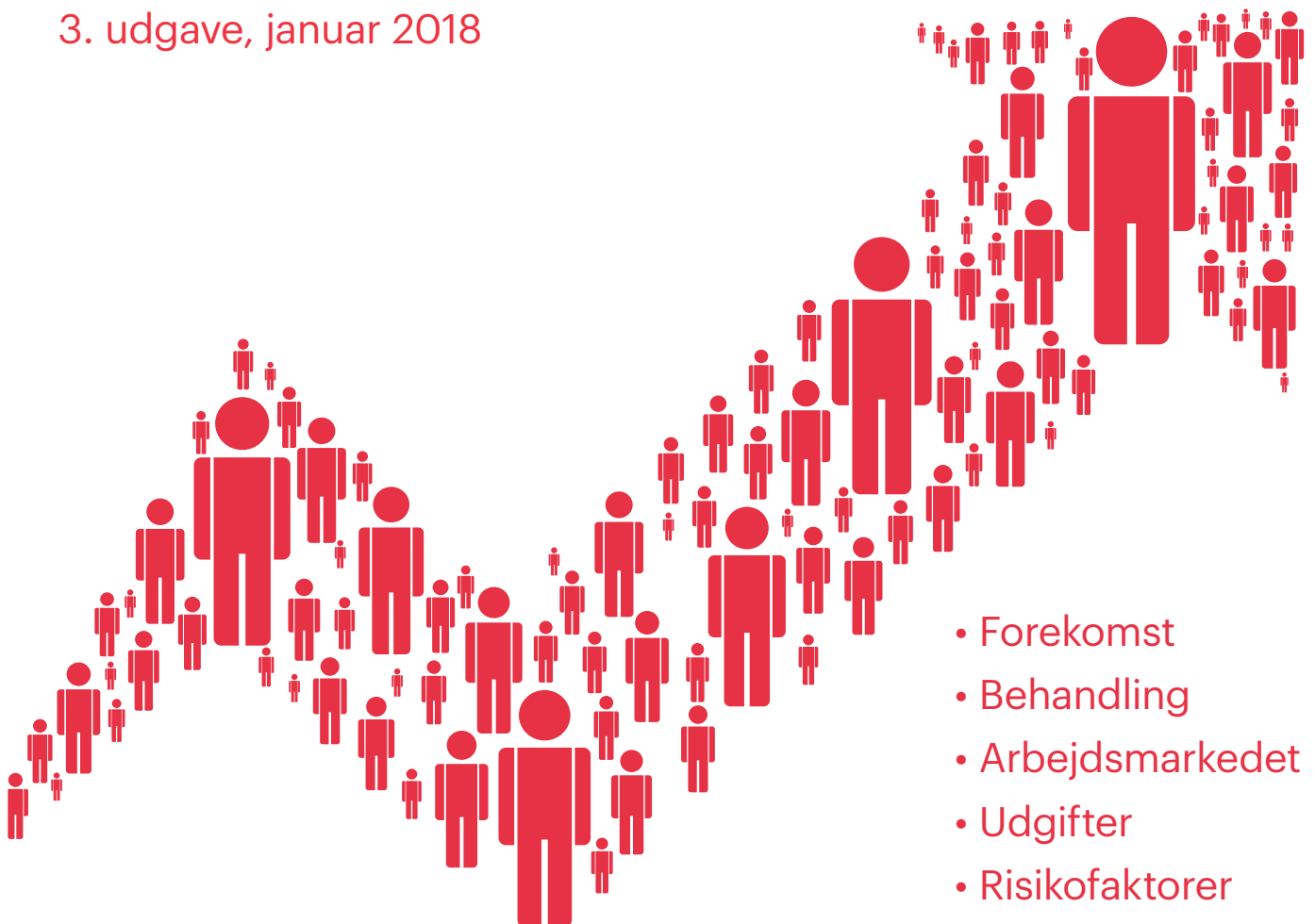


Nøgletal for gigtsygdomme

3. udgave, januar 2018



- Forekomst
- Behandling
- Arbejdsmarkedet
- Udgifter
- Risikofaktorer

Gigtforeningen

INDHOLDSFORTEGNELSE

INTRODUKTION	2
1: FOREKOMST	4
1.1: FOREKOMST Muskel- og skeletsygdomme set under et	5
1.2: FOREKOMST Artrose.....	7
1.3: FOREKOMST Leddegigt	9
1.4: FOREKOMST Rygsygdome.....	11
1.5: FOREKOMST Diagnoser på tværs af køn og alder.....	12
1.6: FOREKOMST Udvalgte diagnoser.....	13
1.7: FOREKOMST Smerter	14
1.8: FOREKOMST Multisygdome.....	16
1.9: FOREKOMST Gigt blandt ældre.....	17
2: BEHANDLING	19
2.1: BEHANDLING Indlæggelser og ambulante.....	20
2.2: BEHANDLING Alloplastik	22
2.3: BEHANDLING Biologisk medicin.....	23
2.4: BEHANDLING Medicinforbrug	24
2.5: BEHANDLING Træning	26
3: ARBEJDSMARKEDET	27
3.1: ARBEJDSMARKEDET Tilknytning ved rygsygdome.....	28
3.2: ARBEJDSMARKEDET Før tidspension	31
3.3: ARBEJDSMARKEDET Sygedage.....	32
3.4: ARBEJDSMARKEDET Ønsket om deltagelse	34
4: UDGIFTER	35
4.1: UDGIFTER Muskel- og skeletsygdomme – Tabt produktion	36
4.2: UDGIFTER Muskel- og skeletsygdomme – Offentlige kasser	38
4.3: UDGIFTER Ryg og artrose – Tabt produktion.....	39
4.4: UDGIFTER Ryg og artrose – Offentlige kasser.....	40
5: RISIKOFAKTORER	42
5.1: RISIKOFAKTORER Arbejdsmarkedet.....	43
5.2: RISIKOFAKTORER Overvægt og alkohol	44
5.3: RISIKOFAKTORER Rygning.....	46
BILAG 1:	47
BILAG 2:	48
SLUTNOTER	50

INTRODUKTION

Gigt omfatter mange – og ganske forskellige – diagnoser, men fælles for gigtsygdommene er, at de vedrører knogler, muskler, sener og led. Gigtsygdomme kaldes også sygdomme i bevægeapparatet, muskel- og skeletsygdomme eller reumatiske sygdomme. De hyppigste gigtsygdomme er artrose, også kaldet slidgigt, samt rygsygdomme som f.eks. diskusprolaps. Mange forbinder gigt med ældre mennesker, men gigtsygdomme rammer også yngre mennesker og børn. Det gælder f.eks. de mindre hyppige, men typisk alvorlige gigtsygdomme, som f.eks. børnegigt, Sjögrens syndrom og SLE/Lupus.

Formålet med indeværende rapport er at give en samlet præsentation af udvalgte tal fra forskellige kilder vedrørende muskel- og skeletsygdomme. De fleste af opgørelserne er of-

fentligt tilgængelige. Opgørelserne er udarbejdet efter forskellige metoder og med forskelligt datagrundlag, hvorfor der i bilagene gives et oprids af udvalgte kilders metode.

I rapportens kapitel 1 præsenteres forekomsten af de forskellige gigtsygdomme (tallene er samlet fra forskellige kilder og er bl.a. baseret på spørgeskemaundersøgelser og opslag i sygehusenes registre).

I kapitel 2 sættes fokus på behandling, herunder forbruget af sundhedsydelse. Nogle mennesker med gigt er i tæt eller jævnlig kontakt med sundhedsvæsenet – det kan f.eks. være i kontinuerlige ambulante forløb på sygehuset. Andre modtager alene medicinsk behandling eller har et behandlingsforløb hos kommunen.



Det er meget individuelt, hvordan en gigtsygdom påvirker den enkeltes arbejdssituation, men de færreste mennesker med gigt undgår sygdommelding i kortere eller længere tid, og nogle får behov for fleksjob eller førtidspension. Disse problemstillinger behandles i kapitel 3 under overskriften Arbejdsmarkedet. Sygdommene har store omkostninger for den enkelte såvel som for samfundet. Omkostninger for samfundet i form af udgifter til behandling, tabt arbejdsfortjeneste m.m. gennemgås i kapitel 4. For at undgå personlige omkostninger samt tabt arbejdsfortjeneste m.m. skal gigtsygdomme forebygges, hvor de kan – og risikofaktorer tages alvorligt. I kapitel 5 gennemgås udvalgte risikofaktorer.

Vær opmærksom på, at der fra Gigtforeningens første udgave fra oktober 2016, er foretaget to væsentlige ændringer samt tilføjet to underkapitler. Den første ændring er en opskrivning af leddegigtstallet. Årsagen til denne opskrivning skyldes, at Sundhedsdatastyrelsen har opdateret deres algoritme til beregning af forekomsten af leddegigt. Den anden ændring er tallet på den tilnærmede forekomst af urinsyregigt. Her er der kommet en ny opgørelse på antallet af personer med indløst recept på medicin mod urinsyregigt fra Sundhedsdatastyrelsen. De to nye underkapitler findes i afsnit 4, der omhandler udgifter.

GIGT ...

- ... kaldes også "sygdomme i bevægeapparatet", "muskel- og skeletsygdomme" eller "reumatiske sygdomme".*
- ... dækker over 200 diagnoser, hvor smerter i led, ryg eller muskler er fælles for næsten alle.*
- ... rammer ikke kun ældre mennesker. Yngre og børn får også gigt.*
- ... kan i nogle former - f.eks. leddegigt - kræve hurtig og effektiv behandling for at undgå varige ledskader.*
- ... kan i andre tilfælde bedst behandles med træning. Det oplever mange mennesker med slidgigt.*
- ... er ofte årsag til smerter, funktionsnedsættelse og træthed man ikke kan sove sig fra.*



1: FOREKOMST

Gigt består af over 200 forskellige diagnoser. Nogle af sygdommene giver ubehandlet så kraftige symptomer, at folk relativt hurtigt vil tage kontakt til deres læge med henblik på udredning. Andre sygdomme, som f.eks. osteoporose, kan man have i varierende grad uden at være generet. Sundhedsstyrelsen forventer således, at der er lige så mange, som går rundt med osteoporose uden at vide det, som personer der er diagnosticeret med sygdommen. Den samme tendens gør sig gældende for f.eks. artrose.

I dette kapitel gennemgås den tilnærmede forekomst af en lang række muskel- og skeletsygdomme. Da en fuldkommen eksakt opgørelse af antallet af personer med hver af de mere end 200 diagnoser ville kræve en undersøgelse af alle danskere, er det i sagens natur ikke muligt at opgøre forekomsten af alle sygdomme præcist.

En del af opgørelserne baseres på dataudtræk fra Landspatientregisteret (LPR) og således på alle de danskere, som har været i kontakt med sygehusvæsenet med relevante diagnoser. Det er desværre ikke muligt at finde oplysninger om diagnoser på de kontakter, der finder sted i almen praksis. Opgørelsen på baggrund af LPR er ikke fyldestgørende, men kan for flere diagnoser godtages som en tilnærmet forekomst.

Nogle gigtsygdomme er ikke behandlingskrævende i hospitalsregi, enten fordi sygdommene ikke kræver behandling, eller fordi denne kan håndteres i almen praksis. For disse sygdomsgrupper er der i indeværende kapitel benyttet andre kilder, som f.eks. Lægemedelstatistikregisteret, fagbøger eller artikler.





1.1: FOREKOMST | Muskel- og skeletsygdomme set under et

Det er umuligt nøjagtigt at sige, hvor mange der har gigt, idet der ikke findes et register over alle danskere og deres sundhedstilstand. Der er imidlertid forskellige opgørelser og metoder, man kan anvende for at nærme sig sygdommenes udbredelse. Den løsning Gigtforeningen har valgt, er at benytte et tal, som favner et tilfredsstillende antal sygdomme i samme opgørelse, og hvor vi ved, at diagnosen er noteret af en læge.

Gigtforeningen har valgt at henholde sig til en opgørelse af antallet af personer med muskel- og skeletsygdom fra Statens Serum Institut (SSI), hvor optællingen er baseret på udtræk fra de nationale registre. Det betyder, at der er

en vis sikkerhed for, at gigt diagnosen er stillet af lægefagligt personale.

Opgørelsen viser, at over 700.000 danskere, der i 2013 var over 18 år, har fået diagnosticeret en muskel- og skeletsygdom. Opgørelsen dækker alene udvalgte diagnoser (se bilag 1), hvorfor det specificeres, at der er tale om *over 700.000*.

I 2013 var der 5,6 mio. indbyggere i Danmark, og flere end 700.000 af disse havde altså gigt. 700.000 ud af 5,6 mio. svarer til hver 8., men eftersom der er tale om *flere end 700.000*, er der altså tale om, at *mere end hver 8. dansker* har gigt.



Over 700.000 danskere har fået diagnosticeret en muskel- og skeletsygdom.

Antallet af mennesker med gigt kan dække over mennesker, som har fået konstateret artrose i et enkelt led, uden at være generet af det, mens andre kan have leddegigt og være forpint af daglige smerter og funktionsnedsættelse. Statens Institut for Folkesundhed (SIF) har i en landsdækkende spørgeskemaundersøgelse stillet danskerne spørgsmål, som gør det muligt at illustrere omfanget af muskel- og skeletsygdom, smerter og funktionsnedsættelse. SIF har spurgt danskerne om de 1) har leddegigt, slidgigt, knogleskørhed eller diskusprolaps eller anden ryg sygdom. Herudover har de spurgt, om folk har været 2) meget generet af smerter inden for de seneste 14 dage og 3) har

meget besvær ved enten at "Gå 400 meter uden at hvile", "Gå op eller ned ad en trappe fra en etage til en anden uden at hvile" eller "Bære 5 kg". Personer, der har svaret ja til 1 og 2, 1 og 3 eller alle tre, er med i opgørelsen i tabel 1.

Undersøgelsen viser, at over 600.000 danskere, der selv svarer, at de har en muskel- eller skeletsygdom, er meget generet af smerter, og at ca. 270.000 har en muskel- og skeletsygdom og funktionsnedsættelse. Gruppen af danskere, der selv svarer, at de har en muskel- eller skeletsygdom og *både* smerter og funktionsnedsættelse tæller 213.000.

Tabel 1: Danskere med muskel- og skeletsygdom samt smerter og funktionsnedsættelse, 2013

Muskel- og skeletsygdom og gener	Personer
Muskel- og skeletsygdom og meget generet af smerter	615.000
Muskel- og skeletsygdom og helbredsrelateret funktionsnedsættelse	277.000
Muskel- og skeletsygdom, meget generet af smerter og helbredsrelateret funktionsnedsættelse	213.000

Kilde: Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015 – Statens Institut for Folkesundhed.



1.2: FOREKOMST | Artrose

Artrose – eller slidgigt – er en kronisk, såkaldt degenerativ ledsygdom, hvor brusken i leddet gradvist ødelægges. Symptomerne er smerter, stivhed og nedsat funktion i leddet.

Statens Serum Institut har opgjort antallet af voksne danskere med diagnosen artrose i Landspatientregisteret i perioden 1995-2013. Det kan både være personer, der har været behandlet for artrose og personer, der har været

i behandling for noget andet, men hvor artrose er registreret som bidiagnose. Gigtforeningen har valgt at henholde sig til denne kilde.

Opgørelsen viser, at over 300.000 danskere, der i 2013 var over 18 år, er diagnosticeret med artrose. Desværre er det ikke muligt at identificere personer, der alene er diagnosticeret i almen praksis.

FAKTA

Over 300.000 danskere er diagnosticeret med artrose.



Kilde: Indblik i Sundhedsvæsnets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

Nogle lever fint med artrose og føler sig ikke syge. For andre medfører artrosen voldsomme smerter, og sygdommen påvirker både funktionsevne, mobilitet, søvn og således også livskvaliteten. SIF har kombineret flere af svarene fra en spørgeskemaundersøgelse (SUSY 2013) og herved identificeret antallet af voksne danskere, der har svaret ja til følgende tre spørgs-

mål 1) at have slidgigt (artrose), 2) at være meget generet af smerter inden for de seneste 14 dage og 3) at have meget besvær med at gå 400 meter uden hvile, gå op eller ned ad trapper fra en etage til en anden uden hvile eller bære 5 kg. Opgørelsen viser, at 150.000 danskere selv oplyser, at de har artrose, er generet af smerter og har problemer med at gå eller bære.



FAKTA
***150.000 danskere
oplyser, at de har
artrose, er generet af
smerter og har
problemer med at gå
eller bære.***

Kilde: Statens Institut for Folkesundhed, særkørsel for Gigtforeningen, på SUSY 2013.



1.3: FOREKOMST | Leddegigt

Leddegigt er en betændelsesreaktion i leddene, der skyldes ændringer i immunsystemet. Leddegigt kaldes en autoimmun sygdom, fordi kroppens immunsystem – der ellers beskytter os mod infektioner og andre sygdomme – begynder at opfatte raske celler i leddene som fremmede og derfor sender antistoffer ud for at angribe de raske celler. Herved opstår betændelse i leddene, som hæver, bliver varme og gør ondt. Hurtig behandling er vigtig for at undgå, at betændelsen medfører varig ledødelæggelser.

Leddegigt er en kronisk sygdom. Det vil sige, at man skal leve med sygdommen resten af livet – vekslende mellem gode og dårlige perioder.

I Sundhedsdatastyrelsens Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme kan antallet af personer med leddegigt estimeres på baggrund af opslag i Landspatientregisteret og Lægemedelstatistikregisteret.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsen (eSundhed) var der i 2015 registreret 48.200 personer på 15 år eller derover med leddegigt – således er der næsten 50.000 danskere med leddegigt.



FAKTA

Næsten 50.000 danskere har leddegigt.

Kilde: Sygdomsforekomst – Tabel, leddegigt, eSundhed, Sundhedsdatastyrelsen.

Lægerne kender ikke den præcise årsag til, at nogle mennesker får leddegigt, men både arvelighed, livsstil og andre udefrakommende faktorer spiller ind.

Sygdommen kan debutere i alle aldre, men typisk i perioden 30-60 år, altså når folk er midt i livet.

Ifølge årsrapporten (2016) fra den kliniske kvalitetsdatabase DANBIO er der registreret 1.476 nydiagnosticerede tilfælde af leddegigt i 2015. Statens Serum Institut finder langt over det dobbelte, og DANBIO angiver selv, at tallet skønnes at være mellem 1.600 og 1.900.

Gigtforeningen anslår således, at der er mere end 1.400 nye tilfælde af leddegigt hvert år, hvilket svarer til mere end 3 nye tilfælde hver dag.



FAKTA

Der er mere end 1.400 nye tilfælde af leddegigt hvert år - det svarer til mere end 3 nye tilfælde hver dag.

Kilde: DANBIOS årsrapport 2016 s.76, samt egne beregninger.



1.4: FOREKOMST | Rygsygd

Rygsygd dækker over mange forskellige diagnoser og tilstande – fra inflammatoriske gigtsygdomme til diskusprolaps.

SIF har i SUSY 2013 spurgt danskerne, om de har diskusprolaps eller anden rygsygd. De finder, at ca. 522.000 voksne danskere svarer ja til at have "Diskusprolaps eller anden rygsygd".

Statens Serum Institut har ved opslag i sygehuse-nes registreringsystemer opgjort, hvor mange der har været på sygehuset og er registreret med en af en række udvalgte ryglidelser. Tallet ligger noget under det selvrapporterede antal opgjort af SIF, men tæller ikke personer, som kun har været hos praktiserende læge eller speciallæge med sygdommen.

Gigtforeningen anslår således at:

**Ca. en halv million
danskere har
en rygsygd.**





1.5: FOREKOMST | Diagnoser på tværs af køn og alder

Sundhedsministeriet har på baggrund af udtræk fra Landspatientregisteret identificeret danskere, som er diagnosticeret med hhv. udvalgte rygsgygdomme, artrose (slidgigt) og leddegigt.

Forekomsten på aldersintervaller fremgår af tabel 2 og 3. Der kan i inddelingen på alder være en bias forbundet med det faktum, at udvælgelsen er sket på baggrund af kontakt til sygehuset. Der vil med alderen være en stigende sandsynlighed for, at en borger har været på sygehuset, og sandsynligheden for at være medtaget i opgørelsen må således forventes stigende med alderen. Af tabel 2 fremgår det,

at forekomsten af artrose både blandt mænd og kvinder er stigende med alderen (for de her inddelte aldersintervaller). Således er under 1 procent af mænd og kvinder mellem 18 og 39 år diagnosticeret med artrose, mens det gælder mere end 20 procent af de ældre på 85 år og derover.

Forekomsten af udvalgte rygsgygdomme er lidt større end forekomsten af artrose. Det ses, at også forekomsten her er stigende med alderen – for kvinder dog kun op til aldersgruppen 65-84 år. Herefter falder forekomsten, jf. tabel 2. Forekomsten af leddegigt følger samme mønster som rygsgygdommene, jf. tabel 3.

Tabel 2: Andel af hhv. mænd og kvinder over 18 år med udvalgte muskel- og skeletsgygdomme fordelt på aldersgrupper i 2013, procent

	Udvalgte rygsgygdomme		Artrose	
	Mænd	Kvinder	Mænd	Kvinder
18-39 år	4,5	5,0	0,8	0,6
40-64 år	12,3	12,4	6,4	7,1
65-84 år	12,6	13,6	16,4	20,5
85+ år	11,6	15,2	20,2	26,4
Gennemsnit	9,6	10,3	6,6	8,4

Kilde: Figur 131, Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

Tabel 3: Andel af hhv. mænd og kvinder over 18 år med leddegigt, fordelt på aldersgrupper, 2015, procent

	Leddegigt	
	Mænd	Kvinder
15-39 år	0,2	0,4
40-64 år	0,6	1,5
65-84 år	1,5	2,9
85+ år	1,6	2,5
I alt	0,6	1,4

Kilde: Gigtforeningens beregninger på baggrund af forekomsten af leddegigt fra eSundhed (Sundhedsdatastyrelsen/Sundhedsministeriet), samt befolkningstal hentet fra Statistikbanken.dk.

Note: At forekomsten på eSundhed er afrundet til hele hundrede betyder, at der er en mindre usikkerhed i de her angivne andele.



1.6: FOREKOMST | Udvalgte diagnoser

Muskel- og skeletsygdomme eller gigt er en af de mest udbredte kroniske sygdomsgrupper i Danmark. Gigt dækker over 200 diagnoser. Typiske eksempler er artrose (slidgigt), ryglidelser og leddegigt. Mange tror, at det kun er ældre mennesker, der får gigt, men gigt ses også hos yngre mennesker og børn. Ca. 1.200 børn i Danmark lever med børnegigt.

Af tabel 4 fremgår forekomsten af udvalgte gigtsygdomme. Der er ingen diagnoser, for hvilke den eksakte forekomst er tilgængelig. Derfor viser tabel 4 den tilnærmede forekomst for en del sygdomme blandt mennesker med

kontakt til sygehusene (over varierende årrækker). For andre diagnoser er der tale om en opgørelse af antallet af personer, der har indløst recept på et givet medikament. For osteoporose er der tale om et skøn fra Sundhedsstyrelsen. Dette og kilderne til de øvrige tal kan ses i kildeoversigten bilag 2.

Mange mennesker med gigt har flere forskellige diagnoser. I opgørelsen i tabel 4 fremgår disse personer under hver diagnose – og altså flere gange. Samlet set har over 700.000 danskere en eller flere muskel- eller skeletsygdomme.

Tabel 4: Tilnærmet forekomst af udvalgte gigtsygdomme

Sygdom (-sområde)	Tilnærmet forekomst	For metode og kilde, se pågældende notenummer i bilag 2
Muskel og skeletsygdom	Over 700.000	1
Rygsygdom	Ca. 500.000	4
Artrose	Over 300.000	1 ^a
Osteoporose	Over 300.000	7
Inflammatorisk gigt	Over 100.000	8
Urinsyregigt	Ca. 60.000	3
Leddegigt	Næsten 50.000	10
Psoriasisgigt	Over 25.000	9
Morbus Bechterew – Gigt i rygsøjlen	Over 5.600	2
Bindevævsygdomme	Ca. 3.000	2
Vaskulitis	Ca. 3.000	2
Lupus	Ca. 1.800	2
Børnegigt	Ca. 1.200	6
Sclerodermi/Systemisk sklerose	Ca. 1.200	5
Wegeners granulomatose	Ca. 800	5
Dermatopolymyositis	Over 700	5

^a: En del personer med artrose vil alene have været i kontakt med primærsektoren og tæller så ikke med i dette tal.

Note: Tallene i tabellen kan ikke lægges sammen idet patienterne kan tælle med flere steder.



1.7: FOREKOMST | Smerter

Rigtig mange danskere har inden for de seneste uger oplevet at have smerter i muskler eller skelet. For en stor dels vedkommende vil der være tale om forbigående smerter, mens det for andre er langvarige eller hyppigt tilbagevendende smerter. I "Muskel- og skeletlidelser i Danmark, Nøgletal 2015" fra Statens Institut for Folkesundhed fremgår det, at ca. 600.000

danskere selv oplyser, at de har en muskel- og skeletsygdom og har været meget generet af smerter inden for de seneste 14 dage. For en del af disse danskere vil der være tale om smerter, som er overstået i løbet af et par dage – men for andre er det smerter, som står på meget længere end de 14 dage.

SMERTE

Omkring hver femte voksne dansker har smerter, der står på i 6 måneder eller mere – den hyppigste årsag til disse smerter er muskel- og skeletsygdom.

Det anslås, at over 400.000 danskere har en muskel- og skeletsygdom og kroniske smerter.

Kilde: Sjøgren P, Ekholm O, Peuckmann V, Grønbæk M. Epidemiology of chronic pain in Denmark: an update. Eur J Pain 2009;13:287-92 og egne beregninger.

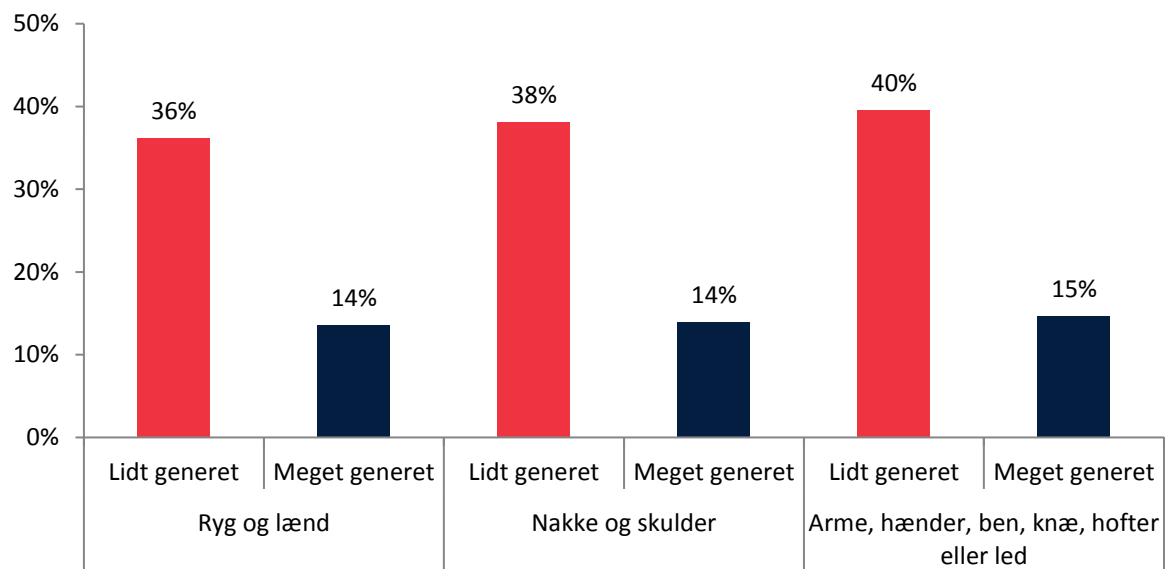
I en artikel publiceret i 2009, baseret på besvarelsen af spørgsmålet "Do you have chronic/longlasting pain lasting 6 months or more?" (2005) konkluderes det, at ca. 20 procent af den voksne danske befolkning har kroniske smerter (6 mdr. +), og at "...*musculoskeletal diseases (66.8 %) were the most common cause for chronic pain...*". På baggrund af oplysningerne i artiklen kan det anslås, at ca. 10

procent af befolkningen har muskel- og skeletsygdom og kroniske smerter, eller at 66,8 procent af personer med muskel- og skeletsygdom har kroniske smerter. 10 procent af befolkningen i 2005 svarer til over 400.000 personer. 66,8 procent af personer med muskel- og skeletsygdom (over 700.000) svarer også til over 400.000 personer.

Smerter er fællesnævneren for de allerfleste gigtsygdomme og et udbredt problem i befolkningen. Således har halvdelen af befolkningen inden for de seneste 14 dage været meget eller

lidt generet af smerter i ryg eller lænd, mens 55 procent har været lidt eller meget generet af smerter i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led.

Figur 1: Personer lidt eller meget generet af smerter, fordelt på kropsdele, 2013, procent



Kilde: Statens Institut for Folkesundhed og egne beregninger.

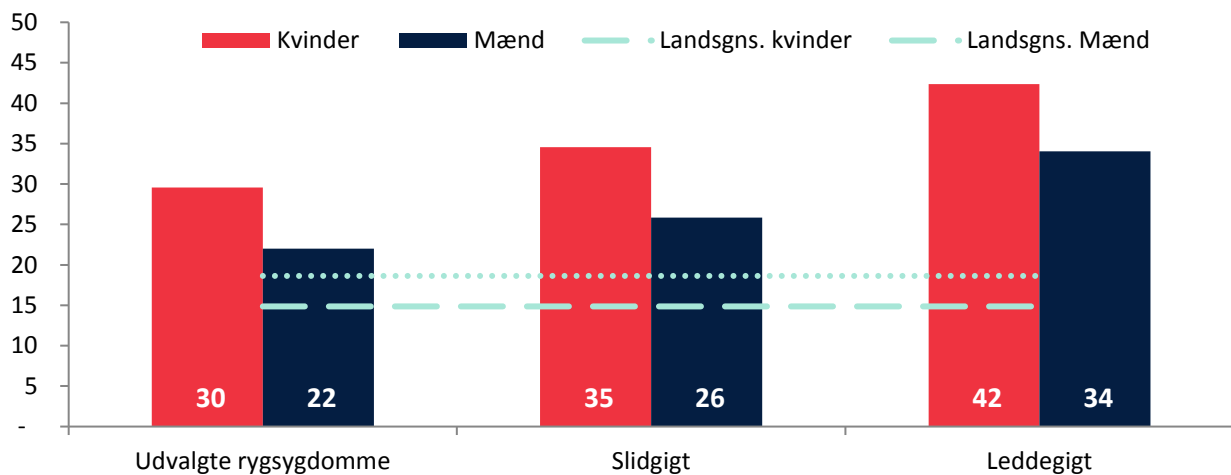


1.8: FOREKOMST | Multisygdom

I Danmark har ca. 19 procent af kvinderne og 15 procent af mændene flere samtidige kroniske sygdomme, også kaldet multisygdom eller komorbiditet. Statens Serum Institut har opgjort dette og hvor stor en andel af personer med tre udvalgte muskel- og skeletsygdomme, der har flere samtidige kroniske sygdomme. De andre samtidige sygdomme, der er tjekket for i opgørelsen, er KOL, osteoporose, diabetes type 1 og 2, demens og astma.

Blandt de tre er hyppigheden af anden sygdom størst blandt personer med leddegigt. Ca. 34 procent af mændene og 42 procent af kvinderne med leddegigt har også en anden kronisk sygdom. For personer med artrose eller ryg sygdom er hyppigheden noget lavere, men for begge sygdomme er både mænd og kvinder oftere ramt af anden kroniske sygdom end gennemsnitsdanskeren.

Figur 2: Forekomsten af flere samtidige kroniske sygdomme. På tværs af grupperne af personer med udvalgte muskel- og skeletsygdomme, 2013, procent



Kilde: Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015 (figur 133), Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

Note: KOL, osteoporose, diabetes type 1 og 2, demens og astma.

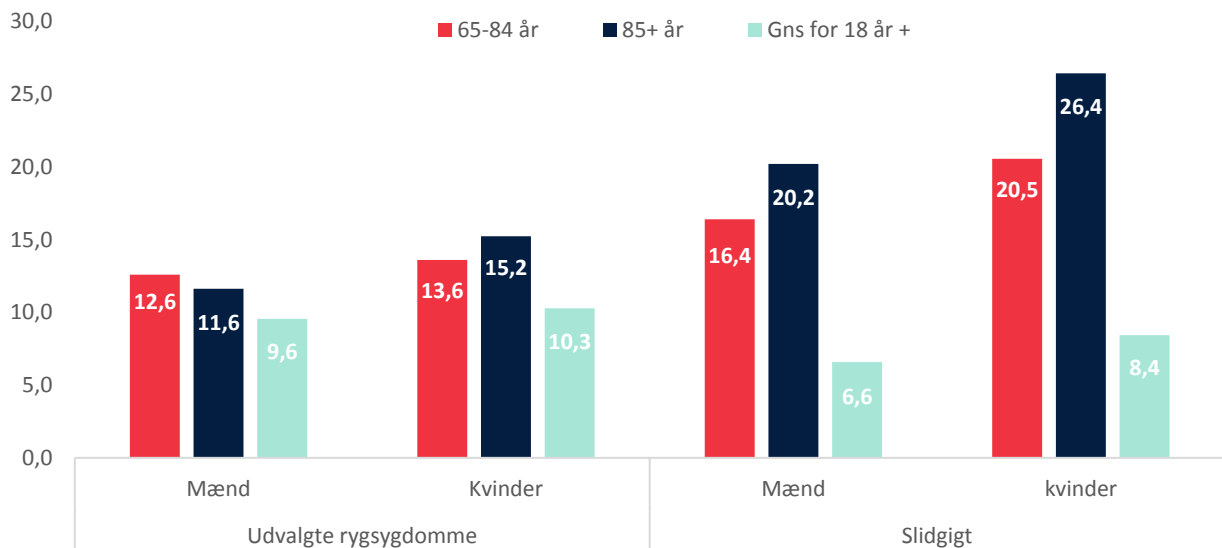


1.9: FOREKOMST | Gigt blandt ældre

Gigt kan ramme mennesker i alle aldersgrupper, men forekomsten af gigt er størst blandt de ældre. For slidgigt (artrose) er forekomsten over 20 procent for mænd og over 25 procent for kvinder i alderen 85 år+.

Landsgennemsnittet er hhv. 6,6 procent og 8,4 procent. I aldersgruppen 65-85 år har næsten 13 procent af mænd såvel som kvinder en ryg sygdom, mens over 16 procent af mændene og over 20 procent af kvinderne har slidgigt (artrose), jf. figur 3.

Figur 3: Forekomst af udvalgte muskel- og skeletsygdomme blandt personer 65+ år, 2013, procent



Kilde: Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

SIF udgav i 2015 en nøgletalspublikation på muskel- og skeletområdet, som blandt andet afdækkede udbredelsen af smerter. Opgørelserne viste, at blandt ældre over 65 år var lidt færre end landsgennemsnittet "lidt generet" af smerter i ryg og lænd, mens andelen der var "meget generet" af smerter i dette område

var højere end landsgennemsnittet jf. tabel 5. Hvad angik smerter eller ubehag i arme, hænder, ben, knæ, hofter eller led, var andelen, der svarede ja til at være "lidt generet" og "meget generet" af sådanne smerter, væsentlig over landsgennemsnittet.

Tabel 5: Forekomsten af smerter eller ubehag blandt 65+ år og befolkningen som helhed, 2013, procent

Smerter eller ubehag i -		Lidt generet		Meget generet	
		65+ år	Gns.	65+ år	Gns.
Ryg eller lænd	Mænd	33	36	12	11
	Kvinder	35	36	19	16
Arme, hænder, ben, knæ, hofter og led	Mænd	44	38	16	12
	Kvinder	44	41	23	17

Kilde: "Muskel- og skeletlidelser i Danmark. Nøgletal 2015", Statens Institut for Folkesundhed, SUSY 2013.

De præsenterede resultater viser, at muskel- og skeletsygdom såvel som smerter er en stor udfordring i forhold til at sikre livskvalitet og selvhjulpenhed i den ældre befolkning. Dette underbygges endvidere af tal fra *The Institute*

for Health Metrics and Evaluation, som peger på, at muskel- og skeletsygdom er den væsentligste enkeltstående årsag til *Years Lived with Disability* (YLD) for den ældre del af befolkningenⁱ.



2: BEHANDLING

Kontakten til sundhedsvæsenet varierer utrolig meget på tværs af gigt diagnoser.

Nogle sygdomme forudsætter tæt og jævnlig kontakt med en reumatologisk afdeling på et sygehus, mens andre udelukkende behandles hos praktiserende læge eller med træning i kommunalt regi.

En del mennesker med bl.a. psoriasisgigt og leddegigt får biologisk medicin. På nuværende tidspunkt kræves det, at disse patienter møder op på sygehuset – enten for at modtage behandling med medicinen eller for at få udleveret den til hjemmeinjektion. For patienter, der modtager biologisk behandling, kan det indebære ambulante besøg f.eks. en gang om måneden – altså over 10 kontakter årligt.

Udover den behandling, som mennesker med gigt åbenlyst kan have behov for, er der med nogle sygdomme også en forhøjet risiko for andre følgesygdomme. Det betyder, at nogle f.eks. kan have et højere antal sygehusindlæggelser end gennemsnittet, selv når der renses for de kontakter, der vedrører gigt-diagnosen.

I det følgende kapitel gennemgås forbruget af udvalgte sundhedsydelser for udvalgte diagnoser. Hertil kommer en opgørelse af brugen af NSAID, hvor personer i opgørelsen imidlertid ikke nødvendigvis har gigt og kan have indløst recept på NSAID af andre årsager.





2.1: BEHANDLING | Indlæggelser og ambulante

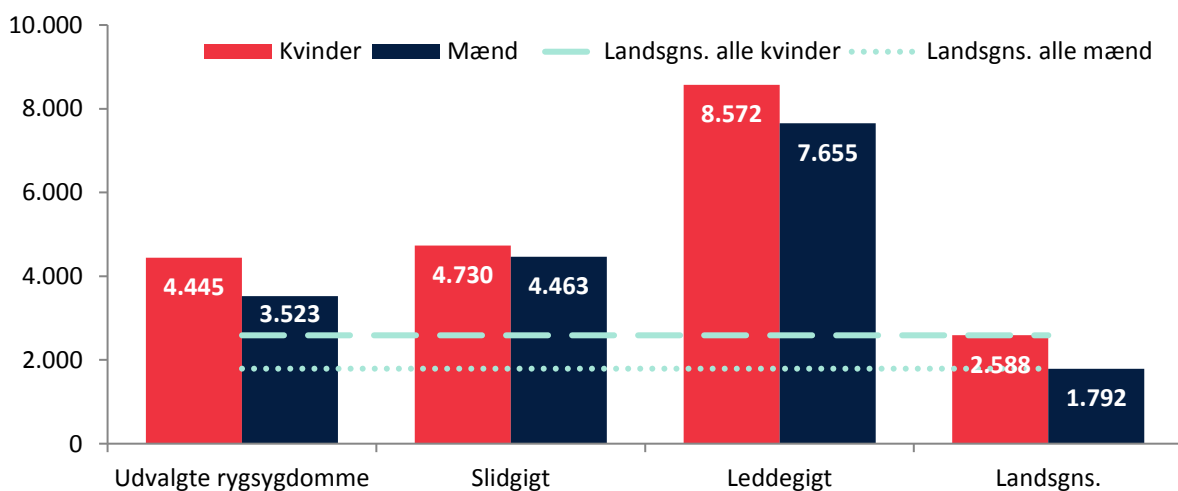
Næsten halvdelen af den danske befolkning har inden for et år kontakt til et af landets sygehuse – enten i form af et besøg på en skadestue, et ambulante besøg eller en indlæggelseⁱⁱ. Hyppigheden og omfanget af disse kontakter varierer imidlertid meget. Ser man på tværs af kønnene, bliver mænd generelt oftere indlagt, mens kvinder har flere ambulante besøg.

For mennesker med rygsygdom, slidgigt (artrose) eller leddegigt har kvinderne, som for gennemsnittet, også flere ambulante besøg pr. 1.000, end mændene har. Det hyppigste antal ambulante besøg ses for gruppen af personer

med leddegigt, jf. figur 4. Mennesker med leddegigt har ca. fire gange så mange kontakter som landsgennemsnittet og ca. dobbelt så mange som mennesker med rygsygdomme og artrose.

Den medicinske behandling af mennesker med leddegigt foregår primært på sygehusene, og patienterne vil da være tilknyttet sygehusene i ambulante forløb. Patienter med f.eks. rygsygdom eller artrose behandles kun på sygehuset i kortere perioder, f.eks. i forbindelse med operation. Mønstret i figur 4 er således ikke overraskende.

Figur 4: Antal ambulante besøg pr. 1.000 kvinde hhv. mand, med udvalgte muskel- og skeletsygdomme i 2013

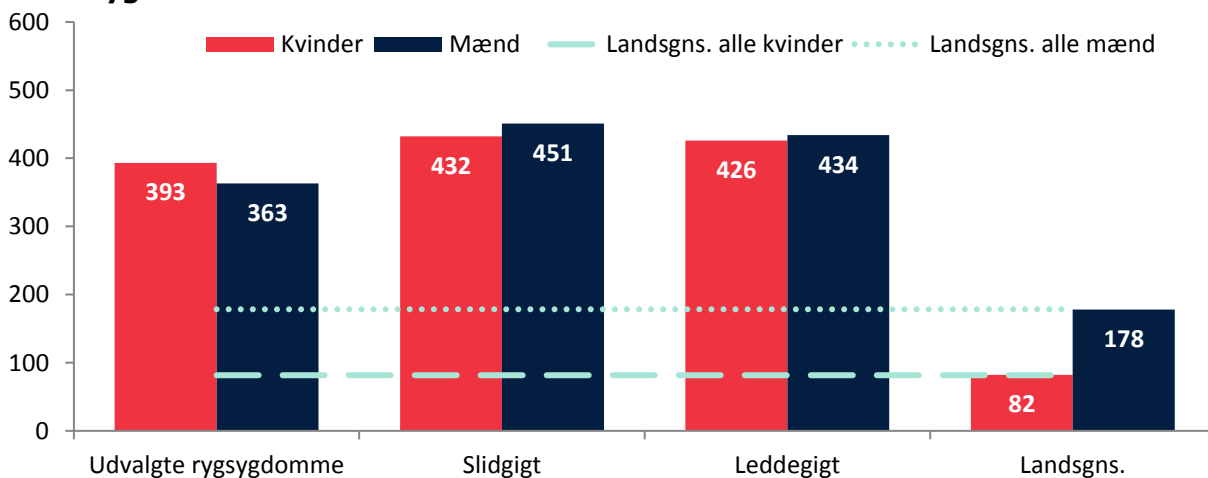


Kilde: Tabel 141, Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

Mænd med udvalgte ryg sygdomme, artrose og leddegigt har flere end dobbelt så mange indlæggelser som gennemsnittet, mens kvinder med tilsvarende sygdomme har fire gange så mange indlæggelser som gennemsnittet for deres køn, jf. figur 5. Særligt for tallene vedrørende artrose, skal det holdes for øje, at forekomsten af artrose stiger med alderen. Således

vil gennemsnitsalderen blandt de personer, der er repræsenteret i disse søjler, formentlig være højere end gennemsnitsalderen blandt personerne bag samtlige indlæggelser (landsgennemsnittet). Alderen alene vil således bidrage til en øget hyppighed af indlæggelser.

Figur 5: Antal indlæggelser pr. 1.000 kvinde hhv. mand, med udvalgte muskel- og skeletsygdomme i 2013



Kilde: Tabel 140, Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut.

Note: Ifølge Indblik i Sundhedsvæsenets Resultater 2014, SSI, var der i 2013 tale om 199 indlæggelser pr. 1.000 borger for den samlede befolkning. Ifølge Indblik i Sundhedsvæsenets Resultater 2015, var der i 2013 tale om 82 pr. 1.000 kvinde og 178 pr. 1.000 mand. Det har ikke været muligt at finde årsagen til denne forskel.



2.2: BEHANDLING | Alloplastik

Mange mennesker med artrose i hofte eller knæ oplever, at patientuddannelse og målrettet træning kan være tilstrækkeligt til at reducere deres smerter og funktions-nedsættelse til et tåleligt niveau. Der er imidlertid også nogle, for hvem dette ikke er tilstrækkeligt. Derfor tilbydes de en operation i form af indsættelse af et kunstigt led – hyppigt i knæ eller hofte. Der blev i hhv. 2015 og 2016 gennemført ca. 20.000 indsættelser af kunstige knæ- eller hofteled, hvor af en del var udskiftninger, fjernelser eller tilføjelser af komponenter i en

allerede indsat protese (jf. *Dansk hoftealloplastikregister og Dansk knæalloplastikregister*).

Langt størstedelen af disse operationer skyldes artrose, men kan også have andre årsager som f.eks. leddegigt.

Opgørelsen af knæalloplastik dækker operationer indberettet til LPR og/eller Dansk knæalloplastikregister (DKAR), mens opgørelsen af hoftealloplastikker alene dækker indberetninger til Dansk hoftealloplastikregister (DHR).

KNÆALLOPLASTIK

I 2015 blev der foretaget^a

9.561

indsættelser af kunstige knæ.

KILDE: DKAR, Årsrapport 2016.
a: Indberetninger til LPR og/eller DKAR

HOFTEALLOPLASTIK

I 2016 blev der registreret^b

10.413

førstegangssindsættelser af kunstige hofter.

Hertil kommer

1.440

revisioner – det vil sige udskiftning, fjernelse eller tilføjelse af hofteprotesekomponenter.

KILDE: DHR, Årsrapport 2017.
b: Alene indberetninger til DHR



2.3: BEHANDLING | Biologisk medicin

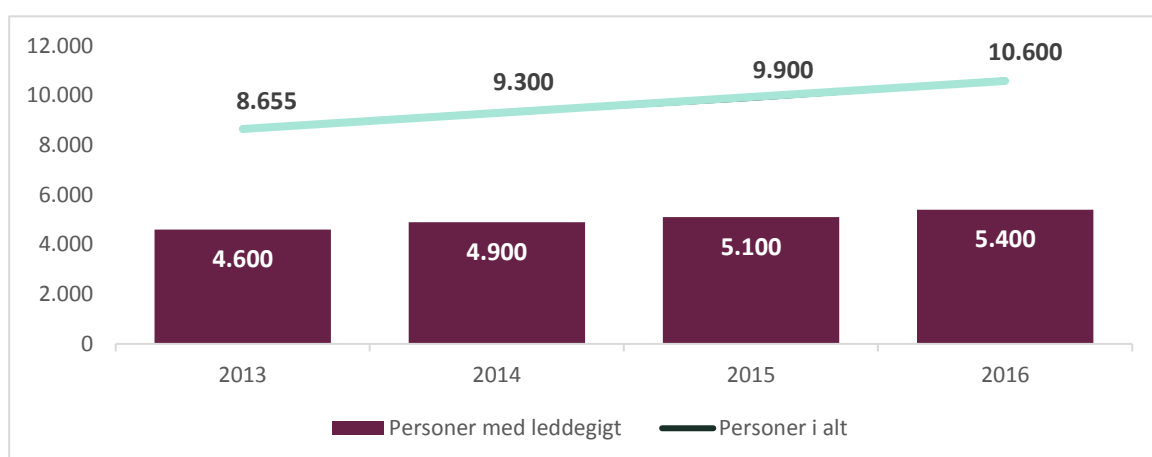
Biologiske lægemidler er fremstillet ud fra et biologisk materiale eller ved gen-teknologiske metoder og har ofte en mere kompliceret opbygning end syntetiske lægemidler. Biologisk medicin bruges til behandling af inflammatoriske (betændelsesagtige) gigtsygdomme som leddegigt, psoriasisgigt, morbus Bechterew (rygsøjlegigt) og børnegigt.

Præparaterne bruges, hvis behandling med de traditionelle betændelsesdæmpende lægemidler ikke virker eller ikke tåles af patienten.

I 2015 blev de første kopipræparater af biologiske lægemidler taget i brug i Danmark. Brugen af disse indgår på lige fod med de originale præparater i opgørelsen fra DANBIO i figur 6.



Figur 6: DANBIOs registrering af voksne i behandling med biologisk medicin i løbet af hvert af årene 2012-2016. Personer med leddegigt hhv. personer i alt.



Kilde: DANBIO, Årsrapport 2013 (s.61), 2014 (s.55), 2015 (s. 86) og 2016 (s. 94).

Note: Bemærk dækningsgraden i DANBIO ikke er fuldkommen. Der er således personer i biologisk behandling som ikke tælles med her. Ifølge Årsrapport 2016 var dækningsgraden ca. 98 procent i 2016.



2.4: BEHANDLING | Medicinforbrug

Der findes mange typer af gigt og mange forskellige typer af medicin til at behandle og lindre gigtsygdomme med. Hvilken medicinsk behandling, der igangsættes, afhænger af den konkrete gigtsygdom og dens sværhedsgrad. For mennesker med inflammatorisk (betændelsesagtig) gigtsygdom som leddegigt, psoriasisgigt eller Morbus Bechterew er det vigtigste mål med medicinen at dæmpe ledbetændelsen for at forhindre ledskeer.

Mange med inflammatorisk gigt vil have oplevet at få methotrexat (som bruges i behandlingen af leddegigt, psoriasisgigt og en række andre led- og bindevævssygdomme, samt til behandling af visse kræftformer og psoriasis). Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at over 27.000 danskere indløste recept på methotrexat i 2016, jf. tabel 6. Tallet har været svagt stigende gennem de seneste mange år. Tabel 6 viser også, at over 60.000 danskere indløste i 2016 recept på medicin mod urinsyregigt.

Tabel 6: Antal personer, der har indløst recept på udvalgte præparater, 2014, 2015 og 2016

Medicinforbrug	Personer i alt		
	2014	2015	2016
Antiinflammatoriske og antireumatiske midler (M01)	796.054	805.353	800.143
Midler mod urinsyregigt (M04)	52.530	55.112	60.390
Methotrexat (L04AX03)	27.134	27.766	27.801

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen via Medstat.dk. Antal personer der har indløst recept på præparatet i løbet af 2014, 2015 og 2016. Alene personhenførbart salg. Tallet af opgjøret for salg i primærsektoren.

Note: M01 dækker over svage analgetika, NSAID, DAMRD, glykokortikoider og biologisk medicin (biologisk medicin udleveres alene af sygehuset og vil ikke optræde her).

NSAID er en forkortelse af Non-Steroide Antiinflammatoriske midler og dækker over en gruppe betændelsesdæmpende stoffer, som ikke indeholder binyrebarkhormon. Stofferne har en vis dæmpende virkning på gigtbetændelse, men ingen indflydelse på sygdommens

forløb og må betragtes som ren symptombehandling. Nogle typer af NSAID er under mistanke for at øge risikoen for hjerte-kar-sygdomme, hvorfor der er særlig opmærksomhed knyttet til brugen af disse midler.

Tal fra Sundhedsdatastyrelsen viser, at 800.000 danskere i 2015 indløste recept på et NSAID, jf. tabel 7. NSAID kan bruges ved andet end muskel- og skelet sygdomme, og det er således ikke givet, at dette er indikationen for alle brugere.

De fleste mennesker kan i perioder opleve at måtte indløse recepter på flere forskellige lægemidler inden for kort tid. Dette er udbredt blandt mennesker med gigt.

En opgørelse fra Apotekerforeningen (tabel 8) viser, at blandt brugere af methotrexat har 64 procent indløst recept på mere end 5 forskellige lægemidler i løbet af 2014 og 9 procent har

indløst recept på mere end 15 slags medicin i samme periode. Methotrexat bruges i behandlingen af bl.a. inflammatorisk gigt, men også til f.eks. psoriasis og visse kræftformer.

Blandt mennesker med urinsyregigt har 74 procent indløst recept på mere end 5 andre præparater, og mere end hver 7. har indløst recept på mere end 15 præparater.

Hos personer, der har indløst recept på antiinflammatoriske og antireumatiske midler, har 8 procent alene indløst recept på et enkelt lægemiddel, mens ca. halvdelen har indløst recept på mellem 2 og 5.

Tabel 7: Antal personer der har indløst recept på NSAID, 2010-2015

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
NSAID – lægemidler	777.438	768.089	731.541	719.584	790.624	800.831

Kilde: Medstat.dk. Findes under Lægemiddelgrupper - "Smertestillende lægemidler" - "NSAID".

Note: Dækker kun salg af receptmedicin. NSAID-lægemidler dækker her gruppen M01A med undtagelse af M01AX05 (glykosamin). Cremer o.lign. til udvortes brug tæller ikke med.

Tabel 8: Danskere med indløst recept på udvalgte lægemidler - fordelt efter antallet af medikamenter de har indløst recept på i løbet af 2014

	Antiinflammatoriske og antireumatiske midler		
	(M01)	Urinsyregigt (M04)	Methotrexat (L04AX03)
1 slags medicin	8 %	3 %	2 %
2-5 slags medicin	49 %	24 %	34 %
6-10 slags medicin	29 %	36 %	38 %
11-15 slags medicin	10 %	23 %	17 %
Over 16 slags medicin	4 %	15 %	9 %
I alt	100 %	100 %	100 %

Kilde: Apotekerforeningen.

Note: Opgørelsen viser hvor mange forskellige lægemidler (lægemiddelstoffer/ATC-koder), som en patient er i behandling med i.e. har indløst mindst én recept på i løbet af en 12 måneders periode). M01 dækker over svage analgetika, NSAID, DAMRD, glykokortikoider og biologisk medicin (biologisk medicin udleveres alene af sygehuset og vil ikke optræde her).



2.5: BEHANDLING | Træning

Motion er helt vitalt for alle menneskers sundhed, men for mennesker med muskel- og skeletsygdom er der også tale om, at træning skal anskues som behandling. Det gælder bl.a. for mennesker med artrose. Forsøg med træning efter GLA:D-konceptetⁱⁱⁱ har vist, at træning kan forbedre deltagernes funktionsevne og mindske smerterne – det vil sige netop de symptomer, som sygdommen giver. En analyse af artrose-skoler i Sverige har vist, at når der regnes i udgift pr. kvalitetsjusteret leveår, er træning langt billigere end kirurgisk behandling, hvor hoftelæddet udskiftes med et kunstigt led^{iv}.

Gigtforeningen arbejder for, at alle kommuner etablerer tilbud om målrettet træning til mennesker med artrose – gerne efter det afprøvede GLA:D-program. Gallup har derfor gennemført en undersøgelse for Gigtforeningen, hvor de har afdækket kommunernes tilbud til

borgere med artrose (slidgigt). Undersøgelsen er lavet på baggrund af interviews med 84 af landets 98 kommuner. Dette svarer til en svarprocent på 86 procent.

Undersøgelsen viser, at langt de fleste kommuner har tilbud til mennesker med artrose. For en del af kommunernes vedkommende er det imidlertid begrænset til det lovpligtige tilbud til mennesker med en genoptræningsplan.

Gallups undersøgelse viser, at 75 af de 84 kommuner, som har deltaget i undersøgelsen har behandlingstilbud til mennesker med artrose. Af disse svarer 61 procent, at de har behandlingstilbud, der rækker ud over reglerne for genoptræningsplaner. Det vil sige, at kommunerne har tilbud, der er tilgængelige for mennesker med artrose, som ikke har været på sygehuset og få en genoptræningsplan.

Table 9: Kommuner med tilbud til mennesker med artrose, 2016, procent

	Kommuner med behandlingstilbud til mennesker med artrose (n=84)	Heraf kommuner med tilbud udover reglerne for genoptræning (n=75)
Hovedstaden	24	50
Sjælland	12	58
Syddanmark	17	71
Midtjylland	13	69
Nordjylland	9	67
Hele landet	75	61

Kilde: Afdækning af kommunernes tilbud til borgere med artrose, TNS Gallup, 2016.



3: ARBEJDSMARKEDET

Mennesker med gigst oplever forskellige symptomer og følger af deres sygdom. Smerter, funktionsnedsættelse og træthed er nogle af de hyppige. Hertil kommer, at mange i perioder naturligt oplever et reduceret mentalt overskud. Til trods for medicinering eller anden behandling kan dette ikke undgå at påvirke arbejdslivet.

Sygdommen har langt fra samme konsekvenser for alle. Nogle oplever, at gigsten ikke påvirker deres arbejdsindsats, og de vil derfor kunne fortsætte deres arbejdsliv uændret. Andre oplever, at deres symptomer kræver en mere fleksibel arbejdstilrettelæggelse. Andre igen oplever, at de ikke længere kan varetage de arbejdsfunktioner, de tidligere har udført, hvilket kan betyde, at de skal flyttes til andre funktioner, skal revalideres, eller skal igennem et afklaringsforløb i kommunen. I det kommunale afklaringsforløb undersøger og afgør kommunen, hvilke muligheder der er for den enkelte for at bevare tilknytningen til arbejdsmarkedet.

I dette kapitel kigger vi nærmere på arbejdsmarkedstilknytningen for mennesker med udvalgte gigtsygdomme. Selvom der er mulighed

for både fleksjob og revalidering, vil der være nogle, for hvem der ikke er et match mellem det jobmarkedet kan tilbyde, og de ressourcer den enkelte har. Dette kan betyde, at mennesker med nedsat arbejdsevne ender på langvarig kontanthjælp. Det er vigtigt at få afdækket omfanget heraf.

Endelig er der en gruppe, der ikke længere kan bevare deres tilknytning til arbejdsmarkedet, og førtidspension er den eneste løsning for dem. I 2013 blev førtidspensionen reformeret, og som følge af ændringerne er det blevet væsentligt sværere at få tilkendt en førtidspension. Dette har medført, at gruppen af mennesker med svært nedsat arbejdsevne indgår i arbejdsstyrken, og det understreger det tidligere nævnte behov for at afdække omfanget af mennesker, der er langvarigt på kontanthjælp eller helt mister forsørgelsesgrundlaget. Udviklingen i tildelinger af førtidspension fremgår af figur 8 og 9.

I slutningen af kapitlet betragtes sygdommens konsekvenser for den enkeltes følelser om deres egen arbejdsindsats samt antallet af sygedage forbundet med sygdommene.



3.1: ARBEJDSMARKEDET | Tilknytning ved ryg sygdom

En opgørelse fra Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut illustrerer store forskelle i arbejdsmarkedstilknytningen mellem den almene befolkning og mennesker med udvalgte ryg sygdomme. Opgørelsen viser, at blandt mænd med ryg sygdom er ca. 60 procent i beskæftigelse eller under uddannelse – blandt kvinder med tilsvarende diagnoser er andelen på 51 procent, jf. figur 7.

Dette er væsentligt under landsgennemsnittene – således er ca. 80 procent af danske mænd i alderen 18-64 år i beskæftigelse eller uddannelsessøgende, mens det gælder for ca. 75 af danske kvinder.

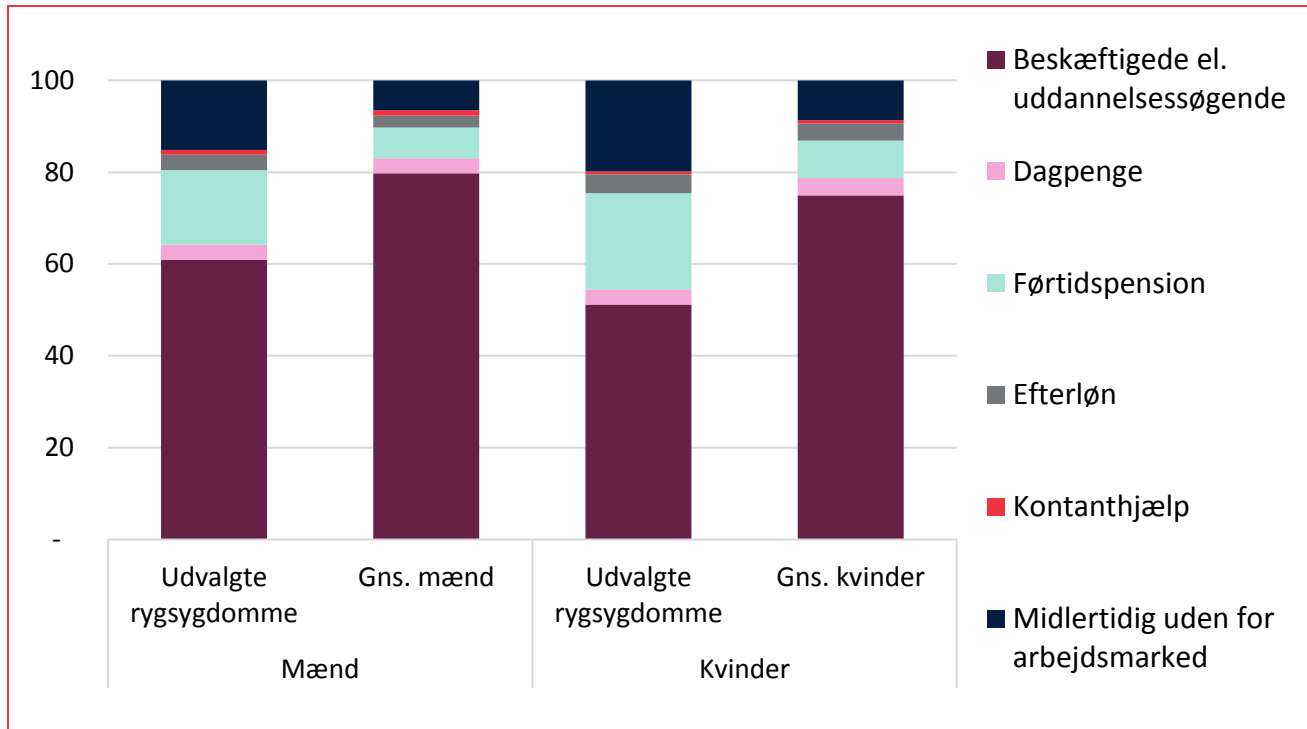
Blandt mennesker med udvalgte ryg sygdomme er hhv. ca. 15 procent af mændene og 20

procent af kvinderne midlertidigt uden for arbejdsmarkedet – på landsplan gælder det hhv. ca. 6 procent af mænd og 9 procent af kvinder jf. figur 7.

Da førtidspension primært tildeles mennesker med kronisk sygdom, er der i sagens natur en større andel på førtidspension blandt mennesker med udvalgte ryg sygdomme end blandt befolkningen generelt.

I ydelserne kontanthjælp og efterløn adskiller gruppen af mennesker med udvalgte ryg sygdomme sig næsten ikke fra landsgennemsnittet.

Figur 7: Arbejdsmarkedstilknnytning for mennesker med udvalgte ryg sygdomme hhv. gennemsnittet for befolkningen. Fordelt på hhv. mænd og kvinder i alderen 18-64 år, 2013



Kilde: Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut figur 149 og 150. Data hentet fra excelarket figuraltema_muskelskelet indeholdende publikationens data.

Note: Midlertidig udenfor arbejdsmarkedet omfatter kategorierne kontakthjælp (ikke arbejdsmarkedssparat), ledighedsydelse, fleksjob, sygedagpenge, revalidering.

Op mod en halv million danskere har en ryg sygdom. Det svarer til mere end 10 procent af den voksne befolkning. Betragtes gruppen af personer i beskæftigelse eller under uddannelse udgør personer med ryg sygdom kun ca. 7 procent (jf. figur 7) – hvilket forventeligt betyder, at mennesker med ryg sygdom er overrepræsenteret på de forskellige offentlige arbejdsmarkedsydelse.

Blandt mennesker med fleksjob eller ledighedsydelse udgør mennesker med ryg sygdom da også ca. 30 procent jf. tabel 10. Det vil sige,

at lidt mindre end hver tredje visiteret til et fleksjob har en ryg sygdom.

For gruppen af personer på førtidspension, revalidering eller sygedagpenge er der tale om, at ca. hver fjerde har en ryg sygdom.

Det er ikke overraskende, at mennesker med ryg sygdom er overrepræsenteret for langt de fleste ydelser, eftersom udbetalingen af disse forudsætter sygdom og funktionsnedsættelse.

Tabel 10: Personer med rygsygdom som andel af personer på forskellige arbejdsmarkedsydelser, 2013, procent

Type af arbejdsmarkedsydelse:	Andel personer med rygsygdom blandt modtagerne af ydelsen
Ledighedsydelse	31
Fleksjob	30
Førtidspension	25
Revalidering	24
Sygedagpenge	23
Ikke-arbejdsmarkedsparate kontanthjælpsmodtagere	18
Efterløn	12
Dagpenge	9
Kontanthjælp	9
Anden forsørgelse:	Andel personer med rygsygdom i gruppen
Beskæftigelse og uddannelse	7

Kilde: Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015, Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut figur 147. Data hentet fra excelarket figuraltema_muskelskelet indeholdende publikationens data.

Note: Bemærk at der ikke kan siges noget om, hvorvidt rygsygdommen er årsag til ydelsen (se kilden s.145). Modtagere af ledighedsydelse er arbejdsløse visiteret til et fleksjob.



3.2: ARBEJDSMARKEDET | Førtdispension

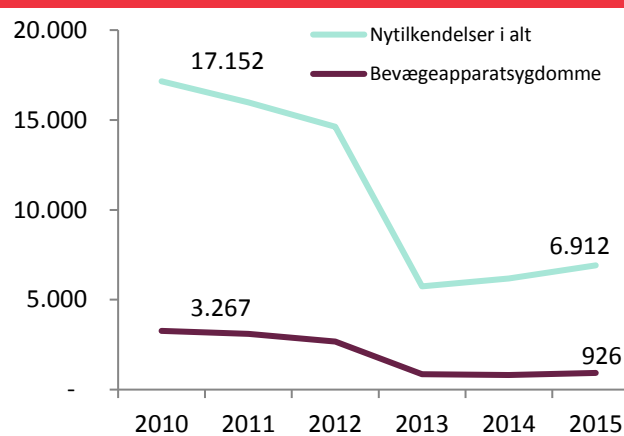
Mennesker med væsentlig og varig nedsat arbejdsevne, som ikke kan klare et arbejde på almindelige vilkår eller i et fleksjob, kan bevilges førtdispension.

I 2013 blev førtdispensionen reformeret, og det betyder, at langt færre i dag tilkendes førtdispension, jf. figur 8. I 2010 var der således over 17.000 nytilkendelser, hvoraf over 3.000

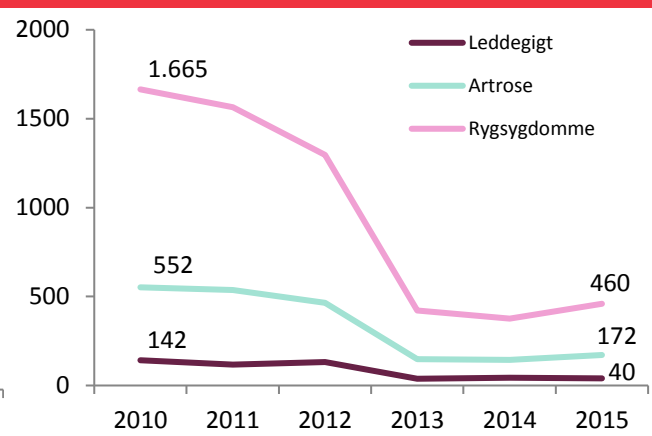
var forårsaget af sygdomme i bevægeapparatet. I 2015 var der 6.912 nytilkendelser – heraf 926 som følge af sygdomme i bevægeapparatet.

I 2010 blev 1.665 tilkendt førtdispension som følge af en rygsygdom, jf. figur 9. I 2015 gjaldt det 460. Samme mønster ses blandt mennesker med artrose og leddegigt.

Figur 8: Nytilkendelser af førtdispension samlet og for bevægeapparatsygdomme, 2010-15



Figur 9: Nytilkendelser af førtdispension, for udvalgte gigt diagnoser, 2010-15



Kilde: ast.statistikbank.dk.



3.3: ARBEJDSMARKEDET | Sygedage

Sygedage som følge af muskel- og skeletsygdom eller smerter kan opgøres efter forskellige metoder. Sundhedsstyrelsen har i publikationen "Sygdomsbyrden i Danmark" fra 2015 sammenlignet antallet af sygedage for erhvervsaktive danskere med bl.a. lænderyg- og nakkesmerter med antallet af sygedage blandt erhvervsaktive danskere uden disse smerter.

Gruppen af personer med nakkesmerter dækker over personer, der i Den Nationale Sundhedsprofil 2010 har sagt, at de har været meget generet af smerter eller ubehag i skulder eller nakke de seneste 14 dage. Gruppen af personer med lænderygsmerter omfatter dem, der i profilen har svaret, at de har været

meget generet af smerter i lænd eller ryg de seneste 14 dage, eller at de har diskusprolaps eller andre rygsygdomme. Opgørelsen viser, at erhvervsaktive med lænderygsmerter har 5,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive uden lænderygsmerter. Dette svarer til 20 procent af alle sygedage i Sundhedsstyrelsens opgørelse. Tilsvarende har erhvervsaktive med nakkesmerter 4,5 mio. flere sygedage end erhvervsaktive uden nakkesmerter. Dette svarer til 16 procent af alle sygedage i Sundhedsstyrelsens opgørelse. Bemærk, at begrebet erhvervsaktive i denne opgørelse dækker over den del af befolkningen, som er mellem 16 og 65 år, og som ikke varigt har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet.

Tabel 11: Ekstra sygedage for erhvervsaktive (se note) med udvalgte smerter sammenlignet med erhvervsaktive uden udvalgte smerter, 2010

	Sygedage
Lænderygsmerter	5,5 mio.
Nakkesmerter	4,5 mio.

Kilde: Sygdomsbyrden i Danmark, oktober 2015, Sundhedsstyrelsen.

Note: Begrebet "erhvervsaktive" dækker i denne opgørelse over den del af befolkningen, som er mellem 16 og 65 år, og som ikke varigt har trukket sig tilbage fra arbejdsmarkedet. Det vil sige, at mennesker på f.eks. dagpenge tæller med i denne opgørelse.

Opgørelsen er baseret på tal fra Sygedagpengeregisteret, og da sygemeldinger kortere end den arbejdsgiverbetalte periode ikke er med i registeret, er de således ikke med i opgørelsen. I Sygdomsbyrden i Danmark er der også beregnet tabte sygedage ved artrose. Disse tal er

imidlertid også udarbejdet for Gigtforeningen af SIF, og det er dem, der præsenteres her. Omfanget af sygedage i denne opgørelse omfatter alene mennesker i arbejde og er derfor noget lavere end opgørelsen i Sygdomsbyrden i Danmark.

SIF udarbejder løbende opgørelser af de samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletsygdomme for Gigtforeningen. SIF har udarbejdet opgørelser for områderne ryg sygdom og rygsmerter samt artrose.

Opgørelsen fra SIF viser, at ryg sygdom årligt er årsag til over 1,3 mio. sygedage blandt personer i arbejde. Artrose er årsag til næsten 400.000 sygedage blandt personer i arbejde, jf. tabel 12.

Tabel 12: Antal ekstra sygedage for personer med artrose (2010) og ryg sygdom (2005) i arbejde sammenlignet med personer uden artrose hhv. ryg sygdom

	Sygedage
Ryg sygdom	1.335.000
Artrose	386.000

Kilde: "De samfundsmæssige omkostninger ved artrose", Statens Institut for Folkesundhed 2014 og "De samfundsmæssige omkostninger ved ryg sygdomme og rygsmerter i Danmark", Statens Institut for Folkesundhed 2011.



3.4: ARBEJDSMARKEDET | Ønsket om deltagelse

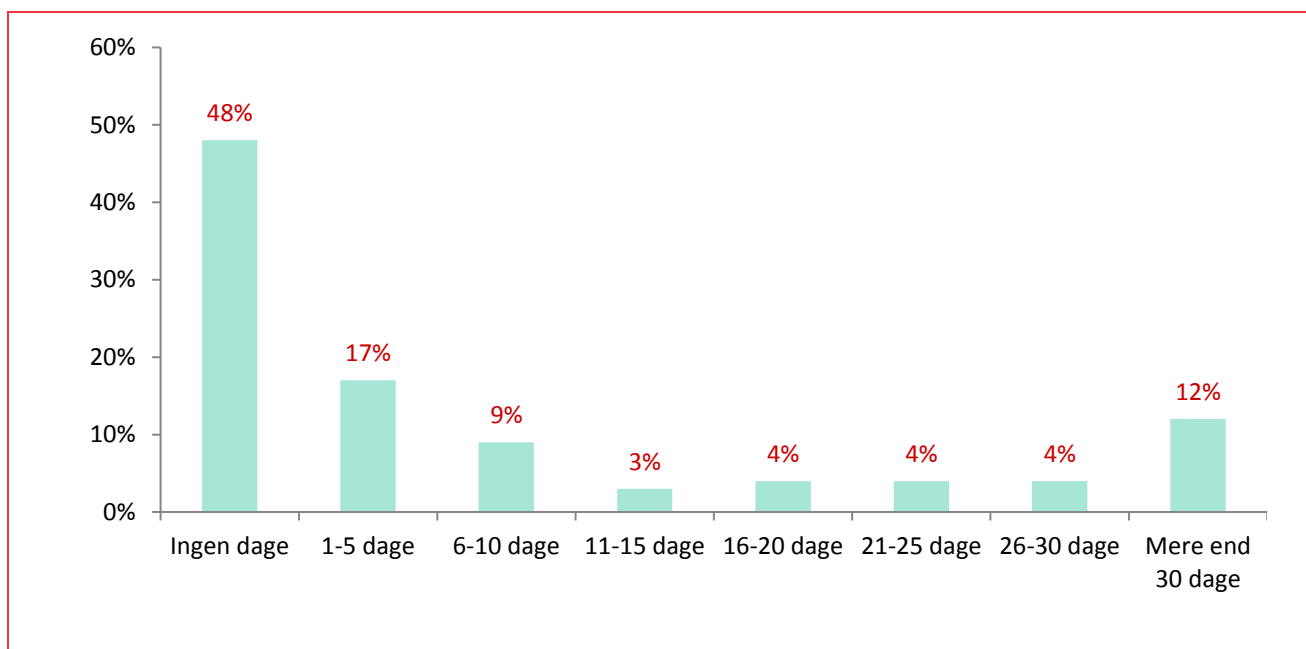
Mange mennesker med gigt bevarer tilknytningen til arbejdsmarkedet trods periodiske eller kroniske smerter og træthed. Det er meget individuelt, hvordan en gigtsygdom påvirker den enkeltes arbejdssituation – dette vil bl.a. afhænge af sygdommens karakter og arbejdets krav til fysikken.

Blandt de mennesker, der bibeholder tilknytningen til arbejdsmarkedet, kan smerter og træthed i perioder betyde, at den enkelte ikke føler sin arbejdsindsats tilfredsstillende. Dette til trods for, at det er uforskyldt, og at smerter og træthed hyppigt optræder hos selv dem,

der lægefagligt klassificeres som velbehandlede.

En opgørelse fra 2012 viser, at 48 procent af de 414 adspurgte personer med gigt inden for de seneste 3 måneder ikke har haft nogen arbejdsdage, hvor sygdommen har påvirket deres arbejdsindsats. Desværre oplever næsten hver fjerde, at de i mere end 15 dage ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende på grund af gigten. 17 procent oplever, at sygdommen har forårsaget, at de i 1-5 dage ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende.

Figur 10: Mennesker med gigt, som er i arbejde, fordelt efter antallet af dage (inden for de seneste 3 måneder) hvor de, efter eget udsagn, ikke har kunnet arbejde tilfredsstillende på grund af gigten (N=414)



Kilde: "At leve med gigt", Kora 2012.



4: UDGIFTER

I den ideelle verden havde forskningen på nuværende tidspunkt haft midler nok til at kortlægge årsagerne til samtlige gigtsygdomme, og udviklingen af sygdommene ville kunne forebygges totalt. Til de mennesker, som allerede har sygdommene, ville der i den ideelle verden, ydermere være bivirkningsfri og tilstrækkelig behandling til alle.

Desværre er vi langt fra der endnu. Årsagerne til langt de fleste gigtsygdomme er fortsat ukendte, og de kan derfor ikke forebygges.

Når sygdom opstår, har det økonomiske omkostninger. Det gælder såvel en influenza – der typisk resulterer i en uges fravær fra arbejdspladsen – som den alvorlige rygsygdom, der fører til permanent udtrædelse af arbejdsmarkedet, sygehusbehandling og handicapbil.

De omkostninger, der er forbundet med en gigtsygdom, rammer først og fremmest det menneske, som får sygdommen. For de fleste vil der i varierende udstrækning være tale om økonomiske, såvel som personlige, omkost-

ninger. De økonomiske omkostninger omfatter f.eks. medicinindkøb og en evt. nedgang i indkomst, mens de personlige omkostninger kan bestå i, at man ikke kan klare almindelige dagligdagsfunktioner, som indkøb og rengøring, ikke længere er i stand til at løfte sit barn, ikke kan dyrke idræt eller fritidsinteresser.

I dette kapitel beskrives de økonomiske omkostninger, som gigtsygdomme pådrager samfundet. Havde vi det ideelle samfund med bivirkningsfri og tilstrækkelig behandling, ville omkostningerne alene ligge i behandlingssystemet, men da mange mennesker i behandling for gigtsygdom fortsat lever med f.eks. smerter, funktionsnedsættelser og træthed, ligger der også omkostninger andre steder i samfundet.

Udover behandlingsudgifterne, analyseres også de omkostninger, der er forbundet med sygefravær og tidlig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.



4.1: UDGIFTER | Muskel- og skeletsygdomme – Tabt produktion

Muskel- og skeletsygdomme kan føre til, at hverdagsaktiviteter bliver forbundet med betydelige smerter og er til stor gene for den enkelte og dennes pårørende. Ud over dette, har muskel- og skeletsygdomme også væsentlige konsekvenser for samfundet i form af behandlingsomkostninger og kort- og langsigtede produktionstab. Årsagen hertil er nedsat arbejdsøve og varig tilbagetrækning fra arbejdsmarkedet.

I en opgørelse Gigtforeningen har fået udarbejdet af SIF (2016) bliver personer med muskel- og skeletsygdomme defineret som personer der oplyser, at de 1) har muskel- og skeletsygdomme (slidgigt, leddegigt, knogleskørhed, diskusprolaps eller andre egentlige rygsygdomme og/eller har haft det tidligere og stadig har følgevirkninger heraf). Svarpersonerne inddeles yderligere i tre sværhedsgrader, 1)

Muskel- og skeletsygdomme samt er meget generet af smerte i skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd, 2) Muskel- og skeletsygdomme samt aktivitetsbesvær hele tiden eller det meste af tiden og 3) Muskel- og skeletsygdomme, er meget generet af smerter i skulder, nakke, arme, hænder, ben, knæ, hofter, led, ryg eller lænd samt aktivitetsbesvær hele tiden eller det meste af tiden.

Samfundsmæssige omkostninger er omkostningerne ved den produktion, der tabes pga. fravær fra arbejdsmarkedet. Beregningen består af en samlet betragtning af udgifterne til behandling i et givent år, tabt produktion som følge af sygedage for personer i arbejde (kortsigtede produktionstab) samt fremtidig tabt produktion som følge af tilkendte førtidspensioner (langsigtede produktionstab).

Tabel 13 viser bl.a. de samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletsygdomme, hvor svarpersonerne også er meget generet af smerter og/eller aktivitetsbesvær i 2010. Her ses det, at omkostningerne til behandling udgør 5,8 mia. kr., for de 215.00 personer, der angiver, at de har en muskel- og skeletsygdom

, er meget generet af smerte og har aktivitetsbesvær. Hertil kommer omkostningerne til det kort- og langsigtede produktionstab på i alt 8,6 mia. kr. Samlet set er de samfundsmæssige omkostninger for personer med muskel- og skeletsygdomme, er meget generet af smerte og har aktivitetsbesvær på i alt 14,4 mia. kr.

Tabel 13: Samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletsygdomme samt er meget generet af smerter og/eller aktivitetsbesvær (2010), mia. kr.

	Behandling	Kortsigtet produktionstab	Langsigtet produktionstab	I alt	Antal personer
Muskel- og skeletsygdomme samt er meget generet af smerter	9,2	1,1	8,0	18,3	612.000
Muskel- og skeletsygdomme samt aktivitetsbesvær	7,2	0,7	8,0	15,9	258.000
Muskel- og skeletsygdomme, er meget generet af smerter samt aktivitetsbesvær	5,8	0,6	8,0	14,4	215.000

Kilde: De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed 2016.



4.2: UDGIFTER | Muskel- og skeletsygdomme – Offentlige kasser

Samfundets omkostninger ved sygdom kan betragtes på flere måder. En måde er at beregne omkostninger ved den produktion, der tabes pga. fravær fra arbejdsmarkedet. En anden er at beregne det offentliges omkostninger til sygedagpenge, førtidspension og behandling.

Tabel 14 viser bl.a. de offentlige kassers omkostninger ved muskel- og skeletsygdomme, hvor svarpersonerne også er meget generet af

smerter og/eller aktivitetsbesvær i 2010. Her ses det, at de offentlige kasser havde udgifter for 5,7 mia. kr. til behandling af de personer, der angav, at de havde muskel- og skeletsygdomme, var meget generet af smerter og havde aktivitetsbesvær. Hertil kommer udgifter på 3,8 mia. kr. til sygedagpenge-refusioner og 5,7 mia. kr. til førtidspensioner. De samlede udgifter for de offentlige kasser er således på 15,2 mia. kr. årligt.

Tabel 14: Udgifter for de offentlige kasser ved muskel- og skeletsygdomme samt er meget generet af smerter og/eller aktivitetsbesvær (2010), mia. kr.

	Behandling	Sygedagpenge	Førtidspension	I alt	Antal personer
Muskel- og skeletsygdomme samt er meget generet af smerter	9,0	3,5	8,0	20,5	612.000
Muskel- og skeletsygdomme samt aktivitetsbesvær	7,1	4,5	6,5	18,1	258.000
Muskel- og skeletsygdomme, er meget generet af smerter samt aktivitetsbesvær	5,7	3,8	5,7	15,2	215.000

Kilde: De samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletlidelser i Danmark, Statens Institut for Folkesundhed 2016.



4.3: UDGIFTER | Ryg og artrose – Tabt produktion

Foruden opgørelsen over de samfundsmæssige omkostninger ved muskel- og skeletsygdomme, har SIF for Gigtforeningen også beregnet de samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdom og rygsmerter samt artrose. Disse beregninger er foretaget på baggrund af data for hhv. 2005 og 2010.

Tallene kan ikke umiddelbart sammenlignes, da opgørelserne ikke stammer fra samme rapporter.

Rygsygdom kan dække over mange forskellige diagnoser og tilstande – fra inflammatoriske gigtsygdomme til diskusprolaps – mens ”rygsmerter” dækker over den enkeltes oplevelse af smerter eller ubehag i ryg eller lænd.

Omkostningerne til behandling af rygsygdom og rygsmerter udgør 5,6 mia. kr. om året. Hertil kommer det kortsigtede produktionstab på 2,6

mia. og det langsigtede på 4,7 mia. kr. Samlet giver dette samfundsmæssige omkostninger på 13 mia. kr., jf. tabel 15.

For artrose er omkostningerne til behandling 5,4 mia. kr., mens det kort- og langsigtede produktionstab samlet er på 1,4 mia. kr. Dette giver samlede samfundsmæssige omkostninger på 6,8 mia. kr., jf. tabel 16.

Det fremgår af opgørelsen tabel 15, at rygsmerter er en større omkostning for samfundet end rygsygdom. Mange mennesker vil opleve at have både smerter og rygsygdom - ses på rygsygdom og rygsmerter under ét, er den samlede samfundsmæssige omkostning på 13 mia. kr.

Tabel 15: Samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdom og/eller – smerter (2005), mia. kr.

	Behandling	Kortsigtet produktionstab	Langsigtet produktionstab	I alt
Rygsygdom	3,4	1,8	4,7	9,8
Rygsmerter	5,4	2,0	4,7	12,1
Rygsygdom og rygsmerter*	5,6	2,6	4,7	13,0

Kilde: De samfundsmæssige omkostninger ved rygsygdomme og rygsmerter i Danmark, SIF 2011.

* Rygsygdom og rygsmerter den gruppe af mennesker der både har rygsygdom og rygsmerter.

Tabel 16: Samfundsmæssige omkostninger ved artrose (2010), mia. kr.

	Behandling	Kortsigtet produktionstab	Langsigtet produktionstab	I alt
Artrose (slidgigt)	5,4	0,6	0,8	6,8

Kilde: De samfundsmæssige omkostninger ved artrose, SIF 2014.



4.4: UDGIFTER | Ryg og artrose – Offentlige kasser

Som nævnt i afsnit 4.2, kan samfundets omkostninger ved sygdom beregnes på flere måder, hvor den ene var ved at beregne det offentlige omkostninger til sygedagpenge, førtidspension og behandling.

De offentlige kasser havde udgifter til behandling af artrose på 5 mia. kr. i 2010. Hertil kommer udgifter på 2,1 mia. kr. til sygedagpenge-refusioner og 4,3 mia. kr. til førtidspensioner.

De samlede udgifter for de offentlige kasser er således på 11,5 mia. kr. årligt.

Udover gruppen af personer, der svarer, at de har en rygsygdom, er der også en gruppe, der alene lider af rygsmerter. SIF har også analyseret omkostningerne til disse. For rygsygdom og rygsmerter er de samlede udgifter for de offentlige kasser til behandling 5,6 mia. kr. Ser man isoleret på omkostningerne til de personer, der har en rygsygdom, er tallet 3,3 mia. kr.

ARTROSE 11,5 MIA. KR.:

Førtidspension: 4,3 mia. kr.

+

Sygedagpenge: 2,1 mia. kr.

+

Behandling: 5 mia. kr.



RYGSYGDOM 13 MIA. KR.:

Førtidspension: 7,4 mia. kr.

+

Sygedagpenge: 2,3 mia. kr.

+

Behandling: 3,3 mia. kr.

Kilde: "De samfundsmæssige omkostninger ved artrose", SIF 2014, "De samfundsmæssige omkostninger ved ryg sygdomme og rygsmerter i Danmark", SIF 2011.

Note 1: Beregningerne kan ikke sammenlignes med antallet af sygedage angivet under afsnittet "Sygedage" på grund af forskellige opgørelsesmetoder.

Note 2: Grundet afrunding er den samlede omkostning for artrose på 11,5 mia. kr., altså 0,1 mia. kr. højere end tallet for førtidspension, sygedagpenge og behandling lagt sammen.

De samlede udgifter til sygedagpengerefusion til mennesker med ryg sygdom og rygsmerter er 2,3 mia. kr., jf. tabel 17.

Det betyder, at de offentlige kassers udgifter til denne gruppe samlet er på 16,8 mia. kr. om året.

Udgifterne til førtidspensioner til mennesker med ryg sygdom og rygsmerter er på i alt 8,9 mia.

Tabel 17: Udgifter for de offentlige kasser ved ryg sygdom og – smerter (2005), mia. kr.

	Behandling	Sygedagpenge	Førtidspension	I alt
Ryg sygdom	3,3	2,3	7,4	13,0
Rygsmerter	5,3	2,0	7,7	15,0
Ryg sygdom og rygsmerter	5,6	2,3	8,9	16,8

Kilde: De samfundsmæssige omkostninger ved ryg sygdomme og rygsmerter i Danmark, SIF 2011.



5: RISIKOFAKTORER

Vores viden om mulighederne for at forebygge gigt vokser hele tiden. I dag kender vi en række faktorer, som øger risikoen for at udvikle gigt – af disse er nogle såkaldt modificerbare risikofaktorer – dvs. faktorer, som kan påvirkes. Ved at sætte ind over for disse risikofaktorer, kan nogle tilfælde af visse typer af gigt forebygges.

Flere og flere danskere bliver overvægtige, og det kommer med stor sandsynlighed til at påvirke omfanget af problemer i bevægeapparatet. I dag ved vi, at der er en betydelig sammenhæng mellem overvægt og hhv. slidgigt og

urinsyregigt og i lidt mindre grad i forhold til ondt i ryggen.

At der er en sammenhæng mellem rygning og forhøjet risiko for udvikling af leddegigt, har været påvist i en række videnskabelige studier.

En anden væsentlig årsag til udvikling af skader og sygdom i muskler og led er fysisk tungt arbejde med elementer af løft, skub og træk – samt ensidigt gentagne bevægelser^y.



5.1: RISIKOFAKTORER | Arbejdsmarkedet

Såvel ensidigt gentaget arbejde som tunge løft, skub og træk, øger risikoen for udvikling af skader og sygdom i muskler og led. Det gælder typisk for arbejdsopgaver knyttet til f.eks. håndværksfag, social- og sundhedsbranchen og kontorområdet.

Tal fra Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø (NFA) viser, at blandt tømrere og snedkere svarer 87 procent, at de i mindst en fjerdedel af deres arbejdstid bærer eller løfter, jf. tabel 18. Blandt kasseassistenter gælder det 77 procent. Gennemsnittet på tværs af jobfunktioner er 31 procent. Blandt malere, murere og VVS'ere m.fl. svarer ca. 3 ud af 4, at de arbejder med ryggen vredet mere end en fjerdedel af arbejdstiden, jf. tabel 19.

Tabel 18: De fem jobkategorier, hvor den største andel svarer at bære/løfte fylder mindst 25 % af arbejdstiden, 2014.

Job	Andel	Svarpers.
Tømrere og snedkere	87 %	215
Slagtere og bagere	86 %	69
Murere, VVS'ere m.fl.	84 %	232
Køkkenmedhjælpere	80 %	178
Kasseassistenter	77 %	252
Gns. på tværs	31 %	

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Arbejdsmiljøet i tal – Sammenligning af jobgrupper for de enkelte spørgsmål.

Når man har et fysisk krævende job som f.eks. tømrer, kunne man forledes til at tro, at dette fritager én fra at dyrke yderligere motion i fritiden. Da fysisk hårdt arbejde ofte belaster

kroppen, er det vigtigt at styrke den med motion og træning, da vi ved det forbedrer den generelle sundhed og beskytter mod skader og fysisk nedslidning.

Tabel 19: De fem jobkategorier, hvor den største andel svarer at arbejde med ryggen vredet mindst 25 % af arbejdstiden, 2014.

Job	Andel	Svarpers.
Frisører og kosmetologer	(86 %)	(38)
Malere	76 %	115
Murere, VVS'ere m.fl.	74 %	232
Slagtere og bagere	73 %	69
Mekanikere	68 %	263
Gns. på tværs	28 %	

Kilde: Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø, Arbejdsmiljøet i tal – Sammenligning af jobgrupper for de enkelte spørgsmål.

Note: Der er alene 19 respondenter under frisører og kosmetologer, hvorfor denne jobkategori ikke behandles.

En analyse^{vi} baseret på en spørgeskemaundersøgelse fra 2005 viser, at risikoen for længerevarende sygefravær stiger, jo mere fysisk krævende et job man har. Det omvendte billede ses ved fysisk aktivitet i fritiden. Her falder risikoen for længerevarende sygefravær med graden af fysisk aktivitet. Risikoen for længerevarende sygefravær er således 84 procent større, hvis man har et job med høj fysisk aktivitet, end hvis man har et job med lav fysisk aktivitet. Omvendt falder risikoen for længerevarende sygefravær med 23 procent, hvis man har et højt fysisk aktivitetsniveau i fritiden frem for et lavt.



5.2: RISIKOFAKTORER | Overvægt og alkohol

Overvægt øger risikoen for udvikling af artrose, især i knæ og i lidt mindre grad i hofter. Sammenhængen kan i nogen udstrækning forklares ud fra den mekaniske belastning af leddet, hvor særligt evidensen for udvikling af artrose i knæled er god. Da overvægt også er associeret med artrose i hånd- og fingerled, som ikke er vægtbærende led, kan betydningen af overvægt imidlertid ikke udelukkende tilskrives den øgede mekaniske belastning.

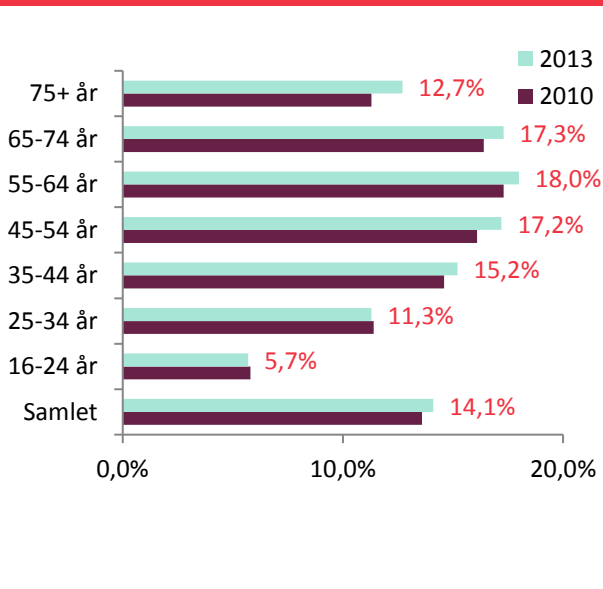
Risikoen for udvikling af urinsyreigt formodes også at øges ved overvægt, idet fed mad og stort alkoholindtag øger indholdet af urinsyre i blodet og derved risikoen for urinsyreigt.

Ifølge tal fra Danskernes Sundhed (2013) er andelen af overvægtige stigende frem til pensjonsalderen (ved 10-årsintervaller). Således var der 5,7 procent svært overvægtige blandt de 16-25 årige og 18 procent hos de 55-65 årige. Efter de 65 år er andelen svagt faldende, jf. figur 11.

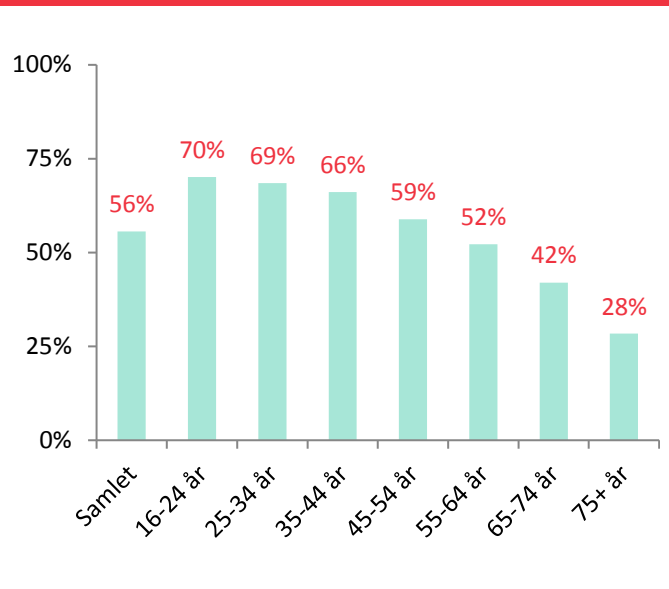
Selv om andelen af svært overvægtige er stor, er der et udbredt ønske om at tabe sig. Størst er dette hos de 16-34 årige hvor 70 procent af de svært overvægtige "i høj grad" ønsker at tabe sig. Andelen af svært overvægtige med dette ønske falder med alderen, men i gennemsnit ønsker 56 procent af de svært overvægtige "i høj grad" at tabe sig, jf. figur 12.

Sundhedsstyrelsens lavrisikogrænse, i forbindelse med alkoholindtag, er på 14 genstande pr. uge for mænd og syv genstande pr. uge for kvinder. Tal fra Danskernes Sundhed viser, at mere end hver femte voksne dansker i 2013 overskred denne grænse. For de 16-24 årige var der tale om næsten hver tredje. Færrest overskridelser finder man blandt de 35-44 årige, hvor 11 procent overskrider grænsen (danskernessundhed.dk).

Figur 11: Andel svært overvægtige danskere (16 år+), 2010 og 2013



Figur 12: Andel svært overvægtige danskere (16 år+) som i høj grad ønsker at tabe sig, 2013



Kilde: danskernessundhed.dk.

Note: Svær overvægt defineres i Danskernes Sundhed som et BMI på 30 eller derover. BMI beregnes som vægten (i kilo) divideret med kvadratet af højden (i meter).



5.3: RISIKOFAKTORER | Rygning

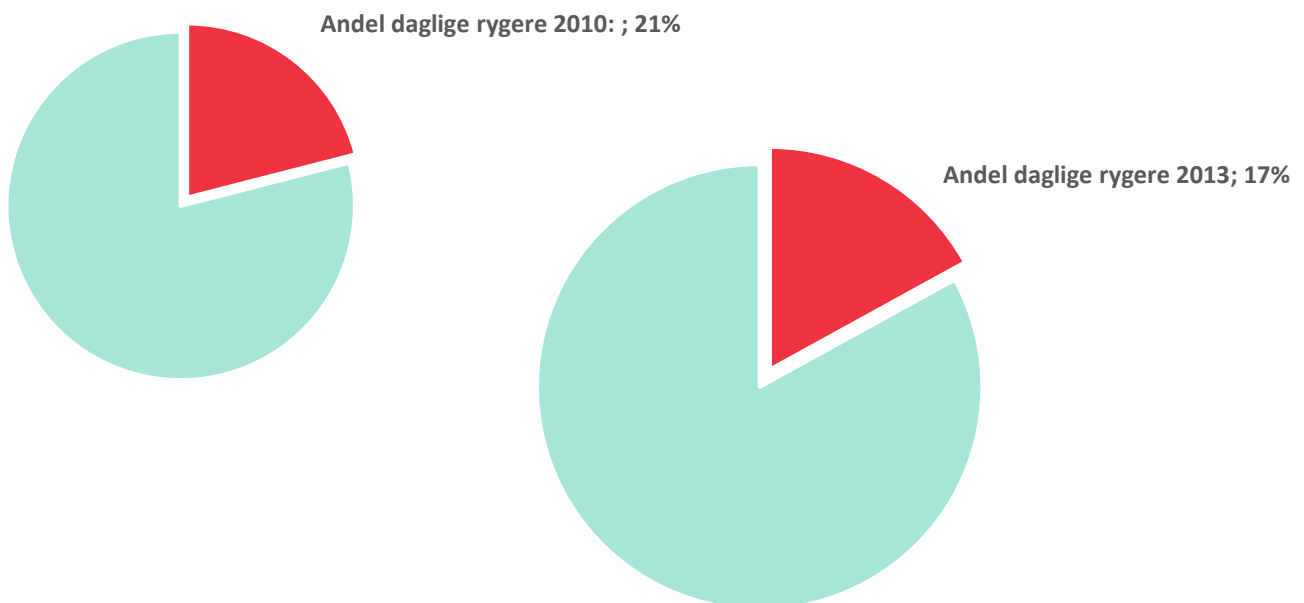
Rygning øger risikoen for en række gigtsygdomme og påvirker samtidig sygdomsforløbet negativt. Hertil kommer, at rygning kan forårsage tab af knoglemasse og således forhøje risikoen for knogleskørhed.

Gennem de seneste år har andelen af daglige rygere heldigvis været faldende – det viser tal fra Danskernes Sundhed. Således røg næsten 21 procent af befolkningen dagligt i 2010, mens andelen lå på 17 procent i 2013.

Til trods for dette fald på fire procentpoint er der fortsat mange, der ryger. Opgørelsen fra

Danskernes Sundhed viser, at det fortsat er mere end hver femte dansker i aldersgruppen 45-64 år, som ryger hver dag. For danskere i aldersgruppen 16-34 år gælder det ca. hver syvende (www.danskernessundhed.dk).

Rygning øger risikoen for at udvikle leddegigt, og det har også vist sig, at folk der har leddegigt og ryger, har et mere alvorligt sygdomsforløb, samt at rygning muligvis forringer behandlingen.



Kilde: Danskernes Sundhed 2013 og 2010.

BILAG 1

"Indblik i Sundhedsvæsenets Resultater, 2015", Statens Serum Institut/Sundhedsministeriet:

"Opgørelserne er baseret på registerdata fra Landspatientregistret (LPR). Data er afgrænset til patienter over 18 år i 2013, som er identificeret med en eller flere af de udvalgte muskel- og skeletsygdomme i perioden 1995 til 2013.

Personer med udvalgte rygsygdomme og slidgigt er identificeret i LPR ud fra aktions- og bidiagnoser for perioden 1995 til 2013.

Afgrænsningen af personer med leddegigt er baseret på foreløbige udtræksalgoritmer til brug for dannelsen af Register for Udvalgte Kroniske Sygdomme (RUKS) fra 2013, der på tilsvarende vis inkluderer personer med de relevante diagnosekoder og medicinforbrug for perioden 1995 til 2013."

Diagnoseafgrænsning af rygsygdomme i Statens Serum Instituts opgørelse "Indblik I Sundhedsvæsenets Resultater 2015":

Statens Serum Institut har beregnet antallet af personer med udvalgte rygsygdomme. Opgørelsen er baseret på en optælling af antallet af unikke personer, der er registreret i Landspatientregisteret med en af følgende diagnoser som enten bi- eller aktionsdiagnose: spondylitis ankylopoietica (DM45), spondylose (DM47), andre sygdomme i rygsøjlen (DM48), sygdomme i halshvirvelsøjlen båndskiver (DM50), sygdomme i lumbale og torakale båndskiver (DM51), DM52, andre ryglidelser IKA (DM53) og rygsmærter (DM54).

Diagnoseafgrænsning af slidgigt Statens Serum Instituts opgørelse "Indblik I Sundhedsvæsenets Resultater 2015":

Baseres på diagnoserne DM15 (slidgigt i flere led), DM16 (slidgigt i hofte), DM17 (Slidgigt i knæ), DM18 (Slidgigt i tommelens rodled), DM19 (andre former for slidgigt).

Diagnoseafgrænsning af leddegigt Statens Serum Instituts opgørelse "Indblik I Sundhedsvæsenets Resultater 2015":

RUKS-definition herunder diagnosekoderne DM05 (Seropositiv leddegigt) og DM06 (andre former for leddegigt).

BILAG 2:**Kildeoversigt til tabel 4, s. 14**

1: "Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015" - Sundhedsministeriet/Statens Serum Institut – baseret på opgørelse af personer i kontakt med sygehusene registreret med relevante diagnoser 1995-2013. Se bilag 1.

2: eSundhed.dk (Sundhedsdatastyrelsen) – baseret på antallet af personer i kontakt med sygehusene og registreret med relevante diagnoser i 2016.

3: Medstat.dk (Sundhedsdatastyrelsen) – baseret på antallet af personer med indløst recept på M04 mod urinsyreigt i 2016.

4: Gigtforeningens skøn på baggrund af tal fra Statens Institut for Folkesundhed, SUSY-2013 – baseret på selvoplyst sygdom i spørgeskemaundersøgelsen, hvor det findes at 522.000 personer har en ryg-sygdom. Samt "Indblik i Sundhedsvæsenets resultater 2015" fra Sundhedsministeriet, hvor der findes 440.000 personer i kontakt med sygehuset og er registreret med en rygsygdom.

5: Artiklen -"The prevalence of 30 ICD-10 autoimmune diseases in Denmark", by Eaton et al. 2010 – baseret på opgørelse af personer i kontakt med sygehusene og registreret med relevante diagnoser fra 1977-2006. Prævalensen i 2006 er ganget op med befolkningstallet i 2006 hentet fra Statistikbanken.dk.

6: "Mit barn har gigt", GBF 2014.

7: Sundhedsstyrelsen – Styrelsens skøn. Baseret på antallet af personer, der selv svarer, at de har knogleskørhed (osteoporose) og en antagelse omkring antallet af personer, der går rundt med sygdommen uden at vide det. Dansk Knoglemedicinsk Selskab skønner, at over 500.000 danskere har osteoporose.

8: Gigtforeningen anslår på baggrund af tal for antallet af mennesker med leddegigt, urinsyreigt, Morbus Bechterew og psoriasisgigt, at antallet af personer med inflammatorisk gigt, (som også omfatter en lang række andre sjældnere sygdomme), ligger over 100.000. Forekomsten for hver af de fire sygdomme kan ikke summeres direkte, da det er uvist, hvor mange der har flere af de enkelte sygdomme samtidig.

BILAG 2 – fortsat

9: Tal fra eSundhed viser, at ca. 7.500 personer med psoriasisgigt i 2015 var i kontakt med sygehusene. Udover disse vil der være mange mennesker med psoriasisgigt, som udelukkende modtager behandling i primærsektoren, hvorfor antallet af personer med sygdommen vurderes at være højere. Sundhedsfagligt Råd/Reumatologi, Region Hovedstaden anslår, at mellem 1 og 3 procent af befolkningen har psoriasis, og 30 procent heraf har psoriasisgigt. Dette svarer til, at 16-50.000 danskere har psoriasisgigt. I "Reumatologi, 3. udgave" udgivet på FADLs forlag anslås det, at 2-3 procent af befolkningen har psoriasis, mens "op mod 25 procent" heraf har psoriasisgigt. Dette svarer til at op mod 28-42.000 danskere har psoriasisgigt. Gigtforeningen anslår på denne baggrund at over 25.000 danskere har psoriasisgigt.

10: Tallene er hentet fra eSundhed og udtræksalgoritmen (RUKS) definerer bl.a. gruppen ved opslag i Lægemiddelstatistikregisteret og Landspatientregisteret. Der er tale om personer på 15 år eller derover.

SLUTNOTER

ⁱ GDB Profile: Denmark, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington.

ⁱⁱ Øget fokus på gode resultater og bedste praksis på sygehusene, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, s.9. Tal for 2008-2011.

ⁱⁱⁱ GLA:D (Godt Liv med Artrose i Danmark) konceptet, er et undervisnings- og træningsprogram for mennesker med artrose i knæ og/eller hofter, der er udviklet af forskere på Syddansk Universitet. Læs mere på www.glaiddk.dk.

^{iv} Kilde: Bedre liv med artrose – En folkesygdom med slagside, Syddansk Universitet, 2014.

^v Forebyggelse af skader og sygdomme i muskler og led, Vidensråd for Forebyggelse, 2013.

^{vi} Faktaark –Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø – nr. 55. Fysisk aktivitet i fritiden og på jobbet påvirker sygefraværet forskelligt.

Gigtforeningen kæmper for et bedre liv. Til mennesker med sygdomme og smerter i led, ryg og muskler.

Vi taler din sag, når du mærker de første tegn på, at gigt er på vej – og når alvorlig sygdom begrænser dig hver eneste dag.

Vi støtter forskningen, og det nytter. Vi skaber ny viden til gavn for dig og tusindvis af andre med gigt – og vi står altid klar til at vejlede dig.

Vi gør det, fordi ingen andre gør det. Og fordi et godt liv er et liv i bevægelse.

Støt Gigtforeningen

www.gigtforeningen.dk/blivmedlem



Gigtforeningen

Et godt liv i bevægelse